

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 0 dari 13</p>

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)

BAB I

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-SOP-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 1 dari 13

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-SOP-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 2 dari 13

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-SOP-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 3 dari 13

- 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 tiap 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-SOP-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 4 dari 13

- 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

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 5 dari 13</p>

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

<p>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</p>	<p>Paraf LPMI </p>
--	---

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 6 dari 13</p>

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/pemintaan 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,

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



<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 7 dari 13</p>

- 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,

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 8 dari 13</p>

- 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

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 9 dari 13</p>

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

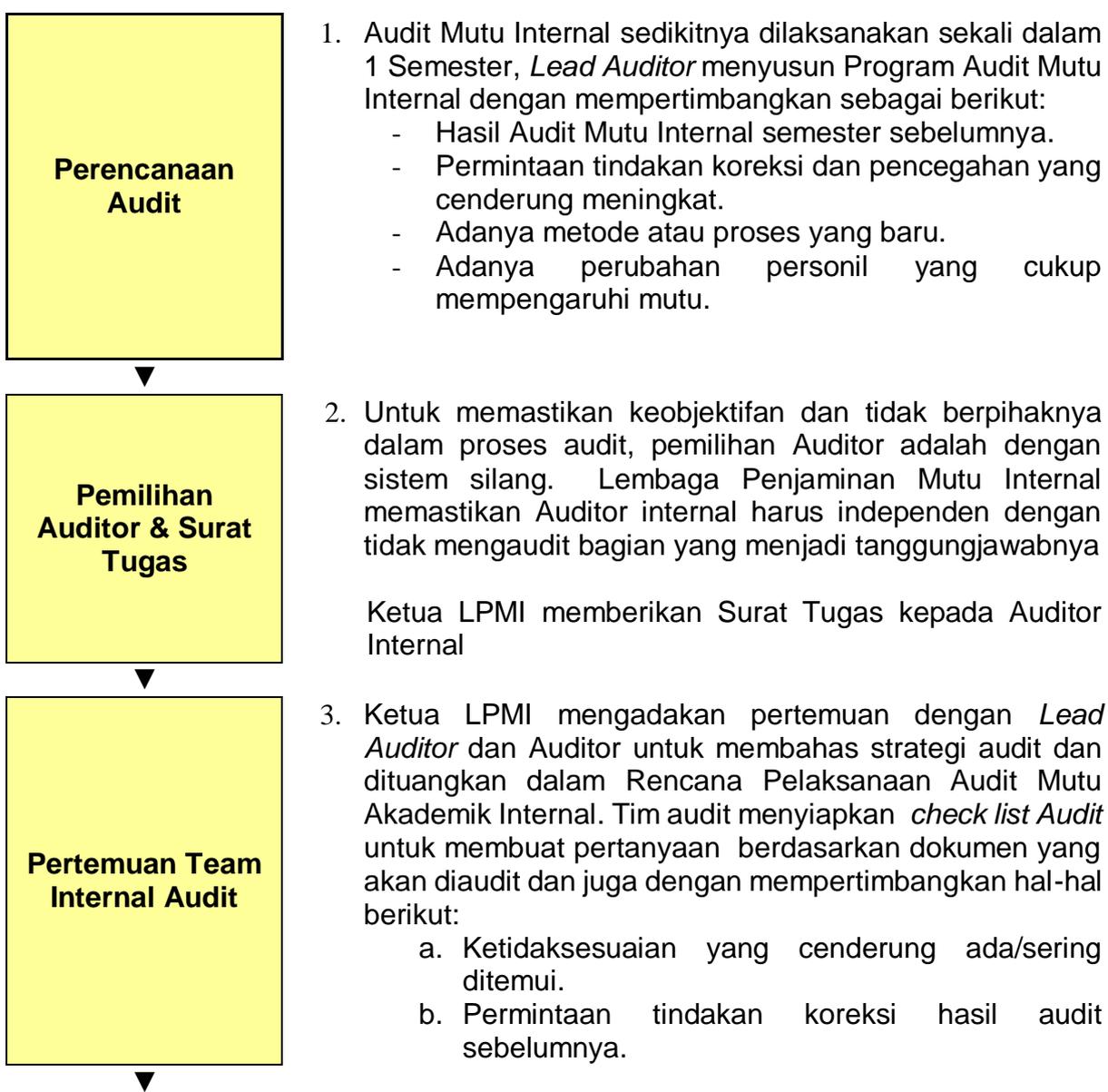
Ketua STIKES memerintahkan teraudit untuk melakukan tindakan koreksi. Tindakan koreksi harus diselesaikan dalam periode waktu yang disepakati oleh pimpinan teraudit setelah konsultasi dengan Penjaminan Mutu

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 10 dari 13</p>

BAB II

SOP AUDIT MUTU INTERNAL

2.1. SOP Proses Audit Mutu Internal

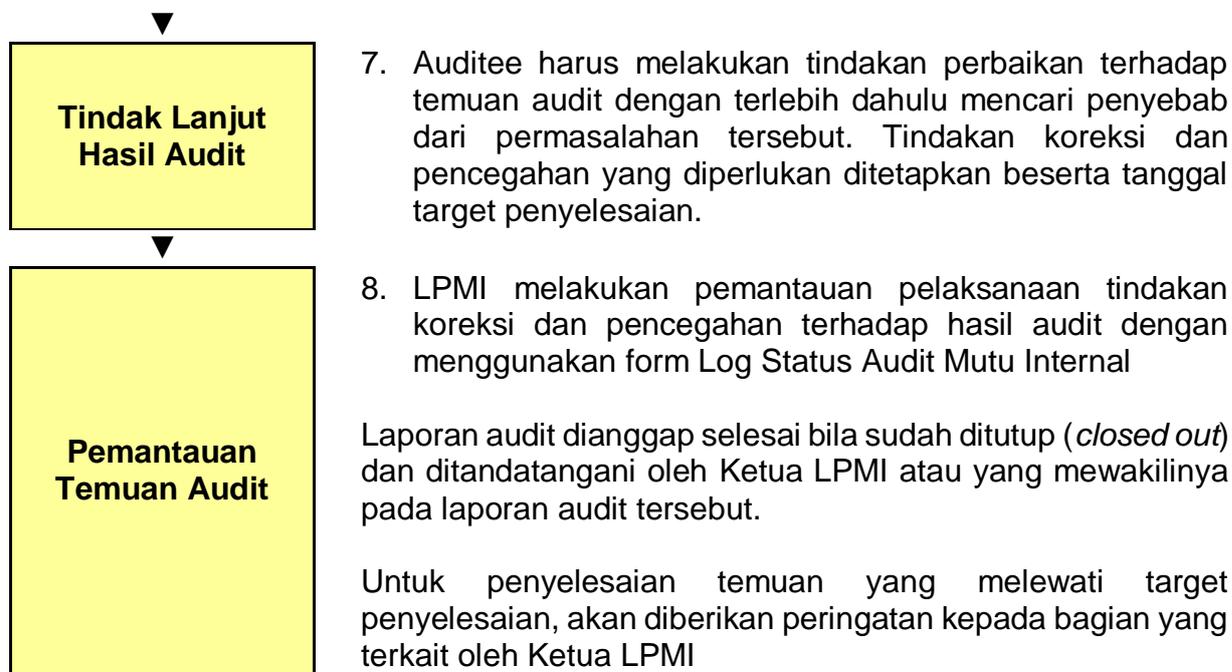


<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 11 dari 13</p>

<p>Metode Audit</p>	<p>4. Audit dilaksanakan dengan metode :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Wawancara dengan mengacu kepada <i>checklist</i> yang telah dibuat. b. Observasi di lapangan untuk melihat penerapan secara langsung. c. Klarifikasi (Verifikasi rekaman, Investigasi, Pengambilan contoh secara random)
<p>Pelaksanaan Audit</p>	<p>5. Tahapan Audit.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pembukaan Audit Dalam rapat pembukaan Ketua Tim Auditor memperkenalkan diri dan anggota timnya serta tugas-tugas yang akan dilaksanakan dan mengkomunikasikan apa saja yang akan dijadikan sebagai kriteria audit. b. Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi dilakukan oleh Tim Auditor dengan mengisi form Chek List Audit pada kolom "hasil observasi" dan jika ditemukan ketidaksesuaian maka akan dicatat dalam form Temuan Audit c. Penutupan Audit Penutupan audit dilaksanakan untuk menjelaskan temuan-temuan selama audit disertai rekomendasi perbaikan serta target pelaksanaan untuk tindakan koreksi dan pencegahan. Ketua Tim Auditor secara resmi menyerahkan salinan laporan Audit kepada perwakilan auditee/klien sedangkan yang asli diberikan kepada Ketua LPMI
<p>Pelaporan Audit</p>	<p>6. Ketua Tim auditor melaporkan hasil audit kepada Ketua LPMI dengan menggunakan form Laporan Audit Mutu Internal untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan melaksanakan Rapat Tinjauan Manajemen yang mengacu pada Prosedur Mutu Rapat Tinjauan Manajemen.</p>

<p>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</p>	<p>Paraf LPMI </p>
--	---

<p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 12 dari 13</p>



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

<p>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</p>	<p>Paraf LPMI</p> 
--	---

SURAT PERINTAH KERJA
FM-PM-07/03-05/R0

AUDIT MUTU INTERNAL
KE : UNTI STANDAR PENELITIAN
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

- a. Untuk menyakini sistem manajemen mutu yang diterapkan telah berjalan cukup efektif
- b. 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 keanggotan sebagai berikut :

Lead Auditor : Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH
Anggota Tim : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb

5. JADWAL PELAKSANAAN

- 5.1. Kegiatan Audit Mutu Internal dilaksanakan mulai tanggal 16 November 2021 s/d 23 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, 9 November 2021

Ketua LPMI,



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

LAPORAN

Audit Mutu Internal (AMI)

Standar Penelitian

Perguruan Tinggi	: STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
Bagian	: Unit Standar Penelitian
Ketua	: Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc
Ketua Tim Auditor	: Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH
Anggota	: Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL UNIT STANDAR PENELITIAN

I. PENDAHULUAN

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta	
Bagian	Standar Penelitian	
Alamat	Jl. Ringroad Utara Depok Sleman	
Nama Ketua	Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.	Telp. : 081225265682
Tanggal Audit	16 November 2021	
Ketua Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH.	Prodi: D3 Radiologi
		Telp. : 058228388572
Anggota Auditor	1. Nama : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb Prodi : Kebidanan Telp. : 085225890102	
Tanda Tangan Ketua Auditor:	 Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH.	
Tanda Tangan Ketua :	 Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.	

II. TUJUAN AUDIT:

1. Memastikan kesesuaian kurikulum sesuai dengan standar isi penelitian di Lembaga Penelitian
2. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan proses penelitian terhadap standar proses penelitian
3. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penilaian penelitian terhadap standar penilaian penelitian

III. LINGKUP AUDIT:

1. Visi, Misi, Tujuan dan Strategi
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 : 16 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 PENELITIAN	TEMUAN AUDIT UNIT STANDAR PENELITIAN
OB/SF'4	Setiap dosen atau mahasiswa yang melakukan penelitian wajib mempublikasikan hasil penelitian, tidak bersifat rahasia, tidak mengganggu dan/atau tidak membahayakan kepentingan umum atau nasional wajib disebarluaskan dengan cara diseminarkan, dipublikasikan, dipatenkan, dan/atau cara lain untuk menyampaikan hasil penelitian kepada masyarakat.	Belum semua dosen yang mempublikasikan 1 penelitian dan membuat laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun
KTS-minor/AO'2	Ketua LPPM wajib memberikan kontrak penelitian sebagai dasar melaksanakan kegiatan penelitian.	Kontrak penelitian, surat ijin penelitian dan balasan dari tempat penelitian dilampirkan pada laporan penelitian : lengkapi dengan surat balasan penelitian
3	Menyusun dan mengembangkan program penelitian sesuai Renstra Penelitian	RENSTRA PENELITIAN dan disertai laporan monev renstra penelitian : Monev Rensta penelitian silahkan diperbaiki dengan lengkap sesuai panduan dan juga dilengkapi dg daftar isi, halaman dan kata pengantar
KTS-minor/SF'5	Staff LPPM melaporkan hasil pengkajian pada Ketua LPPM untuk kebijakan lebih lanjut	Hasil pengkajian tidak dilaporkan secara terperinci dan tidak terdokumentasi dengan baik

2. Saran Peningkatan

No.	Standar/ Kriteria	Peluang Peningkatan
I	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 saran informasi dan laboratorium.	STIKES meningkatkan sarana penelitian hingga 100% baik berupa saran 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%.
4	Institusi harus menyiapkan atau menyusun peta penelitian	STIKES meningkatkan pembaharuan peta penelitian (<i>roadmap</i>) sebagai acuan bagi unit kerja program studi hingga mencapai 90%

(roadmap) sebagai acuan bagi unit kerja program studi	
---	--

VI. KESIMPULAN AUDIT

1. Secara umum sistem dokumentasi pada Unit Keuangan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sudah cukup baik dalam menjalankan standar. Beberapa ketidaksesuaian ditemukan karena kesalahan redaksional dan beberapa temuan dalam standar penelitian.
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 sistem keuangan belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Ketua unit 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.

Unit/Bagian : Standar Penelitian
Hari/Tanggal : Senin, 16 November 2021
Waktu : 08.00 – selesai

Ketua Auditor : Alpha Olivia Hidayati, S.Si., MPH
Anggota Tim : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
1.	Setiap dosen atau mahasiswa yang melakukan penelitian wajib mempublikasikan hasil penelitian, tidak bersifat rahasia, tidak mengganggu dan/atau tidak membahayakan kepentingan umum atau nasional wajib disebarluaskan dengan cara diseminarkan, dipublikasikan, dipatenkan, dan/atau cara lain untuk menyampaikan hasil penelitian kepada masyarakat.	Laporan penelitian, buku panduan penelitian		√	Belum semua dosen yang mempublikasikan 1 penelitian dan membuat laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun	23 November 2021	Membuat laporan penelitian yang telah disesuaikan dengan buku panduan penelitian setiap tahun
2.	Ketua LPPM mengajukan permintaan dosen untuk calon penilai (reviewer) internal, dilampiri kriteria yang ditetapkan LPPM		√				
3.	Unit kerja mengusulkan calon penilai (reviewer) internal tersebut ke LPPM paling lambat 7 hari terhitung dari tanggal surat LPPM yang disampaikan ke unit kerja		√				



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
4.	Ketua LPPM melakukan verifikasi calon penilai (reviewer) internal sesuai dengan kriteria.		√				
5.	Ketua LPPM mengajukan calon penilai (reviewer) internal ke Ketua STIKES untuk dibuatkan SK		√				
6.	Ketua LPPM wajib memberikan kontrak penelitian sebagai dasar melaksanakan kegiatan penelitian.	Laporan penelitian, kontrak penelitian, surat ijin penelitian, surat balasan penelitian		√	Belum terdapat surat balasan penelitian di dalam laporan penelitian	23 November 2021	Melampirkan surat balasan penelitian di dalam laporan penelitian
7.	Dosen mengajukan proposal untuk penelitian kepada Ketua Program Studi disertai dengan Formulir F-1		√				
8.	Ketua Program Studi melakukan verifikasi data dan membubuhkan tanda tangan di Formulir F-1		√				
9.	Dosen menyerahkan Formulir F-1 beserta proposal penelitian kepada Ketua LPPM		√				
10.	LPPM memeriksa semua kelengkapan pengajuan insentif penelitian dosen sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan		√				
11.	LPPM membawa proposal penelitian yang diajukan dosen ke Ketua STIKES dan diteruskan ke Pembantu Ketua II		√				
12.	Staff LPPM melakukan identifikasi Proposal Penelitian yang masuk		√				



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
13.	Staff yang ditunjuk ketua LPPM yang menjadi tim verifikasi melakukan desk evaluasi terhadap proposal penelitian merujuk terhadap ketentuan yang berlaku dalam pedoman penelitian		√				
14.	Staff LPPM merekap judul-judul proposal penelitian yang lolos desk evaluasi, kemudian disampaikan kepada Ketua LPPM dan tim reviewer		√				
15.	Ketua LPPM wajib membuat pedoman penelitian sebagai dasar pelaksanaan kegiatan penelitian dosen dan mahasiswa.		√				
16.	Ketua LPPM menunjuk reviewer yang relevan dengan substansi materi penelitian maksimal tiga orang (dilihat dari kemampuan substansi keilmuan dan metodologi), serta dengan mempertimbangkan pemerataan keterlibatan tim reviewer		√				
17.	Staff LPPM wajib mempersiapkan kelengkapan administrasi antara lain: surat tugas melakukan review kepada tim reviewer yang ditunjuk, proposal penelitian, form penilaian, dan surat undangan seminar proposal, sedangkan surat pemberitahuan melakukan presentasi seminar proposal disampaikan kepada pengusul proposal		√				

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
18.	Tim reviewer menyampaikan hasil penilaian proposal penelitian setelah seminar proposal selesai dilaksanakan disertai hasil koreksi ditulis dalam lembar koreksi secara singkat		√				
19.	Menyusun dan mengembangkan program penelitian sesuai Renstra Penelitian			√	Monev renstra penelitian belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	23 November 2021	Menambahkan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman ke dalam monev renstra penelitian.
20.	Staff LPPM berkewajiban mengembalikan atau menyampaikan koreksian tersebut ke dosen pengusul proposal disertai surat pemberitahuan dan bukti hasil koreksi (batas waktu revisi maksimal 4 hari). Jika dalam 4 hari hasil revisi tidak disampaikan ke LPPM, maka proposal dianggap gugur		√				
21.	Staff LPPM mengadministrasikan dan merekap hasil nilai review proposal dari tim reviewer		√				
22.	Ketua LPPM melakukan verifikasi dan mengesahkan hasil perhitungan		√				
23.	Staff LPPM membuat surat pemberitahuan ke peneliti berkaitan dengan lolos seleksi proposal dan dana penelitian		√				



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
24.	Staff LPPM menyampaikan Surat ke pihak peneliti berkaitan dengan penelitian dan dana penelitian		√				
25.	Staff LPPM mendokumentasikan semua dokumen dan surat menyurat yang ada sesuai dengan ketentuan		√				
26.	LPPM mengajukan proposal yang selesai di review diajukan untuk mendapatkan pembiayaan. Surat pengajuan pembiayaan penelitian ditujukan ke ketua dan disampaikan melalui bagian keuangan		√				
27.	Ketua atau Pembantu Ketua II menentukan besaran nilai pembiayaan yang mengacu terhadap rekomendasi LPPM sesuai dengan kategori penelitian, kemudian surat tersebut disampaikan ke bagian keuangan.		√				
28.	Ketua LPPM dan ketua peneliti menandatangani kontrak penelitian atau pengabdian masyarakat		√				
29.	Staff LPPM menyampaikan surat undangan penandatanganan MoU antara LPPM dengan pihak penerima dana bantuan penelitian atau pengabdian masyarakat		√				
30.	Staff LPPM mengadministrasikan MoU dan mendokumentasikan semua dokumen sesuai dengan ketentuan		√				



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
31.	Staff LPPM melakukan konfirmasi ke pihak peneliti pada hari diambilnya dana penelitian atau selambat-lambatnya 1 hari sebelum pencairan		√				
32.	Penyerahan dana penelitian dengan kuitansi rangkap 3, lembar pertama diberikan kepada peneliti, lembar kedua tembusan ke unit kerja peneliti, lembar ketiga arsip di LPPM. Tahapan besarnya pencairan dana sesuai dengan ketentuan yang berlaku		√				
33.	Staff LPPM menghubungi dosen-dosen yang memiliki karya intelektual		√				
34.	Staff LPPM membuat surat pengalihan hak dari pencipta/inventor ke pihak STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		√				
35.	LPPM Mengadakan hak paten/ cipta ke Dirjen HAKI, Departemen Kehakiman RI		√				
36.	Staff LPPM melakukan identifikasi awal adanya plagiarisme proposal penelitian dan pengabdian kepada masyarakat		√				
37.	Staff LPPM melaporkan hasil pengkajian pada Ketua LPPM untuk kebijakan lebih lanjut	Laporan hasil pengkajian		√	Hasil pengkajian tidak dilaporkan secara terperinci dan tidak terdokumentasi dengan baik	23 November 2021	Membuat dan mendokumentasikan laporan hasil pengkajian yang kemudian dilaporkan kepada ketua STANDAR PENELITIAN

educate to elevate

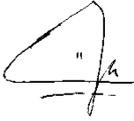


Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
STIKES GUNA BANGSA
YOGYAKARTA

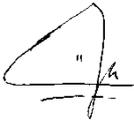
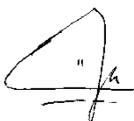
CHECK LIST AUDIT INTERNAL
GBY-SPMI/AMI-04/FM-01

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

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		
Unit/Bagian	Standar Penelitian		
Ketua Lembaga	Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.		
Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., M.P.H.	Tanggal Audit	16 November 2021
PTK No:	Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor <input checked="" type="checkbox"/> Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Hasil Penelitian		
<p><i>Uraian Temuan (diisi oleh auditor & ditandatangani):</i></p> <p>Ditemukan dokumen monev renstra penelitian yang belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman.</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	16 November 2021
<p><i>Rencana Tindakan Koreksi (diisi oleh teraudit & ditandatangani):</i></p> <p>Penambahan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman ke dalam monev renstra penelitian.</p>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	16 November 2021
<p><i>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani):</i></p> <p>Perbaikan laporan monev renstra penelitian akan dilihat 1 minggu yaitu 23 November 2021</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	23 November 2021

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		
Unit/Bagian	Standar Penelitian		
Ketua Lembaga	Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.		
Auditor	Alpha Olivia Hidayati, S.Si., M.P.H.	Tanggal Audit	16 November 2021
PTK No:	Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Hasil Penelitian		
<p>Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):</p> <p>Belum terdapat surat pernyataan keaslian ke dalam panduan penelitian</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	16 November 2021
<p>Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):</p> <p>Perbaiki panduan penelitian</p>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	16 November 2021
<p>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembenahan panduan penelitian akan dilihat 1 minggu yaitu 23 November 2021</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	23 November 2021



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

Yogyakarta, 9 November 2021

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

Kepada Yth.
Ketua STANDAR PENELITIAN
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 : Selasa, 16 November 2021
Waktu : 08.00 - selesai
Tempat : Ruang LPPM
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 : Selasa, 16 November 2021

Tempat : Ruang STANDAR PENELITIAN

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., M.P.H.



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

Yogyakarta, 1 Desember 2021

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 2021 sejumlah 4 temuan dari unit Standar penelitian
- Temuan Audit terlampir
- Pembahasan untuk menyepakati tentang cara dan rencana untuk penyelesaian temuan tersebut dan akan ditindaklanjuti pada Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Notulis,



Ussama. S.Pd.

Disahkan oleh,

Ketua LPMI



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)

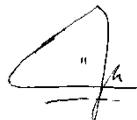
RINGKASAN TEMUAN AUDIT DAN RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

Unit yang diperiksa : Standar Penelitian
 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.	Belum semua dosen yang mempublikasikan 1 penelitian dan membuat laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun	Masih terdapat dosen yang membuat laporan penelitian tidak sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun	Belum semua dosen yang mempublikasikan 1 penelitian dan membuat laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun	Setiap dosen atau mahasiswa yang melakukan penelitian wajib mempublikasikan hasil penelitian, tidak bersifat rahasia, tidak mengganggu dan/atau tidak membahayakan kepentingan umum atau nasional wajib disebarluaskan dengan cara diseminarkan, dipublikasikan, dipatenkan, dan/atau cara lain untuk menyampaikan hasil penelitian kepada masyarakat.	Masih terdapat dosen yang membuat laporan penelitian tidak sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun dikarenakan belum terlalu memahami buku panduan.	Perbaiki laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian	Melakukan sosialisasi pembuatan laporan penelitian yang baik dan benar sesuai dengan buku panduan yang telah ada.	Berdasarkan kesepakatan dengan Unit Terkait
2.	Kontrak penelitian, surat ijin penelitian dan balasan dari tempat penelitian dilampirkan pada laporan penelitian : lengkapi dengan surat balasan penelitian	Masih terdapat laporan penelitian yang belum dilengkapi dengan lampiran surat	Kontrak penelitian, surat ijin penelitian dan balasan dari tempat penelitian dilampirkan pada laporan penelitian : lengkapi dengan	Ketua STANDAR PENELITIAN wajib memberikan kontrak penelitian sebagai dasar melaksanakan	Masih terdapat laporan penelitian yang belum dilengkapi dengan lampiran surat	Perbaiki laporan penelitian lengkap dengan lampiran surat balasan penelitian	Melakukan sosialisasi pembuatan laporan penelitian yang baik dan benar	Berdasarkan kesepakatan dengan Unit Terkait

		balasan penelitian	surat balasan penelitian	kegiatan penelitian.	balasan penelitian			
3.	Monev renstra penelitian belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Masih terdapat Monev renstra penelitian yang belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Terdapat Monev renstra penelitian yang belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Menyusun dan mengembangkan program penelitian sesuai Renstra Penelitian	Ditemukan dokumen penelitian yang belum lengkap terkait dengan Monev renstra penelitian yang belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Melengkapi monev renstra penelitian dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Membuat, menetapkan, dan mensosialisasikan format penyusunan monev renstra penelitian	1 minggu
4.	Hasil pengkajian tidak dilaporkan secara terperinci dan tidak terdokumentasi dengan baik	Masih terdapat kekurangan dokumen berupa laporan hasil pengkajian dan dokumentasi	Belum ada laporan hasil pengkajian dan dokumentasi hasil pengkajian	Staff STANDAR PENELITIAN melaporkan hasil pengkajian pada Ketua STANDAR PENELITIAN untuk kebijakan lebih lanjut	Ditemukan kekurangan dokumen STANDAR PENELITIAN berupa laporan hasil pengkajian dan dokumentasi hasil pengkajian	Membuat laporan hasil pengkajian dan dokumentasi	Mengadakan sosialisasi dan pelatihan penyusunan laporan hasil pengkajian dan dokumentasi yang baik	Berdasarkan kesepakatan dengan Unit Terkait

Disiapkan oleh Auditor,



(Alpha Olivia Hidayati, S.Si., M.P.H.)

Disetujui oleh Audience,



(Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.)

**LAPORAN EVALUASI TEMUAN AUDIT
UNIT STANDAR PENELITIAN**

No.	Uraian Ketidaksesuaian	Tindakan Perbaikan	Hasil Laporan Akhir
1	Belum semua dosen yang mempublikasikan 1 penelitian dan membuat laporan penelitian sesuai dengan buku panduan penelitian setiap tahun	Perbaikan laporan penelitian yang telah disesuaikan dengan buku panduan penelitian setiap tahun	Sudah ada perbaikan laporan penelitian yang telah disesuaikan dengan buku panduan penelitian setiap tahun
2	Belum terdapat surat balasan penelitian di dalam laporan penelitian	Perbaikan laporan penelitian dengan melampirkan surat balasan penelitian	Sudah terdapat surat balasan penelitian di dalam laporan penelitian
3	Monev renstra penelitian belum dilengkapi dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Melengkapi monev renstra penelitian dengan daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman	Sudah terdapat daftar isi, kata pengantar, dan nomor halaman di dalam monev renstra penelitian
4	Hasil pengkajian tidak dilaporkan secara terperinci dan tidak terdokumentasi dengan baik	<ul style="list-style-type: none"> - Pembuatan laporan hasil pengkajian yang kemudian dilaporkan kepada ketua LPPM - Pembuatan dokumentasi laporan hasil pengkajian yang kemudian dilaporkan kepada ketua LPPM 	Sudah ada laporan hasil pengkajian dan dokumentasi yang kemudian dilaporkan kepada ketua LPPM

Disiapkan oleh Auditor,



(Alpha Olivia Hidayati, S.Si., M.P.H.)

Disetujui oleh Audience,



(Dian Wuri Astuti, S.Si., M.Sc.)