

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

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-PM-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 39</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

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-PM-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 2 dari 39</p>

meliputi dokumen akademik dan dokumen mutu, kemudian dikembangkan 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



<p>No. Dokumen: GBY-PM-07/03</p>	<p>Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL</p>	<p>Revisi : 02</p>
<p>Tgl Berlaku: 16-09-2019</p>		<p>Hal : 3 dari 39</p>

- 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

<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>
--	---

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 4 dari 39

- 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 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

<p>No. Dokumen: GBY-PM-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 39</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-PM-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 39</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,

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-PM-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 39</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-PM-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 39</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

No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 9 dari 39

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

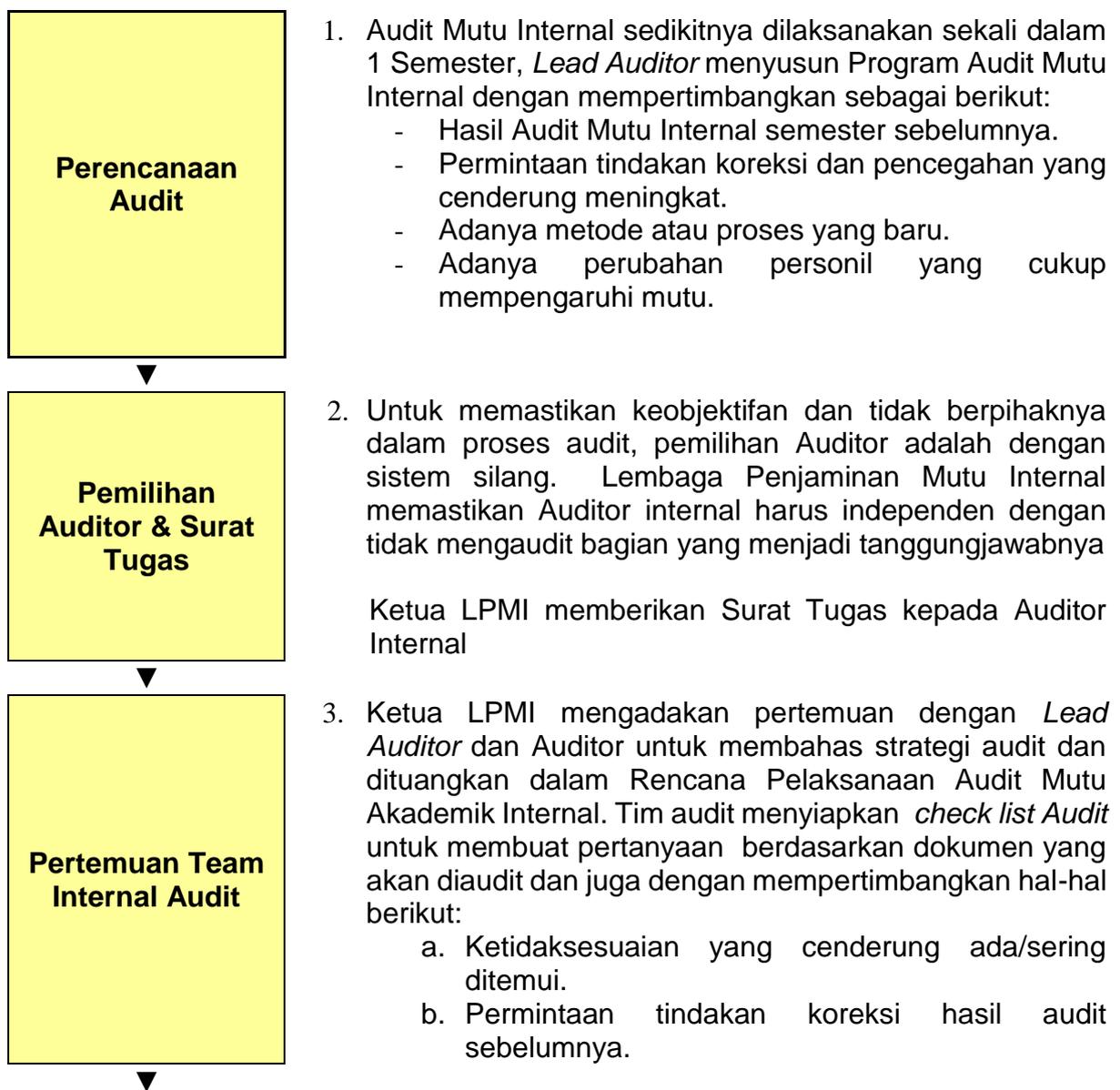
Ketua STIKES memerintahkan teraudit untuk melakukan tindakan koreksi. Tindakan koreksi harus diselesaikan dalam periode waktu yang disepakati oleh pimpinan teraudit setelah konsultasi dengan Penjaminan Mutu

<p>No. Dokumen: GBY-PM-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 39</p>

BAB II

SOP AUDIT MUTU INTERNAL

2.1. SOP Proses Audit Mutu Internal

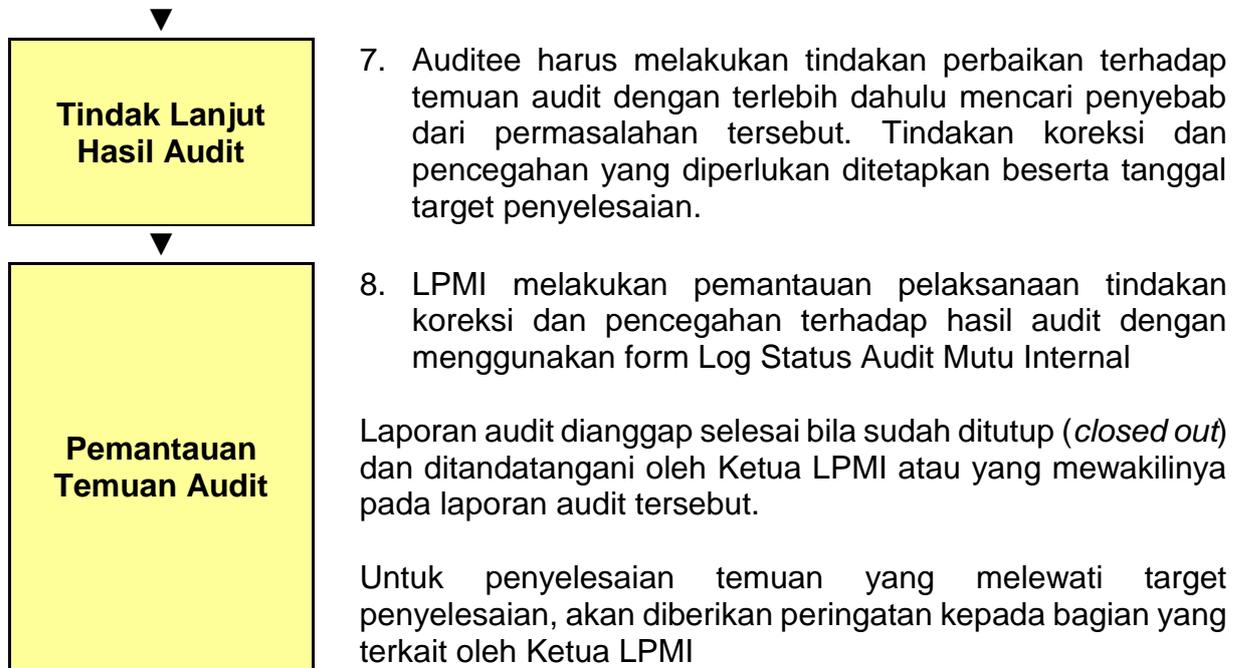


No. Dokumen: GBY-PM-07/03	Standar Operasional Prosedur AUDIT MUTU INTERNAL	Revisi : 02
Tgl Berlaku: 16-09-2019		Hal : 11 dari 39

Metode Audit	<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)
Pelaksanaan Audit	<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
Pelaporan Audit	<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-PM-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 39</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 : BAGIAN PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
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 : Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes
Anggota Tim : Evy Ernawati, S.S.T., M.Kes

5. JADWAL PELAKSANAAN

- 5.1. Kegiatan Audit Mutu Internal dilaksanakan mulai tanggal 9 November 2021 s/d 16 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, 2 November 2021
Ketua LPMI.



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

LAPORAN

Audit Mutu Internal (AMI)

Program Studi S1 Keperawatan

Jenjang	: Sarjana
Perguruan Tinggi	: STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
Program Studi	: Prodi S1 Keperawatan
Ketua Program Studi	: Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
Ketua Tim Auditor	: Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes
Anggota	: Evy Ernawati, S.S.T., M.Kes

**LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

I. PENDAHULUAN

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta	
Program Studi	Prodi S1 Keperawatan	
Alamat	Jl. Ringroad Utara Depok Sleman	
Nama Kaprodi	Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep	Telp. : 085647040044
Tanggal Audit	11 November 2021	
Ketua Auditor	Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes	Prodi: Kebidanan
		Telp. : 058228388572
Anggota Auditor	1. Nama : Evy Ernawati, S.S.T., M.Kes Prodi : Kebidanan Telp. : 085225890102	
Tanda Tangan Ketua Auditor:	 Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes	
Tanda Tangan Kaprodi :	 Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep	

II. TUJUAN AUDIT:

1. Memastikan apakah temuan/rencana tindakan koreksi pada siklus audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjuti.
2. Memastikan kesesuaian kurikulum sesuai dengan standar isi pembelajaran di Program Studi S1 Keperawatan.
3. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan proses pembelajaran terhadap standar proses pembelajaran di Program Studi S1 Keperawatan.
4. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penilaian pembelajaran terhadap standar penilaian pembelajaran di Program Studi S1 Keperawatan.

III. LINGKUP AUDIT:

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

IV. JADWAL AUDIT:

Hari/Tanggal Audit: 9 November 2021

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

V. TEMUAN AUDIT:

1. Ketidaksesuaian

KTS/OB	STANDAR PENDIDIKAN	TEMUAN AUDIT PRODI S1 KEPERAWATAN
KTS-minor/SF'12'3	Sumber belajar 95% berbasis IT yang dapat digunakan sebagai bahan menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> .	Sumber belajar masih belum berbasis IT
OB/DM'7	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun RPS paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya
KTS-minor/AO (4)	Setiap Dosen pengampu mata kuliah harus menggunakan prinsip edukatif, otentik, objektif, akuntabel dan transparan yang dilakukan secara terintegrasi dalam melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa	Ditemukan dokumen standar pada tingkat prodi di Prodi S1 Keperawatan yang belum semua mata kuliah terdapat penilaian antar mahasiswa

2. Saran Peningkatan

No.	Standar/ Kriteria	Peluang Peningkatan
I	STANDAR PENDIDIKAN	
1	Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) sesuai dengan deskripsi kualifikasi KKNI.	Meningkatkan capaian pembelajaran (CPL) hingga mencapai 100% dengan lebih mengedepankan dan meninjau ulang buku kurikulum bahan ajar pada setiap program studi.
2	Sumber belajar berbasis IT yang dapat digunakan sebagai bahan menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> sebanyak 75%.	Meningkatkan sumber belajar berbasis IT hingga mencapai 90% yang diharapkan dapat mempermudah mahasiswa dalam menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> .
3	Setiap Dosen wajib mengajukan sertifikasi untuk mendapatkan Sertifikat Pendidik melalui uji kompetensi dalam bentuk penilaian portofolio dengan memenuhi syarat pengalaman kerja sebagai pendidik pada perguruan tinggi sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun	Setiap dosen wajib mengajukan sertifikasi untuk mendapatkan sertifikat pendidik melalui uji kompetensi dengan memenuhi syarat pengalaman kerja sebagai pendidik di perguruan tinggi sekurang-kurangnya >3 tahun.
4	Tenaga kependidikan penunjang harus memiliki kualifikasi akademik minimal lulusan SMA atau sederajat	Tenaga kependidikan penunjang sekurang-kurangnya memiliki kualifikasi minimal lulusan D3
5	Menyediakan sarana pembelajaran	STIKES wajib menyediakan sarana pembelajaran yang sangat memadai sebagai penunjang dalam pembelajaran.

6	Menyediakan prasarana pembelajaran	STIKES menyediakan prasarana dengan kualitas tinggi serta prasarana penunjang lainnya guna meningkatkan proses pembelajaran.
7	STIKES menyediakan bangunan perguruan tinggi harus memiliki persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan keamanan, serta dilengkapi instalasi listrik yang berdaya dan memadai, serta instalasi baik limbah domestik maupun limbah khusus pada laboratorium medis.	STIKES wajib meningkatkan kualitas bangunan perguruan tinggi sesuai dengan persyaratan untuk mengoptimalkan proses pembelajaran.
II	STANDAR PENELITIAN	
1	Ketua wajib mengarahkan peneliti untuk pengembangan IPTEK dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa	Ketua mengadakan pengarahan dan pendampingan kepada peneliti untuk pengembangan IPTEK yang lebih baik lagi dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.
2	STIKES menyediakan sarana penelitian berupa 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%.
III	STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT	
1	Ketua wajib mengarahkan pengabdian kepada masyarakat untuk pengembangan IPTEK dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa	Ketua mengadakan pengarahan dan pendampingan kepada peneliti untuk pengembangan IPTEK yang lebih baik lagi dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.

VI. KESIMPULAN AUDIT

1. Secara umum sistem dokumentasi pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sudah cukup baik dalam menjalankan standar pada Standar Nasional Perguruan Tinggi (SNPT). Beberapa ketidaksesuaian ditemukan karena kesalahan redaksional dan beberapa temuan dalam standar isi pembelajaran, proses pembelajaran dan penilaian pembelajaran.

2. Laporan Monitoring evaluasi (Monev) secara berkala telah dilakukan tetapi belum terdokumentasi dengan baik, belum berjalan dengan baik dan masih belum berkelanjutan.
3. Beberapa aspek dalam pelaksanaan isi pembelajaran, proses pembelajaran dan penilaian belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Ketua Program Studi bersikap kooperatif dan memiliki komitmen untuk meningkatkan kualitas dokumen.

VII. LAMPIRAN AUDIT:

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



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

CHECK LIST AUDIT INTERNAL.

Program Studi : S1 Keperawatan
Hari/Tanggal : Selasa, 9 November 2021
Waktu : 08.00 – selesai

Ketua Auditor : Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes
Anggota Tim : Evy Ernawati, S.S.T., M.Kes

No.	Item Check/ Hal yang diperiksa	Dokumen	S	TS	Keterangan Hasil Temuan	Waktu Perbaikan	Tindakan Perbaikan
1.	Ketua program studi wajib melakukan penyusunan kurikulum dan rencana pembelajaran dalam setiap mata kuliah	Kurikulum (mulai dari penyusunan sampai struktur matakuliah dan perhitungan SKS)	√				
2.	Ketua program studi menyelenggarakan program pembelajaran sesuai standarisasi, standar proses dan standar penilaian yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai capaian pembelajaran lulusan	BAP Perkuliahan, Learning Report, Penilaian Hasil Akhir (UTS, Tugas dan UAS)	√				
3.	Setiap program studi menyusun materi pembelajaran harus mengacu pada CPL dan profil lulusan program studi	RPS, silabus, buku ajar	√				
4.	Ketua Program Studi menyusun perencanaan proses pembelajaran di program studi harus	RPS	√				



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
	memiliki karakteristik yang terdiri atas sifat: interaktif, holistik, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, dan berpusat pada mahasiswa. Karakteristik tersebut dituangkan dalam proses pembelajaran di semua jenjang program sesuai dengan filosofi manajemen asuhan kebidanan komprehensif.						
5.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun Rencana Pembelajaran Semester (RPS) paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai.	RPS semua matakuliah	√				
6.	Setiap program studi menyusun tingkat kedalaman dan keluasan materi pembelajaran dengan memperhatikan organisasi dan asosiasi bidang keilmuan yang sejenis dengan program pendidikan	Peninjauan Kurikulum (Kurikulum)	√				
7.	Setiap program studi menyusun materi pembelajaran yang dituangkan dalam matriks bahan kajian dan struktur kandalam bentuk mata kuliah yang didistribusikan setiap semester	Modul/Panduan praktik	√				

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
8.	Setiap program studi melakukan peninjauan secara berkala materi pembelajaran yang dilakukan setiap tahun	BAP, notulen dan hasil peninjauan kurikulum dalam kurun waktu 3 tahun	√				
9.	Setiap Dosen melaksanakan proses pembelajaran harus melalui interaksi mahasiswa dengan dosen dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar tertentu.	Modul/panduan praktik. Learning report	√				
10.	Setiap mahasiswa untuk menunjang proses pembelajaran yang berkaitan dengan penelitian harus mengacu pada Standar Nasional Penelitian	Mahasiswa masuk kedalam Anggota/Asisten peneliti dosen	√				
11.	Setiap mahasiswa untuk menunjang proses pembelajaran yang berkaitan dengan pengabdian kepada masyarakat harus mengacu pada Standar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat	Mahasiswa masuk kedalam Anggota/Asisten peneliti dosen	√				
12.	Setiap Dosen dalam melaksanakan proses pembelajaran dapat menggunakan beberapa metode pembelajaran yang dikemas dalam bentuk pembelajaran berupa kuliah, response dan tutorial, seminar dan kegiatan praktikum yang dapat secara efektif memfasilitasi pemenuhan CPL.	PPT Dosen. Hasil dari bahan ajar (modul/penuntun praktikum)	√				



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.	Setiap program studi melakukan pengembangan materi dan sumber belajar berbasis IT yang komperhensif untuk menunjang kemudahan siswa dalam mengakses materi belajar dengan mengadakan workshop sumber belajar setiap akhir semester	Sertifikat dosen pelatihan Kelase (e-learning)		√	Belum semua sumber bahan ajar belum berbasis IT	16 November 2021	Membuat sumber bahan ajar berbasis IT
14.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah wajib membuat kontrak perkuliahan pada awal perkuliahan yang ditandatangani oleh dosen pengampu dan salah satu perwakilan mahasiswa	Kontrak perkuliahan	√				
15.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib melaksanakan proses pembelajaran sesuai dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) dalam satu semester	Leaning Report	√				
16.	Dosen pengampu mata kuliah dalam melakukan penilaian capaian pembelajaran harus mencakup penilaian ranah sikap, pengetahuan, dan keterampilan	Soal UTS dan UAS	√				
17.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah harus menggunakan prinsip edukatif, otentik, objektif, akuntable dan transparan yang dilakukan secara terintergrasi dalam melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa	Hasil jawaban UTS dan UAS dari mahasiswa	√				



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.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa menggunakan instrument penilaian yang dilakukan selama proses pembelajaran dan/atau saat Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS)	Kisi-kisi soal UTS dan UAS	√				
19.	Setiap Dosen pengampu matakuliah memberikan hasil penilaian pembelajaran mahasiswa merupakan hasil integrasi antara berbagai teknik dan instrument penilaian dan dituangkan dalam bentuk laporan di akhir semester.	Hasil penilaian setiap dosen (Matakuliah)	√				
20.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah melaksanakan prosedur penilaian pembelajaran mahasiswa secara sistematis dan/atau penilaian ulang dengan tahapan (1) tahap perencanaan; (2) tahap kegiatan pemberian tugas atau soal; (3) tahap observasi kinerja; (3) tahap pengambilan hasil observasi; dan (4) tahap pemberian nilai akhir.	Hasil penilaian kompetensi tiap semester	√				
21.	Setiap mahasiswa dapat mengikuti Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS) dengan total kehadiran perkuliahan minimal 75% dan telah memenuhi persyaratan administrasi	Lerning Report, bukti pembayaran di keuangan	√				



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
22.	Dosen pengampu mata kuliah wajib hadir pada saat mata kuliahnya diujikan dalam UTS dan UAS	Daftar hadir pengawas ujian	√				
23.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah membuat laporan penilaian pembelajaran mahasiswa maksimal 2 minggu setelah semester berakhir	Hasil akhir dan daftar penilaian semua mahasiswa	√				
24.	Setiap Dosen pengampu mata kuliah harus menggunakan prinsip edukatif, otentik, objektif, akuntable dan transparan yang dilakukan secara terintegrasi dalam melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa			√	Ditemukan dokumen standar pada tingkat prodi di Prodi S1 Keperawatan yang belum semua mata kuliah terdapat penilaian antar mahasiswa	16 November 2021	Dilakukan penilaian antar mahasiswa menyeluruh pada semua mata kuliah
25.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun RPS paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai			√	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	16 November 2021	Pemberian batas waktu tambahan dalam pengumpulan RPS

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		
Program Studi	Prodi S1 Keperawatan		
Ketua Program Studi	Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep		
Auditor	Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes	Tanggal Audit	9 November 2021
PTK No:	Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Isi Pembelajaran Pernyataan Isi standar nomer 2.		
<p>Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):</p> <p>Belum semua matakuliah ada penilaian antar mahasiswa, yang sudah ada pada mata kuliah PKn</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	9 November 2021
<p>Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembuatan penilaian antar mahasiswa dalam semua mata kuliah</p>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	9 November 2021
<p>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembuatan penilaian antar mahasiswa akan dilihat 1 minggu yaitu 16 November 2021</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	16 November 2021

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Perguruan Tinggi	STIKES Guna Bangsa Yogyakarta		
Program Studi	Prodi S1 Keperawatan		
Ketua Program Studi	Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep		
Auditor	Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes	Tanggal Audit	9 November 2021
PTK No:	Kategori: <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	Standar Isi Pembelajaran Pernyataan Isi standar nomer 6		
<p>Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):</p> <p>Sumber bahan ajar pada setiap mata kuliah untuk diperbaiki baik itu kelengkapan materi pembelajaran yang harus sesuai dengan CPL, penulisan atau tata bahasa. Setiap mata kuliah harus dibuat Modul atau bahan ajar berbasis IT yang disesuaikan dengan RPS.</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	9 November 220
<p>Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):</p> <p>Perbaiki bahan ajar</p>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	9 November 2021
<p>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):</p> <p>Pembenahan dokumen standar akan dilihat 1 minggu yaitu 16 November 2021</p>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	16 November 2021

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

Yogyakarta, 3 November 2021

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

Kepada Yth.
Ketua Program Studi S1 Keperawatan
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, 9 November 2021
Waktu : 08.00 - selesai
Tempat : Ruang Prodi S1 Keperawatan
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, 9 November 2021

Tempat : Ruang Prodi S1 Keperawatan

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.

Notulis,



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

Disahkan oleh,

Ketua Auditor



Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes

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 Prodi S1 Keperawatan
- 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 : Program Studi S1 Keperawatan

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.	Sumber belajar masih belum berbasis IT	Masih ada beberapa mata kuliah yang masih menggunakan buku cetak, beberapa sumber masih belum terupdate	Sumber belajar masih belum berbasis IT dan silahkan update referensi dengan jurnal	Sumber belajar 95% berbasis IT yang dapat digunakan sebagai bahan menyusun tugas akhir, <i>e-journal</i> dan <i>e-book</i> .	Bahan ajar yang digunakan dalam perkuliahan masih banyak beberapa yang menggunakan buku atau modul cetak. Hal tersebut dapat dikarenakan belum adanya pelatihan pembuatan bahan ajar berbasis IT yang dapat mempermudah mahasiswa dalam memahami materi pembelajaran.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pembuatan bahan ajar untuk menyempurnakan bahan ajar yang sudah tersedia. - Proses pembelajaran berbasis <i>e-learning</i> 	Pengawasan terhadap pembuatan bahan ajar baik sebelum, saat proses pelaksanaan, maupun hasil dari bahan ajar tersebut.	Berdasarkan kesepakatan dengan Program Studi
2.	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	Masih ada 2 (dua) dosen pengampu mata kuliah yang mengumpulkan RPS terlambat pada awal	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	Setiap dosen pengampu mata kuliah wajib menyusun RPS paling lambat 2 minggu sebelum awal semester dimulai dan wajib	Keterlambatan pengumpulan RPS dapat dikarenakan banyaknya penyusunan isi RPS yang harus	<ul style="list-style-type: none"> - Dosen mengumpulkan RPS tepat waktu - Peningkatan kualifikasi atau profesionalisme dosen 	Membuat prosedur pemberian penghargaan dan sanksi untuk lebih meningkatkan prestasi dosen	Berdasarkan kesepakatan dengan Program Studi

		semester dimulai		menyampaikannya kepada mahasiswa sebelum perkuliahan dimulai dan paling sedikit harus memuat antara lain :	disesuaikan dengan CPL		dan tenaga kependidikan	
3.	Belum semua matakuliah ada penilaian antar mahasiswa, yang sudah ada pada mata kuliah PKn	Ditemukan dokumen standar pada tingkat prodi di Prodi S1 Keperawatan yang belum semua mata kuliah terdapat penilaian antar mahasiswa.	Belum semua matakuliah ada penilaian antar mahasiswa, yang sudah ada pada mata kuliah PKn	Setiap Dosen pengampu mata kuliah harus menggunakan prinsip edukatif, otentik, objektif, akuntabel dan transparan yang dilakukan secara terintegrasi dalam melakukan penilaian pembelajaran mahasiswa	Masih terdapat beberapa dokumen standar pada tingkat prodi di Prodi S1 Keperawatan STIKES Guna bangsa Yogyakarta. Belum semua mata kuliah ada penilaian antar mahasiswa, yang sudah ada pada mata kuliah PKn.	- Dilakukannya penilaian antar mahasiswa di Prodi S1 Keperawatan pada semua mata kuliah secara menyeluruh	- Dilakukan pengecekan dan pengawasan yang sudah dijadwalkan yang berkaitan dengan penilaian antar mahasiswa di Prodi S1 Keperawatan	1 minggu
4.	Semua dosen telah melakukan penelitian minimal 1 kali setahun	Sudah sesuai, tingkatkan pencapaian Hibah penelitian dan pengabmas	Tingkatkan jumlah hibah penelitian dan penelitian	Dosen dalam melaksanakan tugas keprofesionalan berkewajiban untuk : - Melaksanakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat	Setiap dosen yang belum pernah wajib melakukan penelitian minimal 1 tahun sekali dan bagi yang sudah silahkan ditingkatkan lagi penelitiannya dan untuk publikasinya di jurnal yang	Tingkatkan jumlah hibah penelitian dan penelitian	Mengikuti peluang Hibah penelitian dan pengabmas yang ada	1 tahun wajib minimal 1 kali penelitian dan 1 publikasi

					bereputasi/ terakreditasi.			
--	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	--

Disiapkan oleh Auditor,



(Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes)

Disetujui oleh Audience,

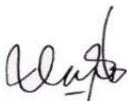


(Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep)

**LAPORAN EVALUASI TEMUAN AUDIT
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

No.	Uraian Ketidaksesuaian	Tindakan Perbaikan	Hasil Laporan Akhir
1	Sumber belajar masih belum berbasis IT	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pembuatan bahan ajar untuk menyempurnakan bahan ajar yang sudah tersedia. - Proses pembelajaran berbasis <i>e-learning</i> 	Sudah ada pebaikan pada sumber belajar baik berupa <i>e-book</i> dan pembelajaran berbasis <i>e-learning</i> sudah mulai dilajankan.
2	Ada beberapa mata kuliah yang masih terlambat dalam pengumpulan RPS karena masih berdiskusi dengan anggota tim pengampu lainnya.	<ul style="list-style-type: none"> - Dosen mengumpulkan RPS tepat waktu - Peningkatan kualifikasi atau profesionalisme dosen 	Semua dosen pengampu mata kuliah telah mengumpulkan RPS diakhri batas waktu yang telah diberikan.
3	Belum semua matakuliah ada penilaian antar mahasiswa, yang sudah ada pada mata kuliah PKn	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukannya penilaian antar mahasiswa di Prodi S1 Keperawatan pada semua mata kuliah secara menyeluruh 	Penilaian antar mahasiswa Prodi S1 Keperawatan sedah dilakukan pada semua mata kuliah.
4	Tingkatkan jabatan fungsional	Meningkatkan tri dharma dan tingatkan publikasi agar memenuhi persyaratan lektor	Sudah ada penambahan publikasi dalam 1 tahun

Disiapkan oleh Auditor,



(Siti Fadhilah, S.SiT., M.Kes)

Disetujui oleh Audience,



(Dwi Agustina Sari, S.Kep., Ns., M.Kep)

