



**PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
STIKES PERTAMEDIKA**

**UNIT PENJAMIN MUTU (UPM)
STIKES PERTAMEDIKA**

2018

KATA PENGANTAR

Upaya peningkatan mutu perguruan tinggi terus menerus dilakukan. Salah satu upaya untuk itu adalah mengembangkan Penjaminan Mutu (*Quality Assurance*) di perguruan tinggi dan aktivitas penjaminan mutu akademik perguruan tinggi antara lain dilakukannya Audit Mutu Internal (AMI) di setiap unit kerja akademik.

Kita berusaha untuk melihat kinerja dari lembaga, unit-unit, maupun perangkat kerja lainnya dalam rangka mengidentifikasi permasalahan hingga capaian yang telah terlaksana. Tujuan dari audit mutu internal agar ada perbaikan pada kinerja, juga penambahan capaian yang dilakukan STIKes PERTAMEDIKA dari waktu ke waktu sesuai dengan perkembangan teknologi dan informasi. Audit mutu internal ini juga menjadi bagian dari sistem penjaminan mutu yang dilakukan oleh STIKes PERTAMEDIKA agar bisa diketahui maupun diakses secara jelas oleh masyarakat.

Demikianlah, pengantar ini kami sampaikan. Kami berharap bahwa buku panduan Audit Mutu Internal ini dapat bermanfaat bagi auditor, lembaga, unit-unit, maupun perangkat kerja lainnya di lingkup STIKes PERTAMEDIKA. Amin.

Jakarta, Maret 2018



Ria Simanungkalit, SAP., MM



**PERATURAN KETUA STIKES PERTAMEDIKA
NOMOR 0426.A/I00000/2018-S0
TENTANG
PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL
STIKES PERTAMEDIKA**

KETUA STIKES PERTAMEDIKA

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi dalam mewujudkan visi dan misi STIKes PERTAMEDIKA, diperlukan adanya Panduan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA;
 - b. bahwa Panduan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA yang dimaksud dalam butir a memberikan pedoman pelaksanaan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA;
 - c. bahwa berdasarkan butir a dan b di atas, dipandang perlu ditetapkan peraturan KETUA tentang Panduan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);

3. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2015 tentang Organisasi Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 8);
4. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2015 tentang Kementerian Agama (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 168);
5. Peraturan yayasan no 035/Y00000/2016-S6 tentang statute STIKes PERTAMEDIKA
6. Peraturan yayasan no 035/Y00000/2016-S6 tentang organisasi dan tatakerja STIKes PERTAMEDIKA

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : Peraturan KETUA tentang Panduan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA.
- Pertama** : Memberlakukan Panduan Audit Mutu Internal di STIKes PERTAMEDIKA Tahun 2018 sebagaimana terlampir dalam peraturan ini;
- Kedua** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan ditinjau kembali dan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 14 Maret 2018
Ketua STIKes,



Muhammad Ali, S.KM, M . Kes.



**PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL
STIKES PERTAMEDIKA**

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|-------------------|---|---|
| Kode Dokumen | : | |
| Revisi | : | 0 |
| Tanggal Penetapan | : | 14 Maret 2018 |
| Dirumuskan Oleh | : | Koordinator Tim Perumus (.....) |
| Dikendalikan Oleh | : | Ketua Unit Penjaminan Mutu (.....) |
| Ditetapkan Oleh | : | Ketua STIKes (.....) |

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

SK/PERATURAN KETUA

DAFTAR ISI

PENDAHULUAN

I. AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Pengertian dan Tipe Audit

B. Istilah Dasar Audit

C. Tujuan dan Fungsi AMI

D. AMI Akademik

E. Fungsi AMI

F. Fokus AMI

G. Lingkup AMI

H. Sasaran dan Obyek AMI

I. Auditor AMI

J. Rekrutmen Auditor

K. Auditee

L. Kategori Temuan Audit

M. Sistem Auditing

II. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dan Tindak Lanjut Audit

A. Tujuan

B. Prinsip Dasar RTM

C. Masukan RTM

D. Hasil RTM

E. Peserta

F. Prosedur

PENDAHULUAN

Secara umum yang dimaksud dengan penjaminan mutu adalah proses penetapan dan pemenuhan standar pengelolaan secara konsisten dan berkelanjutan sehingga konsumen, produsen dan pihak lain yang berkepentingan memperoleh kepuasan.

Pelaksanaan penjaminan mutu didasarkan atas dokumen, yaitu dokumen akademik dan dokumen mutu. Dokumen akademik sebagai rencana atau standar. Dokumen akademik memuat tentang arah/kebijakan, visi-misi, standar pendidikan, penelitian, dan pengabdian pada masyarakat, serta peraturan akademik. Sedangkan dokumen mutu sebagai instrumen untuk mencapai dan memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dokumen mutu terdiri dari manual mutu, manual prosedur, instruksi kerja, dokumen pendukung, dan borang. Untuk menjamin bahwa standar yang telah ditetapkan dilaksanakan, dipenuhi, dievaluasi, dan ditingkatkan maka diperlukan monitoring dan evaluasi, evaluasi diri, dan audit internal.

Audit Internal Mutu (AMI) adalah audit penjaminan dan konsultasi yang independen dan objektif terhadap kegiatan operasional akademik atau proses akademik. Evaluasi diri dan audit mutu akademik internal telah dibuktikan di banyak tempat sebagai salah satu langkah yang baik dalam peningkatan mutu suatu institusi.

I. AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Pengertian dan Tipe Audit

Audit Mutu : 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.

Audit mutu STIKes PERTAMEDIKA merupakan kegiatan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dengan pelaksanaannya oleh unit pelaksana akademik yang dibagi ke dalam dua jenis dan tipe audit mutu :

1) Audit Mutu Sistem

Audit terhadap kecukupan kebijakan dan prosedur organisasi untuk memenuhi persyaratan-persyaratan standar sistem audit mutu.

2) Audit Mutu Kepatuhan

Audit yang berdasarkan atas karakteristik, proses dan indikator kinerja kunci. Audit dilakukan dengan pengamatan yang diperlukan untuk memantau kendali proses, audit Inspeksi untuk penerimaan produk dan audit Penilaian untuk pertimbangan berdasar hasil evaluasi seberapa baik pencapaian tingkat mutu.

B. Istilah Dasar Audit

Ada beberapa istilah kunci yang harus dipahami oleh seorang calon auditor, karena istilah ini merupakan istilah yang selalu digunakan dalam proses audit.

1. Audit Mutu Internal (AMI) STIKes PERTAMEDIKA adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi yang bersifat independen dan objektif.
2. Sistem Mutu adalah sistem yang mencakup struktur organisasi, tanggungjawab, prosedur, proses, dan sumberdaya untuk melaksanakan manajemen mutu.
3. Unit Pelaksana Akademik STIKes PERTAMEDIKA adalah Insitusi, Program Studi dan UPT yang bertugas menjalankan fungsi Tridarma Perguruan Tinggi.
4. Klien (Client) adalah unit/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit.
5. Auditor adalah orang yang mempunyai kualifikasi untuk melakukan audit mutu.
6. Auditee adalah entitas organisasi atau bagian/unit organisasi operasinal dan program termasuk proses, aktivitas dan kondisi tertentu yang diaudit
7. Ketua tim auditor adalah orang yang ditunjuk untuk memimpin pelaksanaan AMI dengan dibantu beberapa auditor
8. Kriteria audit (criteria audit) adalah kebijakan, standar, prosedur atau persyaratan yang digunakan sebagai referensi
9. 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.
10. Daftar tilik adalah pertanyaan yang disusun berdasar hasil audit dokumen yang disiapkan untuk digali lebih lanjut
11. Observasi (OB) adalah pernyataan tentang temuan selama audit, didasarkan atas bukti objektif yang menunjukkan ketidaklengkapan atau ketidakcukupan yang memerlukan penyempurnaan dalam waktu singkat.
12. Bukti Objektif adalah informasi yang bersifat kualitatif ataupun kuantitatif, catatan

ataupun pernyataan tentang fakta mengenai mutu pelayanan, eksistensi dan implementasi elemen-elemen sistem mutu, yang didasarkan pada pengamatan, pengukuran dan dapat diverifikasi.

C. Tujuan dan Fungsi AMI STIKes PERTAMEDIKA

Audit Mutu Internal STIKes PERTAMEDIKA (AMI) secara umum membantu seluruh satuan pendidikan akademik dalam melaksanakan tugas untuk mencapai sasaran akademik yang ditetapkan secara efektif dan bertanggung-jawab. Oleh karena itu AMI dirancang untuk salah satu tujuan atau lebih dari butir butir berikut:

- 1) Memeriksa kesesuaian atau ketidaksesuaian unsur-unsur sistem mutu dengan standar yang telah ditentukan;
- 2) Memeriksa keefektifan pencapaian tujuan mutu yang telah ditentukan;
- 3) Menemukan akar penyebab dari suatu ketidaksesuaian yang ada;
- 4) Memfasilitasi teraudit dalam penetapan langkah-langkah peningkatan mutu;
- 5) Memfasilitasi teraudit memperbaiki sistem mutu;
- 6) Memenuhi syarat-syarat praturan/perundangan.

D. Audit Mutu Internal Akademik Program Studi (AMI-PS)

Audit Mutu Internal bagi program studi, memiliki tujuan sebagai berikut:

- 1) Untuk memastikan konsistensi penjabaran kurikulum dan RPS dengan spesifikasi program studi, tujuan pendidikan dan kompetensi lulusan;
- 2) Untuk memastikan konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan RPS;
- 3) Untuk memastikan kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) Program studi;
- 4) Untuk memastikan kecukupan penyediaan sarana-prasarana dan sumberdaya pembelajaran.

E. Fungsi Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal memiliki dua fungsi yaitu:

- a) Akuntabilitas yang dilakukan dalam kegiatan penjaminan;
- b) Peningkatan yang dilakukan dalam kegiatan konsultasi.

Di dalam menjalankan fungsi akuntabilitas, AMI melaksanakan kegiatan klarifikasi dan verifikasi yang independen dan objektif sebagai upaya mempertahankan dan meningkatkan mutu kegiatan akademik. Kegiatan akademik tersebut harus sesuai dengan standar mutu akademik secara tepat dan efektif serta dilaksanakan secara bertanggung jawab. Fungsi peningkatan dilakukan untuk membantu unit kerja yang bersangkutan agar lebih memahami kondisinya, serta dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam kebijakan, praktik, dan prosedur, sehingga dapat merumuskan usaha peningkatan mutu secara berkelanjutan.

F. Fokus Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal dapat dilakukan pada berbagai aras satuan pendidikan yaitu:

- a) Audit institusi/proses akademik, difokuskan pada manajemen kepatuhan dan dikaitkan dengan evaluasi eksternal atau akreditasi;
- b) Audit program studi/mata kuliah/program pembelajaran, difokuskan pada kepatuhan dan performance dan dikaitkan dengan evaluasi eksternal atau akreditasi.

G. Lingkup Audit Mutu Internal

Ruang lingkup AMI dalam siklus periode pertama dimulai dengan memfokuskan pada keterpenuhan dokumen yang meliputi:

- a) Dokumen Tata Kelola

Statuta; Ortaker, uraian tugas dan lainnya yang relevan.

- b) Dokumen Akademik

Arah/kebijakan, visi-misi, Standar SPMI, kebijakan akademik serta peraturan akademik, dan lainnya yang relevan.

- c) Dokumen Mutu

Spesifikasi Jurusan/ Prodi, Standar SPMI Program Studi, SOP serta dokumen pendukung lainnya.

Tabel 1: Lingkup Audit Mutu Internal Siklus Periode Pertama

| No. | Dokumen | Lingkup Audit |
|-----|--|--|
| 1. | Statuta; Renstra dan uraian tugas | 1. Adanya milestone pencapaian visi dalam jangka panjang 2. pedoman/ sop dalam penyusunan program dan sasaran 3. Tersedia indikator dan sasaran pencapaian kebijakan fakultas tahunan. 4. Kebijakan dan program kerja prioritas Tertuang dalam perencanaan Institusi 5. Evaluasi ketercapaian program dan sasaran (output-outcome) POK. 6. Ketersediaan SK Ketua STIKes Tentang Uraian Tugas 7. Tersedia pedoman penilaian dan pengukuran Kinerja Pegawai sesuai dengan uraian tugas 8. Feedback manajerial |
| 2. | Kebijakan dan peraturan akademik, kode etik, spesifikasi Prodi | 9. Ketersediaan peraturan dan kebijakan akademik 10. Ketersediaan standar mutu akademik 11. Ketersediaan kode etik mahasiswa 12. Ketersediaan spesifikasi prodi |
| 3. | Pembimbing Akademik | 13. Jumlah pertemuan perwalian 14. Pengendalian perwalian |
| 4. | Perkuliahan | 15. Ketersediaan RPS 16. Ketersediaan Kontrak Perkuliahan 17. Kualifikasi Dosen 18. Ketersediaan Fasilitas 19. Kesiapan Jadwal Kuliah 20. Buku Panduan Akademik 21. Jumlah mahasiswa KRS tepat waktu 22. Ketersediaan buku ajar/ Handout 23. Koordinator MK pararel |

| No. | Dokumen | Lingkup Audit |
|-----|---|--|
| | | 24. Jumlah kehadiran dosen 25. Kehadiran mahasiswa 26. Kesesuaian mengajar dengan RPS 27. Evaluasi Perkuliahan |
| 5. | Pengendalian Proses Ujian D-3 dan S-1 | 28. Sarana dan prasarana Ujian 29. Jadwal Ujian, Kehadiran dosen Pengampu 30. Ketersediaan soal ujian 31. Soal ujian yg diralat 32. Pengiriman Lembar jawab 33. Nilai Ujian diterima 34. Standarisasi soal ujian |
| 6. | Desain dan Pengendalian Kurikulum S-1 dan D-3 | 35. Arsip RPS dan Kurikulum 36. Pengesahan RPS 37. Evaluasi RPS dan Kurikulum 38. Pihak-pihak yang terlibat dalam pengembangan kurikulum; stakeholders potensial, 5) dosen, 6) pakar, 7) Mahasiswa 39. Pengembangan kurikulum didukung oleh; 1) pendanaan, 2) pedoman/ SOP, 3) Jangka waktu penggunaan kurikulum 40. Kelengkapan komposisi kurikulum; 1) pengembangan karakter keislaman, 2) keahlian khusus, 3) keahlian berkarya, 4) Kecakapan sosial |
| 7. | SOP Skripsi, Karya Tulis Ilmiah dan yudisium | 41. Pemetaan Dosen pembimbing 42. jumlah pertemuan pembimbingan 43. Pemetaan judul skripsi 44. Ketepatan Waktu mulai skripsi 45. Materi skripsi berhubungan dengan integrasi keislaman |
| 8. | Dosen dan SDM | 46. Rekrutmen Dosen tidak tetap & dosen tetap |

| No. | Dokumen | Lingkup Audit |
|-----|------------------|--|
| | | 47. Ketentuan tentang pengelolaan SDM 48. Ketersediaan Dosen tetap dan tidak tetap 49. Dosen yang mengajar dengan menggunakan buku ajar buatan sendiri 50. Reputasi dosen bagi mahasiswa 51. Reputasi tendik bagi mahasiswa 52. Reputasi tendik bagi Dosen 53. Dosen memiliki kualifikasi pendidikan doktor 54. Penelitian Integratif 55. Jumlah Karya Ilmiah dosen yang dimuat di jurnal terakreditasi tim Non STIKES PERTAMEDIKA dan Jurnal Internasional. |
| 9. | Wisuda/Lulusan | 56. Keterlibatan pengguna lulusan 57. Pembekalan calon lulusan 58. Ketepatan waktu Studi 59. IPK mahasiswa minimal 3.0 60. Kemampuan membaca Al Qurán, Hafalan ayat ahkam, dll 61. Nilai TOEFL 62. Nilai TOAFL 63. Kemampuan aplikasi Teknologi Informasi 64. Proses pengukuran masa tunggu lulusan |
| 10. | Sistem Informasi | 65. Ketersediaan website jurusan 66. Aplikasi sistem informasi layanan akademik 67. Ketersediaan sistem informasi evaluasi kinerja |
| 11. | Alumni | 68. Berkarya sesuai dengan bidangnya maksimal 1 tahun setelah lulus. 69. Ketersediaan sistem purna layanan |

H. Sasaran atau Obyek AMI

Sasaran atau obyek dari AMI dapat dibedakan menjadi dua, meliputi: (1) pihak teraudit; dan (2) obyek audit.

Tabel 2: Sasaran atau obyek AMI, Siklus I

| No | Pihak Teraudit | Obyek Teraudit |
|----|---|--|
| 1 | Para Ketua prodi, dan tim penjaminan mutu prodi dari masing-masing prodi. | Visi, Misi, Tujuan Pendidikan, Spesifikasi Prodi, Strategi Pelaksanaan, Pelaksanaan Pembelajaran, Evaluasi, dan Proses Tindakan Perbaikan terimplementasi dalam tindak lanjut perbaikan. |
| 2 | Dosen dan mahasiswa. | RPS, Standar Mutu STIKes, SOP, Sarana Prasarana, Dokumen Pendukung, dan |

I. Auditor AMI

STIKes PERTAMEDIKA menunjuk beberapa orang sebagai Auditor AMI. Auditor haruslah orang yang memiliki kompetensi tentang kegiatan AMI yang dibuktikan dengan sertifikat training sebagai auditor atau lulus serangkaian tes yang ditetapkan. Hal yang perlu dicatat, seorang auditor AMI tidak boleh mengaudit pekerjaannya sendiri.

Di STIKes PERTAMEDIKA, auditor AMI adalah dosen atau tenaga kependidikan perorangan yang memenuhi kualifikasi tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian tes dan bertugas melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja memberikan pelayanan pendidikan kepada pengguna.

Jabatan, tugas dan wewenang auditor AMI ditetapkan oleh surat Keputusan KETUA STIKes PERTAMEDIKA dan berlaku 1 (satu) tahun atau 2 (dua) kali masa penugasan (semester gasal dan genap). Dalam melaksanakan tugas dan wewenangnya,

auditor diberi fasilitas dan instrumen kerja yang dibutuhkan. Fasilitas auditor (tendik dan perangkat teknis) yang dibutuhkan.

1) Karakteristik Auditor

- a) Tidak dibenarkan mengaudit pekerjaan yang pernah atau sedang menjadi tanggung jawabnya;
- b) tidak bias terhadap teraudit
- c) Memiliki pengetahuan atas topik topik yang ditugaskan ;
- d) Mempunyai pengalaman mengenai lokasi audit.

2) Tanggungjawab Ketua Tim Audit

- a) Membuka dan menutup rapat.
- b) Memilih anggota tim audit.
- c) Menyiapkan jadwal dan program audit.
- d) Memimpin audit.
- e) Membuat keputusan akhir atas temuan audit.
- f) Menyerahkan laporan audit.
- g) Memantau tindaklanjut Permintaan Tindakan Koreksi (PTK).

3) Tanggung jawab auditor

- a) Mengaudit secara objektif sesuai lingkup audit;
- b) Mengumpulkan dan menganalisis bukti;
- c) Menjawab pertanyaan teraudit;
- d) Melaksanakan tugas sesuai kode etik.

4) Independensi Auditor

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.

5) Kriteria Kualifikasi Auditor Mutu Internal

- a) Pendidikan minimum

Auditor minimal berpendidikan Sarjana atau ditentukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu STIKes PERTAMEDIKA.

b) Pelatihan

Auditor telah mengikuti pelatihan/kursus Auditor Bersertifikat yang diselenggarakan/diakui oleh STIKes PERTAMEDIKA.

c) 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) mendapatkan dan memeriksa bukti objektif secara wajar,
- 2) tetap melaksanakan audit dengan benar,
- 3) mengevaluasi secara objektif pengaruh pengamatan audit dan interaksi personal selama audit,
- 4) memperlakukan teraudit secara wajar sehingga diperoleh hasil audit terbaik,
- 5) melaksanakan proses audit tanpa penyimpangan,
- 6) menaruh perhatian penuh dan mendukung proses audit,
- 7) tanggap dalam menghadapi situasi yang sulit,
- 8) mengambil kesimpulan audit yang dapat diterima,
- 9) tetap berpegang pada kesimpulan yang telah dihasilkan.

d) Kemampuan manajemen

Auditor harus menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan manajemen yang diperlukan dalam melaksanakan audit.

e) Meningkatkan kompetensi

Auditor meningkatkan kompetensinya dengan:

- 1) memutakhirkan pengetahuannya tentang syarat-syarat, standar sistem mutu, metode dan prosedur audit,
- 2) berpartisipasi dalam kursus penyegaran bila diperlukan,
- 3) mengevaluasi kinerja auditor secara berkala oleh Ketua Auditor.

f) Kriteria ketua tim audit

Ketua tim audit ditugaskan oleh KETUA dan atau Ketua UPM dari para

auditor yang memenuhi kualifikasi dengan mempertimbangkan kriteria sebagai berikut:

- 1) Calon sudah bekerja sebagai auditor.
- 2) Calon menunjukkan kemampuan berkomunikasi secara efektif, baik secara lisan maupun tertulis.
- 3) Tersertifikasi/ pengakuan kapabilitas lainnya.

J. Rekrutmen Auditor

Auditor AMI direkrut dari dosen tetap STIKes PERTAMEDIKA sesuai dengan kebutuhan yang ada. Rasio kebutuhan auditor paling adalah 2 kali jumlah lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi sasaran audit atau auditee. Jumlah auditor relatif sesuai dengan dinamika perkembangan lembaga, unit, dan perangkat kerja yang ada.

Rekrutmen auditor AMI berlangsung dalam 3 (tiga) tahap, yaitu pendaftaran, tes kemampuan dasar, dan tes psikologi. Pendaftaran auditor AMI bersifat terbuka bagi seluruh dosen tetap STIKes PERTAMEDIKA. Masing-masing dosen tetap STIKes PERTAMEDIKA memiliki hak yang sama untuk mendaftar sebagai auditor AMI. Pengecualian diberlakukan kepada dosen STIKes PERTAMEDIKA yang memiliki tugas tambahan sebagai pimpinan STIKes (KETUA dan para Wakil KETUA). Tahap pendaftaran ini sekaligus sebagai tahap seleksi pertama yang bersifat administratif.

Tes kemampuan dasar audit merupakan seleksi tahap kedua yang diarahkan untuk menilai substansi pemahaman dan kapasitas calon auditor AMI dalam bidang audit kinerja. Dalam praktiknya, STIKes PERTAMEDIKA melalui UNIT PENJAMIN MUTU (UPM) dapat melibatkan pihak luar dalam tahap seleksi substantif ini.

Tahap ketiga seleksi adalah tes psikologi. Tes ini dilakukan untuk menelusuri (tracking) sisi kejiwaan calon auditor AMI sehingga dapat memberikan dukungan terhadap kesuksesan melaksanakan tugas-tugas audit kinerjanya. Pada tahap ini, LPM juga dimungkinkan untuk melibatkan pihak luar dalam pelaksanaannya.

Setelah semua tahap seleksi dilakukan, calon auditor yang memenuhi kriteria dan kualifikasi yang ditetapkan diusulkan oleh UPM kepada Ketua STIKes PERTAMEDIKA untuk diputuskan sebagai Auditor AMI.

K. Auditee

Auditee adalah entitas organisasi atau bagian/unit organisasi operasional dan program termasuk proses, aktivitas dan kondisi tertentu yang diaudit. Penyeleksian auditee dapat dilakukan dengan 3 (tiga) metode, yaitu :

a) Systematic selection

Bagian audit internal menyusun suatu jadwal audit tahunan yang berkenaan dengan audit yang diperkirakan akan dilaksanakan. Secara tipikal jadwal tersebut dikembangkan dengan mempertimbangkan risiko. Auditee potensial yang menunjukkan tingkat risiko yang tinggi mendapat prioritas untuk dipilih.

b) Ad Hoc Audits

Metode ini digunakan dengan mempertimbangkan bahwa operasi tidak selalu berjalan tepat seperti yang direncanakan. Pimpinan menugaskan auditor internal untuk mengaudit bidang/area fungsional tertentu yang dipandang bermasalah. Dengan demikian pimpinan memilih auditee bagi auditor internal.

c) Auditee Requests

Pimpinan seringkali memerlukan input dari auditor internal untuk mengevaluasi kelayakan dan keefektifan pengendalian internal serta pengaruhnya terhadap operasi yang berada pada struktur tertentu. Oleh karena itu, auditee yang dimaksud mengajukan permintaan untuk diaudit.

L. Kategori Temuan Audit

Manajemen mutu yang baik jika memenuhi beberapa kategori yang menjadi prinsip berjalannya sistem dan dipastikan sistem itu berjalan dengan baik, karenanya ada beberapa kriteria manajemen itu disebut berkualitas yaitu antara lain

- 1) Memiliki perencanaan yang disepakati bersama
- 2) Sistem berjalan dengan

Temuan Audit Internal yang sudah dianalisis oleh Auditor diklasifikasi menjadi tiga temuan:

- 1) Major : Merugikan Pelanggan yang bersentuhan dengan produk tidak sesuai (indikator-indikator), Tumpang tindih tupoksi (dari bawah keatas atau sebaliknya), temuan yang berulang
- 2) Minor : Ketidaksesuaian dengan persyaratan rekaman
- 3) Observasi : tidak melanggar aturan tapi berpotensi merusak system.

M. Sistem Auditing

1. Prosedur Audit

a) Lingkup Audit

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

b) Frekuensi Audit

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

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

c) Telaah awal sistem mutu teraudit

- 1) Sebagai dasar perencanaan audit, auditor menelaah metode yang ada untuk memenuhi persyaratan sistem mutu teraudit.
- 2) Jika hasil telaah terhadap sistem mutu tidak memenuhi persyaratan,

langkah audit selanjutnya tidak diteruskan sampai persyaratan tersebut dipenuhi.

2. Uraian Tugas dalam Audit

a) Ketua tim audit bertugas:

- 1) menentukan keperluan tiap penugasan audit termasuk kualifikasi auditor yang diperlukan;
- 2) merencanakan audit, menyiapkan piranti kerja untuk anggota tim, dan mengarahkan tim audit;
- 3) mengkaji ulang dokumen aktivitas mutu akademik yang berlaku untuk menentukan kecukupannya;
- 4) membuat jadwal audit kepatuhan yang disepakati oleh teraudit;
- 5) memberitahukan dengan segera ketidaksesuaian yang kritis kepada teraudit;
- 6) melaporkan setiap hambatan besar yang dihadapi dalam melaksanakan audit kepada ketua auditor;
- 7) melaporkan segera hasil-hasil audit dan kesimpulannya secara jelas kepada ketua auditor.

b) Auditor bertugas:

- 1) mengumpulkan dan menganalisis bukti yang relevan agar dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit;
- 2) mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit yang mungkin memerlukan pengauditan lebih lanjut, pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan tentang:
 - (a) prosedur, dokumen, atau informasi lain yang menggambarkan atau mendukung unsur-unsur sistem mutu yang diperlukan, diketahui, tersedia, dipahami, dan digunakan oleh teraudit,
 - (b) semua dokumen dan informasi lain yang digunakan untuk menggambarkan sistem mutu yang memadai untuk mencapai tujuan mutu.

- c) Klien bertugas:
 - 1) menentukan keperluan/permintaan dan tujuan audit serta saat proses audit dimulai;
 - 2) menentukan unit organisasi yang akan diaudit;
 - 3) menentukan lingkup umum audit, misalnya standar sistem mutu atau dokumen yang digunakan;
 - 4) menerima laporan hasil audit melalui Ketua;
 - 5) memberitahu teraudit untuk menindaklanjuti hasil temuan audit.
- d) Teraudit bertugas:
 - 1) menginformasikan kepada penanggung jawab unit organisasi tentang kegiatan yang akan diaudit, tujuan dan lingkup audit;
 - 2) menunjuk staf yang bertugas mendampingi tim audit;
 - 3) menyediakan sumberdaya yang diperlukan oleh tim audit;
 - 4) untuk menjamin efektifitas dan efisiensi proses audit;
 - 5) membuka akses fasilitas untuk mendapatkan bukti material yang diminta auditor;
 - 6) melakukan kerjasama dengan auditor agar tujuan audit tercapai;
 - 7) menentukan dan berinisiatif melaksanakan tindakan koreksi berdasarkan laporan audit.

3. 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:

- 1) tujuan dan lingkup audit;
- 2) identifikasi individu yang bertanggung jawab langsung terhadap tujuan dan lingkup audit;
- 3) identifikasi dokumen acuan yang berlaku, antara lain standar SPMI, Manual SPMI, SOP dan kriteria lain teraudit;

- 4) identifikasi anggota tim audit;
- 5) tanggal dan tempat audit dilakukan;
- 6) identifikasi unit organisasi teraudit;
- 7) waktu dan lama audit untuk tiap aktivitas audit;
- 8) jadwal pertemuan yang diadakan dengan pimpinan teraudit;
- 9) jadwal penyerahan laporan audit;
- 10) 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:

- 1) Formulir daftar pengecekan yang disiapkan oleh tim audit,
- 2) Formulir/ instrument untuk melaporkan pengamatan audit dan mendokumentasikan bukti pendukung.
- 3) Formulir/ instrument 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.

4. Pelaksanaan Audit

a) Pertemuan pembukaan

Tujuan pertemuan pembukaan untuk:

- 1) memperkenalkan anggota tim audit kepada pimpinan teraudit;
- 2) menelaah lingkup dan tujuan audit;
- 3) menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam melaksanakan audit;
- 4) menegaskan hubungan formal antara tim audit dan teraudit;
- 5) mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya yang diperlukan;
- 6) mengkonfirmasi jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit;

7) mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas.

b) Pemeriksaan lapangan

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

2) 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.

c) 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.

5. Pelaporan 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:

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

c) Distribusi laporan

Laporan audit dikirim kepada Ketua UPM oleh ketua tim audit untuk diteruskan ke klien. Laporan audit dijamin kerahasiaannya oleh Kepala UPM dan klien. Jika laporan audit tidak dapat diterbitkan sesuai jadwal yang disepakati maka perlu disepakati jadwal baru penerbitan, dengan menyampaikan alasan penundaan kepada Kepala UPM.

d) Kelengkapan Pelaksanaan Audit

Audit dinyatakan selesai dan lengkap jika laporan audit telah diserahkan kepada Kepala UPM.

e) Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi

Ketua STIKes/Wakil Ketua I/ Wakil Ketua II/ Wakil Ketua III/Ka. Prodi memerintahkan teraudit untuk melakukan tindakan koreksi. Tindakan koreksi harus diselesaikan dalam periode waktu yang disepakati oleh pimpinan teraudit setelah konsultasi dengan Kepala UPM.

II. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) Dan Tindak Lanjut Audit

Rapat tinjauan manajemen (RTM) merupakan suatu rapat tertinggi yang dilaksanakan dalam jangka waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan. RTM dipimpin langsung oleh pimpinan, dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen. Tinjauan manajemen dilakukan untuk memastikan apakah temuan dapat ditindaklanjuti dengan baik dan memastikan bahwa sistem mutu berjalan efektif dan efisien. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Setiap kegiatan tinjauan manajemen harus direkam dan rekamannya harus dopelihara. Materi tinjauan manajemen tidak hanya berupa hasil/temuan audit namun dapat juga berupa umpan balik pelanggan (keluhan pelanggan, survey kepuasan pelanggan), kinerja layanan/kinerja dosen, analisa kesesuaian kompetensi, status tindak lanjut permintaan koreksi, tindak lanjut dari tinjauan manajemen sebelumnya, perubahan sistem mutu ataupun usulan peningkatan sistem mutu. (Kemenristek; 2016)

Pengertian

Rapat Tinjauan Mutu adalah rapat evaluasi formal yang dilakukan jajaran manajemen terhadap penerapan Sistem Manajemen Mutu. Rapat Tinjauan Manajemen dipimpin langsung oleh pimpinan setiap periode waktu tertentu dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen yang dipimpinnya.

A. Tujuan

Memberikan Pedoman kepada jajaran manajemen untuk membuktikan komitmennya terhadap Sistem Manajemen Mutu dengan melakukan evaluasi Sistem Manajemen Mutu secara berkala dan berkesinambungan yang berhubungan dengan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu dan Kepuasan Pelanggan.

B. Prinsip Dasar Rapat Tinjauan Manajemen

- a) Dipimpin oleh Pimpinan Manajemen.
- b) Dilakukan secara periodik.
- c) Bertujuan memastikan kesesuaian, kecukupan dan efektivitas sistem manajemen.
- d) Tinjauan termasuk penilaian kesempatan, peningkatan, kebutuhan perubahan sistem, dan kebijakan dan sasaran mutu.

C.Masukan Rapat Tinjauan Manajemen

- a) Hasil Audit.
- b) Umpan Balik Pengguna layanan/konsumen.
- c) Kinerja Proses & Pemenuhan Produk.
- d) Status Tindakan Koreksi & Pencegahan.
- e) Tindak Lanjut Tinjauan sebelumnya.
- f) Perubahan Sistem Manajemen Mutu.
- g) Rekomendasi untuk peningkatan.

D.Hasil Rapat Tinjauan Manajemen

- a) Keputusan dan tindakan untuk meningkatkan efektifitas proses.
- b) Peningkatan pada produk.
- c) Kebutuhan sumber daya.

E.Peserta

- a) Jajaran Manajemen Yayasan, yaitu Ketua Yayasan Pendidikan PERTAMEDIKA dan Ketua STIKes, Wakil ketua I, Wakil ketua II dan Wakil ketua III
- b) Jajaran Manajemen Prodi yaitu Ka. Prodi dan Sekertaris Prodi.
- c) UNIT PENJAMIN MUTU (UPM) dan Tim
- d) Gugus Mutu Institusi, yaitu adalah petugas penjamin mutu di tingkat Prodi.
- e) Auditee, yaitu Institusi, unit, bagian, dan perangkat kerja di lingkungan STIKes PERTAMEDIKA yang teraudit.

F.Prosedur

- a) Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dipimpin oleh UPM dan Ketua/Wakil ketua.
- b) UPM berkoordinasi dengan Ketua/ Wakil ketua untuk menentukan jadwal RTM.
- c) Undangan tertulis Rapat Tinjauan Manajemen beserta agenda rapat disiapkan dan didistribusikan oleh UPM paling lambat 3 (tiga) hari sebelum tanggal pelaksanaan rapat. Undangan rapat tersebut ditandatangani oleh UPM yang diketahui atau disetujui oleh Ketua STIKes.
- d) Bila karena suatu hal Rapat Tinjauan Manajemen terpaksa ditunda atau dibatalkan, maka UPM bertanggung jawab menginformasikan secara tertulis penundaan atau pembatalan dan waktu pengganti rapat yang baru kepada seluruh peserta rapat paling lambat 1 (satu) hari sebelum pelaksanaan rapat yang

dijadwalkan semula dilaksanakan.

- e) Rapat Tinjauan Manajemen dapat juga dihadiri oleh pejabat struktural atau personel lain yang terkait dengan masalah yang akan dibahas dalam rapat tersebut dengan undangan yang sama dengan peserta lain.
- f) Masukan dan pokok bahasan dalam rapat Tinjauan Manajemen bersifat kebijakan yang bersifat strategis antara lain :
 - 1) Perubahan dan pengesahan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, dan Rencana Mutu;
 - 2) Tindak lanjut dari Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya;
 - 3) Hasil Audit Mutu Internal (AMI) baik yang akademik maupun non akademik dan tindak lanjutnya yang bersifat kebijakan dan bersifat strategis;
 - 4) Masukan dari pelanggan;
 - 5) Peninjauan Prosedur Mutu;
 - 6) Evaluasi kinerja proses dan kesesuaian produk;
 - 7) Hasil penerapan teknik statistik dan tindak lanjutnya;
 - 8) Perubahan-perubahan sistem, aturan, dan teknologi yang berpengaruh terhadap Sistem Manajemen Mutu;
 - 9) Alokasi sumber daya yang berpengaruh terhadap sistem;
 - 10) Rencana dan strategi baru yang berkaitan dengan Sistem Manajemen Mutu
- g) RTM dilaksanakan setiap satu tahun sekali setelah pelaksanaan dan perumusan hasil AMI dan pokok bahasan RTM.
- h) RTMI dipimpin oleh Ketua. UPM harus memastikan rapat telah membahas semua agenda rapat. Peserta wajib mengisi Daftar Hadir yang disiapkan oleh UPM.
- i) Semua keputusan rapat dicatat dalam Notulen Rapat yang dilakukan oleh UPM atau personil yang ditunjuk.
- j) Sebelum RTM selesai, notulis membacakan seluruh hasil atau keputusan rapat beserta penanggungjawab permasalahan serta tanggal penyelesaian tindak lanjutnya.
- k) Notulen Rapat Tinjauan Manajemen harus jelas menginformasikan personel

penanggungjawab permasalahan serta batas waktu penanganannya. Personel penanggungjawab permasalahan ditunjuk dari peserta rapat atau personel lain yang ditentukan dalam rapat tersebut.

- l) Notulen Rapat Tinjauan Manajemen harus sudah dibagikan kepada semua undangan rapat paling lambat 6 (enam) hari kerja terhitung sejak tanggal rapat, lengkap dengan data peserta yang hadir dan tidak hadir. Satu salinan Notulen Rapat diarsipkan oleh UPM. UPM bertanggungjawab memonitoring perkembangan tindak lanjut keputusan Rapat Tinjauan Manajemen sesuai batas waktu yang ditentukan dalam notulen rapat.
- m) Peserta Rapat yang diundang tetapi tidak hadir harus jelas menyatakan alasan ketidakhadirannya kepada UPM. Dalam hal peserta Rapat Tinjauan Manajemen berhalangan hadir dapat diwakilkan pada pejabat struktural lain di unitnya yang ditunjuk.
- n) Semua Catatan Mutu yang berhubungan dengan Rapat Tinjauan Manajemen dan tindak lanjutnya diarsipkan oleh UPM.
- o) Setiap Unit yang ada di lingkungan Sekolah Tinggi dan lingkungan Institusi diharuskan mengadakan Rapat Review Unit secara periodik 6 (enam) bulan sekali untuk mengevaluasi proses-proses yang ada, kinerja unit dan peninjauan Sasaran Mutu Unit.
- p) Hasil Rapat Review Unit ditindaklanjuti dan terdokumentasi pada unit yang bersangkutan.

LAMPIRAN PROGRAM DAN KEGIATAN RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

| NO RTL | KENDALA/ PTPP | RENCANA TINDAK LANJUT | PROGRAM-KEGIATAN | Target Penyelesaian (tanggal-output) | PIC |
|--------|---------------|-----------------------|------------------|---|----------------------------|
| | | | | | Jabatan Ttd Nama |
| | | | | | Jabatan Ttd Nama |
| | | | | | Jabatan Ttd Nama |
| | | | | | Jabatan Ttd Nama |

Jakarta ,

Mengetahui
Ketua STIKes,

.....

Pengendali PTPP
Ketua UPM

.....

Penanggung Jawab PTPP
Wakil Ketua STIKes

.....



**UNIT PENJAMINAN MUTU
STIKes PERTAMEDIKA**

Jl. Bintaro Raya No.10, RT.4/RW.10, Tanah Kusir, Kec.
Kby. Lama, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota
Jakarta 12240 <https://www.stikes-pertamedika.ac.id>

FM-AMI/SOP-11/02

FORMULIR : AUDIT CHECKLIST

| | | | |
|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| Auditi | | Reff: | |
| Tanggal | Lokasi | | Auditor |
| | | | |
| | <i>Pertanyaan</i> | <i>Referensi</i> | <i>Bukti/Keterangan</i> |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |



**UNIT PENJAMINAN MUTU
STIKes PERTAMEDIKA**

Jl. Bintaro Raya No.10, RT.4/RW.10, Tanah Kusir, Kec.
Kby. Lama, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota
Jakarta 12240 <https://www.stikes-pertamedika.ac.id>

FM-AMI/SOP-11/03

FORMULIR : DESKRIPSI TEMUAN AUDIT

| Auditi | | | | Kriteria | | | |
|--------------|--|---------------|---------|-----------------|-------|--|--|
| Lokasi | | Ruang Lingkup | | Tanggal Audit | | | |
| Wakil Auditi | | Auditor Ketua | | Auditor Anggota | | | |
| Distribusi | | Auditi | Auditor | LPM | Arsip | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| Deskripsi Kondisi | | | | | | |
| Kriteria | | | | | | |
| Akar Penyebab | | | | | | |
| Akibat | | | | | | |
| Rekomendasi | | | | | | |
| Kategori | <input type="checkbox"/> Observasi | <input type="checkbox"/> KTS / Minor | <input type="checkbox"/> KTS/ Major | | | |
| Tanggapan Auditi | | | | | | |
| Rencana Perbaikan | | | | | | |
| Jadwal Perbaikan | | | <i>Penanggung Jawab</i> | | | |
| Rencana Pencegahan | | | | | | |
| Jadwal Pencegahan | | | <i>Penanggung Jawab</i> | | | |

| Tempat Persetujuan | | | | | |
|--------------------|--|------------------|---------------|------------------|------------------|
| Pimpinan Auditi | | Tanda Tangan ttd | Ketua Auditor | | Tanda Tangan ttd |
| Direview oleh : | | | | | |
| Kapus Mutu Audit | | | | Tanda Tangan ttd | |



**UNIT PENJAMINAN MUTU
STIKes PERTAMEDIKA**

Jl. Bintaro Raya No.10, RT.4/RW.10, Tanah Kusir, Kec.
Kby. Lama, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota
Jakarta 12240 <https://www.stikes-pertamedika.ac.id>

FORMULIR : DAFTAR/ LOG STATUS AUDIT

| Auditi | | | | | Kriteria | | | | |
|---------------|-------------------|---------------|---|---------|-----------------|-----|---|------------------------|---|
| Lokasi | | Ruang Lingkup | | | Tanggal Audit | | | | |
| Wakil Auditi | | Auditor Ketua | | | Auditor Anggota | | | | |
| Distribusi | | Auditi | x | Auditor | 0 | LPM | x | Arsip | x |
| No Kondisi | Diskripsi Kondisi | | | | | | | Kategori (OB / KTS) | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| Dst | | | | | | | | | |

| Tempat Persetujuan | | | | |
|---------------------|--|---------------------|------------------|---------------------|
| Pimpinan Auditi | | Tanda Tangan ttd | Ketua Auditor | Tanda Tangan ttd |
| Direview oleh : | | | | |
| Penjamin Mutu Audit | | | | Tanda Tangan ttd |

