BUKU PANDUAN

AUDIT MUTU INTERNAL

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
INSTITUT AGAMA ISLAM NAHDLATUL ULAMA

PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban

TIM PENYUSUN

Penanggung Jawab:

Akhmad Zaini, S.Ag., M.Si

Ketua:

Irfa'i Alfian Mubaidilla, M.Pd

Sekretaris:

Nur Hidayatul Istiqomah, S.E., M.M

Anggota:

Agus Fathoni Prasetyo, M.Pd

Muchamad Rizky Fauzi, S.E., M.Tr.E

Nurhaningtyas Agustin, M.Pd

Siti Kris Fitriana Wahyu Lestari, S.Sos., M.Ag

Siti Nurjanah, M.Pd.I

Yudi Arianto, S.Sy., M.H

Rujukan:

Konsorsium Lembaga Penjaminan Mutu

Kopertais Wilayah IV Surabaya

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban

Jl. Manunggal No 10-12 Tuban

lpm@iainutuban.ac.id

KATA PENGANTAR

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

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 Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban dari waktu ke waktu sesuai dengan perkembangan teknologi dan informasi. Audit mutu internal ini juga menjadi bagian dari sistem penjaminan mutu yang dilakukan oleh Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban 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 Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban. Amin.

Tuban, 18 Agustus 2023

Tim Penyusun

KEPUTUSAN REKTOR
INSTITUT AGAMA ISLAM NAHDLATUL ULAMA TUBAN
Nomor : 263/R.PP/IAINU/IX/2023

Tentang

PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL
INSTITUT AGAMA ISLAM NAHDLATUL ULAMA TUBAN

Bismillahirrahmaanirrahim
Rektor Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban

Menimbang :
a. Bahwa dalam rangka implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal dan untuk mengevaluasi pencapaian mutu penyelenggaraan Pendidikan pada IAINU Tuban, perlu disusun Panduan Audit Mutu Internal IAINU Tuban;
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana pada huruf a, perlu menetapkan Keputusan Rektor IAINU Tuban tentang Panduan Audit Mutu Internal IAINU Tuban.

Mengingat :
a. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
b. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
c. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
d. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;

Memperhatikan : Hasil Rapat Kerja Lembaga Penjaminan Mutu Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban tanggal 16 Agustus 2023.

MEMUTUSKAN

Menetapkan

Pertama : Menetapkan Pedoman Audit Mutu Internal IAINU Tuban sebagaimana tercantum dalam Buku Panduan Audit Mutu Internal IAINU Tuban;

Kedua : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan, akan ditinjau kembali dan disempurnakan apabila terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Tuban
Pada Tanggal : 01 September 2023

Rektor

H. Abdurrohman Zaini, S.Ag.,M.Si.
NIY. 2504230633

PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL
INSTITUT AGAMA ISLAM NAHDLATUL ULAMA TUBAN

Kode Dokumen	:	06/P.AMI/LPM/IAINU/VIII/2023
Revisi	:	01
Tanggal Penetapan	:	18 Agustus 2023
Dirumuskan Oleh	:	Koordinator Tim Perumus Irfa'i Alfian Mubaidilla, M.Pd
Dikendalikan Oleh	:	Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Siti Nurjanah, M.Pd.I
Ditetapkan Oleh	:	Rektor Ahmad Zaini, S.Ag., M.Si

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ii
SK/ PERATURAN REKTOR iii
LEMBAR PENGESAHAN iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL viii

BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang Audit Mutu Internal 1
B. Dasar Hukum AMI 1
BAB II AUDIT MUTU INTERNAL 3
A. Pengertian Audit Mutu Internal 3
B. Tujuan Audit Mutu Internal 4
C. Manfaat Audit Mutu Internal 5
D. Sasaran Audit Mutu Internal 6
E. Klasifikasi Audit Mutu Internal 7
F. Obyek atau Area Audit Mutu Internal 8
G. AMI dalam Siklus PPEPP SPMI 9
BAB III TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL 11
A. Sumber Daya Auditor 11
B. Kriteria dan Kualifikasi Auditor 11
C. Mekanisme Rekrutmen Auditor 13
D. Struktur Kerja Auditor 14
E. Fungsi, Kedudukan, Wewenang dan Tanggungjawab Auditor 16
F. Auditor Lintas PTKIS dan Ketentuannya 18
G. Sistem Penghargaan Auditor 18
BAB IV PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL 20
A. Pengertian 20
B. Perumusan Kebijakan, Tujuan, Peran dalam AMI 21
C. Penentuan Lingkup Area 23

D. Detail Perencanaan Audit 27
E. Penentuan Tim Auditor 28
F. Penentuan Jadwal dan Tempat 30
G. Persiapan Dokumen 30
BAB V PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL 32
A. Audit Dokumen *(Desk Evaluation)* 32
1. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman 32
2. Pembuatan *Checklist (Daftar Tilik/ Daftar Pertanyaan)* 32
B. Tahapan Audit Lapangan *(Assesmen Lapangan/ Visitasi)* 33
1. Pertemuan Pembukaan dengan Auditee 33
2. Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya 33
3. Pengumpulan Bukti Audit 34
4. Perumusan Temuan Audit 34
5. Rapat Internal 35
6. Ekspos dan Rapat Penutupan Audit 36
C. Teknik Wawancara 37
D. Teknik Telusur 37
BAB VI LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL 38
A. Jenis dan Struktur Pelaporan AMI 38
B. Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi 41
C. Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi *(TL-PTK)* 42
BAB VII RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AMI 44
A. Definisi Rapat Tinjauan Manajemen 44
B. Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen 44
C. Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen 44
D. Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen 45
E. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen 47
F. Materi Rapat Tinjauan Manajemen 48
G. Peserta Rapat Tinjauan Manajemen 49
H. Luaran Rapat Tinjauan Manajemen 49
I. Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen 50
BAB VIII AUDIT TINDAK LANJUT 52

A. Penyampaian Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi 52
B. Penjadwalan Audit Tindak Lanjut 52
C. Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut *(Assesmen Tindak Lanjut)* 53
D. Pelaporan Audit Tindak Lanjut 54
BAB IX KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL 57
A. Pengertian Kode Etik 57
B. Tujuan Kode Etik 58
C. Prinsip-prinsip AMI 58
D. Azas Auditor 58
E. Kode Etik Auditor dan Auditee 60
F. Hak dan Kewajiban Auditor dan Auditee 63
G. Sanksi Auditor dan Auditee 64
BAB X PENUTUP 66

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Obyek atau Area Audit Mutu Internal 8
Tabel 2 Struktur Penulisan Laporan AM 38
Tabel 3 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut 55
Tabel 4 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut 55

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG AUDIT MUTU INTERNAL

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.

B. DASAR HUKUM AMI

1. Berdasar pada Bab III pasal 52 UU nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi. (a) Penjaminan mutu pendidikan tinggi merupakan kegiatan sistematik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. (b) penjaminan mutu sebagaimana dimaksud pada ayat a dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian dan peningkatkan standar pendidikan tinggi.

2. Berdasar pada pasal 5 Permenristekdikti nomor 62 tahun 2016 tentang SPM Dikti (a) SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas; 1. Penetapan standar pendidikan tinggi, 2. Pelaksanaan standar pendidikan tinggi, 3. Evaluasi standar pendidikan tinggi, 4. Pengendalian pelaksanaan standar pendidikan tinggi, dan 5. Peningkatan standar pendidikan tinggi.
3. Berdasar pada peraturan Mendikbud nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

BAB II
AUDIT MUTU INTERNAL

A. PENGERTIAN AUDIT MUTU INTERNAL

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 Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban merupakan kegiatan untuk memastikan kesesuian 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 dilakukakan 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.

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 Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban 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 Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban adalah Fakultas, Program Studi/Jurusan/Bidang, Lembaga, dan UPT yang bertugas menjalankan fungsi Tridarma Perguruan Tinggi.

4. Klien (*Client*) adalah organisasi/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.

B. TUJUAN AUDIT MUTU INTERNAL

Audit Mutu Internal Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban (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. Memastikan implementasi SPMI memenuhi standar/regulasi. Melalui penelusuran bukti-bukti yang ada, AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi Auditee telah sesuai atau

memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Memastikan implementasi SPMI sesuai dengan standar/sasaran/tujuan. AMI adalah kegiatan yang independen, objektif, terencana dan sistematik, dan berdasarkan serangkaian bukti untuk memastikan bahwa tujuan dan sasaran dari program yang telah ditetapkan benar-benar terpenuhi.
3. Mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI. AMI dilakukan oleh peer group terhadap unit atau institusi dan/atau program atau kegiatan, dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme. Kegiatan memeriksa juga berarti mengecek, mencocokan, dan memverifikasi dalam rangka mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI yang telah disusun.
4. Mengidentifikasi peluang perbaikan SPMI. 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. Melalui kegiatan AMI, diidentifikasi ruang perbaikan sehingga dapat dirumuskan saran untuk peningkatan kualitas di masa yang akan datang.

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa tujuan AMI adalah membantu seluruh Fakultas/SPs/Prodi/Lembaga/Biro/Unit Kerja di lingkungan Universitas Sumatera Utara dalam melaksanakan tugas untuk mencapai standar yang telah ditetapkan secara efektif dan bertanggung jawab.

C. MANFAAT AUDIT MUTU INTERNAL

Memverifikasi tujuan perguruan tinggi, standar DIKTI yang diterapkan perguruan tinggi dan nilai-nilai yang diterapakan telah dilaksanakan sesuai regulasi. Memantau kesesuaian pencapai tujuan pelaksana dengan standar. Menjamin akuntabilitas dan pelaksana standar. Oleh karena itu AMI dirancang dengan manfaat sebagai 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. Menjamin kesesuaian aktifitas yang diterapkan dengan sistem terdokumentasi.
4. Menjamin konsistensi penerapan sistem.
5. Memastikan kefektifitasan penerapan sistem.
6. Meningkatkan/ mengembangkan sistem.

D. SASARAN AUDIT MUTU INTERNAL

Sasaran dan lingkup audit mutu internal ditetapkan oleh pengelola perguruan tinggi sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Perguruan tinggi dapat menentukan lingkup audit secara menyeluruh yang meliputi 24 standar sesuai dengan standar nasional pendidikan tinggi (SNDIKTI) dan standar lain yang ditetapkan secara mandiri oleh perguruan tinggi atau perguruan tinggi menentukan lingkup secara bertahap sesuai prioritas. AMI mencakup pemeriksaan terdadap;

1. Dokumen akademik dan dokumen sistem mutu
    a. Dokumen akademik, yang meliputi;
        1. Kebijakan akademik
        2. Standar akademik
        3. Peraturan akademik
        4. Panduan kademik
        5. Spesifikasi program studi
        6. Peta kurikulum
    b. Dokumen mutu/ dokumen SPMI, yang meliputi
        1. Kebijakan mutu
        2. Standar mutu
        3. Manual mutu
        4. Prosedur mutu
        5. Instruksi kerja
2. Organisasi
3. Komitmen manajemen
4. SDM
    a. Sumber daya manusia

b. infrastruktur

5. Proses dan pengendaliannya

Efektifitas sistem penjaminan mutu dalam pemenuhan stadar internal dan ekstenal, sedangkan yang dimaksud dengan pengendalian adalah pemenuhan standar internal dan eksternal.

6. Evaluasi dan perbaikan

Ruang lingkup AMI harus mencangkap pemeriksaan kecukupan dan efektifitas struktur pengendalian internal serta kualitas kinerja perguruan tinggi dalam melaksanakan tanggung jawab pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Secara khusus dalam konteks audit, ada yang dilakukan secara khusus, yakni audit mutu akademik. Audit ini hanya sebatas fungsi akademik saja, domaa tujuannya adalah untuk menganalisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang penyempurnaan akademik pada sebuah perguruan tinggi.

E. KLASIFIKASI AUDIT MUTU INTERNAL

1. Tipe audit, (a) audit internal dan (b) audit eksternal
2. Tingkatan audit, (a) audit sistem, (b) audit produk, (c) audit proses

Audit internal yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap recanana/ standar/ persyaratan sistem internal organisasi tersebut, sehingga dapat dilakukan analisis kekuatan, kelemahan, ancaman dan peluang penyempurnaan. Audit sistem merupakan pemeriksaab yang mendalam terhadap sistem mutu untuk menentukan efektifitas dan kesesuaikan terhadap standar. Adapun cakupan audit sistem adalah;

a. Struktur organisasi
b. Tanggungjawab
c. Prosedur
d. Proses dan
e. Sumber daya

F. OBYEK ATAU AREA AUDIT MUTU INTERNAL

Objek atau area AMI adalah unit yang akan dilakukan audit, dapat meliputi semua tingkatan dan untuk kegiatan dalam perguruan tinggi. Beberapa objek AMI yang dapat ditentukan, antara lain:

1. Program studi
2. Fakultas
3. Laboratorium
4. Perpustakaan
5. Unit kerja penunjang

Objek audit dapat dilakukan pula pada dokumen. Beberapa dokumen objek audit dapat dilihat pada tabel berikut. Lingkup berlakunya dokumen dapat dibedakan dalam tingkatan unit kerja mulai institusi sampai dengan program studi.

Tabel 1. Objek Audit Mutu Internal

Tingkat	Jenis Dokumen
Institusi	Kebijakan mutu SPMI Peraturan Akademik/ non Akademik Renstra Dan dokumen kebijakan lainnya.
Fakultas	Kebijakan akademik Peraturan akademik Dan dokumen lainnya.
Program Studi	Capaian pembelajaran Kurikulum Lulusan Silabus RPS Jadwal perkuliahan Buku ajar/ bahan materi pertemuan

	Dokumen pendukung lainnya.

Selanjutya, beberapa dokumen/ formulir yang diperlukan dalam AMI;

1. Dokumen standar
2. Borang SPMI
3. Formulir *checklist*/ daftar pertanyaan
4. Formulir tindakan koreksi.

G. AMI DALAM SIKLUS PPEPP SPMI

Implementasi Standar Dikti membentuk sebuah siklus yang mencakup Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi pelaksanaan, Pengendalian pelaksanaan, dan Peningkatan (PPEPP) Standar Dikti sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundangundangan. Di dalam Pasal 52 ayat (2) UU Dikti disebutkan bahwa penjaminan mutu dilakukan melalui 5 (lima) langkah utama yang disingkat PPEPP, yaitu Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi (pelaksanaan), Pengendalian (pelaksanaan), dan Peningkatan Standar Dikti. Hal ini berarti bahwa kelima langkah utama tersebut harus ada dalam melaksanakan SPMI, bahkan merupakan hal terpenting dari SPMI di setiap perguruan tinggi. Mekanisme SPM Dikti diawali oleh perguruan tinggi dengan mengimplementasikan SPMI melalui siklus kegiatan yang disingkat sebagai PPEPP, yaitu terdiri atas:

Siklus pertama, Penetapan (P) Standar Dikti, yaitu kegiatan penetapan standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti yang ditetapkan oleh perguruan tinggi. Penetapan dibuktikan dengan dokumen-dokumen SPMI sebagai berikut: Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, dan Formulir SPMI.

Siklus kedua, Pelaksanaan (P) Standar Dikti, yaitu kegiatan pemenuhan standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti yang ditetapkan oleh perguruan tinggi. Pelaksanaan dibuktikan dengan dokumen-dokumen sebagai berikut: SK Pengelola Lembaga Penjaminan Mutu (LPM), SK Auditor AMI.

Siklus ketiga, Evaluasi (E) pelaksanaan Standar Dikti, yaitu kegiatan pembandingan antara luaran kegiatan pemenuhan standar dengan standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti yang telah ditetapkan oleh

perguruan tinggi. Evaluasi dibuktikan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut: Evaluasi Eksternal (Akreditasi), Audit Mutu Internal (AMI) Program Studi, Audit Mutu Internal (AMI) Unit Kerja, Evaluasi Ketercapaian Standar SPMI, Evaluasi Proses Belajar Mengajar, Survei Kepuasan Pemangku Kepentingan.

Siklus keempat, Pengendalian (P) pelaksanaan Standar Dikti, yaitu kegiatan analisis penyebab standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti yang telah ditetapkan oleh perguruan tinggi yang tidak tercapai untuk dilakukan koreksi. Pengendalian dibuktikan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut: Rapat Tinjauan Manajemen, Formulir Tindaklanjut AMI, Hasil Tindaklanjut AMI, Tindak Lanjut Evaluasi, Rapat Koordinasi Pimpinan.

Siklus kelima, Peningkatan (P) Standar Dikti, yaitu kegiatan perbaikan standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti agar lebih tinggi daripada standar yang terdiri atas SN Dikti dan Standar Dikti yang telah ditetapkan.

BAB III
TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL

A. SUMBER DAYA AUDITOR

Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban 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.

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 Rektor/ketua/ketua Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban 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.

B. KRITERIA DAN KUALIFIKASI AUDITOR

1. Kriteria Auditor
   a. Dosen tetap IAINU Tuban;
   b. Berpendidikan minimal S-2;
   c. Dinyatakan **lulus** dalam pelatihan sebagai auditor AMI;
   d. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik;
   e. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit kinerja;
   f. Mampu menjadi pemimpin (sebagai lead auditor) maupun follower/ anak buah (anggota auditor);
   g. Memiliki pengetahuan/wawasan yang cukup dengan area yang diaudit;
   h. Menguasai teknik audit

2. Kualifikasi Auditor Mutu Internal
    a. Pendidikan minimum, Auditor minimal berpendidikan Sarjana atau ditentukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban.
    b. Pelatihan, Auditor telah mengikuti pelatihan/kursus Auditor Bersertifikat yang diselenggarakan/diakui oleh Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban.
    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.
    d. 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.
    e. Kemampuan manajemen, Auditor harus menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan manajemen yang diperlukan dalam melaksanakan audit.
    f. 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.

C. MEKANISME REKRUTMEN AUDITOR

Mekanisme SPM Dikti yang diamanatkan oleh UU No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (UU Dikti) bab III pasal 53 tentang Sistem Penjaminan Mutu dan Pasal 3 Permenristek dikti No. 62 Tahun 2016 Tentang SPM Dikti, bahwa SPM Dikti terdiri atas; a) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) oleh Perguruan Tinggi, dan b) Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT). Selanjutnya luaran penerapan SPMI digunakan oleh BAN-PT untuk menetapkan status dan peringkat terakreditasi Perguruan Tinggi atau program studi. SPMI dilaksanakan melalui Audit Mutu Internal (AMI) dan SPME melalui Audit Mutu Eksternal (AME).

Keyakinan dalam proses audit dan kemampuan untuk mencapai tujuan tergantung pada kompetensi dari orang-orang yang terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan. Kompetensi harus melalui proses kemampuan untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan, sehingga untuk memastikan pelaksanaan SPM maka mekanisme rekrutmen auditor AMI dilakukan sesuai dengan rasio kebutuhan yang ada. Rasio kebutuhan auditor paling sedikit adalah dua 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.

Auditor AMI direkrut dari dosen tetap Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban 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.

Rekruitmen auditor AMI berlangsung dalam 3 (tiga) tahap, yaitu pendaftaran, tes kemampuan dasar, dan tes psikologi. Pendaftaran auditor AMI bersifat terbuka bagi seluruh dosen tetap Institut Agama Islam

Nahdlatul Ulama Tuban. Masing-masing dosen tetap Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban memiliki hak yang sama untuk mendaftar sebagai auditor AMI. Pengecualian diberlakukan kepada dosen Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban yang memiliki tugas tambahan sebagai pimpinan institut (Rektor/ketua/ketua dan para Wakil Rektor/ketua/ketua) dan fakultas (dekan dan para Wakil Dekan). 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, Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban melalui Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) 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 pelasanaannya.

Setelah semua tahap seleksi dilakukan, calon auditor yang memenuhi kriteria dan kualifikasi yang ditetapkan diusulkan oleh LPM kepada Rektor/ketua/ketua Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban untuk diputuskan sebagai Auditor AMI.

D. STRUKTUR KERJA AUDITOR

Dalam melaksanakan AMI maka tim auditor bekerja secara profesional berdasarkan mekanisme untuk memastikan bahwa input, proses dan output dapat terpenuhi sesuai dengan struktur kerja auditor. Adapun struktur kerja auditor:

1. Auditor menentukan jadwal AMI yang merupakan bagian terpenting dari suatu proses audit yang baik karena dengan memiliki jadwal audit yang tersedia sehingga auditee dapat mengetahui kapan audit dilaksanakan.

2. Auditor mengkonfirmasi dengan pihak *auditee* kapan audit akan dilakukan, sehingga memungkinkan auditor dan *auditee* untuk berkolaborasi secara bersama-sama dalam menentukan waktu terbaik.
3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal terdiri dari Audit Sistem/Desk Evaluation dan Audit Visitasi/Lapangan. Audit Sistem/Desk Evaluation adalah audit dilakukan terhadap dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dan dokumen SPMI untuk memenuhi persyaratan standar yang ditetapkan. Audit ini dilakukan oleh tim auditor tanpa kehadiran auditee dengan tujuan mendapat daftar pertanyaan Audit Visitasi/Lapangan adalah memeriksa apakah standar yang telah ditetapkan dalam dokumen standar dalam SPMI atau yang telah dijanjikan telah terpenuhi atau tidak, salah satunya dengan mengisi dokumen evaluasi kinerja. dan memeriksa/memastikan apakah setiap dokumen SPMI (misalnya manual SPMI atau instruksi kerja) telah dilaksanakan secara tertib dan benar.
4. Auditor membuat pelaporan audit kepada auditee sebagai bentuk konfirmasi atas hasil pelaksanaan audit mutu internal yang telah dilakukan. Pelaporan ini nantinya akan men-jadwal-kan pertemuan penutupan dengan auditee sebagai suatu keharusan untuk memastikan bahwa aliran informasi tidak tertunda. Auditee ingin tahu apakah ada kelemahan yang perlu ditangani, dan juga untuk mengetahui jika ada proses yang bisa di improve. Ini harus diikuti dengan catatan tertulis sesegera mungkin untuk memberikan informasi dalam format yang lebih permanen untuk membuat tindak lanjut dari informasi tersebut. Dengan mengidentifikasi tidak hanya area-area yang tidak sesuai dengan proses, tetapi juga area positif dan area yang memiliki potensi untuk improvement, auditee akan mendapatkan nilai tambah dari hasil AMI.
5. Tindak lanjut atas masalah atau perbaikan yang ditemukan. Seperti banyak standar mutu, tindak lanjut merupakan salah satu langkah penting. Jika masalah telah ditemukan dan tindakan lanjut perbaikan telah dilakukan, lalu memastikan bahwa temuan tersebut telah diperbaiki dan itu merupakan kunci dari perbaikan. Jika improvement

telah selesai dilakukan, kemudian proses berikutnya adalah melihat berapa banyak proses telah meningkat dari sebelumnya.

E. FUNGSI, KEDUDUKAN, WEWENANG DAN TANGGUNGJAWAB AUDITOR

1. Fungsi dan kedudukan auditor

Upaya yang dilakukan untuk melihat ketercapaian kinerja lembaga, unit, maupun perangkat kerja lainnya terhadap kesesuaian dari PPEPP yang telah dirancang, maka perlu kegiatan audit dilaksanakan. Auditor memiliki fungsi yang penting dalam kegiatan audit ini. Auditor berfungsi untuk menjaga sistem penjaminan mutu yang ada di IAINU Tuban. Auditor harus memiliki kompetensi, pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya.

Auditor internal pada lingkup IAINU Tuban memiliki kedudukan sebagai dosen perorangan yang memiliki kualifikasi tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian tes dan bertugas melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit dan perangkat kerja lain dalam memberikan pelayanan pendidikan kepada pengguna.

2. WEWENANG DAN TANGGUNG JAWAB

Pada pelaksanaan audit, Auditor memiliki wewenang yang dapat dilakukannya yaitu sebagai berikut:

a. Melaksanakan audit kinerja terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkup IAINU Tuban;
b. Melakukan evalusi terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkup IAINU Tuban sebagai auditee sesuai dengan instrumen AMI yang berlaku;
c. Melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
d. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit; dan

e. Memberikan catatan, saran dan rekomendasi terhadap auditee yang memiliki keterkaitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan.

Sebaiknya Auditor berjumlah gasal (3, 5 atau 7) dalam setiap kelompok kerja untuk menghadapi auditee. Jadi kelompok kerja dapat dibagi menjadi ketua, sekretaris dan anggota. Masing-masing fungsi dari Auditor memiliki tanggung jawab yang berbeda. Secara umum Auditor memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

a. Melaksanakan AMI sesuai dengan instrument yang berlaku;
b. Melaksanakan audit dokumen dan audit lapangan;
c. Mengkoordinasikan pelaksanaan AMI dengan auditee dan Lembaga Penjaminan Mutu sebagai pelaksana AMI; dan Melaporkan hasil pelaksanaan AMI.

Prinsip yang harus dijalankan oleh Auditor dalam setiap kegiatan audit adalah:

a. Ethical Conduct (Etika Pelaksanaan)
b. Fair Presentation (Penyampaian yang Adil)

Dilihat dari fungsi auditor pada tiap kelompok kerja, maka tanggungjawab Auditor dapat dibagi sebagai berikut:

a. Membuka pertemuan untuk memperkenalkan anggota tim auditor kepada pimpinan teraudit;
b. Menyampaikan tujuan audit, lingkup dan area audit;
c. Membagi tugas kepada anggota tim;
d. Menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam melaksanakan audit;
e. Menegaskan hubungan formal antara tim auditor dan teraudit;
f. Mengkonfirmasikan ketersediaan sumberdaya yang diperlukan;
g. Mengkonfirmasikan jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit;
h. Mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas;

i. Memimpin audit;
j. Membuat keputusan akhir atas temuan audit;
k. Menyerahkan berkas audit dan Draft laporan REK (Ringkasan eksekutif dan kesimpulan) ;
l. Menutup Pertemuan.

Tanggungjawab Anggota Auditor:

a. Membantu ketua auditor di dalam proses audit;
b. Membantu melakukan pemerikasaan dokumen yang terkait dengan audit;
c. Membantu dalam proses wawancara dengan pengelola, mahasiswa dan dosen;
d. Membantu ketua auditor dan sekretaris menyiapkan draft laporan ringkasan eksekutif dan kesimpulan.

F. AUDITOR LINTAS PTKIS DAN KETENTUANNYA

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) dapat dilakukan oleh auditor yang berasal dari lintas PTKIS se-Indonesia dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang telah ditetapkan. Adapun beberapa ketentuan yang harus dipenuhi auditor dalam melaksanakan audit pada lintas PTKIS adalah:

1. Memenuhi kriteria dan kualifikasi auditor;
2. Harus telah mendapatkan Nomor Induk Auditor Nasional;
3. Telah memiliki kerjasama dengan antar PTKIN yang akan diaudit;
4. Menerapkan dan menegakkan azas-azas Auditor, yaitu: Integritas, Objektivitas, Kerahasiaan, Kompetensi dan Independensi.

G. SISTEM PENGHARGAAN AUDITOR

Untuk penugasan, auditor diberi kompensasi berupa honor sesuai dengan aturan perundang-undangan. Honor bisa dalam bentuk pemberian langsung yang merupakan rapat di luar jam kerja atau bagian dari perhitungan poin remunerasi.

Dalam rangka memotivasi auditor untuk meningkatkan kualitas audit di lingkup PTKIS, maka diadakanlah pemberian penghargaan Performance AMI. Adapun pemberian penghargaan ini merupakan apresiasi dan amanah bahwa penghargaan ini merupakan suatu capaian yang baik sebagai bentuk penilaian bagi institusi. Penghargaan ini dilaksanakan setiap tahunnya karena ada banyak manfaat yang diperoleh, antara lain memberikan semangat kepada calon auditor agar mengikuti jejak karir auditor senior yang sudah berhasil dalam melaksanakan tugasnya, mendorong keberhasilan peringkat akreditasi dan mutu perguruan tinggi untuk memberikan suatu perbaikan dan pengembangan terhadap lembaga dan unit kerja serta mawas diri jika suatu saat ada pemeriksaan, sehingga semuanya sudah disiapkan.

Dengan diberikannya penghargaan tersebut diharapkan menjadi pemicu bagi Auditor AMI agar senantiasa meningkatkan kinerja, integritas dan komitmennya dalam menjalankan tugasnya sebagai Auditor yang diamanahkan oleh PTKIS.

BAB IV
PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. PENGERTIAN

Audit mutu internal hakekatnya merupakan cara melakukan penilaian, dalam rangka memperoleh informasi tentang peningkatan mutu pengelolaan pendidikan tinggi. Kegiatan utama Audit Mutu Internal berupa: "proses pengujian yang sistematik, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di Perguruan Tinggi sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi".

Kegiatan penilaian Audit Mutu Internal yang dilakukan memerlukan perencanaan yang matang sehingga proses audit tersebut dapat berjalan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, berjalan secara tranparan, dan menghasilkan laporan audit yang mampu memberikan gambaran secara utuh mutu kelembagaan.

Selain itu, dalam ISO 19011:2018 *Guidelines for Auditing Management System* disebutkan bahwa Ketua tim audit harus mengadopsi pendekatan berbasis risiko untuk merencanakan audit berdasarkan informasi dalam program audit dan informasi terdokumentasi yang disediakan oleh pihak yang diaudit. Perencanaan audit harus mempertimbangkan risiko kegiatan audit. Perencanaan harus memfasilitasi penjadwalan dan koordinasi kegiatan audit yang efisien untuk mencapai tujuan secara efektif.

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

1. Perumusan kebijakan, tujuan dan peran dalam AMI
2. Penentuan lingkup dan area
3. Penentuan auditor
4. Penentuan jadwal dan tempat
5. Persiapan dokumen

Perencanaan AMI yang baik akan berpengaruh pada suksesnya kegiatan AMI, kualitas dan efektivitas pelaksanaan AMI serta diperoleh rekomendasi yang

sangat bermanfaat bagi perguruan tinggi mataupun program studi menuju terciptanya budaya mutu.

B. PERUMUSAN KEBIJAKAN, TUJUAN, PERAN DALAM AMI

Audit mutu internal merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Oleh karenanya audit mutu internal tersebut merupakan kegiatan yang independen, obyektif, terencana secara sistemik, dan berdasarkan serangkaian bukti, di dalamnya terdapat unsur konsultasi yang bertujuan memberikan nilai tambah atau perbaikan bagi unit yang diaudit, sehingga unit tersebut dapat mencapai atau memenuhi standard mutu ditetapkan. Kegiatan AMI dilakukan oleh peer group terhadap unit atau institusi, dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme yang ditetapkan. Kegiatan AMI yaitu mengecek, mencocokkan, dan memverifikasi dalam rangka memastikan bahwa tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan benar-benar terpenuhi.

Secara umum kegiatan audit mutu internal tersebut adalah berusaha melakukan peningkatan mutu Perguruan Tinggi secara berkelanjutan dalam menyelenggarakan pendidikan tinggi sesuai dengan visi masing-masing. Terselenggaranya kegiatan AMI di IAINU Tuan sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh pimpinan perguruan tinggi. Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbanga. *Pertama* AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan IAINU Tuban untuk selalu melakukan evaluasi terhadap pelaksanakan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan, sehingga AMI dilakukan secara periodik (merupakan siklus yang berkelanjutan).

Kedua, AMI juga bisa dilakukan karena adanya kebutuhan yang yang mendesak (bukan merupakan bagian dari siklus), misalnya ada kontrak kerja dengan lembaga akreditasi yang mensyaratkan adanya AMI, pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari pimpinan IAINU Tuban untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat. *Ketiga,* Perumusan tujuan AMI kadang sulit dipisahkan dengan kebijakan AMI karena adanya kebijakan AMI selalu berkaitan dengan alasan mengapa AMI dilaksanakan (tujuan

AMI). Oleh karena itu dalam perencanaan AMI kadang kebijakan dan tujuan tidak selalu muncul bersamaan. Disamping itu, perencanaan AMI adalah membagi peran kepada setiap individu baik pimpinan, unit lembaga, dan atau pelaksana kegiatan dalam menjalankan ketetapan audit mutu internal.

Kegiatan perencanaan yang dilakukan sebelum menjalankan tugas audit mutu internal bagi setiap individu yang terlibat antara lain:

1. Pimpinan IAINU Tuban
    a. Membuat kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal dalam semua lingkup pengelolaan pendidikan tinggi.
    b. Menetapkan komitmen pelaksanaan AMI secara periodik
    c. Menetapkan kebijakan AMI sesuai dengan kebijakan mutu dalam sistem penjaminan mutu yang telah diimplementasikan.
2. Lembaga Penjaminan Mutu
    a. Menetapkan mekanisme AMI sesuai dengan prosedur baku SPMI pada perguruan tinggi.
    b. Menetapkan mekanisme auditor AMI dapat menjalankan tugas sesuai dengan prosedur dan norma yang telah ditentukan.
    c. Menetapkan mekanisme pelaksanaan audit mutu internal terintegrasi dengan PPEPP SPMI perguruan tinggi.
3. Auditor Mutu Internal
    a. Selalu proaktif dan update pengetahuan tentang AMI seperti mekanisme, lingkup isi AMI dan jadwal kegiatan AMI.
    b. Meningkatkan wawasan tentang lingkup dan area AMI (keorganisasian institusi, sistem manajemen, dan lingkup tugas unit dan person).
    c. Berkoordinasi dengan partner dan melakukan audit dokumen maupun kegiatan di lapangan.

Setiap individu yang memiliki peran berbeda tersebut, hakekatnya merupakan kesatuan yang terintegrasi dalam pelaksanaan tugas perencanaan terselesaikan sebelum kegiatan audit mutu internal dilaksanakan.

C. PENENTUAN LINGKUP AREA

Pelaksanaan Audit Mutu Internal harus direncanakan dengan persiapan yang maksimal, hal ini karena kegiatan ini memiliki peran penting dan memberikan dampak perubahan terhadap institusi, jikalau hasil evaluasinya memberikan informasi dan data yang valid dan handal. Keinginan memperoleh hal maksimal tersebut tidak lepas dari penentuan elemen-elemen atau bagian yang menjadi objek evaluasi. Oleh karena itu, pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan AMI ini harus dari awal perencanaan sudah menyepakati atau Lembaga Penjaminan Mutu telah menetapkan lingkup yang menjadi tujuan pelaksanaan audit.

Secara umum lingkup AMI meliputi semua persyaratan sistem yang berpengaruh terhadap mutu layanan. Persyaratan sistem meliputi: dokumen sistem penjaminan mutu, organisasi, komitmen (tanggung jawab) manajemen, dan sumber daya (sumber daya manusia, infrastruktur, keuangan), dan program kegiatan, serta evaluasi dan monitoring. Kemudian untuk lebih terarah perlu juga menetapkan area AMI yang meliputi unit, bagian, seksi dan/atau satuan yang menjadi obyek audit, misanya laboratorium, seksi akademik dan kemahasiswaan, bagian pengajaran, bagian keuangan, perpustakaan, unit teknologi informasi dan/atau bagian tata usaha. Hal ini, agar AMI bisa lebih teliti, detail dan mendalam serta temuan yang dihasilkan dapat lebih bermanfaat.

Secara khusus ruang lingkup Auditor AMI ini dapat dikategorikan berdasarkan variabilitas kondisi di lingkup orgnisasi perguruan tinggi. Ruang lingkup audit mutu internal adalah sebagai berikut;

1. Berdasarkan unit kerja

   Lingkup bagian ini merupakan audit yang sifatnya kelembagaan, yang memperhatikan setiap proses yang terjadi didalamnya. Bagian ini terdiri dari; Insitusi, Fakultas, Prodi dan non Fakultas (Lembaga, UPT dan Bagian- bagian struktural).

2. Berdasarkan isu audit

   Audit yang dilaksanakan terkait dengan isu, ini sangat variative antar Perguruan Tinggi, karena setiap perguruan tinggi memiliki pola standarisasi

yang berbeda, terutama dalam penetapan Lembaga yang menjadi rujukan standarisasi mutunya, bagian ini diantarnya;

a. Audit berdasar standar mutu Perguruan Tinggi;
b. Audit berdasar kriteria akreditasi baik akreditasi nasional maupun internasional
c. Audit berdasar proses pelaksanaan kegiatan tri dharma Perguruan Tinggi dan terkait mutu layanan yang diimplementasikan.

Selain itu ruang lingkup Audit Mutu Internal pada Perguruan Tinggi selalu berfokus pada Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian) dengan jumlah minimal standar sebanyak 24 poin standar. Kemudian dapat merumuskan standar tambahan lainnya sesuai dengan kebutuhan pada masing-masing Perguruan Tinggi. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) meliputi semua proses yang terjadi dan terekam pada bagian yang terlibat dalam meningkatkan kinerja Perguruan Tinggi.

Secara detail objek AMI yang dimaksud tersebut yaitu:

1. Audit Akademik, yang meliputi:
    a. Dokumen akademik berupa ketersediaan kurikulum, silabus, dan RPS;
    b. Kegiatan akademik;
    c. Penetapan pembimbing akademik.
    d. Penetapan dosen pengampu.
    e. Monitoring perkuliahan.
    f. Presensi mahasiswa.
    g. Praktikum Mata Kuliah.
    h. Ujian tengah semester.
    i. Pengisian jurnal atau berita acara perkuliahan.
    j. Standarisasi soal ujian.
    k. Ujian akhir semester.
    l. Penyampaian nilai dari dosen pengampu.
    m. Evaluasi perkuliahan.
    n. Rekap indeks prestasi kumulatif mahasiswa setiap semester.
    o. Rekap indeks prestasi kumulatif mahasiswa setiap lulusan.

p. Ujian komprehensif.
q. Skripsi/tesis/disertasi
r. Perpustakaan yang mencakup pengadaan koleksi, sirkulasi dan kerjasama antar perpustakaan.
s. Penelitian dosen dan mahasiswa;
t. Publikasi ilmiah dosen dan mahasiswa;
u. Sitasi pada karya ilmiah dosen dan mahasiswa;
v. Program pengabdian dan kkn mahasiswa;
w. Program kemitraan desa, pesantren, dan madrasah;
x. Peningkatan kapasitas bahasa asing;
y. Pelaksanaan praktik pengalaman lapangan (PPL);
z. Pelaksanaan ujian BTQ, PPI dan peningkatan kemampuan komputer;

2. Audit Administrasi Akademik yang meliputi:
   a. Pembayaran SPP atau registrasi/heregeistrasi;
   b. Penerbitan kartu tanda mahasiswa (KTM);
   c. Penerbitan surat keterangan masih kuliah;
   d. Drop out (DO)
   e. Ijin cuti, pindah jurusan/program studi, pindah Perguruan Tinggi;
   f. Administrasi perkuliahan
   g. Penerbitan kartu hasil studi (KHS);
   h. Pengisian kartu rencana studi (KRS);
   i. Kredit perkuliahan;
   j. Jadwal perkuliahan;
   k. Laporan administrasi perkuliah dari dosen pengampu;
   l. Publikasi rekap presensi mahasiswa;
   m. Publikasi nilai dari dosen pengampu;

3. Administrasi Evaluasi Pembelajaran
   a. Jadwal ujian tengah semester (UTS)
   b. Jadwal ujian akhir semester (UAS);
   c. Penerbitan dan sosialisasi tata tertib ujian;
   d. Penerbitan transkip nilai;
   e. Penerbitan surat keterangan lulus;
   f. Penerbitan ijazah dan Surat Keterangan Pendamping Ijazah (SKPI);
   g. Legalisir ijazah dan transkrip nilai;

4. Audit Non Administrasi Kemahasiswaan yang meliputi:
   a. Monitoring pelaksanaan pemilu mahasiswa;
   b. Penetapan pengurus lembaga kemahasiswaan;
   c. Pembentukan unit kegiatan mahasiswa (UKM);
   d. Pembianaan lembaga kemahasiswaan dan UKM;
   e. Pengelolaan dana kemahasiswaan;
   f. Pengelolaan komunitas mahasiswa;
   g. Pengelolaan beasiswa.

5. Audit Kepegawaian yang meliputi:
   a. Manajemen Sumberdaya Manusia
      1. Rekruitmen pegawai;
      2. Penugasan pegawai;
      3. Mutasi dan roling pegawai;
      4. Manajemen karir pegawai;
      5. Pengangkatan pejabat;
      6. Pemberhentian pejabat;
      7. Ijin dan tugas belajar pegawai.
   b. Laporan dan Evaluasi Kepegawaian
      1. Penyusunan laporan sasaran kerja pegawai (SKP);
      2. Penyusunan laporan capaian kinerja harian (LCHK) pegawai;
      3. Beban kerja dosen (BKD)
      4. Indeks kinerja dosen (IKD)
      5. Penerbitan keputusan penetapan hasil penilaian LBKD;
      6. Pemberian penghargaan pegawai berprestasi;
      7. Pemberian sanksi pegawai;
      8. Pembinaan pegawai.
   c. Peningkatan Kapasitas
      1. Higher Education bagi tenaga edukatif;
      2. Capacity Building bagi tenaga kependidikan.

6. Audit Kelembagaan yang meliputi:
   a. Kebijakan, informasi dan prosedur penerimaan mahasiswa;
   b. Pembukaan dan evaluasi program studi;
   c. Kerjasama kelembagaan;
   d. Akreditasi program studi dan institusi;
   e. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)
   f. Pelaksanaan Audit Mutu Eksternal (AME)
   g. Studi penelusuran alumni/ Tracer Study

Ruang lingkup audit mutu internal yang telah disebutkan tersebut, akan mudah diukur ketercapaiannya jika setiap prosesnya dilakukan dengan berdasar pada standar operasional prosedur (SOP). Oleh karena itu, unsur utama yang perlu dihatikan dalam pelaksanaan audit adalah ketersediaan SOP dan keterlaksanaan SOP itu sendiri.

D. DETAIL PERENCANAAN AUDIT

Jumlah detail yang disediakan dalam rencana audit harus mencerminkan ruang lingkup dan kompleksitas audit, serta risiko tidak mencapai tujuan audit. Dalam merencanakan audit, ketua tim audit harus mempertimbangkan hal-hal berikut:

1. Komposisi tim audit dan kompetensi keseluruhannya;
2. Teknik pengambilan sampel yang sesuai.
3. Peluang untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan audit;
4. Risiko-risiko dalam pencapaian tujuan audit akibat perencanaan audit yang tidak efektif;
5. Risiko terhadap auditee akibat kinerja audit

Risiko bagi pihak yang diaudit dapat timbul dari kehadiran anggota tim audit yang mempengaruhi auditee khususnya terkait kesehatan dan keselamatan, lingkungan dan kualitas produk dan layanan, personel atau infrastrukturnya.

Skala dan isi perencanaan audit dapat berbeda, misalnya, antara audit awal dan audit berikutnya, serta antara audit internal dan eksternal. Perencanaan audit harus cukup fleksibel untuk memungkinkan perubahan yang dapat menjadi penting seiring dengan kemajuan kegiatan audit. Perencanaan audit harus membahas atau merujuk hal-hal berikut:

1. Tujuan audit;
2. Ruang lingkup audit, termasuk identifikasi organisasi dan fungsinya, serta proses yang diaudit;
3. Kriteria audit dan setiap referensi informasi yang terdokumentasi;

4. Lokasi (fisik dan virtual), tanggal, waktu yang diharapkan dan durasi kegiatan audit yang akan dilakukan, termasuk pertemuan dengan pihak manajemen auditee;
5. Perlunya tim audit untuk membiasakan diri dengan fasilitas dan proses auditee (mis. dengan melakukan tur lokasi fisik, atau meninjau teknologi informasi dan komunikasi);
6. Metode audit yang akan digunakan, termasuk sejauh mana pengambilan sampel audit diperlukan untuk mendapatkan bukti audit yang memadai
7. Peran dan tanggung jawab anggota tim audit.
8. Alokasi sumber daya yang tepat berdasarkan pertimbangan risiko dan peluang yang terkait dengan kegiatan yang akan diaudit.

Selanjutnya, Perencanaan audit juga harus mempertimbangkan;

1. Identifikasi perwakilan auditee untuk audit;
2. Bahasa pelaporan audit di mana ada perbedaan dari bahasa auditor atau auditee atau keduanya;
3. Topik laporan audit;
4. Pengaturan logistik dan komunikasi, termasuk pengaturan khusus untuk lokasi yang akan diaudit;
5. Setiap tindakan spesifik yang harus diambil untuk mengatasi risiko untuk mencapai tujuan dan peluang audit yang timbul;
6. Hal-hal yang berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi;
7. Tindakan tindak lanjut dari audit sebelumnya atau sumber lain.
8. Setiap kegiatan tindak lanjut untuk audit yang direncanakan;
9. Koordinasi dengan kegiatan audit lainnya, dalam hal audit bersama.

E. PENENTUAN TIM AUDITOR

Penanggung jawab AMI harus menentukan auditor untuk melaksanakan AMI pada suatu unit kerja yang akan diaudit. Penentuan aditor harus mendapat persetujuan dari tiga belah fihak yaitu klien (manajemen), teraudit dan auditornya sendiri. Hal ini terjadi karena AMI bukanlah suatu kegiatan untuk mencari kesalahan atau kekurangan melainkan audit bertujuan untuk membantu teraudit

dalam mencari ruang peningkatan, sehingga ke tiga belah pihak harus bahagia dan tidak terpaksa dalam menjalankan dan menerima tugas tersebut.

Jumlah auditor ditentukan berdasar luas lingkup dan area yang akan diaudit. Jumlah auditor seharusnya berjumlah gasal (3, 5, atau 7), hal tersebut diperlukan jika pada saat akan menentukan keputusan audit terjadi perbedaan pendapat antar auditor sehingga perlu dilakukan voting, agar tidak terjadi skor yang sama maka auditor harus gasal jumlahnya. Namun demikian, pada prinsipnya hasil audit ditentukan berdasarkan pemahaman yang sama pada kriteria atau standar yang digunakan dalam audit. Ketua Tim auditor diusahakan adalah mereka yang sudah mengikuti pelatihan lead auditor dan atau auditor senior yang sudah memiliki pengalaman audit minimal 5 tahun.

Dalam ISO 19011 Guidelines for Auditing Management System disebutkan bahwa Ketua tim audit, dalam konsultasi dengan tim audit, harus menugaskan kepada masing-masing anggota tim tanggung jawab untuk mengaudit proses, kegiatan, fungsi atau lokasi tertentu dan, jika perlu, wewenang untuk pengambilan keputusan. Penugasan tersebut harus mempertimbangkan ketidakberpihakan dan objektifitas serta kompetensi auditor dan penggunaan sumber daya yang efektif, serta peran dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor, auditor dalam pelatihan dan pakar teknis. Rapat tim audit harus diadakan, jika perlu, oleh ketua tim audit untuk mengalokasikan penugasan kerja dan memutuskan kemungkinan perubahan. Perubahan pada penugasan kerja dapat dilakukan saat audit berlangsung untuk memastikan pencapaian tujuan audit

Auditor mutu internal harus memiliki kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Kompetensi dan pengetahuan dibuktikan dengan sertifikat sedangkan ketrampilandibuktikan dengan pengalaman (frekuensi) dalam melakukan AMI. Personal yang akan ditugaskan dalam pelaksanaan AMI harus pernah mendapatkan pelatihan dan aktif mengikuti program pelatihan (refreshment) Auditor yang sejatinya dilakukan oleh perguruan tinggi setiap tahun guna menyesuaikan diri dengan perubahan persyaratan dan pemahaman terhadap kebijakan-kebijakan terkini.

F. 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. Namun demikian, jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ke tiga belah fihak yaitu pihak manajemen, auditee dan auditor. Tidak direkomendasikan menyusun jadwal pelaksanaan audit hanya ditentukan oleh pihak manajemen atau auditor dengan tujuan agar audit bisa menguak hal yang terjadi sebenarnya. Hal ini dilakukan karena audit bukanlah investigasi, interogasi ataupun penyidikan. Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta fihak yang akan ditemui atau diwancara. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih. Di lingkungan perguruan tinggi penjadwalan AMI umumnya mengikuti siklus akhir tahun akademik, hal ini dilakukan dengan pertimbangan agar dapat memperoleh gambaran capaian kinerja selama satu semester, kecuali AMI untuk kepentingan tertentu yang memiliki siklus berbeda.

Tempat AMI sebaiknya suatu tempat yang nyaman untuk membaca, menulis melakukan wawancara, dan mengamati. Tempat audit dokumen dan audit lapangan bisa dalam satu ruangan atau dapat pula dalam ruangan yang terpisah. Pada prinsipnya dapat memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Dalam beberapa kondisi dan atau bagi Perguruan Tinggi yang sudah memiliki instrument yang mendukung, seperti aplikasi audit, AMI dapat dilakukan secara daring sehingga pertimbangan tempat dapat digantikan dengan persyaratan dukungan jaringan internet dan aplikasi yang sudah valid dan teruji

G. PERSIAPAN DOKUMEN

Aspek lain yang tidak kalah pentingnya dalam perencanaan AMI adalah persiapan persyaratan administrasi dan dokumen. Dokumen yang dimaksud meliputi:

1. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari pimpinan PT kepada auditor yang ditunjuk.
2. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan ketiga belah pihak.
3. Dokumen-dokumen yang sesuai dengan lingkup audit.
4. Formulir-formulir yang digunakan dalam proses audit.
5. Daftar pertanyaan/checklist audit yang dirumuskan dengan kebutuhan audit.
6. Jika dilakukan secara online, maka harus dipastikan bahwa aplikasi yang digunakan sudah melalui proses ujicoba untuk mengetahui validitas dan reliabilitasnya

Dokumen–dokumen yang terkait dengan persyaratan/kriteria setiap standar disarankan kepada teraudit untuk disimpan pada dashboard yang disimpan pada website Fakultas/Lembaga/Unit sehingga memudahkan baik dalam persiapan audit maupun dalam penelusuran pada saat audit. Dokumen-dokumen tersebut dapat meliputi; kebijakan mutu, manual mutu, standar mutu (SNPT, 9 kriteria, dan IKT), dokumen rencana induk pengembangan, rencana strategis, rencana operasional, sasaran mutu, profil risiko, dan dokumendokumen terkait lainnya sesuai dengan sistem manajemen mutu yang diterapkan pada masing- masing Perguruan Tinggi.

Hal ini sejalan dengan pedoman standar sistem manajemen audit (ISO 19011:2018), bahwa anggota tim audit harus mengumpulkan dan meninjau informasi yang relevan dengan penugasan audit mereka dan menyiapkan informasi yang terdokumentasi untuk audit, menggunakan media apa pun yang sesuai. Informasi yang terdokumentasi untuk audit dapat mencakup tetapi tidak terbatas pada: daftar periksa fisik atau digital, rincian pengambilan sampel audit; informasi audio visual. Penggunaan media ini tidak boleh membatasi tingkat kegiatan audit yang dapat berubah sebagai hasil dari informasi yang dikumpulkan selama audit. Informasi yang terdokumentasi disiapkan untuk, dan dihasilkan dari audit harus disimpan setidaknya sampai audit selesai, atau seperti yang ditentukan dalam program audit.

BAB V
PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Pelaksanaan audit mutu internal dilakukan apabila pimpinan perguruan tinggi telah menetapkan lingkup standar yang akan diaudit. AMI dilaksanakan dengan tujuan untuk memperoleh rekomendasi poin peningkatan mutu perguruan tinggi melalui temuan kesesuaian atau ketidaksesuaian antara penyelenggara pendidikan tinggi dengan standar yang telah ditetapkan. Proses pelaksanaan AMI dilakukan dengan 2 tahapan, yaitu audit dokumen dan audit lapangan.

A. AUDIT DOKUMEN *(DESK EVALUATION)*

Audit dokumen dapat disebut juga audit keccukupan atau *desk evaluation,* merupakan proses pemeriksaan dokumen pendukung sebagai bukti terlaksananya suatu standar. Tahapan ini dilakukan dengan tujuan untuk melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumen sebagai informasi awal terhadap terlaksananya stadar pada instrumen audit. Terdapat proses pada audit dokumen yaitu, pencermatan hasil evaluasi diri, dokumen dan rekaman dan pembuatan daftar tilik.

1. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman

   Berikut beberapa hal yang perlu dilakukan oleh auditor ketika dalam tahapa ini;

   a. Mengidentifikasi dokumen apa saja yang diperlukan pada setiap stndar yang diaudit.
   b. Ketua tim auditor membagi tugas kepada anggota tim auditor mengenai dokumen yang harus diaudit oleh masing-masing tim.
   c. Mereview ketersediaan semua dokumen yang berkaitan dengan standar.
   d. Mengecek konsistensi dokumen dengan undang-undang yang berlaku.

2. Pembuatan *Checklist (Daftar Tilik/ Daftar Pertanyaan)*

   Setelah audit dokumen dilakukan, maka selanjutnya auditor membuat daftar tilik/ pertanyaan yang memuat informasi mengenai kecukupan atau ketidakcukupan dokumen yang telah diperiksa serta indikasi terjadinya penyimpangan pada standar yang diaudit. Temuan sementara pada audit

dokumen tersebut akan diperdalam dan diverifikasi pada audit lapangan. Bentuk jawaban pada daftra tilik untuk setiap standar dapat menggunakan "ya" dan "tidak", dengan ketentuan;

a. Jawaban "ya" digunakan jika auditee telah memberikan dokumen yang dibutuhkan sehingga hanya perlu verifikasi saat audit lapangan.
b. Jawaban "tidak" digunakan jika saat audit lapangan belum ada dokumen yang dibutuhkan, sehingga perlu diberikan pertanyaan tambahan secara detail dan mendalam.

Beberapa tujuan dari pembuatan daftar tilik;

1. Menjadi pedoman auditor dalam melaksanakan audit lapangan, sehingga terarah dan sesuai dengan rencana.
2. Auditor lebih siap dalam audit
3. Efektifitas waktu dalam proses audit.

B. TAHAPAN AUDIT LAPANGAN *(ASSESMEN LAPANGAN/ VISITASI)*

Setelah audit dokumen dilaksanakan dan jadwal audit lapangan telah disepakati antara auditor dan auditee, maka audit lapangan dapat dilaksanakan. Tahapan ini bertujuan untuk melakukan verifikasi potensi temuan yang telah dituangkan dalam *checklist*.

1. Pertemuan Pembukaan dengan Auditee

   Meliputi kegiatan:

   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.

2. Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

   Setiap kali AMI terlaksana, maka hal utama yang perlu dilakukan auditor adalah melakukan pengecekan terhadap tindak lanjut temuan AMI sebelumnya. Terdapat 2 kemungkinan dari kondisi tersebut; *pertama* temuan AMI sebelumnya sudah ditindaklanjuti dengan baik sehingga temuan dianggap selesai atau *closed,* atau kondisi *kedua* yang mana temuan AMI belum

ditindaklanjuti sehingga temuan tersebut menjadi temuan AMI saat ini dan kategori temuan menjadi lebih berat.

3. Pengumpulan Bukti Audit

Agar AMI dapat menggambarkan kondisi yang sesungguhnya, maka harus dilakukan proses pengumpulan bukti audit kepada informan, seperti pengelola, mahasiswa, alumni serta user atau pengguna lulusan yang sesuai dengan ruang lingkup audit.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses pengumpulan bukti audit;

a. Pemeriksaan terhadap kecukupan serta kehandalan struktur pengendalian internal sehingga dapat dipastikan tercapainya tujuan perguruan tinggi.
b. Pemeriksaan terhadap efektifitas fungsi pengendalian internal.
c. Pemeriksaan terhadap kinerja unit, mencari informasi apakah kegiatan di PT yang menjadi lingkup audit sudah sesuai dengan ketentuan.
d. Pemeriksaan terhadap kegiatan khusus dari unit kerja yang mencangkup segala aspek, sehingga diperoleh informasi yang dapat mempermudah pengambilan keputusan.

4. Perumusan Temuan Audit

Temuan audit berupa pernyataan temuan serta kategori temuan harus dirumuskan dan disepakati bersama oleh seluruh anggota tim auditor. Perumusan temuan audit sebaiknya mengandung:

a. Kalimat singkat dan mudah dipahami
b. Kalimat bersifat membangun
c. Mengikuti kaidah PLOR *(problem, location, objective, reference).* Urutan kaidah PLOR tidak harus urut, yang terpenting ada dan kalimat yang jelas.

   Contohnya:

   "Dosen di Prodi Y mengakui sudah melakukan penelitian, tetapi belum mengikutsertakan mahasiswa meskipun sudah menjadi aturan dalam standar penelitian."

Keterangan:

P: *Dosen di Prodi Y mengakui sudah melakukan penelitian*

L: *Prodi Y*

O: *Dosen*

R: *standar penelitian*

5. Rapat Internal

Kegiatan ini bertujuan untuk merumuskan temuan yang diperoleh setiap auditor untuk selanjutnya menentukan target dari termuan tersebut:

a. Temuan positif

Temuan yang dikategorikan sebagai temuan positif jika penyelenggara pendidikan tinggi telah sesuai dengan standar yang ditetapkan.

b. Observasi

Jika temuan menunjukkan ketidakcukupan/ ketidaksesuaian antara penyelenggara pendidikan tinggi dengan standar yang ditetapkan namun masih terdapat peluang untuk perbaikan, dengan kata lain dapat diselesaikan dengan mudah dan cepat.

c. Ketidaksesuaian (KTS) minor (ringan)

Dapat disebut juga ketidakpatuhan, merupakan kondisi tidak sesuai yang berdampak terbatas pada sistem penjaminan mutu.

Contoh kategori KTS minor, yaitu:

4. KTS tidak menghambat perolehan sertifikasi dan akreditasi.
5. KTS yang mempengaruhi secara tidak langsung terhadap kualitas pelayanan PT.

Contoh temuan yang termasuk dalam KTS minor;

1. RPS tidak memuat tanggal pengesahan
2. Hasil evaluasi sudah ditindaklanjuti namun belum selesai
3. Laporan kegiatan kurang lengkap

d. Ketidaksesuaian (KTS) mayor (berat)

Merupakan kondisi tidak sesuai yang berdampak luas pada sistem penjamian mutu.

Contoh kategori KTS mayor;

1. KTS yang mengancam sertifikasi dan akreditasi
2. KTS yang berdampak besar terhadap kualitas dan pelayanan PT
3. KTS yang dapat menyebabkan resiko hilangnya mahasiswa (DO bertambah, animo berkurang)

Contoh temuan yang masuk dalam KTS mayor;

1. Hasil evaluasi tidak ditindaklanjuti
2. Hasil evaluasi ditindaklanjuti namun tidak maksimal, misalkan hasil evaluasi kebutuhan lab komputer telah ditindaklanjuti, namun hanya 3 komputer, sedangkan mahasiswa berjumlah ratusan.
3. RPS tidak dikalibrasi

6. Ekspos dan Rapat Penutupan Audit

Tahap paling akhir dari audit lapangan adalah ekspos dan rapat penutupan yang dihadiri oleh seluruh auditor dan auditee. Ketua tim auditor akan memimpin jalannya rapat untuk memperoleh rumusan final temuan AMI. Misalkan AMI yang dilakukan oleh prodi, maka ekspos dan rapat penutupa AMI dihadiri oleh auditor dan kaprodi beserta jajarannya. Dalam rapat auditor dan auditee membahas temuan AMI untuk disepakati dari segi isi dan pernyataan temuan.

Berikut beberapa kegiatan dalam rapat penutupan:

a. Auditor membacakan temuan serta batas waktu perbaikan.
b. Auditee diperbolehkan memverifikasi dan memberikan sanggahan terhadap temuan.
c. Jika telah diperoleh kesepakatan dari kedua belah pihak, maka daftar temuan tersebut ditandatangani secara bersama-sama.
d. Temua yang telah disetujui kemudian disusun menjadi laporan audit.
e. Ketua tim auditor menyerahkan laporan audit kepada ketua auditee.

Jika laporan sudah diserahkan kepada ketau auditee atau pimpinan, maka ketua auditee dapat melakukan RTM/ rapat tinjauan manajemen.

C. TEKNIK WAWANCARA

Untuk mendapatkan informasi yang akurat mengenai kesesuaian penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar yang telah ditetapkan, maka auditor dapat mewawancara auditee. Pada wawancara terjadi diskusi 2 arah melalui beberapa bentuk pertanyaan:

1. Pertanyaan tertutup dengan jawab ya/ tidak
2. Pertanyaan lebih spesifik.
3. Pertanyaan terbuka.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan wawancara adalah:

1. Pertanyaan harus jelas, spesifik dan tidak ambigu.
2. Mengacu pada checklist yang dibuat saat audit dokumen.
3. Wawancara antara pimpinan dan jajarannya sebaiknya dilakukan secara terpisah, agar jajaran lebih berani memberikan informasi yang akurat kepada auditor tanpa merasa canggung terhadap pimpinan.
4. Jika diperlukan crosscheck informasi karena perbedaan informasi yang didapat dari auditee berbeda.
5. Auditor mencatat semua informasi yang didapat.

D. TEKNIK TELUSUR

Teknik telusur dalam sebuah proses audit adalah suatu teknik yang dilakukan oleh seorang auditor untuk menelusuri akar masalah dari suatu persoalan atau dari suatu ketidaksesuaian. Penelusuran akar masalah dapat dilakukan dengan memeriksa setiap area fungsional dari organisasi untuk melihat kelayakan dan penerapan dari persyaratan sistem penjaminan mutu. Dalam melakukan telusur ini, auditor dapat bergerak dari sisi input hingga rangkaian proses kegiatan dan output atau sebaliknya.

BAB VI
LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. JENIS DAN STRUKTUR PELAPORAN AMI

Kegiatan lanjutan Tim Auditor setelah melaksanakan kegiatan audit adalah menyusun laporan Audit Mutu Internal (AMI). 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.

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 berdasarkan fakta, ringkas dan jelas, didukung data yang akurat, tidak memasukkan opini serta objektif, selain itu penyajian sedapatnya menggunakan bahasa yang lugas, jelas, tepat, sistematis, serta menarik.

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.

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;

Tabel 2. Struktur Penulisan Laporan AMI

Unsur Laporan	Isi Laporan	
PTKS	Fakultas	
	Program studi	
	Alamat	
	Nama ketua prodi	
	Tanggal audit	
	Ketua auditor	Nama:
		Fakultas/ prodi:
	Anggota auditor	Nama:
		Fakultas/ prodi:
	TTD Auditor	
	TTD Kaprodi	
Identitas Auditor	Nama ketua tim auditor	
	Anggota tim auditor	
Tujuan audit	Memastikan apakah temuan/rencana tindak koreksi pada Siklus Audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjut	
	Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penjaminan mutu Program Studi terhadap Dokumen Akademik Fakultas dan Dokumen Mutu Fakultas;	
	Memetakan kesiapan Program Studi dalam melaksanakan Program Akreditasi;	
	Memastikan kelancaran pelaksanaan Pengelolaan Program Studi;	
	Memetakan peluang peningkatan mutu Program Studi;	
	Dll.	
Ruang lingkup audit	Audit Akademik	
	Audit Administrasi Akademik	
	Audit Non Administrasi Kemahasiswaan	
	Audit Kepegawaian	
	Audit Kelembagaan	
Area audit		

Dokumen yang diterima		
Tanggal audit	Hari	
	Tanggal	
	Pukul	
	Fakultas	
	Tim auditor	
Daftar temuan audit: pernyataan temuan audit, kategori temuan audit dan referensi.	Ketidaksesuaian	KTS/ OB
		Standar/ Kriteria
		Temuan audit
	Kesesuaian	Standar/ kriteria
		Peluang peningkata
Keunggulan Institusi/ teraudit		
Kesimpulan audit	Tim audit menyimpulkan;	
	Sistem dokumen cukup lengkap dan terstruktur untuk mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal, Ya (...), Tidak (...), Lainnya (...), sebutkan!	
	PTK pada temuan audit sebelumnya telah ditindaklanjuti secara efektif: Ya (...), Tidak (...), Lainnya (...), sebutkan!	
Kesimpulan audit	Temuan pada audit periode ini adalah KTS (...) OBS (...)	
Lampiran audit	Daftar Pertanyaan Audit (Checklist Audit);	
	Permintaan Tindak Koreksi (PTK);	
	Verifikasi Tindaklanjut Temuan Audit Periode sebelumnya;	
	Daftar Hadir Audit;	
	Contoh Verifikasi Tindak Lanjut Temuan Audit.	

Untuk struktur penulisan laporan yang lebih lengkap dipakai untuk menyusun laporan final. Struktur penulisannya dapat dibuat sebagai berikut:

1. Halaman Judul;
2. Halaman Identitas/Pengesahan;
3. Kata Pengantar;
4. Daftar Isi;
5. Pendahuluan, yang berisi Latar Belakang, Tujuan, Lingkup Audit, Area Audit, dll
6. Bagian isi, yang berisi hal-hal pokok tentang emuan audit dan/atau Instisari dari pembahasan laporan serta penyampaian pandangan auditor terhadap hal-hal yang berkaitan dengan laporan;
7. Penutup yang bersisi kesimpulan dan saran

Laporan lengkap atau laporan final merupakan pengembangan dari laporan sementara, setelah kedua belah pihak yaitu teraudit dan auditor sepakat dengan hasil dan katagori temuan audit. Selanjutnya, bila kedua belah pihak telah sepakat, harus membubuhkan tanda tangan pada kolom yang telah disediakan, baik itu pada Laporan Sementara maupun pada Laporan Final.

B. PEMBUATAN LAPORAN TINDAKAN KOREKSI

Untuk temuan yang belum mencapai dan menyimpang dari standar maka temuan tersebut dikategorikan Observasi (OB) atau Ketidaksesuaian (KTS). Ketidaksesuaian adalah temuan yang belum mencapai, menyimpang dan tidak sesuai dengan standar atau persyaratan yang ditentukan oleh perguruan tinggi. Observasi adalah temuan yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian atau temuan yang dapat segera diperbaiki. Untuk itu, maka perlu dilakukan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) yaitu permintaan perbaikan kepada auditee atas dasar laporan audit agar auditee menghilangkan KTS atau penyebab KTS terhadap standar/rencana dan mencegah pengulangan ketidaksesuaian dikemudian hari dalam rangka peningkatan mutu secara berkelanjutan. PTK sebagai suatu permintaan perbaikan oleh manajemen kepada teraudit atas dasar laporan audit agar teraudit memperbaiki KTS atau penyebab KTS.

Laporan PTK ini dapat dilakukan apabila antara teraudit dengan auditor telah sepakat dengan temuan audit yang dibuat Tim Auditor. PTK harus dilampirkan pada Laporan AMI. PTK dibuat tersendiri pada 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.

C. TINDAK LANJUT PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI *(TL-PTK)*

Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tahapan lanjutan dari Laporan Hasil Audit yang salah satunya adalah Pemintaan Tindakan Koreksi (PTK) oleh auditor kepada auditee. Tindakan Koreksi itu sendiri dapat dimaknai sebagai tindakan yang diambil untuk meniadakan sebabsebab ketidak-sesuai (KTS), cacat, atau hal-hal lain yang tidak diinginkan, sehingga dapat mencegah pengulangan hal-hal di atas untuk mengarahkan pada peningkatan Mutu secara berkelanjutan.

Jika PTK itu sendiri berupa permintaan kepada auditee untuk menyelesaikan beberapa temuan Ketidaksesuaian (KTS) yang ditemukan dalam proses audit di lapangan, maka Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TLPTK) merupakan tugas dan kewajiban yang harus dilakukan oleh auditee atas temuan KTS yang mesti diselesaikan/diperbaiki.

TL-PTK dilakukan untuk maksud memperbaiki dan menyelesaikan beberapa paktor atau bagian KTS yang ditemui dalam audit dan direkomendasikan untuk diselesaikan guna perbaikan menyeluruh dalam sistem penjaminan mutu Perguruan Tinggi. Dokumen yang diperlukan untuk pelaksanaan TL-PTK adalah:

1. Formulir PTK yang disepakati oleh tim audit dan auditee
2. Formulir Chechlist Pelaksanaan perbaikan PTK.
3. Formulir Tindak Lanjut Perbaikan (TL-PTK).

BAB VII
RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AMI

A. DEFINISI RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

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.

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.

B. TUJUAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

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.

C. KARAKTERISTIK RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

1. Dilakukan secara berkala, sistematis, dan terukur setelah dilaksanakan Audit Mutu Internal (AMI).

2. Dilakukan perencanaan, pelaksanaan dan didokumentasikan dengan baik.
3. Melakukan evaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Pembahasan mengenai perubahan atas tata kelola, pengembangan, pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat yang perlu dilakukan sebagai perbaikan.
5. Hasil pertemuan ditindaklanjuti dan dilakukan pengawasan untuk memastikan keterlaskananya tindak lanjut secara baik dan tepat sasaran.
6. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindaklanjut RTM sebelumnya atau hasil evaluasi kerja manajemen sebelumnya.
7. Dilaksanakan dengan agenda yang jelas, terukur dan akuntabel, dengan luaran;
    a. rencana perbaikan,
    b. rencana peningkatan kepuasan stakeholders,
    c. rencana pemenuhan sumber daya yang diperlukan, dan
    d. rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

D. PROSEDUR RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

1. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dipimpin oleh LPM dan Rektor/ketua/ Wakil ketua.
2. LPM berkoordinasi dengan Rektor/ketua/ Wakil ketua untuk menentukan jadwal RTM.
3. Undangan tertulis Rapat Tinjauan Manajemen beserta agenda rapat disiapkan dan didistribusikan oleh LPM paling lambat 3 (tiga) hari sebelum tanggal pelaksanaan rapat. Undangan rapat tersebut ditandatangani oleh LPM yang diketahui atau disetujui oleh Rektor/ketua/ketua.
4. Bila karena suatu hal Rapat Tinjauan Manajemen terpaksa ditunda atau dibatalkan, maka LPM 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.

5. 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.
6. Masukan dan pokok bahasan dalam rapat Tinjauan Manejemen bersifat kebijakan yang bersifat strategis antara lain :
   a. Perubahan dan pengesahan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, dan Rencana Mutu;
   b. Tindak lanjut dari Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya;
   c. Hasil Audit Mutu Internal (AMI) baik yang akademik maupun non akademik dan tindak lanjutnya yang bersifat kebijakan dan bersifat strategis;
   d. Masukan dari pelanggan;
   e. Peninjauan Prosedur Mutu;
   f. Evaluasi kinerja proses dan kesesuaian produk;
   g. Hasil penerapan teknik statistik dan tindak lanjutnya;
   h. Perubahan-perubahan sistem, aturan, dan teknologi yang berpengaruh terhadap Sistem Manajemen Mutu;
   i. Alokasi sumber daya yang berpengaruh terhadap sistem;
   j. Rencana dan strategi baru yang berkaitan dengan Sistem Manajemen Mutu
7. RTM dilaksanakan setiap satu tahun sekali setelah pelaksanaan dan perumusan hasil AMI dan pokok bahasan RTM.
8. RTMI dipimpin oleh Rektor/ketua/ketua. LPM harus memastikan rapat telah membahas semua agenda rapat. Peserta wajib mengisi Daftar Hadir yang disiapkan oleh LPM.
9. Semua keputusan rapat dicatat dalam Notulen Rapat yang dilakukan oleh LPM atau personil yang ditunjuk.
10. Sebelum RTM selesai, notulis membacakan seluruh hasil atau keputusan rapat beserta penanggungjawab permasalahan serta tanggal penyelesaian tindak lanjutnya.
11. Notulen Rapat Tinjauan Manajemen harus jelas menginformasikan personel penanggungjawab permasalahan serta batas waktu penangannnya. Personel

penanggungjawab permasalahan ditunjuk dari peserta rapat atau personel lain yang ditentukan dalam rapat tersebut.

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

E. AGENDA RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Sebagai sebuah proses evaluasi terhadap kesesuaian dan efektivitas penerapan sistem manajemen mutu yang dilakukan secara berkala pada setiap satuan kerja di IAINU Tuban, maka agenda Rapat Tinjauan Manajemen menjadi salah satu bagian terpenting dalam upaya perbaikan manajemen mutu yang berkelanjutan. Dalam proses pelaksanaannya, agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) mencakup:

1. Pembukaan.
2. Arahan dari pimpinan IAINU Tuban
3. Tinjauan terhadap hasil Agenda Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya.

4. Pembahasan mengenai hasil Audit Mutu Internal (AMI) yang telah dilaksanakan.
5. Pembahasan mengenai umpan balik/keluhan stakeholders berbasis hasil laporan survei.
6. Pembahasan terkait masalah-masalah operasional dalam penerapan sistem manajemen mutu.
7. Pembahasan mengenai rencana perbaikan/perubahan yang perlu dilakukan pada sistem manajemen mutu.
8. Rekomendasi untuk perbaikan.
9. Pembahasan lain-lain yang dianggap perlu
10. Penutup.

F. MATERI RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan bahan-bahan yang dikumpulkan melalui temuan/hasil AMI yang dilakukan auditor di lingkungan audit (institusi, lembaga atau unit) yang di audit, terasmuk juga bahan-bahan berasal dari selain hasil audit atau kegiatan lain yang dipandang perlu untuk dijadikan bahan materi RTM. Materi RTM diperlukan untuk memetakan beberapa hasil temuan AMI dalam rangka dilakukan tindak lanjut pada RTM berikutnya jika dipandang perlu untuk dilakukan. Beberapa poin yang dirangkum sebagai bahan materi dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebagai berikut.

1. Hasil/temuan audit Mutu Internal (AMI) yang telah dilakukan tim auditor.
2. Hasil umpan balik dari stakeholder berupa; saran, keluhan dan hasil survei kepuasan stakeholder.
3. Kinerja proses bidang akademik, non akademik dan kesesuaian produk dan layanan.
4. Pencapaian sasaran mutu/ indikator kinerja, seperti analisis kesesuaian kompetensi lulusan dengan lapangan kerja mahasiswa.
5. Status tindakan koreksi dan perbaikan yang dilakukan auditee
6. Status tindak lanjut dari hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebelumnya yang masih belum dilaksanakan.
7. Perubahan yang dapat mempengaruhi sistem penjaminan mutu

8. Rekomendasi untuk dilakukan peningkatan perbaikan palaksanaan sistem tata kelola, pengembangan, kerjasama, dan tridharma Perguruan Tinggi
9. Membahas usul tindakan koreksi atas hasil temuan auditor
10. Merencanakan tindak lanjut yang harus dilakukan untuk perbaikan mutu layanan.
11. Peningkatan hasil layanan
12. Peningkatan efektifitas sistem penjaminan mutu Internal (SPMI) dan prosesnya.

G. PESERTA RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

1. Jajaran Manajemen Institut, yaitu Rektor/ketua/ketua dan Wakil Rektor/ketua/ketua.
2. Jajaran Manajemen Fakultas adalah Dekan, Wakil Dekan, Ketua dan Sekretaris Jurusan (Program Studi).
3. Kepala Biro Institut
4. Lembaga Penjaminan Mutu (LPM)
5. Gugus Mutu Fakultas, yaitu adalah petugas penjamin mutu di tingkat Fakultas.
6. Auditee, yaitu fakultas, lembaga, unit, bagian, dan perangkat kerja di lingkungan Institut Agama Islam Nahdlatul Ulama Tuban yang teraudit.

H. LUARAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

1. Rasional

   Produk nyata luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah kebijakan dari pimpinan untuk menjamin continuous improvement dari penjaminan mutu dalam rangka meningkatkan dan memperbaiki temuan AMI serta pemenuhan kriteria sesuai dengan perguruan tinggi/ prodi.
2. Produk luaran RTM

   Produk luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) berupa kebijakan startegis yang dihasilkan dari proses AMI yang dilakukan lembaga penjaminan mutu sebagai berikut. Secara ringkas, Produk luaran dari RTM dapat berupa

beberapa keputusan dan/atau tindakan yang berhubungan dengan hal-hal berikut:

a. Peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan.
b. Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang sudah dibuat.
c. Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
d. Penyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif.
e. Konsistensi pelaksanaan standar mutu
f. Konsistensi pemenuhan kriteria akreditasi institusi maupun prodi

3. Tujuan luaran RTM

Tujuan luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah untuk sebagai berikut.

a. Meningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan.
b. Meningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang sudah dibuat.
c. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
d. Menyediakan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif.

I. Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen

Tindak lanjut hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan upaya konkrit dan solutif yang harus dilakukan auditee dalam rangka mewujudnyatakan rekomendasi hasil RTM. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Sedangkan Sasaran kegiatannya adalah peningkatan mutu sistem tata kelola sumberdaya manusia, sarana dan prasarana yang dimaksudkan untuk kepentingan sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT

2. Mempertahankan pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT
3. Memenuhi pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT
4. Memperbaiki pelaksanaan upaya pencapaian standar mutu IKU dan IKT

Dalam melakukan rapat tindak lanjut RTM terhadap hasil temuan dilakukan melalui tata cara sebagai berikut: Auditee memberikan umpan balik hasil audit; Auditor memberikan penjelasan terhadap umpan balik auditee; membuat kesepakatan/penyamaan persepsi dan membuat rekomendasi. Berkaitan dengan tata cara di atas kegiatan tindak lanjut RTM dilakukan secara bertahap tentang hal-hal sebagai berikut:

1. Identifikasi kekurangan/ temuan (finding) dari pihak auditor
2. Mencari akar masalah dari pihak auditee
3. Mencari solusi jangka pendek: gunakan apa adanya, perbaiki kembali, pecahkan masalah, libatkan stakeholder dari pihak auditee
4. Menetapkan jadwal pelaksanaan untuk solusi jangka pendek, menegah dan panjang dari pihak auditee
5. Verifikasi pelaksanaan dari pihak auditee
6. Menetapkan jadwal pelaksanaan solusi dari pihak auditee
7. Kesimpulan hasil temuan pihak auditor

BAB VIII
AUDIT TINDAK LANJUT

A. PENYAMPAIAN TINDAK LANJUT PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI

Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (ATL) menjadi penting karena manfaat pelaksanaan AMI bukan terletak pada banyak sedikitnya temuan audit tetapi lebih kepada tindak lanjut perbaikan dari temuan. ATL adalah kegiatan untuk mengaudit tindak lanjut perbaikan (permintaan tindakan koreksi) dari temuan ami sebelumnya disertai bukti-bukti perbaikannya. ATL fokus untuk mengaudit perbaikan-perbaikan temuan AMI sebelumnya. ATL bermanfaat untuk memastikan bahwa temuan-temuan AMI sudah diperbaiki dan tidak akan berulang menjadi temuan di kemudian hari atau di AMI yang akan datang. ATL bertujuan untuk memastikan efektfitas dan dampak dari tindak lanjut hasil audit atau permintaan tindakan koreksi. Audit Tindak Lanjut merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan kemajuan auditee dalam melaksanakan rekomendasi audit.

Tindak lanjut temuan audit merupakan langkah-langkah yang diambil oleh auditee untuk memperbaiki temuan audit dan menindaklanjuti hasil rekomendasi audit. Tindak lanjut audit harus segera diambil oleh auditee setelah laporan audit diterima dari auditor.

B. PENJADWALAN AUDIT TINDAK LANJUT

Untuk merencanakan ATL terdapat beberapa tahapan yang perlu dilakukan yaitu:

1. Menetapkan apakah audit tindak lanjut akan dilaksanakan atau tidak Prioritas penugasan audit tindak lanjut harus mempertimbangkan strategi audit secara keseluruhan, seperti dalam proses perencanaan strategi tahunan. Alasan tidak dilaksanakannya audit tindak lanjut antara lain dikarenakan lingkup audit terlalu kecil, temuan audit sudah tidak relevan lagi atau program kegiatan yang bersangkutan sudah tidak ada lagi.
2. Menentukan lingkup audit tindak lanjut. Lingkup audit tindak lanjut harus ditentukan berdasarkan penilaian atas keberlanjutan penerapan kesimpulan

audit terdahulu, pernyataan manajemen atas tindakan perbaikan, dan tingkat kepercayaan auditor atas hasil kerja auditor terdahulu.

3. Cross audit follow up. Kegiatan cross audit follow up mencakup review beberapa hasil audit dalam satu entitas atau beberapa hasil audit dalam entitas. Kegiatan cross audit follow up yang spesifik perlu mempertimbangkan proses perencanaan strategis audit kinerja.
4. Menyiapkan sumber daya untuk audit tindak lanjut. Sumber daya untuk melaksanakan audit tindak lanjut bergantung pada aktorfaktor seperti jumlah rekomendasi, sifat hubungan dengan auditee dan apakah anggota tim audit terdahulu akan membantu dalam audit tindak lanjut.
5. Menjadwalkan tindak lanjut. Penjadwalan audit tindak lanjut bergantung pada karakteristik audit, jenis rekomendasi, risiko sosial, ekonomi dan sebagainya. Pelaksanaan audit tindak lanjut diaksanakan setelah audit mutu internal yang pertama.

C. PELAKSANAAN AUDIT TINDAK LANJUT *(ASSESMEN TINDAK LANJUT)*

Sesuai dengan konsep ATL, yang mana merupakan tindakan yang diambil untuk meniadakan sebab-sebab ketidaksesuaian, cacat atau hal-hal lain yang tidak diinginkan, sehingga dapat mencegah pengulangan hal-hal tersebut untuk mengarah pada peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Tindakan ini dilaksanakan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). RTM adalah suatu rapat dengan periode waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen. Dalam pelaksanaannya, RTM biasanya dapat melaksanakan tindakan koreksi, tindakan pencegahan dan tindakan verifikasi. Beberapa tindakan tesebut sesuai konsepnya dapat dipahami sebagai berikut:

1. Tindakan koreksi yaitu tindakan untuk menghilangkan penyebab dari ketidaksesuaian yang dikenali atau situasi lain yang tidak dikehendaki.
2. Tindakan pencegahan yaitu tindakan yang menghilangkan kemungkinan penyebab ketidaksesuaian atau kemungkinan situasi yang tidak dikehendaki.
3. Verifikasi yaitu tindakan memastikan, melalui ketetapan tentang bukti objektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi.

D. PELAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT

Pelaporan Audit Tindak Lanjut adalah penulisan laporan oleh tim auditor terkait dengan hasil audit tindak lanjut yang telah dilaksanakan. Pelaporan Audit Tindak Lanjut berisi tentang laporan audit keefektifan tindakan perbaikan yang telah dilakukan oleh auditee atas temuan-temuan AMI sebelumnya. Pelaporan Audit Tindak Lanjut mempunyai posisi penting dalam rangka perbaikan dan peningkatan mutu berkelanjutan.

Dalam laporan audit tindak lanjut, auditor melaporkan temuan dan rekomendasi dari temuan-temuan AMI sebelumnya yang belum ditindaklanjuti selama audit tindak lanjut untuk seterusnya disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholder). Laporan audit tindak lanjut ini menyediakan informasi bagi stakeholder mengenai :

1. Keefektifan tindakan-tindakan perbaikan yang telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah disepakati dalam permintaan tindakan koreksi. Oleh karenanya sering disebut dengan Laporan Tinjauan Keefektifan Tindakan Perbaikan.
2. Hambatan-hambatan yang mungkin ditemui auditee saat melakukan tindakan-tindakan perbaikan atas temuan AMI sebelumnya.
3. Masukan dan saran mengenai beberapa alternatif langkah-langkah efektif yang bisa diambil oleh auditee dalam rangka menindaklanjuti temuan-temuan AMI sebelumnya.
4. Tidak ada standar atau format baku dalam menuliskan laporan audit tindak lanjut ini, yang terpenting adalah mudah dipahami dan mampu memberikan informasi kepada stakeholder tentang beberapa hal yang perlu untuk diperbaiki/ditingkatkan dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan.

Berikut contoh model pelaporan audit tindak lanjut yang bisa digunakan adalah sebagai berikut;

Tabel 3. Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut

Fakultas	
Prodi	
Ketua Prodi	
Auditor	1. 2. 3.
PTK No.	Kategori: KTS/ OBS (coret yang tidak perlu)
Standar/ Kriteria.	
Akar penyebab diisi oleh auditee	
Rencana tindakan koreksi diisi oleh auditee	
Tinjauan efektifitas tindakan koreksi Kesimpulan: Tindakan lanjut dari temuan audit efektif. Tidak efektif.	
Masukan dan saran	

Atau dengan model seperti dibawah ini:

Tabel 4. Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut

No	Temuan	Tindak lanjut 1	Jawab	Efektifitas perbaikan	Jawab	Ket.	Tindak lanjut 2	Ket.
1								
2								
3								
Saran:								

Keterangan :
Jika tindak lanjut 1 sudah berstatus efektif, maka pengisian berhenti pada kolom efektifitas perbaikan; dan jika masih belum efektif atau belum ditindaklanjuti maka dilanjutkan mengisi sampai kolom terakhir.

BAB IX
KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL

A. PENGERTIAN KODE ETIK

Etika diartikan sebagai nilai-nilai atau norma-norma moral yang mendasari perilaku manusia. Etika secara umum didefinisikan sebagai perangkat prinsip moral atau nilai. Secara lebih komprehensif, etika berarti keseluruhan norma dan penilaian yang dipergunakan oleh masyarakat untuk mengetahui bagaimana manusia seharusnya menjalankan kehidupannya. Secara spesifik, etika berarti seperangkat nilai atau prinsip moral yang berfungsi sebagai panduan untuk berbuat, bertindak atau berperilaku. Selain berfungsi sebagai panduan, prinsipprinsip moral juga berfungsi sebagai kriteria untuk menilai benar/salahnya perbuatan/perilaku. Sementara kode etik diartikan sebagai nilai-nilai, norma-norma, atau kaidah-kaidah untuk mengatur perilaku moral dari suatu profesi/tugas melalui ketentuan-ketentuan tertulis yang harus dipenuhi dan ditaati setiap anggota profesi/petugas. Kode etik merupakan komitmen moral organisasi yang berisi;

1. Hal-hal yang diperbolehkan dan dilarang oleh anggota profesi/petugas.
2. Hal-hal yang harus didahulukan atau yang harus diprioritaskan oleh profesional/petugas ketika menghadapi situasi konflik atau dilematis.
3. Tujuan dan cita-cita luhur profesi.
4. Sanksi kepada anggota profesi/petugas yang melanggar kode etik.

Kode etik digunakan untuk melindungi kepentingan masyarakat atau pengguna layanan dari kemungkinan kelalaian, kesalahan atau pelecehan, baik disengaja maupun tidak disengaja oleh anggota profesi/petugas. Kedua, melindungi keluhuran profesi dari perilaku-perilaku menyimpang oleh anggota profesi/petugas.

Kode etik dapat berfungsi optimal membutuhkan 2 (dua) syarat, yaitu dirumuskan sendiri oleh profesional atau petugasnya sendiri. Kode etik tidak akan efektif apabila ditentukan atau dirumuskan institusi di luar profesi itu. Kemudian pelaksanaan kode etik harus diawasi secara terus-menerus. Setiap

pelanggaran akan dievaluasi dan diambil tindakan oleh suatu dewan yang khusus dibentuk.

B. TUJUAN KODE ETIK

Tujuan perumusan kode etik auditor ini untuk memacu pencapaian (tercapainya) budaya etis di kalangan auditor AMI. Kode etik ini diperlukan oleh auditor AMI untuk menumbuhkan kepercayaan auditor yang akan melaksanakan tugas AMI.

C. PRINSIP-PRINSIP AMI

1. Integritas (integrity) dalam menjalankan Audit Mutu Internal harus bersikap jujur dan bertanggungjawab serta dapat mengaplikasikan berbagai peraturan/regulasi dengan baik.
2. Memaparkan dengan apa adanya (fair presentation). Menyampaikan laporan hasil audit yang sesungguhnya. Temuan audit, kesimpulan audit dan lainnya ditampilkan secara objektif.
3. Pelayanan Professional (due professional care). AMI harus dilaksanakan oleh auditor yang professional yang memiliki kompetensi, sehingga memiliki kredibilitas dihadapan auditee.
4. Menjaga kerahasiaan (confidentialy) Informasi yang didapatkan dalam proses AMI harus digunakan dengan bijaksana, termasuk dalam menangani informasi yang sensitif dan rahasia.
5. Bebas (independence) Auditor tidak memihak dan berlaku objektif. Tidak ada konflik kepentingan dengan auditee dan unit yang diaudit.

D. AZAS AUDITOR

1. Integritas

   Auditor mampu membangun kepercayaan orang lain, bahwa keberpihakan yang dimiliki semata-mata ditujukan kepada kebenaran dan fakta. Integritas ini menjadi dasar bagi auditor dalam mengambil keputusan dan penilaiannya terhadap auditee. Untuk mewujudkan auditor yang berintegritas tinggi, standar perilaku yang ditetapkan adalah:

a. Melakukan seluruh tugas auditor dengan penuh ketekunan, bertanggung jawab serta menjunjung tinggi nilai kejujuran.
b. Mentaati hukum dan membuat laporan sesuai dengan ketentuan peraturan profesi
c. Tidak terlibat dalam aktivitas illegal atau terlibat dalam tindakan yang dapat menurunkan wibawa profesi auditor AMI.
d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etis sesuai dengan organisasi.

2. Objektivitas

Auditor AMI memiliki sikap yang objektif dalam mengumpulkan dan mengevaluasi hasil audit. Dalam melakukan penilaian, auditor harus menilai secara seimbang sesuai dengan keadaan objek yang diaudit, tidak dipengaruhi oleh sentimen pribadi atau kelompok. Bentuk sikap dan tindakan yang objektif auditor AMI dapat berbentuk:

a. Tidak terlibat pada segala bentuk kegiatan atau hubungan yang dapat mengganggu objektivitas penilaian.
b. Tidak menerima segala bentuk pemberian yang dapat mempengaruhi penilaian.
c. Mengungkapkan segala fakta yang didapatkan dari hasil audit, yang dapat mempengaruhi pelaporan hasil audit.

3. Kerahasiaan

Auditor AMI menjunjung tinggi profesionalitas dalam menjaga informasi yang mereka dapatkan dari auditee. Bentuk perilaku auditor yang mencerminkan prinsip kerahasiaan adalah:

a. Melindungi informasi yang didapatkan dari kegiatan audit.
b. Tidak menggunakan informasi hasil audit untuk kepentingan pribadi atau kegiatan yang bertentangan dengan ketentuan peraturan serta kegiatan yang merugikan organisasi.

4. Kompetensi

Auditor AMI melakukan hal-hal berikut ini:

a. Menerapkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan dalam pelaksanaan layanan AMI.
b. Melakukan Audit Mutu Internal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
c. Meningkatkan kemampuan dan efektivitas serta kualitas layanan auditor.

5. Independensi

Auditor AMI tidak terlibat konflik kepentingan dengan pihak auditee ataupun pihak-pihak terkait pelaksanaan AMI. Untuk menjaga independensi auditor dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Menghindari pertemuan dengan auditee di luar proses audit.
b. Proses Audit dilakukan secara berkelompok
c. Auditor tidak melakukan audit pada unit/organisasi dimana ia menjadi bagian dari unit tersebut.

E. KODE ETIK AUDITOR DAN AUDITEE

1. Kode etik auditor

Setidaknya ada 3 definisi yang berhubungan dengan subtema di atas yaitu:

a. Auditor adalah orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit mutu;
b. Client (Klien) adalah organisasi/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit;
c. Auditee (Teraudit) adalah Organisasi/unit kerja/orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien;

Auditor AMI harus mampu menerapkan dan menegakkan asas-asas auditor yaitu: integritas, obyektivitas, kerahasiaan, kompetensi, dan independensi. Dalam melaksanakan AMI, auditor harus memiliki sifat-sifat sebagai berikut:

a. Tidak menggurui;
b. Selalu menampilkan sebuah sisi kebenaran dan adil;
c. Langsung ke pokok permasalahan dan tidak bertele-tele;
d. Berpikir sistematis;
e. Selalu memperhatikan kesesuaian prosedur auditee dengan standar prosedur yang berlaku;
f. Berusaha mencari tahu pemahaman Auditee, bukan pemahaman Auditor;
g. Segala sesuatunya selalu dipersiapkan;
h. Selalu membantu Auditee;
i. Menjalin komunikasi seefektif mungkin dengan Auditee;
j. Selalu menindaklanjuti permintaan perbaikan.

2. Kode etik auditor

Terdapat 3 (tiga) metode dalam menyeleksi auditee, yaitu

a. Systematic selection

Bagian audit internal adalah menyusun suatu jadwal audit tahunan 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.

Berdasarkan metode di atas, auditee dalam lingkup PTKIS terdiri dari 5 bidang :

1. Auditee bidang akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja lainnya yang memberikan pelayanan akademik berupa perkuliahan, bimbingan, pengasuhan, asistensi, dan pendampingan terhadap mahasiswa sebagai pengguna utama layanan akademik. Dengan definisi ini, maka auditee bidang akademik adalah fakultas, jurusan dan program studi, pascasarjana, LP2M/LPM, pusat bahasa dan budaya, pustipad, dan bagian akademik.
2. Auditee bidang administrasi akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan PTKIS yang memberi dukungan pelaksanaan kegiatan akademik secara administratif dan aspek teknis lainnya. Dengan cakupan pengertian ini, auditee bidang pelayanan kependidikan adalah Bagian Administrasi masing-masing fakultas dan pascasarjana, Subbagian umum, Subbagian Akademik dan Kemahasiswaan.
3. Auditee bidang nonakademik kemahasiswaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di PTKIS yang memberi pelayanan, bimbingan, dan asistensi terhadap mahasiswa dalam melaksanakan kegiatan dan pengembangan keterampilan baik dalam bidang akademik maupun nonakademik. Auditee dalam bidang nonakademik kemahasiswaan adalah Wakil Rektor 3, Subbagian Kemahasiswaan, Bendahara/Keuangan, Tim Pembina Mahasiswa, dan Program studi.
4. Auditee bidang kepegawaian adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di PTKIS yang memiliki fungsi spesifik terkait dengan pengembangan dan pembangunan sumberdaya manusia. Auditee bidang kepegawaian adalah Wakil Rektor 2, Kepala Biro, dan Bagian Kepegawaian.
5. Auditee bidang kelembagaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan PTKIS yang memiliki mandat untuk

membangunan dan mengembangkan kelembagaan baik secara internal maupun eksternal. Auditee bidang dari Kepala Biro, Wakil Rektor 1, Wakil Rektor 2, Wakil Rektor 3, LPM, LPPM dan UNIT.

F. HAK DAN KEWAJIBAN AUDITOR DAN AUDITEE

1. Hak Auditor AMI
    a. Hak melakukan audit kinerja terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan PTKIS;
    b. Hak melakukan evaluasi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan PTKIS sebagai auditee sesuai dengan instrumen AMI yang berlaku;
    c. Hak melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
    d. Hak menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit; dan
    e. Hak memberikan catatan, saran, dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keterkaitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan.

2. Kewajiban Auditor AMI
    a. Mengaudit sesuai lingkup audit;
    b. Melaksanakan tugas secara obyektif;
    c. Mengumpulkan dan menganalisis bukti;
    d. Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik yaitu salah satunya adalah menjaga kerahasiaan dokumen yang diaudit;
    e. Mampu menjawab pertanyaan auditee;

3. Hak Auditee AMI

a. Hak mengajukan audit kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya;
b. Hak mendapatkan hasil evaluasi atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya;
c. Hak melakukan komunikasi dengan auditor dalam pelaksanaan AMI dalam periode tertentu;
d. Hak mendapatkan status kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya;
e. Hak mendapatkan catatan, saran, dan rekomendasi dari auditor AMI atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya;

4. Kewajiban Auditee AMI
   a. Menyiapkan dokumen yang akan diaudit;
   b. Menjawab pertanyaan yang diajukan auditor AMI;
   c. Menerima atau menyanggah pernyataan dari auditor AMI;
   d. Menyiapkan fasilitas yang mendukung pelaksanaan audit.

G. SANKSI AUDITOR DAN AUDITEE

1. Penegakan disiplin

   Apabila pimpinan PTKIS menerima laporan tertulis dan resmi mengenai adanya pelanggaran kodek etik auditor AMI, pimpinan PTKIS akan melaksanakan penegakan disiplin sebagai berikut:
   a. Pimpinan PTKIS membentuk Komisi Etika Auditor yang terdiri dari tiga orang, serta bertugas untuk jangka waktu 2 bulan;
   b. Komisi Etika Auditor segera mempelajari isi laporan tersebut;
   c. Komisi Etika Auditor mengadakan rapat untuk mendengarkan klarifikasi auditor terlapor dan juga pelapor secara terpisah;
   d. Setelah mendengarkan penjelasan terlapor dan pelapor, apabila tidak terbukti dan ada kesepakatan kedua belah pihak, maka prosedur pemeriksaan tidak dilanjutkan;

e. Apabila terbukti ada pelanggaran kode etik auditor AMI, maka auditor terlapor segera memperbaiki laporan yang dibuatnya;
f. Komisi Etika Auditor melaporkan hasil kerjanya kepada pimpinan PTKIS.

2. Sanksi auditor dan auditee

Auditor yang tidak mematuhi atau melanggar kode etik auditor AMI akan dinilai dan ditindak sesuai prosedur penegakan disiplin yang berlaku. Jenis sanksi yang diberikan adalah:

a. Peringatan lisan;
b. Peringatan tertulis pertama, kedua dan ketiga;
c. Pemberhentian sementara sebagai auditor untuk jangka waktu tertentu;
d. Pemberhentian sebagai auditor secara permanen.

BAB X
PENUTUP

Buku panduan AMI ini merupakan dokumen yang bersifat dinamis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masing-masing Perguruan Tinggi Islam di Indonesia. Melalui pengembangan AMI diharapkan SPMI menjadi lebih komprehensif serta memiliki mekanisme internal untuk memenuhi kebutuhan dalam rangka peningkatan mutu Perguruan Tinggi.

Dengan implementasi AMI yang baik, maka prosese Peningkatan Mutu Berkelanjutan atau PPEPP akan berjalan dengan baik, dan memiliki daya saing. Semoga Allah S.W.T membimbing dan memudahkan, aamiin.