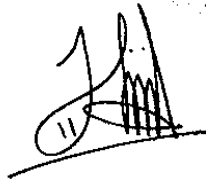


No. Dokumen: GBY-SOP-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 0 dari 14

Pengesahan

Nama Dokumen : Standar Operasional Prosedur Audit Mutu Internal
No. Dokumen : GBY-SOP-07/03
Tanggal Berlaku : 16 September 2019
Nomor Revisi : 02

Disiapkan Oleh : Sekretaris LPMI



Ussama, S.Pd.

Diperiksa Oleh : Ketua LPMI



Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb.

Disahkan Oleh : Ketua STIKES Guna Bangsa Yogyakarta



Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, SpOG (K), DTRM & B(Ch)

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 1 dari 37

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Tujuan

1.1.1 Stándar Operasional Prosedur ini dibuat untuk mengatur tata cara pelaksanaan Audit Mutu Internal dalam upaya memverifikasi bahwa kegiatan Sistem Penjaminan Mutu Internal sesuai dengan aturan yang dibakukan dan menentukan keefektifan Sistem Manajemen Mutu. Antara lain:

- 1.1.1.1 Memeriksa kesesuaian atau ketidaksesuaian unsur-unsur sistem mutu dengan standar yang telah ditentukan.
- 1.1.1.2 Memeriksa keefektifan pencapaian tujuan mutu yang telah ditentukan.
- 1.1.1.3 Menemukan akar penyebab dari suatu ketidaksesuaian yang ada.
- 1.1.1.4 Memfasilitasi teraudit dalam penetapan langkah-langkah peningkatan mutu.
- 1.1.1.5 Memfasilitasi teraudit memperbaiki mutu.
- 1.1.1.6 Memenuhi syarat-syarat peraturan/perundangan,

1.1.2 Sedangkan Tujuan AMI bagi Program Studi adalah :

- 1.1.2.1 Untuk memastikan konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan spesifikasi program studi, tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan.
- 1.1.2.2 Untuk memastikan konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus.
- 1.1.2.3 Untuk memastikan kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.
- 1.1.2.4 Untuk memastikan kecukupan penyediaan sarana prasarana dan sumberdaya pembelajaran,

1.2. Ruang Lingkup

- 1.2.1 Ruang Lingkup Prosedur ini mengatur pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal dari perencanaan audit, pemilihan auditor, pelaksanaan audit sampai dengan pelaporan hasil audit.
- 1.2.2 Ruang lingkup Audit Mutu Internal dalam satu siklus sistem penjaminan mutu dimulai dengan memfokuskan pada kelengkapan dokumen stándar mutu yang meliputi dokumen akademik dan dokumen mutu, kemudian dikembangkan

Dokumen Sistem Mutu ini milik **STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal

Paraf LPMI



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 2 dari 37

kepada kepatuhan dan ketertiban pelaksanaannya, meliputi butir-butir sebagai berikut:

- 1.2.2.1 Spesifikasi program studi, tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan.
- 1.2.2.2 Kurikulum, peta kurikulum, dan silabus.
- 1.2.2.3 Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses.
- 1.2.2.4 Sarana prasarana, dan sumber daya pembelajaran.
- 1.2.2.5 Indikator keberhasilan proses pembelajaran.
- 1.2.2.6 Upaya perbaikan mutu berkelanjutan.

1.3. Referensi

- 1.3.1 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2005 Tentang Standar Nasional Pendidikan
- 1.3.2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan
- 1.3.3 Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 63 Tahun 2009 Tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan
- 1.3.4 Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2014 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- 1.3.5 ISO 9001:2008 Klausul 8
- 1.3.6 Manual Mutu STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.7 Kebijakan SPMI STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.8 Manual SPMI STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.9 Standar SPMI STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.10 Kebijakan Akademik STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.11 Standar Akademik STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.12 Peraturan Akademik STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
- 1.3.13 Buku Panduan Akademik STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

1.4. Definisi

- 1.4.1 Audit Mutu adalah suatu pemeriksaan yang sistematis dan independent untuk menentukan apakah kegiatan menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan rencana yang ditetapkan untuk mencapai tujuan
- 1.4.2 Audit Produk/Pelayanan adalah audit berdasarkan karakteristik
- 1.4.3 Audit Mutu Proses adalah audit berdasarkan atas indicator kinerja kunci
- 1.4.4 Audit Mutu Sistem adalah audit berdasarkan pada elemen-elemen dari Sistem
- 1.4.5 Auditor adalah orang yang bertugas untuk memverifikasi bahwa kegiatan sistem mutu sesuai dengan aturan yang dibakukan

Dokumen Sistem Mutu ini milik **STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal

Paraf LPMI



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 3 dari 37

- 1.4.6 Auditee adalah orang/bagian yang sedang diaudit dan bertanggung jawab terhadap area yang diaudit untuk memastikan bahwa sistem mutu berjalan sesuai dengan aturan yang dibakukan
- 1.4.7 Bukti audit adalah rekaman/arsip pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi
- 1.4.8 Temuan audit adalah hasil penilaian bukti audit yang terkumpulkan terhadap kriteria audit
- 1.4.9 Tindakan koreksi adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan
- 1.4.10 *Verifikasi* adalah penegasan, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi
- 1.4.11 Bukti obyektif (*Objective Evidence*) adalah segala informasi kualitatif atau kuantitatif, catatan atau pernyataan yang mendukung / membuktikan adanya atau kebenaran sesuatu

1.5. Penanggung Jawab

- 1.5.1 *Lead Auditor* bertanggung jawab dalam :
 - 1.5.1.1 Menjamin kelancaran seluruh tahapan audit
 - 1.5.1.2 Bersama Penjaminan Mutu memilih & menentukan tim Audit Mutu Internal
 - 1.5.1.3 Menyiapkan rencana audit
 - 1.5.1.4 Membuat laporan pelaksanaan Audit Mutu Internal
- 1.5.2 *Auditor* bertanggung jawab dalam :
 - 1.5.2.1 Membuat audit check list
 - 1.5.2.2 Mengkomunikasikan & menjelaskan persyaratan audit kepada auditee
 - 1.5.2.3 Mendokumentasikan temuan audit
 - 1.5.2.4 Melaporkan hasil audit kepada Lead Auditor
- 1.5.3 *Auditee* bertanggung jawab dalam :
 - 1.5.3.1 Menyiapkan personel terkait untuk memberikan informasi mengenai lingkup yang diaudit
 - 1.5.3.2 Menunjuk personil yang bertanggung jawab mendampingi Auditor selama pelaksanaan audit
 - 1.5.3.3 Menyediakan sumber daya dan data pendukung yang diperlukan oleh Auditor agar audit dapat berjalan efektif dan efisien
 - 1.5.3.4 Menyediakan fasilitas dan bahan bukti yang diminta Auditor.

1.6. Ketentuan Umum

- 1.6.1. Audit Mutu Internal diselenggarakan 1 kali untuk setiap tahun

Dokumen Sistem Mutu ini milik **STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal

Paraf LPMI



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 4 dari 37

- 1.6.2. Dasar pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal ditentukan berdasarkan pertimbangan – pertimbangan sebagai berikut :
 - 1.6.2.1 Tingginya atau kecenderungan meningkatnya ketidaksesuaian atas laporan Monitoring dan Evaluasi.
 - 1.6.2.2 Perubahan yang signifikan dalam manajemen, organisasi, kebijakan, atau teknik yang dapat mempengaruhi sasaran mutu
 - 1.6.2.3 Hasil pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal sebelumnya.
- 1.6.3. Pemilihan Auditor dan pelaksana audit harus memperhatikan obyektivitas dan independensi (tidak menjadi bagian dari unit kerja yang diaudit).
- 1.6.4. Kriteria temuan Audit Mutu Akademik Internal terdiri dari :
 - 1.6.4.1 Ketidaksesuaian, yaitu tidak terpenuhinya prosedur atau peraturan lain yang telah ditetapkan.
 - 1.6.4.2 Remarks (Saran perbaikan) yaitu saran yang diberikan Auditor kepada Auditee untuk memperbaiki proses, sarana, maupun sumber daya manusia, yang bertujuan untuk peningkatan kinerja.
- 1.6.5. Karakteristik, Tanggungjawab, Independensi dan Kriteria Internal Auditor Mutu
 - 1.6.5.1 Karakteristik Auditor
 - 1.6.5.1.1 Tidak dibenarkan mengaudit pekerjaan yang pernah atau sedang menjadi tanggung jawabnya.
 - 1.6.5.1.2 Tidak bias terhadap teraudit.
 - 1.6.5.1.3 Memiliki pengetahuan atas topik-topik yang ditugaskan dan bila diperlukan dapat melibatkan pakar atau pengamat yang dapat diterima oleh klien, teraudit dan ketua tim audit.
 - 1.6.5.1.4 Mempunyai pengalaman mengenal lokasi audit.
 - 1.6.5.2 Tanggungjawab Ketua Tim Audit
 - 1.6.5.2.1 Membuka dan menutup rapat.
 - 1.6.5.2.2 Memilih anggota tim audit.
 - 1.6.5.2.3 Menyiapkan jadwal dan program audit.
 - 1.6.5.2.4 Memimpin audit.
 - 1.6.5.2.5 Membuat keputusan akhir atas temuan audit.
 - 1.6.5.2.6 Menyerahkan laporan audit.
 - 1.6.5.2.7 Memantau tindak lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (PTK).
 - 1.6.5.3 Tanggungjawab Auditor
 - 1.6.5.3.1 Mengaudit secara objektif sesuai dengan lingkup audit.
 - 1.6.5.3.2 Mengumpulkan dan menganalisis bukti.
 - 1.6.5.3.3 Menjawab pertanyaan teraudit.
 - 1.6.5.3.4 Melaksanakan tugas sesuai kode etik.
- 1.6.6. Independensi Auditor

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 5 dari 37

Auditor bebas dari bias dan hal-hal yang dapat mempengaruhi objektivitas. Semua orang dan organisasi yang terlibat dalam pengauditan harus menghormati dan mendukung independensi dan integritas auditor.

1.6.7. Kriteria Kualifikasi Auditor Mutu Akademik Internal

- 1.6.7.1. Pendidikan minimum, auditor minimal berpendidikan Sarjana atau ditentukan oleh Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal
- 1.6.7.2. Pelatihan, auditor telah mengikuti pelatihan/kursus Auditor Bersertifikat yang diselenggarakan/diakui oleh Perguruan Tinggi.
- 1.6.7.3. Atribut personal, Auditor berpikiran terbuka, memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, memiliki ketrampilan analitis dan keteguhan hati, memiliki kemampuan untuk memahami pelaksanaan audit yang kompleks, dan memiliki kemampuan untuk memahami peran unit organisasi, dan memiliki kemampuan berkomunikasi. Auditor menerapkan atribut tersebut di atas untuk:
 - 1.6.7.3.1. mendapatkan dan memeriksa bukti objektif secara wajar,
 - 1.6.7.3.2. tetap melaksanakan audit dengan benar,
 - 1.6.7.3.3. mengevaluasi secara objektif pengaruh pengamatan audit dan interaksi personal selama audit,
 - 1.6.7.3.4. memperlakukan teraudit secara wajar sehingga diperoleh hasil audit terbaik,
 - 1.6.7.3.5. melaksanakan proses audit tanpa penyimpangan,
 - 1.6.7.3.6. menaruh perhatian penuh dan mendukung proses audit,
 - 1.6.7.3.7. tanggap dalam menghadapi situasi yang sulit,
 - 1.6.7.3.8. mengambil kesimpulan audit yang dapat diterima,
 - 1.6.7.3.9. tetap berpegang pada kesimpulan yang telah dihasilkan.
- 1.6.7.4. Kemampuan manajemen
Auditor harus menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan manajemen yang diperlukan dalam melaksanakan audit.
- 1.6.7.5. Meningkatkan kompetensi. Auditor meningkatkan kompetensinya dengan:
 - 1.6.7.5.1. memutakhirkan pengetahuannya tentang syarat-syarat, standar sistem mutu, metode dan prosedur audit,
 - 1.6.7.5.2. berpartisipasi dalam kursus penyegaran bila diperlukan,
 - 1.6.7.5.3. mengevaluasi kinerja auditor secara berkala oleh penjaminan mutu perguruan tinggi
- 1.6.7.6. Kriteria ketua tim audit, ketua tim audit dipilih oleh kepala penjaminan mutu dari para auditor yang memenuhi kualifikasi dengan mempertimbangkan kriteria sebagai berikut:
 - 1.6.7.6.1. Calon sudah bekerja sebagai auditor.
 - 1.6.7.6.2. Calon menunjukkan kemampuan berkomunikasi secara efektif, baik secara lisan maupun tertulis.
- 1.6.7.7. Uraian Tugas dalam Pengauditan

Dokumen Sistem Mutu ini milik **STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal

Paraf LPMI



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 6 dari 37

1.6.7.7.1. Ketua tim audit bertugas:

- 1.6.7.7.1.1. menentukan keperluan tiap penugasan audit termasuk kualifikasi auditor yang diperlukan;
- 1.6.7.7.1.2. merencanakan audit, menyiapkan piranti kerja untuk anggota tim, dan mengarahkan tim audit;
- 1.6.7.7.1.3. mengkaji ulang dokumen aktivitas mutu akademik yang berlaku untuk menentukan kecukupannya;
- 1.6.7.7.1.4. membuat jadwal audit kepatuhan yang disepakati oleh teraudit;
- 1.6.7.7.1.5. memberitahukan dengan segera ketidaksesuaian yang kritis kepada teraudit;

- melaporkan setiap hambatan besar yang dihadapi dalam melaksanakan audit
- melaporkan segera hasil-hasil audit dan kesimpulannya secara jelas kepada kepala penjaminan mutu

1.7. Auditor bertugas:

- mengumpulkan dan menganalisis bukti yang relevan agar dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit,
- mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit yang mungkin memerlukan pengauditan lebih lanjut, pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan tentang:

- 1) prosedur, dokumen, atau informasi lain yang menggambarkan atau mendukung unsur-unsur sistem mutu yang diperlukan, diketahui, tersedia, dipahami, dan digunakan oleh teraudit,
- 2) semua dokumen dan informasi lain yang digunakan untuk menggambarkan sistem mutu yang memadai untuk mencapai tujuan mutu.

a. Klien bertugas:

- menentukan keperluan/permintaan dan tujuan audit serta saat proses audit dimulai,
- menentukan unit organisasi yang akan diaudit,
- menentukan lingkup umum audit, misalnya standar sistem mutu atau dokumen yang digunakan,
- menerima laporan hasil audit melalui Ketua STIKES,
- memberitahu teraudit untuk menindaklanjuti hasil temuan audit.

2. Teraudit bertugas:

- a. menginformasikan kepada penanggung jawab unit organisasi tentang kegiatan yang akan diaudit, tujuan dan lingkup audit,
- b. menunjuk staf yang bertugas mendampingi tim audit,
- c. menyediakan sumberdaya yang diperlukan oleh tim audit,

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 7 dari 37

- d. untuk menjamin efektifitas dan efesiensi proses audit,
- e. membuka akses fasilitas untuk mendapatkan bukti material yang diminta auditor,
- f. melakukan kerjasama dengan auditor agar tujuan audit tercapai,
- g. menentukan dan berinisiatif melaksanakan tindakan koreksi berdasarkan laporan audit.

3. Proses Audit

3.1. Lingkup Audit

- Klien bersama auditor menentukan unsur sistem mutu, lokasi, aktivitas unit organisasi, dan waktu audit.
- Klien bersama auditor menentukan lingkup dan kedalaman audit.
- Klien menentukan standar atau dokumen sistem mutu yang harus dipatuhi.
- Teraudit menunjukkan bukti yang cukup dan tersedia pada saat audit.
- Teraudit menyediakan sumberdaya yang memadai sesuai dengan lingkup dan kedalaman audit.

3.2. Frekuensi Audit

Hal-hal yang perlu dipertimbangkan untuk menentukan frekuensi audit adalah:

- Kebutuhan untuk melakukan audit ditentukan oleh klien dengan mempertimbangkan persyaratan atau peraturan tertentu.
- Perubahan dalam manajemen, organisasi, kebijakan, teknik atau teknologi yang dapat mempengaruhi atau mengubah sistem mutu dan mengubah hasil audit terdahulu.
- Audit internal dapat dilakukan secara teratur.

3.3. Telaah awal sistem mutu teraudit

- Sebagai dasar perencanaan audit, auditor menelaah metode yang ada untuk memenuhi persyaratan sistem mutu teraudit.
- Jika hasil telaah terhadap sistem mutu tidak memenuhi persyaratan, langkah audit selanjutnya tidak diteruskan sampai persyaratan tersebut dipenuhi.

4. Persiapan Audit

a. Perencanaan audit

Rencana audit disusun oleh ketua tim audit, disetujui oleh klien, dan dikomunikasikan kepada auditor dan teraudit. Rencana audit dirancang secara fleksibel agar dapat diubah berdasarkan informasi yang dikumpulkan selama audit dan memungkinkan penggunaan sumberdaya yang efektif.

Rencana audit meliputi:

- tujuan dan lingkup audit,
- identifikasi individu yang bertanggung jawab langsung terhadap tujuan dan lingkup audit,
- identifikasi dokumen acuan yang berlaku, antara lain standar sistem mutu dan manual mutu teraudit,
- identifikasi anggota tim audit,

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 8 dari 37

- tanggal dan tempat audit dilakukan,
 - identifikasi unit organisasi teraudit,
 - waktu dan lama audit untuk tiap aktivitas audit,
 - jadwal pertemuan yang diadakan dengan pimpinan teraudit,
 - jadwal penyerahan laporan audit.
- Jika teraudit keberatan terhadap rencana audit segera memberitahukan kepada ketua tim audit, dan harus diselesaikan sebelum pelaksanaan audit.

b. Penugasan tim audit

Masing-masing anggota tim audit mengaudit unsur sistem mutu atau bagian fungsional yang telah ditentukan.

c. Dokumen kerja

Dokumen kerja yang diperlukan untuk memfasilitasi tugas tim audit adalah:

- daftar pengecekan yang disiapkan oleh tim audit,
- borang untuk melaporkan pengamatan audit dan mendokumentasikan bukti pendukung.
- Dokumen kerja tidak membatasi aktivitas atau tugas audit tambahan yang mungkin diperlukan sebagai akibat informasi yang terkumpul selama audit. Dokumen kerja yang melibatkan informasi rahasia harus dijaga oleh organisasi audit.

5. Pelaksanaan Audit

5.1. Pertemuan pembukaan

Tujuan pertemuan pembukaan untuk:

- memperkenalkan anggota tim audit kepada pimpinan teraudit,
- menelaah lingkup dan tujuan audit,
- menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam melaksanakan audit,
- menegaskan hubungan formal antara tim audit dan teraudit,
- mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya yang diperlukan,
- mengkonfirmasi jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit,
- mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas.

5.2. Pemeriksaan lapangan

- Pengumpulan bukti

Bukti dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan dokumen, pengamatan aktivitas dan keadaan di lokasi. Jika ada indikasi yang mengarah kepada ketidaksesuaian dicatat, walaupun tidak tercakup dalam daftar pengecekan dan diselidiki lebih lanjut. Hasil wawancara harus diuji dengan mencari informasi tentang hal yang sama dari sumber lain yang independent. Selama kegiatan audit, ketua tim audit dapat mengubah tugas kerja tim audit dan rencana audit dengan persetujuan teraudit. Hal ini diperlukan untuk menjamin pencapaian tujuan audit yang

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 9 dari 37

optimal. Jika tujuan audit tidak tercapai, ketua tim audit memberitahukan alasannya kepada teraudit.

- Hasil pengamatan audit
Semua hasil pengamatan audit didokumentasikan. Setelah semua aktivitas diaudit, tim audit menelaah semua hasil pengamatannya untuk menentukan adanya ketidaksesuaian yang akan dilaporkan. Hasil pengamatan ditelaah oleh ketua tim audit dengan pimpinan teraudit. Semua ketidaksesuaian dari hasil pengamatan harus disepakati oleh ketua tim audit dan pimpinan teraudit.
- Pertemuan penutupan
Sebelum menyiapkan laporan audit, tim audit mengadakan pertemuan penutupan dengan teraudit. Tujuan utama pertemuan ini adalah untuk menyampaikan hasil audit. Catatan-catatan dalam pertemuan penutupan didokumentasikan

6. Dokumen Audit

a. Persiapan laporan audit

Laporan audit disiapkan dengan pengarahan ketua tim audit yang bertanggung jawab atas keakuratan dan kelengkapannya.

b. Isi laporan

Laporan audit berisi hasil pelaksanaan audit secara lengkap. Laporan audit harus diberi tanggal dan ditandatangani oleh ketua tim audit dan pimpinan teraudit. Laporan audit berisi hal-hal berikut:

- tujuan dan lingkup audit,
- rincian rencana audit, identitas anggota tim audit dan perwakilan teraudit, tanggal audit, dan identitas unit organisasi teraudit,
- identitas dokumen standar yang dipakai dalam audit antara lain Standar Mutu Akademik, dan Manual Mutu Akademik teraudit,
- temuan ketidaksesuaian,
- penilaian tim audit mengenai keluasan kesesuaian teraudit dengan standar sistem mutu yang berlaku dan dokumen terkait,
- kemampuan sistem mutu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan,
- daftar distribusi laporan audit.

c. Distribusi laporan

Laporan audit dikirim ke Sekertariat Penjaminan Mutu oleh ketua tim audit

7. Kelengkapan Pelaksanaan Audit

Audit dinyatakan selesai dan lengkap jika laporan audit telah diserahkan kepada Sekertarian Penjaminan Mutu

8. Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi

Ketua STIKES memerintahkan teraudit untuk melakukan tindakan koreksi. Tindakan koreksi harus diselesaikan dalam periode waktu yang disepakati oleh pimpinan teraudit setelah konsultasi dengan Penjaminan Mutu



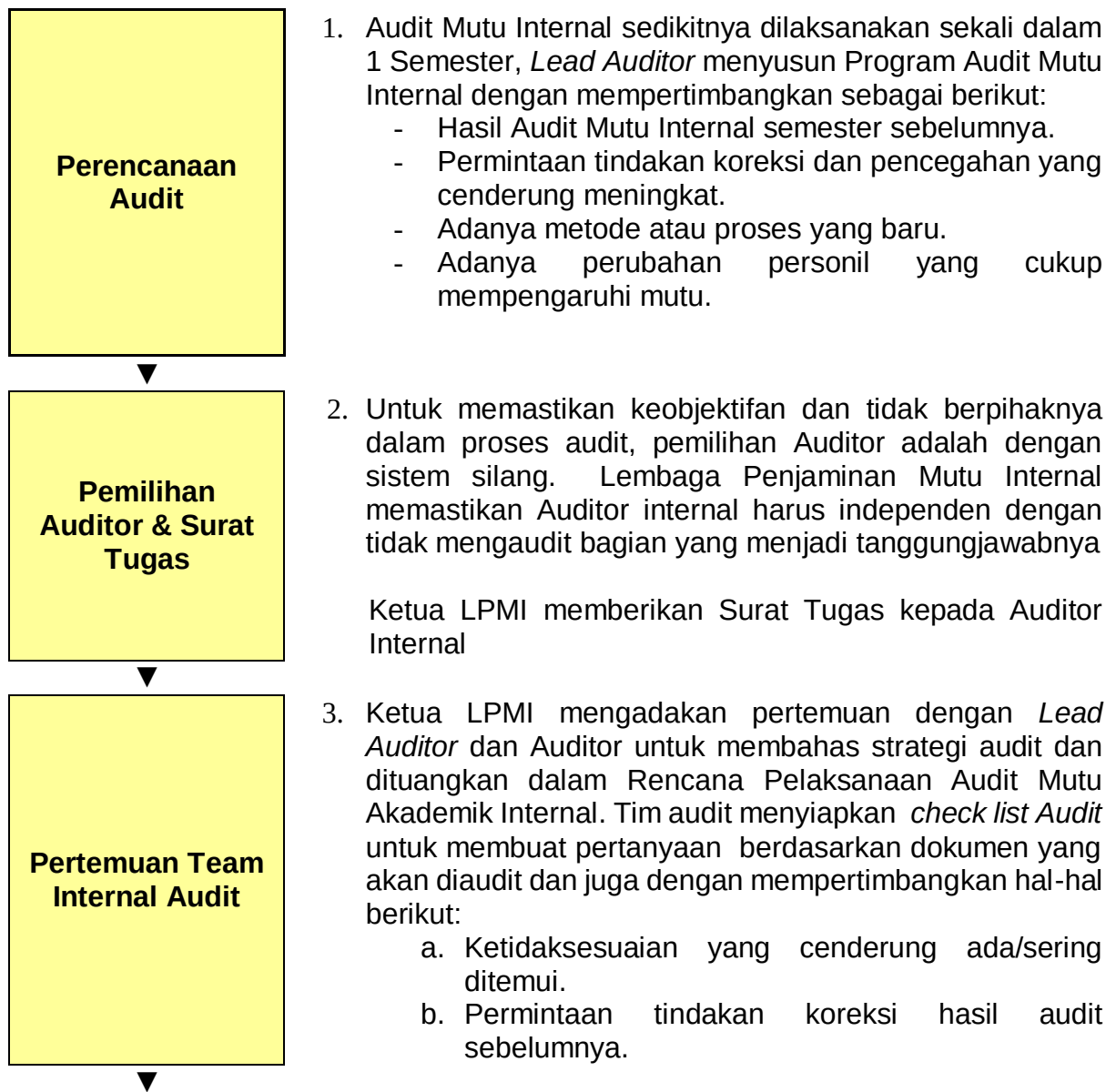
No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 10 dari 37

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 11 dari 37

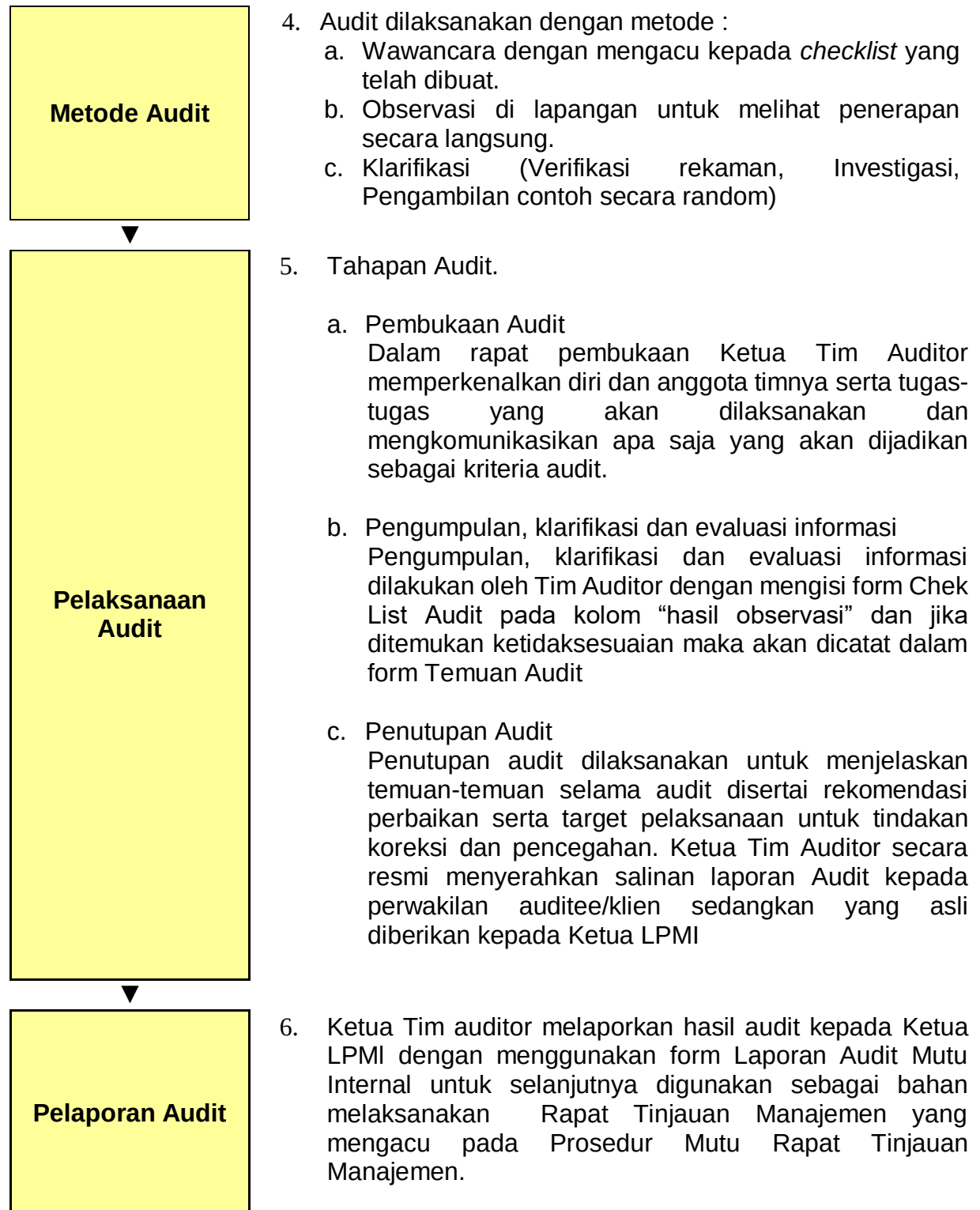
BAB II

SOP AUDIT MUTU INTERNAL

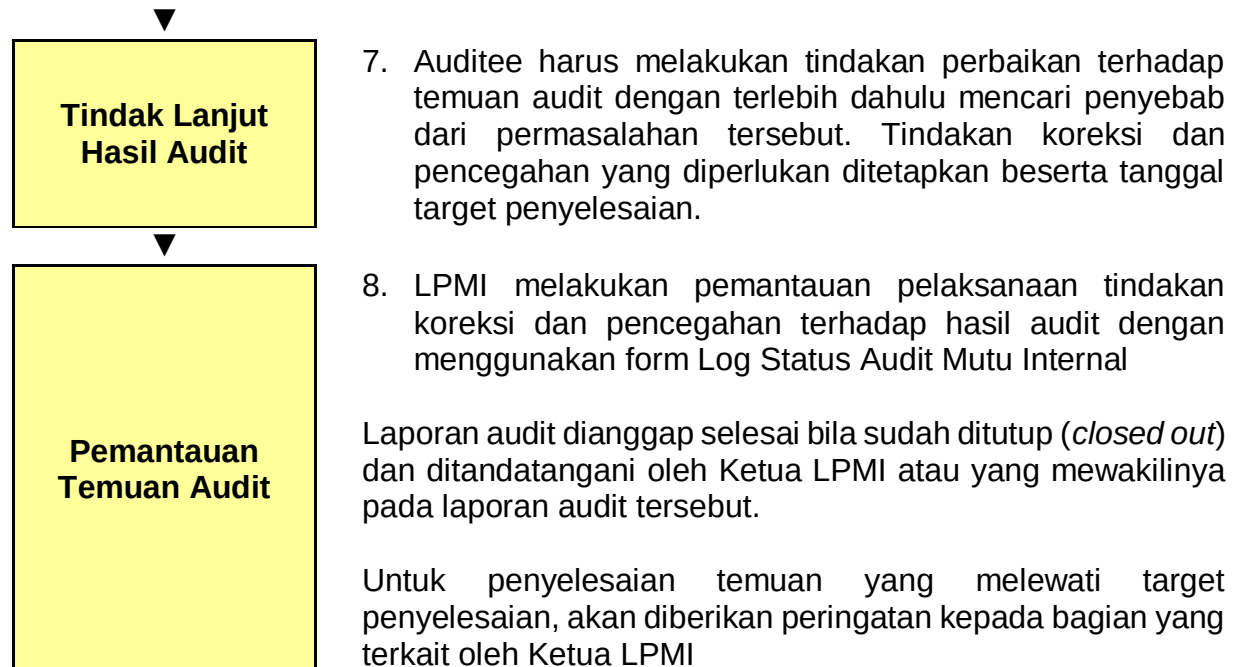
2.1. SOP Proses Audit Mutu Internal



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 12 dari 37



No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 13 dari 37



2.2. Dokumen Terkait

- 2.2.1. Program Audit Mutu Internal
- 2.2.2. Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal
- 2.2.3. *Check list* Audit
- 2.2.4. Temuan Audit Mutu Internal
- 2.2.5. Log Status Audit Mutu Internal

Dokumen Sistem Mutu ini milik STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA dan TIDAK DIPERBOLEHKAN dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal	Paraf LPMI 
---	---

SURAT PERINTAH KERJA

FM-PM-07/03-05/R0

AUDIT MUTU INTERNAL

KE : BAGIAN PROGRAM STUDI D3 TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS

Nomor : 019/SPK-AMI/XII/2021

1. DASAR PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

Berdasarkan tahapan Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan Tinggi maka perlu dilaksanakan Audit Mutu Internal untuk memenuhi persyaratan sekaligus apakah unsur-unsur dalam sistem manajemen mutu di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta telah berjalan efektif dan sesuai dalam mencapai sasaran mutu yang telah ditentukan.

2. LINGKUP AUDIT

Audit Mutu Internal meliputi seluruh proses yang dilaksanakan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, dalam hal proses belajar mengajar beserta proses pendukungnya, proses persyaratan dokumentasi, manajemen sumber daya manusia, pengukuran analisa dan perbaikan serta tanggung jawab manajemen.

3. TUJUAN

- Untuk menyakini sistem manajemen mutu yang diterapkan telah berjalan cukup efektif
- Untuk memantau upaya-upaya yang dilakukan dalam merealisasikan sasaran mutu yang telah ditetapkan pada prodi

4. SUSUNAN TIM PELAKSANA

Untuk pelaksanaan tugas Audit Mutu Internal, kami tugaskan kepada Tim Audit Mutu Internal (AMI) STIKES Guna Bangsa Yogyakarta dengan susunan keanggotaan sebagai berikut :

Lead Auditor : Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH

Anggota Tim : Siti Fadhillah, S.SiT., M.Kes

5. JADWAL PELAKSANAAN

5.1. Kegiatan Audit Mutu Internal dilaksanakan mulai tanggal 22 November 2021 s/d 29 November 2021

5.2. Verifikasi keefektifan Tindakan Koreksi yang diambil dilaksanakan paling lambat 7 hari kerja setelah penyelesaian tindakan koreksi dilaksanakan

6. MASA BERLAKU SPK

SPK ini berlaku mulai tanggal ditetapkan hingga verifikasi keefektifan tindakan koreksi selesai dilaksanakan.

Demikian, untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Yogyakarta, 16 November 2020

Ketua LPMI,



Chentia Misse Issabella, S.S.T, M.Tr.Keb.

LAPORAN

Audit Mutu Internal (AMI)

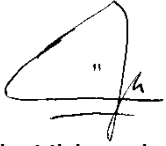
Program Studi D3 Teknologi

Laboratorium Medis

Jenjang	: Diploma III
Perguruan Tinggi	: STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
Program Studi	: Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis
Ketua Program Studi	: Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.
Ketua Tim Auditor	: Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH
Anggota	: Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes

**LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL
PROGRAM STUDI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS**

I. PENDAHULUAN

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta	
Program Studi	Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis	
Alamat	Jl. Ringroad Utara Depok Sleman	
Nama Kaprodi	Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.	Telp. : 085647040044
Tanggal Audit	22 November 2021	
Ketua Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH	Prodi: Radiologi
		Telp. : 058228388572
Anggota Auditor 1. Nama : Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes Prodi : Kebidanan Telp. : 085225890102		
Tanda Tangan Ketua Auditor:	 Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH	
Tanda Tangan Kaprodi :	 Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.	

II. TUJUAN AUDIT:

1. Memastikan apakah temuan/rencana tindakan koreksi pada siklus audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjuti.
2. Memastikan kesesuaian kurikulum sesuai dengan standar isi pembelajaran di Program Studi Teknologi Laboratorium Medis.
3. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan proses pembelajaran terhadap standar proses pembelajaran di Program Studi Teknologi Laboratorium Medis.
4. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penilaian pembelajaran terhadap standar penilaian pembelajaran di Program Studi Teknologi Laboratorium Medis.

III. LINGKUP AUDIT:

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

IV. JADWAL AUDIT:

Hari/Tanggal Audit: 22 November 2021

No	Jam	Kegiatan Audit
1	08.00 – 08.10	<i>Pembukaan</i>
2	08.10 – 10.10	<i>Diskusi dengan pengurus prodi</i>
3	10.10 – 11.00	<i>Formulasi temuan</i>
4	11.00 – 11.30	<i>Penyampaian temuan audit</i>
5	11.30 – 12.00	<i>Penutupan</i>

V. TEMUAN AUDIT:

1. Ketidaksesuaian

KTS/OB	STANDAR PENDIDIKAN	TEMUAN AUDIT PRODI D3 TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS
I	STANDAR KOMPETENSI LULUSAN	
OB/SF'6	Tersusunnya struktur mata kuliah tingkat program studi yang mengacu pada CPL dan profil lulusan tngkat program studi	RPS, MODUL/ BAHAN AJAR tiap mata kuliah untuk diperbaiki dan untuk penulisannya dibetulkan dan setiap matakuliah harus dibuat Modul atau bahan ajar dan disesuaikan dengan RPS (Penanggulangan bencana, sistem informasi kesehatan, IKD2)
II	STANDAR PROSES PEMBELAJARAN	
KTS-minor/AO'1	Ketua Program Studi menyusun perencanaan proses pembelajaran di program studi harus memiliki karakteristik yang terdiri atas sifat: interaktif, holistik, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, berpusat pada mahasiswa	Penyusunan RPS, penulisan pada Learning Report apakah memiliki karakteristik : interaktif, holistik, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, berpusat pada mahasiswa agar supaya bisa memenuhi CPL yang telah ditetapkan, penggunaan kalimat masih kurang sesuai : diperbaiki
III	STANDAR PENILAIAN PEMBELAJARAN	
2	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melakukan penilaian proses pembelajaran, UTS dan UAS :	Pengumpulan nilai masih terlambat dari dosen pengampu ke BAA.
OB/DM'7	Setiap Dosen pengampu mata kuliah memberikan hasil penilaian pembelajaran mahasiswa merupakan hasil integrasi antara berbagai teknik dan instrumen penilaian dan dituangkan dalam bentuk laporan di akhir semester.	Setiap dosen harus memberikan nilai baik dalam proses pembelajaran berlangsung dengan kriteria penilaian dan instrumen penilaian yang sudah valid

2. Saran Peningkatan

No.	Standar/ Kriteria	Peluang Peningkatan
I	STANDAR PENDIDIKAN	
1	Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) sesuai dengan deskripsi kualifikasi KKNl.	Meningkatkan capaian pembelajaran (CPL) hingga mencapai 100% dengan lebih mengedepankan dan meninjau ulang buku kurikulum bahan ajar pada setiap program studi.
2	Sumber belajar berbasis IT yang dapat digunakan sebagai bahan menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> sebanyak 75%.	Meningkatkan sumber belajar berbasis IT hingga mencapai 90% yang diharapkan dapat mempermudah mahasiswa dalam menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> .
3	Setiap Dosen wajib mengajukan sertifikasi untuk mendapatkan Sertifikat Pendidik melalui uji	Setiap dosen wajib mengajukan sertifikasi untuk mendapatkan sertifikat pendidik melalui uji kompetensi dengan memenuhi

	kompetensi dalam bentuk penilaian portofolio dengan memenuhi syarat pengalaman kerja sebagai pendidik pada perguruan tinggi sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun	syarat pengalaman kerja sebagai pendidik di perguruan tinggi sekurang-kurangnya >3 tahun.
4	Tenaga kependidikan penunjang harus memiliki kualifikasi akademik minimal lulusan SMA atau sederajat	Tenaga kependidikan penunjang sekurang-kurangnya memiliki kualifikasi minimal lulusan D3
5	Menyediakan sarana pembelajaran	STIKES wajib menyediakan sarana pembelajaran yang sangat memadai sebagai penunjang dalam pembelajaran.
6	Menyediakan prasarana pembelajaran	STIKES menyediakan prasarana dengan kualitas tinggi serta prasarana penunjang lainnya guna meningkatkan proses pembelajaran.
7	STIKES menyediakan bangunan perguruan tinggi harus memiliki persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan keamanan, serta dilengkapi instalasi listrik yang berdaya dan memadai, serta instalasi baik limbah domestik maupun limbah khusus pada laboratorium medis.	STIKES wajib meningkatkan kualitas bangunan perguruan tinggi sesuai dengan persyaratan untuk mengoptimalkan proses pembelajaran.
II	STANDAR PENELITIAN	
1	Ketua wajib mengarahkan peneliti untuk pengembangan IPTEK dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa	Ketua mengadakan pengarahan dan pendampingan kepada peneliti untuk pengembangan IPTEK yang lebih baik lagi dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.
2	STIKES menyediakan sarana penelitian berupa sarana informasi dan laboratorium.	STIKES meningkatkan sarana penelitian hingga 100% baik berupa sarana informasi dan laboratorium untuk meningkatkan kualitas penelitian.
3	STIKES menyediakan sarana dan prasarana penelitian pada lembaga lain melalui program kerjasama.	STIKES meningkatkan kerjasama dengan lembaga lain terkait dengan sarana dan prasarana penelitian hingga 90%.
III	STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT	
1	Ketua wajib mengarahkan pengabdian kepada masyarakat untuk pengembangan IPTEK dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa	Ketua mengadakan pengarahan dan pendampingan kepada peneliti untuk pengembangan IPTEK yang lebih baik lagi dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.

VI. KESIMPULAN AUDIT

1. Secara umum sistem dokumentasi pada Program Studi Teknologi Laboratorium Medis Program Diploma Tiga STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sudah cukup baik dalam menjalankan standar pada Standar Nasional Perguruan Tinggi (SNPT). Beberapa ketidaksesuaian ditemukan karena kesalahan redaksional dan beberapa temuan dalam standar isi pembelajaran, proses pembelajaran dan penilaian pembelajaran.
2. Laporan Monitoring evaluasi (Monev) secara berkala telah dilakukan tetapi belum terdokumentasi dengan baik, belum berjalan dengan baik dan masih belum berkelanjutan.
3. Beberapa aspek dalam pelaksanaan isi pembelajaran, proses pembelajaran dan penilaian belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Ketua Program Studi bersikap kooperatif dan memiliki komitmen untuk meningkatkan kualitas dokumen.

VII. LAMPIRAN AUDIT:

1. Temuan Audit (Kekurangan dan Peluang Peningkatan)
2. Surat Perintah kerja
3. Daftar Hadir Audit
4. Permintaan Tindakan Koreksi.

CHECK LIST AUDIT INTERNAL
GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

CHECK LIST AUDIT INTERNAL.

Program Studi : D3 Teknologi Laboratorium Medis
Hari/Tanggal : Senin, 22 November 2021
Waktu : 08.00 – selesai

Ketua Auditor : Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH
Anggota Tim : Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
1.	Ketua program studi wajib melakukan penyusunan kurikulum dan rencana pembelajaran dalam setiap mata kuliah	Kurikulum (mulai dari penyusunan sampai struktur matakuliah dan perhitungan SKS)	√				
2.	Ketua program studi menyelenggarakan program pembelajaran sesuai standarisasi, standar proses dan standar penilaian yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai capaian pembelajaran lulusan	BAP Perkuliahn, Learning Report, Penilaian Hasil Akhir (UTS, Tugas dan UAS)	√				
3.	Setiap program studi menyusun materi pembelajaran harus mengacu pada CPL dan profil lulusan program studi	RPS, silabus, buku ajar		√	Penulisan RPS, Modul masih terdapat kesalahan dalam penulisan, serta modul bahan	29 November 2021	Memperbaiki modul bahan ajar yang disesuaikan dengan RPS serta memperbaiki tata penulisan RPS dan modul bahan ajar.

CHECK LIST AUDIT INTERNAL
GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
					ajar kurang sesuai dengan RPS		
4.	Ketua Program Studi menyusun perencanaan proses pembelajaran di program studi harus memiliki karakteristik yang terdiri atas sifat: interaktif, holistik, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, dan berpusat pada mahasiswa. Karakteristik tersebut dituangkan dalam proses pembelajaran di semua jenjang program sesuai dengan filosofi manajemen asuhan kebidanan komprehensif.	RPS	√				
5.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun Rencana Pembelajaran Semester (RPS) paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai.	RPS semua matakuliah	√				
6.	Setiap program studi menyusun tingkat kedalaman dan keluasan materi pembelajaran dengan memperhatikan organisasi dan asosiasi bidang keilmuan yang sejenis dengan program pendidikan	Peninjauan Kurikulum (Kurikulum)	√				

CHECK LIST AUDIT INTERNAL

GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
7.	Setiap program studi menyusun materi pembelajaran yang dituangkan dalam matriks bahan kajian dan struktur kandalam bentuk mata kuliah yang didistribusikan setiap semester	Modul/Panduan praktik	√				
8.	Setiap program studi melakukan peninjauan secara berkala materi pembelajaran yang dilakukan setiap tahun	BAP, notulen dan hasil peninjauan kurikulum dalam kurun waktu 3 tahun	√				
9.	Setiap Dosen melaksanakan proses pembelajaran harus melalui interaksi mahasiswa dengan dosen dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar tertentu.	Modul/panduan praktik. Learning report	√				
10.	Setiap mahasiswa untuk menunjang proses pembelajaran yang berkaitan dengan penelitian harus mengacu pada Standar Nasional Penelitian	Mahasiswa masuk kedalam Anggota/Asisten peneliti dosen	√				
11.	Setiap mahasiswa untuk menunjang proses pembelajaran yang berkaitan dengan pengabdian kepada masyarakat harus mengacu pada Standar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat	Mahasiswa masuk kedalam Anggota/Asisten peneliti dosen	√				
12.	Setiap Dosen dalam melaksanakan proses pembelajaran dapat menggunakan beberapa metode pembelajaran yang dikemas dalam	PPT Dosen. Hasil dari bahan ajar	√				

CHECK LIST AUDIT INTERNAL

GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
	bentuk pembelajaran berupa kuliah, response dan tutorial, seminar dan kegiatan praktikum yang dapat secara efektif memfasilitasi pemenuhan CPL.	(modul/penuntun praktikum)					
13.	Setiap program studi melakukan pengembangan materi dan sumber belajar berbasis IT yang komperhensif untuk menunjang kemudahan siswa dalam mengakses materi belajar dengan mengadakan workshop sumber belajar setiap akhir semester	Sertifikat dosen pelatihan Kelase (e-learning)	√				
14.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah wajib membuat kontrak perkuliahan pada awal perkuliahan yang ditandatangani oleh dosen pengampu dan salah satu perwakilan mahasiswa	Kontrak perkuliahan	√				
15.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib melaksanakan proses pembelajaran sesuai dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) dalam satu semester	Leaning Report		√	Penulisan RPS belum sesuai dengan learning report sehingga belum dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	29 November 2021	Memperbaiki RPS yang disesuaikan dengan learning report agar dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan
16.	Dosen pengampu mata kuliah dalam melakukan penilaian capaian pembelajaran harus mencakup	Soal UTS dan UAS	√				

CHECK LIST AUDIT INTERNAL

GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
	penilaian ranah sikap, pengetahuan, dan keterampilan						
17.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah harus menggunakan prinsip edukatif, otentik, objektif, akuntabel dan transparan yang dilakukan secara terintegrasi dalam melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa	Hasil jawaban UTS dan UAS dari mahasiswa	√				
18.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa menggunakan instrument penilaian yang dilakukan selama proses pembelajaran dan/atau saat Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS)	Kisi-kisi soal UTS dan UAS		√	Beberapa dosen mata kuliah belum membuat instrument penilaian mahasiswa	29 November 2021	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib membuat instrument penilaian mahasiswa
19.	Setiap Dosen pengampu matakuliah memberikan hasil penilaian pembelajaran mahasiswa merupakan hasil integrasi antara berbagai teknik dan instrument penilaian dan dituangkan dalam bentuk laporan di akhir semester.	Hasil penilaian setiap dosen (Matakuliah)		√	Pengumpulan nilai masih terlambat dari dosen pengampu ke BAA.	29 November 2021	Mengumpulkan hasil penilaian mahasiswa ke BAA sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
20.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melaksanakan prosedur penilaian pembelajaran mahasiswa secara sistematis dan/atau penilaian ulang dengan tahapan (1) tahap perencanaan; (2) tahap kegiatan pemberian tugas atau soal; (3) tahap observasi kinerja; (3) tahap pengambilan	Hasil penilaian kompetensi tiap semester	√				

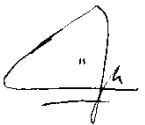


CHECK LIST AUDIT INTERNAL
GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

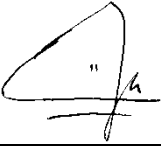
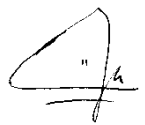
No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
	hasil observasi; dan (4) tahap pemberian nilai akhir.						
21.	Setiap mahasiswa dapat mengikuti Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS) dengan total kehadiran perkuliahaan minimal 75% dan telah memenuhi persyaratan administrasi	Learning Report, bukti pembayaran di keuangan	√				
22.	Dosen pengampu mata kuliah wajib hadir pada saat mata kuliahnya diujikan dalam UTS dan UAS	Daftar hadir pengawas ujian	√				
23.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah membuat laporan penilaian pembelajaran mahasiswa maksimal 2 minggu setelah semester berakhir	Hasil akhir dan daftar penilaian semua mahasiswa	√				

S = Sesuai dengan standar/peraturan, prosedur, dll
TS = Tidak sesuai

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		
Program Studi	Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis		
Ketua Program Studi	Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.		
Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH	Tanggal Audit	22 November 2021
PTK No:	Kategori: ☐ Mayor ☒ Minor ☐ Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Isi Pembelajaran Pernyataan Isi standar nomer 2.		
Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>): RPS tiap mata kuliah harap dikumpulkan tepat waktu dan perlu dilakukan perbaikan dalam susunan, tata penulisan, serta penggunaan bahasa yang digunakan.			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	22 November 2021
Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>): Perbaikan RPS			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	22 November 2021
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>): Perbaikan RPS akan dilihat 1 minggu yaitu 29 November 2021			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	29 November 2021

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		
Program Studi	Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis		
Ketua Program Studi	Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.		
Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH	Tanggal Audit	22 November 2021
PTK No:	Kategori: ☐ Mayor ☒ Minor ☐ Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Proses Pembelajaran Pernyataan Isi standar nomer 12		
Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>): Dokumen standar pada tingkat prodi di Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis STIKES Guna bangsa Yogyakarta belum semua dosen pengampu mata kuliah mengumpulkan laporan penilaian pembelajaran mahasiswa tepat waktu			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	23 November 220
Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>): Pembenahan dokumen standar			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	22 November 2021
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>): Pembenahan dokumen standar akan dilihat 1 minggu yaitu 29 November 2021			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	29 November 2021

UNDANGAN RAPAT
GBY-SPMII/AMI-04/FM-03

Yogyakarta, 16 November 2020

Nomor : 0205/LPMI/VII/2021
Lampiran : -
Hal : Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)

Kepada Yth.

Ketua Program Studi D3 Teknologi Laboratorium Medis
STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
Di Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami memberitahukan bahwa akan dilaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) di unit yang Bapak/Ibu pimpin, untuk itu mohon setiap unit dapat mempersiapkan dokumen yang nantinya diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan ini. Kegiatan ini akan dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 22 November 2021
Waktu : 08.00 - selesai
Tempat : Ruang Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis
Agenda : Audit Internal Stikes Guna Bangsa

Demikian surat pemberitahuan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua LPMI



(Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb)

NOTULEN RAPAT
GBY-SPMI/AMI-05/FM-04

Hari/Tanggal : Senin, 22 November 2021

Tempat : Ruang Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis

AGENDA RAPAT

1. Pembukaan
2. Pengarahan dari Ketua Auditor
3. *Opening Meeting*
4. Audit Internal STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
5. *Closing Meeting*

PEMBAHASAN RAPAT

Pengarahan dari Lead Auditor tentang gambaran dan etika menjadi Auditor Internal. Lead Auditor membuka pertemuan dengan menyepakati kesediaan waktu dari setiap Auditee untuk diaudit.

Pelaksanaan Audit Internal dimulai pada hari ini hingga selesai yang telah berjalan dengan lancar baik dengan koordinasi dan kerjasama seluruh pihak.

Tahapan-tahapan Audit Internal :

1. Persiapan Audit
2. Pelaksanaan Audit
3. Dokumen Audit
4. Kelengkapan Pelaksanaan Audit
5. Tindak Lanjut permintaan tindakan koreksi

Pelatihan ditutup dengan tata cara membuat Pelaporan Audit.

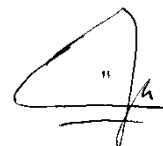
Disahkan oleh,

Notulis,

Ketua Auditor



Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb.



Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH

RENCANA DAN UNDANGAN RAPAT
GBY-SPMI/RTM-05/FM-01

Yogyakarta, 3 Desember 2020

Nomor : 0205/LPMI/VIII/2021

Lampiran : -

Hal : Rapat Tinjauan Manejemen

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Pejabat Struktural/Kepala Unit

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Di Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk menghadiri Rapat Tinjauan Manajemen STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, yang akan dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 6 Desember 2021

Waktu : 08.00 - selesai

Tempat : Ruang Pertemuan

Agenda : Pembahasan Temuan Audit Internal STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Demikian surat undangan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kehadiran Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua LPMI



(Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb)

NOTULEN RAPAT
GBY-SPMI/RTM-05/FM-04

Hari/Tanggal : Senin, 6 Desember 2021

Tempat : Ruang Pertemuan

AGENDA RAPAT

1. Pembukaan dari Ketua LPMI
2. Sambutan Ketua STIKES
3. *Opening Meeting* Rapat Tinjauan Manajemen
4. Pembahasan Temuan Audit Internal STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
5. *Closing Meeting* Rapat Tinjauan Manajemen

PEMBAHASAN RAPAT

Ketua STIKES memberikan sambutan terkait dengan temuan dari tim audit mutu internal LPMI STIKES Guna Bangsa Yogyakarta selama proses Audit Internal.

- Penjelasan tentang hasil temuan audit tahun 2020 sejumlah 4 temuan dari Prodi D3 Teknologi Laboratorium Medis
- Temuan Audit terlampir
- Pembahasan untuk menyepakati tentang cara dan rencana untuk penyelesaian temuan tersebut dan akan ditindaklanjuti pada Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Disahkan oleh,

Ketua LPMI

Notulis,



Ussama. S.Pd.



Chentia Misse Issabella. S.S.T., M.Tr.Keb.

BERITA ACARA RAPAT
GBY-SPMI/RTM-05/FM-04

Hari/Tanggal : Senin, 6 Desember 2021

Tempat : Ruang Pertemuan

BERITA ACARA RAPAT

Pada hari ini, Senin tanggal 6 bulan Desember tahun 2021, bertempat di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta telah dilaksanakan Pertemuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dari penemuan Audit Mutu Internal STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.

Catatan penting selama Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) :

1. Pembahasan tentang Temuan Audit
2. Rencana penyelesaian Audit
3. Pelaksanaan/Target Waktu penyelesaian Audit
4. Evaluasi tentang pelaksanaan penyelesaian Temuan Audit
5. Tindak lanjut permintaan tindakan koreksi

Pelatihan ditutup dengan tata cara membuat Pelaporan Audit.

Yogyakarta, 6 Desember 2021

Notulis,



Ussama. S.Pd.

Ketua,



Dr. dr. R. Soerjo Hadijono.SpOG (K).

DTRM & B(Ch)

RINGKASAN TEMUAN AUDIT DAN RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

Unit yang diperiksa : Program Studi D3 Teknologi Laboratorium Medis
 Tanggal Pemeriksaan : 6 Desember 2021

No.	Uraian Ketidaksesuaian	Bukti-bukti Obyektif	Ketidaksesuaian dengan Standar	Standar/Kriteria yang digunakan	Analisis	Tindakan Perbaikan	Tindakan Pencegahan	Waktu Penyelesaian
1.	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	Masih ada 2 (dua) dosen pengampu mata kuliah yang mengumpulkan RPS terlambat pada awal semester dimulai	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun RPS paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai	Keterlambatan pengumpulan RPS dapat dikarenakan banyaknya penyusunan isi RPS yang harus disesuaikan dengan CPL	- Dosen mengumpulkan RPS tepat waktu - Peningkatan kualifikasi atau profesionalisme dosen	Membuat prosedur pemberian penghargaan dan sanksi untuk lebih meningkatkan prestasi dosen dan tenaga kependidikan	1 minggu
2.	Penulisan RPS belum sesuai dengan learning report sehingga belum dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Masih terdapat dokumen prodi TLM yang belum memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Terdapat penulisan RPS belum sesuai dengan learning report sehingga belum dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Penulisan RPS belum sesuai dengan learning report sehingga belum dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Masih terdapat dokumen prodi TLM yang belum memenuhi CPL yang telah ditetapkan dikarenakan penulisan RPS yang belum sesuai dengan learning report	Memperbaiki RPS yang disesuaikan dengan learning report agar dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Mengadakan sosialisasi tentang penulisan format RPS dan learning report	1 minggu
3.	Beberapa dosen mata kuliah belum membuat	Masih terdapat beberapa dosen mata kuliah belum	Ditemukan beberapa dosen mata kuliah belum membuat	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melakukan penilaian	Sebagian dosen belum membuat instrumen	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib membuat	Membuat prosedur pemberian penghargaan	1 minggu

	instrument penilaian mahasiswa	membuat instrument penilaian mahasiswa	instrument penilaian mahasiswa	pembelajaran mahasiswa menggunakan instrument penilaian yang dilakukan selama proses pembelajaran dan/atau saat Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS)	penilaian dikarenakan masih berdiskusi dengan dosen lainnya	instrument penilaian mahasiswa	dan sanksi untuk lebih meningkatkan prestasi dosen dan tenaga kependidikan	
4.	Pengumpulan nilai masih terlambat dari dosen pengampu ke BAA.	Masih terdapat dosen pengampu yang terlambat mengumpulkan nilai ke BAA	Ditemukan beberapa dosen pengampu yang masih telambat dalam mengumpulkan nilai ke BAA	Setiap Dosen pengampu matakuliah memberikan hasil penilaian pembelajaran mahasiswa merupakan hasil integrasi antara berbagai teknik dan instrument penilaian dan dituangkan dalam bentuk laporan di akhir semester	Beberapa dosen pengampu terlambat dalam mengumpulkan nilai ke BAA dikarenakan masih berdiskusi dengan dosen lainnya	Mengumpulkan hasil penilaian mahasiswa ke BAA sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan	Membuat prosedur pemberian penghargaan dan sanksi untuk lebih meningkatkan prestasi dosen dan tenaga kependidikan	1 minggu

Disiapkan oleh Auditor,



(Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH)

Disetujui oleh Audience,



(Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.)

**LAPORAN EVALUASI TEMUAN AUDIT
PROGRAM STUDI D3 TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS**

No.	Uraian Ketidaksesuaian	Tindakan Perbaikan	Hasil Laporan Akhir
1	Penulisan RPS belum sesuai dengan learning report sehingga belum dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Memperbaiki RPS yang disesuaikan dengan learning report agar dapat memenuhi CPL yang telah ditetapkan	Semua format RPS telah disesuaikan dengan learning report
2	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	- Dosen mengumpulkan RPS tepat waktu - Peningkatan kualifikasi atau profesionalisme dosen	Semua dosen pengampu mata kuliah telah mengumpulkan RPS diakhiri batas waktu yang telah diberikan.
3	Beberapa dosen mata kuliah belum membuat instrument penilaian mahasiswa	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib membuat instrument penilaian mahasiswa	Sudah terdapat instrumen penilaian yang telah dibuat oleh masing-masing dosen pengampu
4	Pengumpulan nilai masih terlambat dari dosen pengampu ke BAA	Mengumpulkan hasil penilaian mahasiswa ke BAA sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan	Semua dosen pengampu mata kuliah telah mengumpulkan nilai ke BAA
6	Penambahan inventarisasi alat harus selalu ditingkatkan	Penambahan pembelian inventarisasi laboratorium secara terus menerus sesuai dengan pengajuan dari prodi	Sudah ada peningkatan jumlah inventarisasi alat agar rasio penggunaan alat dengan mahasiswa dapat tercapai
8	Tingkatkan jabatan fungsional	Meningkatkan tri dharma dan tingkatan publikasi agar memenuhi persyaratan lector	Sudah ada penambahan publikasi dalam 1 tahun
10	Tingkatkan jumlah hibah penelitian dan penelitian	Tingkatkan jumlah hibah penelitian dan penelitian	Sudah ada peningkatan jumlah hibah setiap tahunnya

Disiapkan oleh Auditor,



(Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH)

Disetujui oleh Audience,



(Hieronymus Rayi Prasetya, S.S.T., M.Si.)