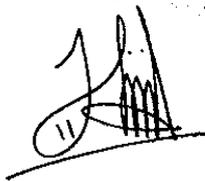


| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <p>No. Dokumen: GBY-SOP-07/03</p> | <p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p> | <p>Revisi : 02</p> |
| <p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p> | | <p>Hal : 0 dari 14</p> |

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)

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <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 : 1 dari 14</p> |

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-SOP-07/03 | Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL | Revisi : 02 |
| Tgl Berlaku: 16-09-2019 | | Hal : 2 dari 14 |

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

| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------|
| No. Dokumen: GBY-SOP-07/03 | Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL | Revisi : 02 |
| Tgl Berlaku: 16-09-2019 | | Hal : 3 dari 14 |

- 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 14 |

- 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 Ketidakesuaian, 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 tindaklanjut 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-SOP-07/03 | Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL | Revisi : 02 |
| Tgl Berlaku: 16-09-2019 | | Hal : 5 dari 14 |

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



| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <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 14</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/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,

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <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 14</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 14</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 14</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 Sekertariat 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-SOP-07/03 | Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL | Revisi : 02 |
| Tgl Berlaku: 16-09-2019 | | Hal : 10 dari 14 |

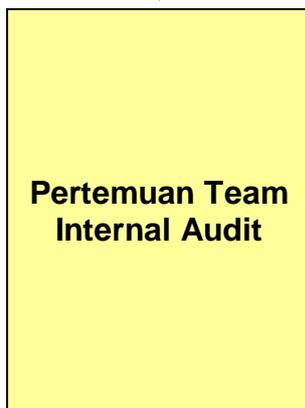
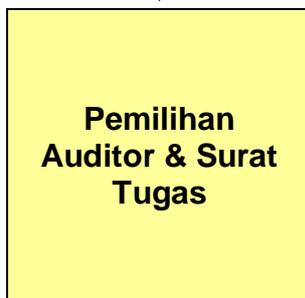
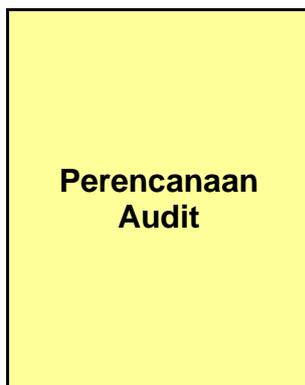
Dokumen Sistem Mutu ini milik **STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat salinan tanpa seijin Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal

Paraf LPMI

| | | |
|-------------------------------|---|---------------------|
| No. Dokumen: GBY-SOP-07/03 | Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL | Revisi : 02 |
| Tgl Berlaku: 16-09-2019 | | Hal : 11 dari 14 |

BAB II SOP AUDIT MUTU INTERNAL

2.1. SOP Proses Audit Mutu Internal



1. Audit Mutu Internal sedikitnya dilaksanakan sekali dalam 1 Semester, *Lead Auditor* menyusun Program Audit Mutu Internal dengan mempertimbangkan sebagai berikut:
 - Hasil Audit Mutu Internal semester sebelumnya.
 - Permintaan tindakan koreksi dan pencegahan yang cenderung meningkat.
 - Adanya metode atau proses yang baru.
 - Adanya perubahan personil yang cukup mempengaruhi mutu.

2. Untuk memastikan keobjektifan dan tidak berpihaknya dalam proses audit, pemilihan Auditor adalah dengan sistem silang. Lembaga Penjaminan Mutu Internal memastikan Auditor internal harus independen dengan tidak mengaudit bagian yang menjadi tanggungjawabnya

Ketua LPMI memberikan Surat Tugas kepada Auditor Internal

3. Ketua LPMI mengadakan pertemuan dengan *Lead Auditor* dan Auditor untuk membahas strategi audit dan dituangkan dalam Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal. Tim audit menyiapkan *check list Audit* untuk membuat pertanyaan berdasarkan dokumen yang akan diaudit dan juga dengan mempertimbangkan hal-hal berikut:
 - a. Ketidaksesuaian yang cenderung ada/sering ditemui.
 - b. Permintaan tindakan koreksi hasil audit sebelumnya.

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| <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 14</p> |

Metode Audit

4. Audit dilaksanakan dengan metode :
 - a. Wawancara dengan mengacu kepada *checklist* yang telah dibuat.
 - b. Observasi di lapangan untuk melihat penerapan secara langsung.
 - c. Klarifikasi (Verifikasi rekaman, Investigasi, Pengambilan contoh secara random)

Pelaksanaan Audit

5. Tahapan Audit.
 - 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

Pelaporan Audit

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>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 : BAGIAN PERPUSTAKAAN
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 : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb
Anggota Tim : Dwi Agustiana Sari, S.Kep., Ns., M.Kep

5. JADWAL PELAKSANAAN

- 5.1. Kegiatan Audit Mutu Internal dilaksanakan mulai tanggal 23 November 2021 s/d 30 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, 18 November 2021

Ketua LPMI,



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

LAPORAN

Audit Mutu Internal (AMI)

Perpustakaan

| | |
|--------------------------|--|
| Perguruan Tinggi | : STIKES Guna Bangsa Yogyakarta |
| Bagian | : Unit Perpustakaan |
| Kepala Unit | : Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP |
| Ketua Tim Auditor | : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb |
| Anggota | : Dwi Agustiana Sari, S.Kep., Ns., M.Kep |

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL BAGIAN PERPUSTAKAAN

I. PENDAHULUAN

| | | |
|-----------------------------|--|----------------------|
| Perguruan Tinggi | STIKES Guna Bangsa Yogyakarta | |
| Bagian | Unit Perpustakaan | |
| Alamat | Jl. Ringroad Utara Depok Sleman | |
| Nama Kepala Unit | Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP | Telp. : 081225265682 |
| Tanggal Audit | 23 November 2021 | |
| Ketua Auditor | Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb | Prodi: Kebidanan |
| | | Telp. : 058228388572 |
| Anggota Auditor | 1. Nama : Dwi Agustiana Sari, S.Kep., Ns., M.Kep Prodi : Keperawatan Telp. : 085225890102 | |
| Tanda Tangan Ketua Auditor: |  Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb | |
| Tanda Tangan Kepala Unit : |  Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP | |

II. TUJUAN AUDIT:

1. Memastikan kesesuaian data di lapangan dengan Standar Perpustakaan.
2. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan proses yang terjadi di perpustakaan terhadap Standar Perpustakaan.
3. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan pengelolaan perpustakaan terhadap standar perpustakaan.

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: 23 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 PERPUSTAKAAN | TEMUAN AUDIT PERPUSTAKAAN |
|----------|---|--|
| OB/DR'8 | Kepala perpustakaan menerima daftar buku rusak hasil dari kegiatan penyaringan dari staf perpustakaan | Daftar buku rusak belum lengkap |
| OB/DR'11 | Staf perpustakaan membuat laporan hasil kegiatan perbaikan kepada Kepala Perpustakaan | Laporan hasil perbaikan belum dibuat |
| OB/DR'17 | Petugas mencatat koleksi perpustakaan yang hilang | Pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang belum dilakukan secara berkala |

2. Saran Peningkatan

| No. | Standar/ Kriteria | Peluang Peningkatan |
|----------|--|---|
| I | STANDAR PERPUSTAKAAN | |
| 1 | Petugas perpustakaan melayani pembuatan kartu anggota perpustakaan sesuai SOP yang berlaku di bawah koordinasi kepala perpustakaan | Meningkatkan sistem pembuatan kartu anggota perpustakaan berbasis IT sehingga mahasiswa tinggal mengisi data diri pada sistem informasi perpustakaan dan petugas perpustakaan tinggal mencetak kartu anggota perpustakaan sesuai dengan data yang telah diinputkan. |
| 2 | Kepala Perpustakaan menugaskan staf perpustakaan untuk mendata daftar buku yang diperlukan (kekurangan jumlah maupun kekurangan judul baru) berdasarkan catatan masukan dari dosen dan atau anggota perpustakaan | Pendataan buku yang diperlukan dalam pembelajaran dapat dilakukan secara online menggunakan sistem informasi perpustakaan yang telah diintegrasikan dengan seluruh dosen yang bersangkutan. |
| 3 | Anggota perpustakaan wajib mengisi daftar kunjungan di perpustakaan ketika berkunjung ke perpustakaan | Meningkatkan sistem pengisian daftar kunjungan dengan scan barcode yang ada di kartu perpustakaan |
| 4 | Anggota melaporkan buku yang sudah dicari dan akan dipinjam ke petugas perpustakaan | Perpustakaan menyediakan komputer khusus yang dapat digunakan oleh pengunjung perpustakaan untuk mengetahui jumlah buku dan lokasi buku yang sedang mereka cari. |
| 5 | Anggota membayar denda sesuai dengan ketentuan yang berlaku apabila ada keterlambatan waktu pengembalian dan petugas menyerahkan kuitansi rangkap 2 (dua). Satu untuk petugas dan satu untuk membayar denda. | Keterlambatan pengembalian buku akan secara otomatis mendapatkan email yang berisi peringatan keterlambatan pengembalian buku |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | Petugas meng-update koleksi Perpustakaan yang ada | Pembaharuan koleksi perpustakaan dilakukan secara berkala sesuai dengan jadwal dan kebutuhan perpustakaan yang telah disepakati bersama |
| 7 | Petugas perpustakaan melakukan pengkatalogan dengan acuan sesuai ketentuan, tentukan entri utama dan tajuk tambahan dan kelengkapan data bibliografis lainnya | Peningkatan sistem pengkatalogan secara otomatis dengan bantuan sistem informasi perpustakaan |
| 8 | Petugas perpustakaan menerima karya tulis ilmiah dan membuat tanda terima karya tulis ilmiah untuk mahasiswa/dosen | Meningkatkan tanda terima karya tulis ilmiah dosen dan mahasiswa berupa pemberian sertifikat khusus sebagai penghargaan dari perpustakaan |

VI. KESIMPULAN AUDIT

1. Secara umum sistem dokumentasi pada Unit Perpustakaan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sudah cukup baik dalam menjalankan standar. Beberapa ketidaksesuaian ditemukan karena kesalahan redaksional dan beberapa temuan dalam standar keuangan.
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 perpustakaan belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Kepala unit perpustakaan 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 : Perpustakaan
Hari/Tanggal : Selasa, 23 November 2021
Waktu : 08.00 – selesai

Ketua Auditor : Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb
Anggota Tim : Dwi Agustiana Sari, S.Kep., Ns., M.Kep

| No. | Item Check/ Hal yang diperiksa | Dokumen | S | TS | Keterangan Hasil Temuan | Waktu Perbaikan | Tindakan Perbaikan |
|-----|--|-----------------------------|---|----|-------------------------|-----------------|--------------------|
| 1. | Petugas perpustakaan melayani pembuatan kartu anggota perpustakaan sesuai SOP yang berlaku di bawah koordinasi kepala perpustakaan | Daftar anggota perpustakaan | √ | | | | |
| 2. | Petugas menginputkan data anggota perpustakaan baru pada database perpustakaan | Daftar anggota perpustakaan | √ | | | | |
| 3. | Kepala Perpustakaan menugaskan staf perpustakaan untuk mendata daftar buku yang diperlukan (kekurangan jumlah maupun kekurangan judul baru) berdasarkan catatan masukan dari dosen dan atau anggota perpustakaan | Daftar buku | √ | | | | |
| 4. | Staf Perpustakaan membuat daftar buku yang harus dibeli dan diserahkan kepada kepala Perpustakaan | Daftar buku | √ | | | | |



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 |
|-----|---|--------------------------|---|----|--------------------------------------|------------------|---|
| 5. | Kepala Perpustakaan berkordinasi dengan Pembantu Ketua I dan melakukan seleksi buku yang harus dibeli | Tidak ada | √ | | | | |
| 6. | Bagian Umum menyerahkan koleksi perpustakaan yang baru kepada staf perpustakaan dengan diketahui oleh kepala Perpustakaan | Daftar buku | √ | | | | |
| 7. | Petugas perpustakaan memberi stempel perpustakaan dan spempel induk pada buku baru serta menginputkan data buku baru ke database perpustakaan | Daftar buku perpustakaan | √ | | | | |
| 8. | Kepala perpustakaan menerima daftar buku rusak hasil dari kegiatan penyaringan dari staf perpustakaan | Daftar buku rusak | | √ | Daftar buku rusak belum lengkap | 30 November 2021 | Melengkapi daftar buku yang rusak di perpustakaan |
| 9. | Kepala perpustakaan melakukan pengecekan buku rusak sesuai dengan daftar. | Daftar buku rusak | √ | | | | |
| 10. | Kepala perpustakaan memilah buku rusak dengan dua bagian yaitu rusak fisik dan isi dokumen | Daftar buku rusak | √ | | | | |
| 11. | Staf perpustakaan membuat laporan hasil kegiatan perbaikan kepada Kepala Perpustakaan | Laporan hasil perbaikan | | √ | Laporan hasil perbaikan belum dibuat | 30 November 2021 | Membuat laporan hasil perbaikan |

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 |
|-----|--|--|---|----|--|------------------|--|
| 12. | Anggota perpustakaan wajib mengisi daftar kunjungan di perpustakaan ketika berkunjung ke perpustakaan | daftar kunjungan perpustakaan | √ | | | | |
| 13. | Anggota melaporkan buku yang sudah dicari dan akan dipinjam ke petugas perpustakaan | Daftar buku perpustakaan | √ | | | | |
| 14. | Petugas perpustakaan mencatat identitas buku ke dalam sistem otopasi perpustakaan dan menyimpan kartu anggota perpustakaan serta memberitahukan waktu pengembalian buku seharusnya | Daftar koleksi perpustakaan, daftar anggota perpustakaan | √ | | | | |
| 15. | Anggota membawa buku yang akan dikembalikan atau diperpanjang. Petugas perpustakaan memeriksa data peminjaman dalam sistem otomasi perpustakaan | Data anggota perpustakaan | √ | | | | |
| 16. | Anggota membayar denda sesuai dengan ketentuan yang berlaku apabila ada keterlambatan waktu pengembalian dan petugas menyerahkan kuitansi rangkap 2 (dua). Satu untuk petugas dan satu untuk membayar denda. | SOP pembayaran denda, daftar koleksi perpustakaan | √ | | | | |
| 17. | Petugas mencatat koleksi perpustakaan yang hilang | Daftar buku hilang | | √ | Pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang belum dilakukan secara berkala | 30 November 2021 | Membuat jadwal pencatatan koleksi perpustakaan |



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. | Peminjam mengganti buku/koleksi perpustakaan yang hilang dengan judul dan pengarang yang sama atau dengan membayar denda seharga buku yang dihilangkan. | Daftar buku hilang | √ | | | | |
| 19. | Petugas meng-update koleksi Perpustakaan yang ada | Daftar buku/ jurnal | √ | | | | |
| 20. | Petugas Perpustakaan menerbitkan surat keterangan bebas pustaka yang ditandatangani oleh Kepala Perpustakaan dengan syarat-syarat yang harus dipenuhi mahasiswa. | Surat keterangan bebas perpustakaan | √ | | | | |
| 21. | Petugas perpustakaan melakukan pengkatalogan dengan acuan sesuai ketentuan, tentukan entri utama dan tajuk tambahan dan kelengkapan data bibliografis lainnya | Daftar buku | √ | | | | |
| 22. | Petugas perpustakaan menempelkan no Barcode / lebel buku pada semua koleksi perpustakaan | Daftar buku, no barcode | √ | | | | |
| 23. | Petugas perpustakaan menerima karya tulis ilmiah dan membuat tanda terima karya tulis ilmiah untuk mahasiswa/dosen | Surat tanda terima karya tulis ilmiah | √ | | | | |
| 24. | Petugas perpustakaan melakukan entry data karya tulis ilmiah pada sistem | Daftar karya tulis ilmiah | √ | | | | |



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 |
|-----|---|---|---|----|-------------------------|-----------------|--------------------|
| 25. | Petugas perpustakaan memberikan laporan daftar jurnal berlangganan yang diperoleh kepada kepala perpustakaan | Laporan daftar jurnal berlangganan | √ | | | | |
| 26. | Kepala perpustakaan setelah berkordinasi dengan Program Studi mengajukan permohonan langganan jurnal kepada Pembantu Ketua I | Surat permohonan jurnal berlangganan | √ | | | | |
| 27. | Kepala perpustakaan membuat rekapitulasi pengajuan langganan jurnal dan diajukan kepada Pembantu Ketua I | Daftar rekapitulasi pengajuan jurnal berlangganan | √ | | | | |
| 28. | Pembantu Ketua I memberikan disposisi kepada kepala perpustakaan untuk berlangganan kepada jurnal yang telah disetujui oleh Pembantu Ketua I. Jurnal hanya dapat dibaca di perpustakaan, tidak untuk dipinjamkan. | | √ | | | | |

S = Sesuai dengan standar/peraturan, prosedur, dll

TS = Tidak sesuai

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

| | | | |
|--|--|---------------|------------------|
| Perguruan Tinggi | STIKES Guna Bangsa Yogyakarta | | |
| Unit/Bagian | Perpustakaan | | |
| Kepala Unit | Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP | | |
| Auditor | Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb | Tanggal Audit | 23 November 2021 |
| PTK No: | Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor <input checked="" type="checkbox"/> Observasi | | |
| Referensi (Butir Mutu) | Standar Perpustakaan | | |
| <p>Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):</p> <p>Ditemukan laporan hasil perbaikan belum tersedia di perpustakaan</p> | | | |
| Tanda Tangan Auditor |  | Tanggal : | 23 November 2021 |
| <p>Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembuatan laporan perbaikan</p> | | | |
| Tanda Tangan Teraudit |  | Tanggal : | 23 November 2021 |
| <p>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembuatan laporan perbaikan akan dilihat 1 minggu yaitu 30 November 2021</p> | | | |
| Tanda Tangan Auditor |  | Tanggal : | 30 November 2021 |

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

| | | | |
|---|--|---------------|------------------|
| Perguruan Tinggi | STIKES Guna Bangsa Yogyakarta | | |
| Unit/Bagian | Perpustakaan | | |
| Kepala Unit | Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP | | |
| Auditor | Chentia Misse Issabella, S.S.T., M.Tr.Keb | Tanggal Audit | 23 November 2021 |
| PTK No: | Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor <input checked="" type="checkbox"/> Observasi | | |
| Referensi (Butir Mutu) | Standar Perpustakaan | | |
| <p>Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):</p> <p>Pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang belum dilakukan secara berkala</p> | | | |
| Tanda Tangan Auditor |  | Tanggal : | 23 November 2021 |
| <p>Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):</p> <p>Membuat jadwal pencatatan koleksi perpustakaan</p> | | | |
| Tanda Tangan Teraudit |  | Tanggal : | 23 November 2021 |
| <p>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembuatan jadwal pencatatan koleksi perpustakaan akan dilihat 1 minggu yaitu 30 November 2021</p> | | | |
| Tanda Tangan Auditor |  | Tanggal : | 30 November 2021 |



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

Yogyakarta, 18 November 2021

Nomor : 0205/LPMI/VII/2021

Lampiran : -

Hal : Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)

Kepada Yth.

Kepala Unit Perpustakaan

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, 23 November 2021

Waktu : 08.00 - selesai

Tempat : Ruang Unit Perpustakaan

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, 23 November 2021

Tempat : Ruang Unit Perpustakaan

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,



Dwi Agustiana Sari, S.Kep., Ns., M.Kep

Ketua Auditor



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



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 3 temuan dari Unit Perpustakaan
- Temuan Audit terlampir
- Pembahasan untuk menyepakati tentang cara dan rencana untuk penyelesaian temuan tersebut dan akan ditindaklanjuti pada Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Disahkan oleh,

Notulis,

Ussama, S.Pd.

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 : Unit Perpustakaan
 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. | Daftar buku rusak belum lengkap | Masih terdapat dokumen yang belum lengkap terkait daftar buku rusak yang belum diperbarui | Belum lengkapnya daftar buku rusak di perpustakaan | Kepala perpustakaan menerima daftar buku rusak hasil dari kegiatan penyaringan dari staf perpustakaan | Terdapat dokumen yang belum lengkap terkait dengan daftar buku rusak yang belum diperbarui dikarenakan masih memilah-milah buku yang sudah rusak dan tidak dapat digunakan | Pembaharuan daftar buku rusak di perpustakaan | Melakukan pengecekan buku koleksi perpustakaan secara berkala | 1 minggu |
| 2. | Laporan hasil perbaikan belum dibuat | Masih terdapat dokumen yang belum lengkap terkait dengan laporan hasil perbaikan yang harus segera diserahkan kepada kepala perpustakaan tepat waktu | Belum ada laporan hasil perbaikan | Staf perpustakaan membuat laporan hasil kegiatan perbaikan kepada Kepala Perpustakaan | Ditemukan dokumen yang belum lengkap terkait dengan laporan hasil kegiatan perbaikan kepada kepala perpustakaan | Pembuatan laporan hasil perbaikan | Melakukan sosialisasi dan penyusunan laporan hasil perbaikan | 1 minggu |
| 3. | Pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang belum dilakukan secara berkala | Masih terdapat dokumen yang belum lengkap terkait dengan daftar koleksi perpustakaan yang hilang | Belum lengkapnya daftar koleksi perpustakaan yang hilang | Petugas mencatat koleksi perpustakaan yang hilang | Ditemukan dokumen yang belum lengkap terkait dengan SK Penetapan dana penelitian | Melakukan pencatatan daftar koleksi perpustakaan yang hilang secara berkala | Memeriksa seluruh koleksi di perpustakaan secara berkala | 1 minggu |

Disiapkan oleh Auditor,



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

Disetujui oleh Audience,



(Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP)

**LAPORAN EVALUASI TEMUAN AUDIT
UNIT PERPUSTAKAAN**

| No. | Uraian Ketidaksesuaian | Tindakan Perbaikan | Hasil Laporan Akhir |
|-----|--|--|--|
| 1 | Daftar buku rusak belum lengkap | Melengkapi daftar koleksi yang rusak di perpustakaan | Daftar buku rusak di perpustakaan telah diperbarui |
| 2 | Laporan hasil perbaikan belum dibuat | Pembuatan laporan hasil perbaikan oleh petugas perpustakaan | Sudah terdapat laporan hasil perbaikan |
| 3 | Pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang belum dilakukan secara berkala | Melakukan pencatatan koleksi perpustakaan yang hilang secara berkala | Daftar koleksi perpustakaan yang hilang sudah diperbarui |

Disiapkan oleh Auditor,



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

Disetujui oleh Audience,



(Muhammad Nur Dear Gandarizki, S.IP)