



UPM AKPER PEMKAB NGAWI

AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

BUKU PEDOMAN



TAHUN 2021

**BUKU PEDOMAN
AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
AKPER PEMKAB NGAWI**



Disiapkan oleh:	Disetujui oleh:
Ketua UPM	Direktur
	
Erwin Kurniasih, M.Kep	Siti Maimunah, S.Kep., Ns., M.Kes

**UNIT PENJAMINAN MUTU (UPM)
AKADEMI KEPERAWATAN PEMKAB NGAWI
TAHUN 2021**



**YAYASAN PENDIDIKAN KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN PEMKAB NGAWI
Jl. Dr.wahidin 49 Telp (0351)744859.749569 Ngawi**

KEPUTUSAN

**DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN PEMKAB NGAWI
NOMOR : 421 / 266.A / 404.102.28 / IX / 2021**

TENTANG

**BUKU PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) TAHUN 2021
UPM AKADEMI KEPERAWATAN PEMKAB NGAWI**

DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN PEMKAB NGAWI

- Menimbang** : 1. Bahwa Akper Pemkab Ngawi memiliki komitmen secara profesional melaksanakan pejaminan mutu untuk menjamin kualitas akademik, pelayanan dan peningkatan kepuasan stakeholder
2. Bahwa Sistem penjaminan mutu merupakan wujud dari komitmen institusi untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan, terarah dan akuntabel
3. Bahwa pelaksanaan Penjaminan Mutu merupakan tanggung jawab bersama seluruh komponen Akper Pemkab Ngawi baik ditingkat Program Studi
4. Bahwa perlu dilakukan penilaian terhadap pelaksanaan Standar Nasional Dikti dan Standar Dikti yang di Akper Pemkab Ngawi
- Mengingat** : 1. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
2. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi
3. Statuta Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ngawi
4. Pembentukan Tim Unit Penjaminan Mutu Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ngawi

- Memperhatikan : 1. Pedoman Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan Tinggi Penyelenggara Pendidikan Vokasi Tahun 2020
2. Surat Keputusan Yayasan Pendidikan Kesehatan Ketonggo 421/030.A/404.102.28/I/2017 Tentang Struktur Organisasi pada Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ngawi
3. Surat Keputusan Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ngawi tentang Pembentukan Tim Unit Penjaminan Mutu Tahun 2018

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : Menetapkan Buku Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) UPM Akper Pemkab Ngawi tahun 2021
- Pertama : Buku Pedoman Audit Mutu Internal UPM Akper Pemkab Ngawi sebagai gambaran dan pedoman umum pelaksanaan audit mutu yang ada lingkungan Akper Pemkab Ngawi
- Kedua : Surat Keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan, dengan ketentuan segala sesuatunya akan ditinjau kembali dan akan diperbaiki atau ditambahkan sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari ditemukan kekeliruan ataupun kekurangan

Ditetapkan di : Ngawi

Pada tanggal : 21 September 2021

DIREKTUR
AKPER PEMKAB NGAWI



SITI MAIMUNAH, S.Kep., Ns., M.Kes

VISI MISI INSTITUSI

VISI:

Menjadi lembaga pendidikan tinggi kesehatan yang unggul dalam menghasilkan sumberdaya manusia yang kompeten, berjiwa pancasila dan berwawasan global pada bidang kesehatan sesuai kebutuhan lulusan pada tahun 2031

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pengajaran di bidang kesehatan yang berorientasi pada ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek) kesehatan yang berakhlak mulia.
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang kesehatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek) kesehatan.
3. Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat di bidang kesehatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek) kesehatan dalam rangka menyejahterakan masyarakat.
4. Menyelenggarakan tata kelola pendidikan tinggi yang sehat dengan memperhatikan pengembangan Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana untuk menunjang keunggulan institusi.
5. Menyelenggarakan kerja sama dengan *stakeholders* dan institusi di tingkat nasional dan internasional dalam rangka mendukung kegiatan akademik dan non akademik.

VISI MISI PROGRAM STUDI

VISI:

Menjadi Program Studi D III Keperawatan yang menghasilkan perawat vokasional yang berakhlak mulia, kompeten, dan unggul di bidang *home care* serta mampu bersaing secara nasional dan berwawasan global pada tahun 2031

MISI:

1. Menyelenggarakan Pendidikan keperawatan yang menghasilkan lulusan ahli madya keperawatan yang berorientasi pada pelayanan *homecare* dengan mengedepankan sikap jujur, disiplin dan bertanggung jawabserta berwawasan global.
2. Menyelenggarakan Penelitian kesehatan yang sesuai dengan perkembangan IPTEKKES dengan mengedepankan sikap jujur, disiplin dan bertanggung jawab.
3. Menyelenggarakan Pengabdian masyarakat sesuai dengan perkembangan IPTEKKES dengan mengedepankan sikap jujur, disiplin dan bertanggung jawab.
4. Menyelenggarakan tata kelola prodi yang sehat dengan terus memperhatikan pengembangan SDM dan sarana prasaran yang menunjang keunggulan program studi.
5. Menyelenggarakan kerjasama dan memanfaatkan teknologiinformasi terkini untuk mendukung pengembangan program studi.

KATA PENGANTAR

Unit Penjaminan Mutu (UPM) Akper Pemkab Ngawi merupakan salah satu aspek organisasi yang dibangun oleh Akper Pemkab Ngawi sejak tahun 2011 sampai dengan saat ini yang bertujuan untuk menjaga mutu Akper Pemkab Ngawi. Kegiatan UPM mendasar pada UU Nomor 12 Tahun 2012 Bab III tentang Penjaminan Mutu, manajemen SPMI meliputi Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pelaksanaan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI tersebut dikenal dengan istilah siklus PPEPP. Sesuai dengan Permenristekdikti Nomor 62 Tahun 2016 Pasal 5, evaluasi sebagaimana dimaksud dalam siklus PPEPP tersebut dilakukan melalui Audit Mutu Internal (AMI).

Audit Mutu Internal (AMI) adalah proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di Akper Pemkab Ngawi sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi. Dengan demikian maka AMI merupakan tahapan yang sangat strategis dalam pengembangan mutu perguruan tinggi terutama untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan. Menyadari arti pentingnya AMI pada Akper Pemkab Ngawi, maka perlu dituangkan komprehensif dalam satu buku pedoman AMI agar dapat menjadi pedoman bagi Akper Pemkab Ngawi untuk melaksanakan tugas maupun sebagai dasar penyempurnaan sistem yang ada. Dengan semangat peningkatan mutu maka diharapkan pelaksanaan AMI akan mempercepat terwujudnya budaya mutu.

Ngawi, September 2021

Kepala Unit Penjaminan Mutu Akper
Pemkab Ngawi

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
VISI MISI INSTITUSI.....	ii
VISI MISI PROGRAM STUDI.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II PENGERTIAN, TUJUAN DAN MANFAAT AMI	4
BAB III EVALUASI DIRI	7
BAB IV PERENCANAAN AMI	18
BAB V PELAKSANAAN AMI	21
BAB VI LAPORAN AMI	27
BAB VII PENUTUP	29
REFERENSI	30
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu cara evaluasi yang dilakukan untuk memperoleh ruang peningkatan mutu pendidikan tinggi. Cara evaluasi melalui AMI perlu dilakukan secara sistematis sesuai dengan amanat UU Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi. Dalam UU Nomor 12 Tahun 2012 Bab III tentang Penjaminan Mutu, dinyatakan bahwa manajemen SPMI meliputi Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pelaksanaan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP.

Secara umum yang dimaksud dengan penjaminan mutu adalah proses penetapan dan pemenuhan standar pengelolaan secara konsisten dan berkelanjutan. Sehingga untuk pelaksanaan AMI diperlukan buku pedoman pelaksanaan AMI (Audit Mutu Internal) yang dilaksanakan setiap tahun. Buku pedoman AMI ini memberikan gambaran tentang pelaksanaan AMI yang diharapkan menjadi pedoman Unit Penjaminan Mutu (UPM) Akper Pemkab Ngawi dalam melaksanakan AMI sesuai dengan kondisi serta perkembangan budaya mutu yang telah dicapai.

Audit Mutu Internal dilakukan sebagai bentuk tanggungjawab UPM secara berkelanjutan terhadap capaian SPMI Akper Pemkab Ngawi. Selain itu AMI dilakukan sebagai bentuk persiapan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) oleh BAN-PT dalam periode waktu 5 (lima) tahun sekali, sekaligus sebagai upaya untuk memperbaiki secara optimal setiap komponen ketidaksesuaian.

Setiap hasil AMI yang telah dilakukan oleh UPM diharapkan dapat menjadi masukan yang efektif guna mengetahui pendidikan serta pelaksanaan Standar Nasional Dikti dan Standar Dikti yang ditetapkan Akper Pemkab Ngawi. Selain itu, hasil AMI juga digunakan untuk mendapatkan langkah peningkatan implementasi SPMI maupun peningkatan standar SPMI.

1.2 Landasan Hukum

1. Bab III Pasal 52 Undang-Undang Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (1) Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. (2) Penjaminan mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar pendidikan tinggi
2. Pasal 5 ayat (1) Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 Tentang SPM Dikti (1) SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas: a. Penetapan Standar Pendidikan Tinggi; 2 b. Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi; c. Evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi d. Pengendalian pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi; dan e. Peningkatan Standar Pendidikan Tinggi. (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c dilakukan melalui Audit Mutu Internal.

1.3 Daftar Istilah

1. **Audit Mutu Internal (AMI):** suatu proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai prosedur dan hasilnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan secara internal untuk mencapai tujuan institusi.
2. **Klien (Client):** organisasi/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit
3. **Teraudit (Auditee):** Organisasi/ unit kerja/ orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien.
4. **Auditor:** Orang yang memiliki kompetensi atau kemampuan untuk melakukan audit
5. **Ketua Tim Auditor (Lead Auditor):** orang yang ditunjuk untuk memimpin pelaksanaan AMI dengan dibantu auditor lain sebagai anggota.
6. **Kriteria Audit (Audit Criteria):** Kebijakan, standar, prosedur atau persyaratan yang digunakan sebagai referensi

7. **Bukti Audit (Audit Evidence):** Catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitatif atau kuantitatif
8. **Daftar Tilik (Check list):** daftar pertanyaan yang disusun berdasar hasil audit dokumen yang disiapkan untuk digali lebih lanjut dalam audit kepatuhan. Checklist memandu auditor agar fokus ketika melakukan audit kepatuhan. Checklist yang dilengkapi dengan catatan-catatan tentang hasil audit kepatuhan dapat digunakan untuk bahan laporan audit.
9. **Temuan Audit (Audit Findings):** hasil dari evaluasi bukti audit yang tidak sesuai dengan kriteria audit.
Temuan audit berupa kesesuaian atau ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dengan kriteria audit yang berarti peluang untuk perbaikan. Klasifikasi Temuan Audit dapat ditetapkan dengan kategori sebagai berikut:
 - a. **Observasi (OB):** Temuan yang memiliki potensi untuk menjadi ketidaksesuaian atau temuan yang dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.
 - b. **Ketaksesuaian (KTS):** Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terhadap proses penjaminan mutu. Ketidaksesuaian KTS dapat juga dirinci menjadi ketidaksesuaian mayor dan minor. Ketidaksesuaian mayor apabila memiliki dampak yang luas terhadap proses penjaminan mutu, sedangkan ketidaksesuaian minor apabila memiliki dampak terbatas. Contoh: 1. Ketidaktepatan, Ketidakkonsistenan. 2. Pelanggaran terhadap standar yang telah ditetapkan, tidak dipenuhinya persyaratan/ standar.
10. **Kesimpulan Audit:** Hasil gabungan dari proses dan temuan audit yang dibuat oleh tim auditor dengan mempertimbangkan tujuan audit dan semua rekomendasi peningkatan mutu.

BAB II

PENGERTIAN, TUJUAN, DAN MANFAAT AMI

2.1 Pengertian Audit Mutu Internal

Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, menyatakan bahwa mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi. Untuk mengukur tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi, dilakukan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Evaluasi adalah bagian dari siklus implementasi PPEPP. Oleh karena itu, evaluasi dilakukan terhadap pelaksanaan semua Standar Pendidikan Tinggi. Dari segi pihak yang melaksanakan, evaluasi dapat dilakukan oleh pelaksana standar, pejabat di atasnya, atau oleh auditor mutu internal. Permenristekdikti No 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, Pasal 5, telah mengamanatkan bahwa evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi dilakukan melalui AMI.

Namun demikian, kegiatan AMI bukanlah kegiatan penilaian terhadap standar, melainkan kegiatan penyelerasan atau pencocokan kesesuaian antara perencanaan dengan implementasi yang telah dilakukan unit di Akper Pemkab Ngawi. Oleh karena itu, kegiatan AMI yang dilaksanakan secara periodik dapat memberikan gambaran sejauhmana perkembangan dan perubahan yang terjadi sehingga dapat meningkatkan kualitas mutu kinerja Akper Pemkab Ngawi.

2.2 Tujuan Audit Mutu Internal

Beberapa tujuan dari pelaksanaan AMI Akper Pemkab Ngawi dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Memastikan implementasi sistem manajemen sesuai dengan tujuan/sasaran.
AMI adalah kegiatan yang independen, obyektif, terencana secara sistemik, dan berdasarkan serangkaian bukti untuk memastikan bahwa tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan benar-benar terpenuhi.
2. Mengidentifikasi peluang perbaikan sistem penjaminan mutu.

AMI mengandung unsur konsultasi yang bertujuan memberikan nilai tambah atau perbaikan bagi unit yang diaudit, sehingga unit tersebut dapat mencapai atau memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. Lewat kegiatan AMI, diidentifikasi ruang perbaikan sehingga bisa dibuat saran untuk peningkatan kualitas dimasa mendatang.

3. Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu. AMI dilakukan terhadap unit atau institusi dan/atau program atau kegiatan, dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme. Kegiatan memeriksa juga berarti mengecek, mencocokkan, dan memverifikasi dalam rangka mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu yang telah dibuat.
4. Memastikan sistem manajemen memenuhi standar/regulasi.
Melalui penelusuran bukti-bukti yang ada, AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi teraudit telah sesuai atau memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku.

2.3 Manfaat Audit Mutu Internal

Manfaat AMI secara langsung adalah diperolehnya rekomendasi peningkatan mutu perguruan tinggi. Rekomendasi tersebut akan bermanfaat bagi Direkturperguruan tinggi dalam mengembangkan berbagai program untuk mencapai tujuan perguruan tinggi. Dengan demikian, AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, misalnya:

1. Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan dan kompetensi lulusan yang diharapkan (*learning outcome*).
2. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus.
3. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual, prosedur, dan instruksi kerja program studi.
4. Kecukupan penyediaan sarana prasarana, sumber daya pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

5. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta kerja sama.
6. Mengurangi resiko yang mungkin terjadi di perguruan tinggi seperti risiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama resiko reputasi.

BAB III

EVALUASI DIRI

3.1 Pengertian Evaluasi Diri

Evaluasi dapat digambarkan sebagai usaha untuk mengetahui kondisi nyata suatu proses penyelenggaraan kegiatan. Usaha yang dilakukan berupa suatu proses pengumpulan serta pemrosesan data dan informasi yang akan digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan, pengelolaan dan pengembangan (misalnya program studi atau perguruan tinggi). Dengan evaluasi maka capaian kegiatan dapat diketahui dengan pasti dan tindakan lebih lanjut untuk memperbaiki kinerja suatu kegiatan dapat ditetapkan sesuai dengan visi serta misi yang telah dirumuskan.

Evaluasi diri merupakan upaya untuk mengetahui gambaran mengenai kinerja dan keadaan dirinya melalui pengkajian dan analisis yang dilakukan sendiri berkenaan dengan kekuatan, kelemahan, peluang, tantangan, kendala, bahkan ancaman yang dihadapinya. Komponen evaluasi diri mencakup masukan, proses, luaran, hasil, dan dampak (*input, process, output, outcome, and impact*) berdasarkan data, informasi dan bukti-bukti lainnya yang berkenaan dengan komponen-komponen sistemik dari seluruh penyelenggaraan institusi. Evaluasi diri dapat disimplifikasi menjadi kegiatan bercermin yang akan memberikan gambaran nyata dari objek di depannya atau objek evaluasi diri.

Evaluasi diri pada hakekatnya merupakan salah satu model dari Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi dalam siklus SPMI yaitu PPEPP. Disamping adanya model evaluasi diri kita mengenal juga model *monitoring* dan AMI. Dilihat dari sudut pandang waktu pelaksanaan dan personel yang melakukannya, *monitoring* dilaksanakan ketika proses sedang berlangsung, sedangkan evaluasi diri dilaksanakan ketika proses sudah selesai. Dalam pelaksanaannya, kedua model tersebut saling melengkapi sehingga sering digabung dan muncul istilah *mon-ev* atau *mon-ev-in* yang merupakan paduan dari *monitoring* dan evaluasi (diri) internal. Sedangkan AMI dilaksanakan ketika proses sudah selesai dimana memungkinkan terjadinya temuan-temuan

ketidaksihesuaian dalam standar yang telah ditentukan sehingga menjadi bahan upaya perbaikan.

3.2 Tujuan dan Manfaat Evaluasi Diri

3.2.1 Tujuan Evaluasi Diri

Pelaksanaan evaluasi diri bertujuan untuk:

- a. Penyusunan profil institusi yang komprehensif dengan data mutakhir.
- b. Perencanaan dan perbaikan diri secara berkelanjutan.
- c. Penjaminan mutu internal.
- d. Pemberian informasi mengenai kondisi suatu institusi kepada masyarakat dan pihak tertentu yang memerlukannya (*stakeholders*).
- e. Persiapan untuk evaluasi eksternal (akreditasi, sertifikasi).

3.2.2 Manfaat Evaluasi Diri

Dengan dilaksanakan evaluasi diri maka akan diperoleh manfaat sebagai berikut:

- a. Membantu dalam identifikasi masalah, penilaian program dan pencapaian sasaran.
- b. Menuntun terciptanya budaya mutu melalui evaluasi.
- c. Mendorong keterbukaan sehingga akan memperkecil kesenjangan antara tujuan pribadi dan tujuan lembaga.
- d. Membantu terbentuknya pemutakiran program institusi dengan meninjau kembali kebijakan yang ada.

3.3 Lingkup dan Area Evaluasi Diri

Akper Pemkab Ngawi menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Kebijakan evaluasi diri dapat berupa bagian dari siklus SPMI atau untuk persiapan SPME seperti akreditasi oleh BAN-PT/LAM-PT ataupun akreditasi/sertifikasi internasional. Evaluasi diri dapat juga dilakukan dengan tujuan untuk peningkatan mutu ataupun efektivitas pelaksanaan program. Kebijakan tentang evaluasi diri meliputi perumusan tujuan, lingkup, dan area evaluasi diri. Contohnya apabila tujuan evaluasi diri untuk kepentingan

persiapan SPME (akreditasi) maka lingkup yang digunakan adalah pemenuhan dan pelampauan standar yang telah ditetapkan. Dalam hal ini yang dimaksud standar adalah standar pendidikan tinggi yang terdiri atas standar nasional pendidikan tinggi yang mengacu kepada Permenristekdikti Nomor 44 tahun 2015 dan standar pendidikan tinggi yang telah ditetapkan oleh setiap perguruan tinggi yang melampaui standar nasional pendidikan tinggi. Area yang ditetapkan adalah semua unit/lembaga/pusat/departemen yang terlibat dalam proses pemenuhan standar yang telah ditetapkan. Untuk menjamin efektivitas dan efisiensi proses dan hasil evaluasi diri maka lingkup dan area evaluasi diri dapat dilakukan pada sebagian standar saja, misalnya pada tahun pertama lingkup yang ditetapkan adalah khusus Standar Pendidikan, maka untuk tahun kedua dan ketiga secara berturut-turut adalah Standar Penelitian dan Standar Pengabdian pada Masyarakat, selanjutnya pada tahun keempat meliputi Standar Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian pada Masyarakat.

3.4 Mekanisme Evaluasi Diri

Evaluasi diri dilakukan melalui tahapan berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Pelaksanaan evaluasi diri dilakukan sesuai dengan siklus yang telah ditetapkan atau sesuai dengan kebutuhan termasuk di dalamnya perumusan tujuan, lingkup, dan area evaluasi diri.
- b. Direktur membentuk tim evaluasi diri. Tim sebaiknya berjumlah ganjil dan dapat diterima oleh semua anggota dalam institusi. Apabila sudah ada tim *money in* dapat juga dilibatkan dalam kegiatan ini.
- c. Direktur menerbitkan SK untuk legalitas tim evaluasi diri dalam bekerja.
- d. Tim mempelajari lingkup dan area evaluasi diri termasuk di dalamnya menginternalisasi standar yang dipakai.
- e. Tim menyusun instrumen evaluasi diri (apabila diperlukan) atau menyusun alat bantu berupa daftar pertanyaan yang bertautan (*diagnostic question*).
- f. Tim mensosialisasikan jadwal dan rencana kerja kepada unit-unit yang akan menjadi area dalam evaluasi diri.

- g. Tim melakukan evaluasi diri sesuai dengan lingkup standar dan area yang telah ditetapkan sebelumnya.
- h. Tim melakukan analisis data sesuai dengan lingkup dan area evaluasi diri yang telah ditetapkan dan mengacu pada standar yang telah ditetapkan.
- i. Tim melakukan pemaparan untuk klarifikasi hasil evaluasi diri dan penyempurnaan laporan evaluasi diri (*self assessment report*).
- j. Tim melakukan penyempurnaan laporan dan dilanjutkan dengan pengesahan laporan oleh Direktur Institusi.

3.5 Analisis Evaluasi Diri Akper Pemkab Ngawi

Analisis evaluasi diri Akper Pemkab Ngawi dilakukan melakukan Analisis Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman (*SWOT analysis*). Adapun analisis SWOT yang telah dilakukan Akper Pemkab Ngawi tertuang dalam tabel dibawah ini:

<i>Kekuatan (S)</i>	<i>Kelemahan (W)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kesesuaian antara VMTS, renstra dan renop institusi dengan program studi, serta terdapat keterlibatan <i>Stakeholders</i> dalam Penyusunan VMTS. 2. Tersedianya komitmen yang kuat dan sumber daya pendukung untuk mencapai VMTS 3. Adanya pencapaian standar Mutu Nasional 4. Sudah terdapat kerjasama dibidang tri dharma perguruan tinggi dengan instansi baik nasional dan internasional. 5. Upaya pengendalian mutu melalui Audit Mutu Internal (AMI) Prodi dan UPPS 6. Nilai akreditasi prodi pada tahun 2019 B 7. Tata kelola organisasi yang menerapkan prinsip kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab dan keadilan. 8. Masa tunggu lulusan 3-6 bulan 9. Prestasi mahasiswa dalam bidang akademik dan non akademik 10. Mahasiswa dan calon lulusan diberikan tambahan pengalaman dari program kurikuler (praktik klinik) dan ekstrakurikuler (kegiatan UKM) 11. Semua Dosen tetap memiliki pendidikan minimal S2 yang bidang keahliannya sesuai dengan kompetensi PS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemahaman VMTS oleh civitas akademik belum mencapai 100% 2. Pencapaian indikator kinerja utama (IKU) UPPS belum terdistribusi secara merata 3. Belum optimalnya pelaksanaan MoA dari MoU yang sudah dilaksanakan 4. Implementasi MOU Internasional masih sangat minimal 5. Prestasi mahasiswa dibidang akademik masih kurang optimal baik tingkat nasional maupun internasional 6. Mahasiswa yang mendaftarkan calon mahasiswa baru tidak selalu melakukan daftar ulang, dengan alasannya karena di terima di PTN / sekolah kedinasan / mengundurkan diri 7. Belum memiliki dosen tetap berpendidikan minimal S3 yang bidang keahliannya sesuai dengan kompetensi PS. 8. Masih terdapat Dosen yang belum memiliki sertifikasi Dosen dan jabatan akademik lektor kepala. 9. Tampilan depan kampus kurang terlihat untuk umum 10. Keterbatasan jumlah instruktur pratikum yang berlatar belakang sarjana 11. Pelaksanaan OSCE internal belum sesuai dengan standar nasional yang ditetapkan

<ol style="list-style-type: none"> 12. UPPS memfasilitasi pengembangan karir dosen dan tendik 13. Ketersediaan dana bagi dosen untuk melakukan kegiatan Tri Dharma PT 14. Ratio dosen dan mahasiswa terpenuhi dengan baik 15. Memiliki sarana dan prasarana pembelajaran, laboratorium, perpustakaan dan IT yang sudah sesuai dengan standar untuk kelayakan, kecukupan dan aksesibilitas. 16. UPPS memiliki sumber pendanaan alternatif untuk mendukung biaya operasional dan investasi 17. Adanya capaian pembelajaran lulusan yang sesuai dengan KKNI level 5 18. Prosentase kelulusan UKOM meningkat dari tahun ketahun. 19. Terdapat kuliah pakar pada mata kuliah unggulan 20. UPPS memberikan pendanaan untuk kegiatan penelitian 21. Sebagian dosen telah melakukan publikasi karya ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional berreputasi 22. UPPS memfasilitasi publikasi hasil penelitian dan pengabdian masyarakat melalui jurnal terakreditasi dan jurnal nasional ber ISBN 23. Penyusunan roadmap (rencana strategis) penelitian sudah dilakukan secara konsisten 1 x per periode roadmap 24. Keterlibatan mahasiswa dlm kegiatan penelitian dosen 25. Terdapat roadmap pengabdian masyarakat 26. UPPS memberikan pendanaan untuk kegiatan pengabdian masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Hilirisasi hasil penelitian ke dalam kegiatan pengabdian masyarakat masih rendah 13. Hasil penelitian dosen yang diimplementasikan ke pembelajaran belum optimal 14. Tema kegiatan pengabdian masyarakat masih belum terintegrasi dengan tema penelitian 15. Persentase publikasi artikel penelitian dosen dalam jurnal internasional bereputasi masih minim 16. Dosen yang lolos hibah penelitian eksternal dan pengabdian masyarakat eksternal masih minim 17. Dosen tetap pada bidang keahliannya sesuai dengan PS masih rendah menerbitkan buku ajar ber-ISBN
---	--

<ul style="list-style-type: none"> 27. Semua dosen telah melakukan publikasi hasil pengabdian masyarakat pada jurnal nasional terakreditasi 28. Keterlibatan mahasiswa dalam kegiatan pengabdian masyarakat dosen 29. Pemenuhan capaian pembelajaran lulusan dengan indikator rata-rata Indeks Prestasi Kumulatif (IPK) mahasiswa > 3 30. Hasil survei <i>tracer study</i> dan penilaian alumni oleh <i>stakeholder</i> sangat baik 31. Terdapat alumni yang bekerja di luar negeri 32. Sudah terdapat HKI dosen 	
<p><i>Peluang (O)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya SDM, dan media online guna peningkatan sosialisasi VMTS baik internal maupun eksternal 2. Berpeluang dalam rekognisi kelembagaan tingkat nasional 3. Perolehan hibah dari berbagai kegiatan kerjasama kelembagaan 4. Peluang besar kerjasama dengan mitra penyalur tenaga kerja 5. Peluang kerjasama dengan lembaga pelatihan kerja berbasis komplementer 6. Peluang Kerjasama Dengan Musyawarah Guru BK (MGBK) Ngawi 7. Tersedia berbagai beasiswa bagi dosen 8. Adanya kesempatan mengikuti pelatihan, seminar terkait pengelolaan laboratorium, sarana dan prasarana. 9. Tersedianya fasilitas dari institusi untuk berkembangnya program unggulan prodi 	<p><i>Ancaman (T)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perubahan regulasi bidang pendidikan dan kesehatan yang sangat cepat tidak fleksibel mendukung VMTS 2. Semakin banyak perguruan tinggi baru di bidang kesehatan dan dukungan finansial baik 3. Semakin banyak Perguruan tinggi negeri dan swasta yang membuka prodi kesehatan sehingga persaingan semakin ketat 4. Adanya kompetitor SDM dalam pengelolaan tata kelola yg lebih kompeten 5. Penerapan era revolusi 4.0 dalam berbagai bidang memberikan konsekuensi sistem tata kelola berbasis elektronik 6. Regulasi kebijakan pembimbing tugas akhir adalah lektor kepala 7. Terdapat banyak jurnal Internasional predator 8. Jurnal pengabdian masyarakat tidak memiliki nilai yang tinggi pada penilaian angka kredit

<ul style="list-style-type: none"> 10. Tersedianya fasilitas dari institusi bagi mahasiswa untuk mengikuti kompetisi bidang akademik dan non-akademik 11. Kebijakan program MBKM 12. Memiliki lahan praktek yang sesuai 13. Terdapat berbagai skema hibah penelitian dr eksternal 14. Adanya kesempatan untuk mensubmit artikel pada jurnal nasional terakreditasi dan internasional bereputasi 15. Adanya kesempatan mendapatkan hibah PkM nasional 16. Telah tersedia banyak jurnal penmas dari eksternal 17. Adanya perolehan HKI 18. Banyaknya kompetisi mahasiswa ditingkat Nasional 	<p>9. Belum terselenggaranya OSCE Nasional untuk mahasiswa.</p>
--	---

BAB IV PERENCANAAN AMI

4.1 Pengertian

Perencanaan AMI meliputi semua kegiatan yang dilakukan sebelum proses AMI dilakukan. Perencanaan AMI meliputi:

- a. Perumusan kebijakan dan tujuan AMI
- b. Penentuan lingkup dan area
- c. Penentuan auditor
- d. Tugas dan tanggungjawab auditor
- e. Penentuan jadwal dan tempat
- f. Persiapan dokumen

Perencanaan AMI yang baik akan berpengaruh pada suksesnya kegiatan AMI, kualitas dan efektivitas pelaksanaan AMI serta diperoleh rekomendasi yang sangat bermanfaat bagi program studi menuju terciptanya budaya mutu.

4.2 Perumusan Kebijakan dan Tujuan AMI

Terselenggaranya kegiatan AMI sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh Direktur Akper Pemkab Ngawi. Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbangan. Pertama AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan Akper Pemkab Ngawi untuk selalu melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan, sehingga AMI dilakukan secara periodik (merupakan siklus yang berkelanjutan). Selanjutnya, AMI juga bisa dilakukan karena adanya kebutuhan yang mendesak (bukan merupakan bagian dari siklus), misalnya ada kontrak kerja dengan lembaga di luar PT yang mensyaratkan adanya AMI, pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat.

4.3 Penentuan Lingkup dan Area

Lingkup AMI yang dilakukan di Akper Pemkab Ngawi meliputi kecukupan dokumen mutu, ketercapaian indikator, dan implementasi SPMI.

Area AMI meliputi semua unit yang mencakup seluruh standar baik SN Dikti maupun standar yang ditetapkan Akper Pemkab Ngawi. Sebelum dilakukan AMI, perlu disepakati terlebih dahulu lingkup dan areanya sehingga kegiatan AMI dapat lebih teliti dan mendapatkan temuan yang bermanfaat.

4.4 Penentuan Tim Auditor

Penanggung jawab pelaksanaan AMI yang dalam hal ini adalah UPM Akper Pemkab Ngawi harus menentukan auditor untuk melaksanakan AMI pada suatu unit kerja yang akan diaudit. Adapun jumlah auditor yang digunakan adalah ganjil (3, 5, atau 7) mengingat adanya kemungkinan perbedaan pendapat antar auditor sehingga perlu dilakukan voting, agar tidak terjadi skor yang sama maka auditor harus ganjil jumlahnya. Jumlah ini juga tergantung pada banyaknya unit yang dilakukan audit. Namun demikian, pada prinsipnya hasil audit ditentukan berdasarkan pemahaman yang sama pada kriteria atau standar yang digunakan dalam audit.

Auditor ditentukan berdasarkan SK dari pimpinan. Adapun keanggotaan tim auditor dapat berasal dari anggota UPM maupun pejabat unit lain yang bukan menjadi area atau objek kegiatan audit saat itu maupun periode sebelumnya. Objektivitas auditor mutu mutu internal dianggap terkendala apabila auditor melakukan AMI pada kegiatan yang pernah menjadi tanggung jawabnya pada waktu sebelumnya. Auditor mutu internal harus bersikap netral (tidak memihak), tanpa prasangka (berfikir positif), serta senantiasa menghindarkan diri dari kemungkinan timbulnya pertentangan kepentingan.

4.5 Tugas dan Tanggung Jawab Auditor

Tugas dan tanggungjawab auditor internal Akper Pemkab Ngawi adalah sbb:

- a. Melakukan evaluasi dengan mengukur ketercapaian standar sesuai dengan regulasi yang ada
- b. Memeriksa dan memberikan penilaian terhadap dokumen sesuai dengan lingkup audit
- c. Melakukan asesmen lapangan untuk memvalidasi sesuai dengan lingkup audit

- d. Menyusun laporan hasil audit untuk disampaikan kepada Direktur Akper Pemkab Ngawi
- e. Memberikan rekomendasi atas temuan yang didapatkan berdasarkan kegiatan audit sebagai langkah perbaikan mutu institusi

4.6 Penentuan Jadwal dan Tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan kebijakan AMI yang telah ditetapkan misalnya dengan mengikuti siklus yang telah ditetapkan atau berdasarkan kebutuhan khusus yang ditentukan oleh pimpinan. Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta fihak yang akan ditemui atau diwawancara. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih. Tempat pelaksanaan AMI prinsipnya dapat dilakukan dalam ruangan yang nyaman baik saat melakukan audit dokumen maupun wawancara. Sedangkan tempat kegiatan audit lapangan menyesuaikan objek yang diaudit.

4.7 Persiapan Dokumen

Beberapa persyaratan administrasi dan dokumen perlu dipersiapkan sebelum pelaksanaan AMI. Dokumen yang dimaksud meliputi:

- a. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari Direktur kepada auditor yang ditunjuk.
- b. Semua dokumen yang sesuai dengan lingkup audit harus disiapkan oleh teraudit
- c. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan antara auditor dan auditee

BAB V

PELAKSANAAN AMI

5.1 Pengertian Audit Mutu Internal

Setelah Direktur Akper Pemkab Ngawi menetapkan lingkup AMI sesuai dengan prioritas pengembangan perguruan tinggi, maka AMI dilaksanakan dengan verifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi. Pelaksanaan AMI dimaksudkan dalam rangka mendapatkan rekomendasi ruang peningkatan mutu dan menjamin akuntabilitas berdasarkan praktik baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi. Auditor bertugas mencocokkan kesesuaian antara semua standar dengan pelaksanaan di unit Akper Pemkab Ngawi. Dalam pelaksanaan AMI, auditor melihat langsung proses dengan melakukan audit lapangan (*site visit*). AMI dapat bersifat rutin sesuai siklus atau tidak rutin atas dasar penugasan karena adanya perubahan yang signifikan dalam sistem penjaminan mutu organisasi, layanan, proses, *output*. AMI yang tidak rutin bisa juga karena adanya kebutuhan untuk menindaklanjuti/verifikasi terhadap permintaan tindakan koreksi periode sebelumnya. Pelaksanaan AMI dipimpin oleh penanggungjawab pada bagian AMI dan Evaluasi diri UPM Akper Pemkab Ngawi. Penanggungjawab AMI bertanggung jawab atas jalannya proses AMI mulai dari menerima permintaan AMI dari klien sampai dengan pendistribusian laporan AMI.

5.2 Pelaksanaan Audit Dokumen

5.2.1 Pencermatan Dokumen

Audit dokumen/sistem dipimpin oleh ketua tim auditor untuk mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan. Dokumen ini meliputi dokumen yang berisi standar dan peraturan, dokumen yang berisi panduan bagaimana melakukan proses untuk memenuhi standar dan dokumen yang berisi bukti pelaksanaan serta hasilnya. Audit dokumen dilaksanakan dengan cara berikut:

- a. Memeriksa ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan SPMI.
- b. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku.

- c. Memeriksa pemenuhan Standar Dikti pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan.
- d. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar.

Pada audit dokumen tim auditor mencermati dokumen evaluasi diri unit yang diaudit sehingga diketahui bagian yang perlu peningkatan. Bagian yang lemah atau perlu peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang diaudit. Hasil akhir audit dokumen adalah daftar tilik/*checklist* yang akan dipergunakan dalam audit visitasi.

5.2.2 Pembuatan Daftar Tilik/*Checklist*

Pada saat kegiatan AMI, setiap auditor menyiapkan sejumlah pertanyaan dari dokumen yang diperiksa. Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan diskusi materi yang ada pada audit dokumen. Diskusi atau rapat dipergunakan untuk menentukan langkah kedua yaitu audit kepatuhan atau audit lapangan khususnya dalam hal waktu dan tempat audit lapangan. Hasil Audit dokumen/sistem berupa daftar pertanyaan/ceklist berisi hal-hal yang ditemukan dalam dokumen perlu dilakukan verifikasi.

Verifikasi daftar pertanyaan dilakukan saat audit lapangan dengan memberi tanda setiap pertanyaan dengan ya, artinya pernyataan tersebut berpotensi menjadi temuan, dan tidak apabila ditemukan bukti dalam verifikasi untuk pernyataan yang ada bukti. Manfaat daftar tilik atau daftar pertanyaan ialah sebagai pedoman tim auditor dalam pelaksanaan AMI audit lapangan sehingga proses AMI tetap sesuai perencanaan.

5.3 Pelaksanaan Audit Lapangan

Audit Mutu Internal kepatuhan merupakan tahapan kedua dalam pelaksanaan AMI. Tahapan ini dilakukan setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan telah ditetapkan dan disetujui antara tim auditor dan teraudit. Terkait dengan jadwal audit kepatuhan, harus memuat unit yang akan diaudit sehingga unit dapat menyiapkan audit dengan baik. Bagian yang diaudit dapat terdiri dari Direkturunit, dosen, tenaga kependidikan, kepala

laboratorium, mahasiswa, sampai pada alumni dan pengguna alumni, tergantung pada lingkup audit yang telah ditetapkan.

Substansi Audit lapangan ialah untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan pada daftar tilik (*checklist*). Apabila AMI dilaksanakan di tingkat program studi maka verifikasi idealnya dilakukan terhadap Direkturprogram studi, dosen, karyawan, mahasiswa, pengguna lulusan dan alumni. Hal-hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan yang ditemukan saat verifikasi dicatat sebagai bukti temuan. Tahapan Audit kepatuhan adalah sebagai berikut:

- a. Ketua tim auditor memperkenalkan seluruh anggota tim.
- b. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit dan lingkup audit.
- c. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit untuk disetujui oleh teraudit.
- d. Tim auditor melakukan audit dengan berpedoman pada *checklist* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/sistem.
- e. Setiap anggota tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketaksesuaian yaitu segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang berpotensi menyimpang.

Setelah proses verifikasi selesai, maka auditor melaksanakan rapat internal. Rapat tersebut dipergunakan untuk merumuskan temuan yang telah didapatkan oleh setiap auditor dan menentukan kategori temuan tersebut. Temuan bisa merupakan ketidaksesuaian (KTS) dan observasi (OB). Setelah daftar temuan disusun oleh auditor maka temuan tersebut disampaikan kepada teraudit dalam rapat penutupan audit.

5.3.1 Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

Pada AMI yang dilaksanakan sesuai siklus AMI, pada AMI siklus kedua dan seterusnya, tahap pertama yang dilakukan tim auditor adalah melakukan verifikasi tentang tindak lanjut temuan AMI pada siklus sebelumnya. Auditor perlu memastikan tindak lanjut temuan AMI sebelumnya telah dilakukan dengan baik (*closed*). Apabila dijumpai keadaan bahwa temuan terdahulu belum dilakukan

tindak lanjut maka temuan tersebut ditulis kembali menjadi temuan AMI dengan kategori temuan yang lebih berat misalnya dari OB ke KTS.

5.3.2 Teknik Telusur

Penelusuran akar masalah dapat dilakukan dengan memeriksa setiap area fungsional dari organisasi untuk melihat kelayakan dan penerapan dari persyaratan sistem penjaminan mutu. Auditor dapat bergerak dari sisi input hingga rangkaian proses kegiatan dan output atau sebaliknya, auditor dapat bekerja dari sisi output mundur ke input atau sebaliknya dari *input* ke *output*. Dengan kata lain, untuk mendapatkan akar masalah dari ketidaksesuaian, auditor perlu menelusur sebab terjadinya ketidaksesuaian. Auditor dapat menelusuri dari depan dan menelusuri dari belakang. Substansi penelusuran ialah memeriksa area fungsional dari organisasi yang berkontribusi secara aktif terhadap mutu kegiatan tertentu atau terhadap terpenuhinya suatu persyaratan mutu. Berdasarkan suatu temuan tertentu, auditor mengumpulkan informasi dan menyelidiki lebih dalam suatu gejala atau pola tertentu. Untuk mendapatkan akar masalah, maka di samping pendekatan *input-proses-output* sebagaimana disebut sebelumnya maka dapat dikembangkan juga pendekatan sebab-akibat. Dengan demikian, terjadinya ketidaksesuaian dapat ditelusuri penyebabnya.

5.3.3 Pengumpulan Bukti Audit

Pengumpulan bukti audit dilakukan dengan menggali informasi pada pengelola, mahasiswa, karyawan, pengguna, dan lulusan sesuai dengan lingkup audit.

5.3.4 Perumusan Temuan

Salah satu tahapan yang penting pada kegiatan AMI adalah merumuskan temuan audit dalam pernyataan tertulis. Auditor membutuhkan waktu diskusi untuk menyusun pernyataan temuan. Agar pernyataan temuan mudah dimengerti, hal berikut perlu dihindari misalnya: tidak lugas, tidak fokus, terlalu panjang, atau terlalu pendek, dan bermakna ganda sehingga diinterpretasi berbeda oleh pembaca yang berbeda. Padahal pernyataan temuan AMI harus dapat dimengerti dengan

mudah dan memberi kesamaan makna kepada setiap pembaca. Oleh karena itu, diperlukan keterampilan dalam menyusun pernyataan tersebut. Menulis temuan audit biasanya tidak sekali jadi, diperlukan beberapa kali perbaikan sehingga sesuai dengan yang dimaksudkan oleh auditor. Temuan harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga teraudit mudah dalam melakukan tindak lanjut. Temuan AMI merupakan segala sesuatu yang menyimpang atau potensial untuk menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/ jasa. Temuan audit bukan temuan tentang individu tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Maka, temuan akan menunjukkan kepada teraudit tentang kepastian beberapa persyaratan mutu yang belum dipenuhi. Temuan yang baik langsung menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, belum ada sistem yang dapat memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan ke pihak teraudit harus didiskusikan dan mendapat kesepakatan dari semua anggota Tim Auditor. Salah satu pendekatan penulisan pernyataan temuan audit dapat dirumuskan dengan mengikuti rumusan **PLOR**.

- a. **Problem** (masalah yang ditemukan)
- b. **Location** (lokasi ditemukan problem)
- c. **Objective** (bukti temuan)
- d. **Reference** (dokumen yang mendasari)

Dengan menggunakan rumusan PLOR diharapkan auditor dapat menyusun pernyataan temuan audit yang lebih tegas. Urutan pernyataan temuan audit tidak harus selalu didahului dengan kata yang mengindikasikan *Problem*, dapat saja sebagai awal kalimat dimulai dengan kata yang mengindikasikan *Reference* atau *Location*.

5.3.5 Rapat Penutupan

Ketua tim auditor memimpin rapat tim auditor untuk mendapatkan rumusan akhir daftar temuan AMI. Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan AMI bersama teraudit membahas temuan AMI untuk disepakati baik substansi maupun pernyataan temuan. Setelah ada kesepakatan ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar temuan audit. Akhirnya, secara

resmi ketua tim auditor menutup acara AMI dan tim auditor membuat laporan AMI untuk diserahkan pada penanggungjawab AMI.

Sebagai contoh, untuk AMI prodi maka rapat penutupan AMI yang dilaksanakan untuk menentukan apakah temuan yang telah diperoleh auditor disetujui atau tidak disetujui oleh kaprodi dan jajarannya. Kaprodi bisa melakukan verifikasi, pertanyaan, maupun sanggahan terhadap temuan tersebut. Temuan yang telah disetujui disusun dalam laporan audit beserta kesepakatan waktu perbaikan dan ditandatangani oleh ketua tim auditor maupun kaprodi sebagai teraudit. Dengan demikian kegiatan AMI selesai dan tim auditor mengakhiri rangkaian kegiatan AMI pada siklus tersebut.

BAB VI

LAPORAN AMI

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

6.1 Jenis dan Struktur Penulisan Laporan AMI

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

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

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

7. Daftar temuan audit meliputi pernyataan temuan audit, kategori temuan audit
8. Kesimpulan audit.
9. Lampiran audit.

6.2 Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi

Apabila antara teraudit dengan auditor telah sepakat dengan temuan audit yang dibuat Tim Auditor, pihak auditor dapat menyusun dan mengajukan permintaan tindakan koreksi (PTK). PTK harus dilampirkan pada Laporan AMI. PTK dibuat masing-masing tersendiri setiap temuan. Misalnya, bila ada 3 (tiga) temuan maka perlu dibuatkan 3 (tiga) lampiran PTK. Pada setiap lembar PTK tersebut, selain ditulis identitas teraudit dan auditor, diulang kembali menuliskan uraian dan kategori temuan audit. Pernyataan dan kategori temuan diisi oleh tim auditor dan ditandatangani, lalu di bawahnya ditulis rencana tindakan koreksi yang diisi oleh teraudit dan ditandatangani. Pada akhir Lampiran PTK ini dapat dibuat satu kolom lagi untuk ruang Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi yang akan diisi oleh auditor pada tahap audit berikutnya.

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

BAB VII

PENUTUP

Buku Pedoman Audit Mutu Internal ini merupakan dokumen hidup yang dikembangkan sebagai inspirasi bagi Akper Pemkab Ngawi dalam mengembangkan SPMI, khususnya AMI. Melalui pengembangan AMI diharapkan pengembangan SPMI menjadi lebih komprehensif serta perguruan tinggi memiliki mekanisme internal untuk memenuhi kebutuhannya dalam hal peningkatan mutu. Dengan implementasi AMI maka proses PPEPP atau peningkatan mutu berkelanjutan akan berjalan dengan baik sehingga diharapkan Akper Pemkab Ngawi semakin berkualitas.

REFERENSI

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI)
- Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal.
- Buku Model Implementasi Penjaminan Mutu Program Studi PTS, Kopertis Wilayah VII tahun 2017
- Permenristekdikti No. 50 Tahun 2018 (tentang Perubahan atas Permenristekdikti No 44 Tahun 2015 tentang SN-Dikti)
- Permenristekdikti Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

Lampiran 1. Formulir Daftar Tilik

FORMULIR	No. Dokumen	
	Berlaku Sejak	
DAFTAR TILIK	Revisi	
	Halaman	

Hari/Tanggal
Jam
Prodi

Auditee
Auditor
a. Ketua
b. Wakil
c. Anggota

Nama Dokumen
Halaman

No	Ref (Butir Mutu)	Pertanyaan	Hasil Observasi/ Audit Visitasi	S	TS	Catatan Khusus	Catatan Audit Dokumen

S = Sesuai; TS = Tidak Sesuai

Ngawi,

Lead Auditor

(.....)

Lampiran 2. Formulir Temuan Audit

TEMUAN AUDIT

	FORMULIR	No. Dokumen	
		Berlaku Sejak	
	TEMUAN AUDIT	Revisi	
		Halaman	

Hari/Tanggal
Jam
Prodi

Auditee
Auditor
a. Ketua
b. Wakil
c. Anggota

Nama Dokumen
Halaman

No	KTS/OB (Initial Auditor)	Referensi (butir mutu)	Temuan Audit	Akar Masalah	Rekomendasi	Rencana Tindak Lanjut	Target Penyelesaian
						

Catatan: **KTS: Ketidaksesuaian; OB: Observasi**

Menyetujui,


Auditee

Auditor

(.....)

(.....)

Lampiran 3. Formulir Rencana Tindak Lanjut

	Unit Penjaminan Mutu AKPER PEMKAB NGAWI		No : /RTL/AKP/ /
	RENCANA TINDAK LANJUT AUDIT MUTU INTERNAL		
Auditee (Unit) :	Auditor	Auditee	Atasan Langsung Auditee
Ruang Lingkup Audit :	Tanggal:	Tanggal:	Tanggal:
Kriteria :			

No	Hasil Audit	Akar Masalah	Rencana Tindak Lanjut	Target Penyelesaian (Tanggal)	Status (open/close/progress)	Paraf Auditee + Tanggal Close
1.					

Catatan Unit Penjaminan Mutu: (jika ada) <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 	
--	--

Lampiran 4. Formulir Tindakan Koreksi (PTK)

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Program Studi	D3 Keperawatan		
Ketua Program Studi			
Auditor		Tanggal Audit	
PTK No:	Kategori :		
Referensi (Butir Mutu)			
Uraian Temuan (<i>diisi oleh auditor & ditandatangani</i>):			
.....			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	
.....			
.....			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	

**Daftar Hadir Audit Mutu Internal
Prodi D3 Keperawatan AKPER PEMKAB NGAWI**

Tanggal Kegiatan:					
Tempat Meeting :					
No	Nama Auditee	Tanda Tangan	No	Nama Auditor	Tanda Tangan
1			1		
			2		
			3		

Lampiran 5. Formulir Laporan Audit Mutu Internal

**LAPORAN
AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
AKPER PEMKAB NGAWI
TAHUN**



Proses	Jabatan	Tanggal	TTD
Dibuat oleh
Disetujui oleh

AKADEMI KEPERAWATAN PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
Jalan Dr. Wahidin No. 49 Ngawi 63213
Telp.0351744859 Fax : 749569
Email : akperngawi.ac.id

VISI

MISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

I. PENDAHULUAN

II. TUJUAN AUDIT

1.
2.
3. Dst

III. LINGKUP AUDIT

1. Standar
2. Standar
3. Dst

IV. JADWAL AUDIT

Unit Audit	Bulan	Tanggal	Waktu	Kegiatan Audit
.....
.....
.....

V. TEMUAN AUDIT

No	Lingkup Audit	KTS/OB	Butir/Mutu	Temuan
.....
.....
.....

VI. KESIMPULAN AUDIT

1.
2.

LAMPIRAN

1. Daftar Tilik
2. Temuan Audit
3. RTL
4. Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)