PEDOMAN

AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

TAHUN 2026

SISTEMATIS | TRANSPARAN | OBJEKTIF | BERKELANJUTAN | PERBAIKAN BERKESINAMBUNGAN

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

Alamat
Lembaga Penjaminan Mutu
Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas
Jl. Raya Sejangkung No.126 Sebayan, Sambas
Kalimantan Barat 79462

Website : https://unissas.ac.id
Email : lpm@unissas.ac.id

UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

SURAT KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS
Nomor: 072 Tahun 2026

Tentang

PENETAPAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

REKTOR UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

Menimbang :

1. Bahwa dalam rangka menjamin keterlaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) secara konsisten, sistematis, objektif, dan berkelanjutan di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas, diperlukan Pedoman Audit Mutu Internal sebagai acuan pelaksanaan audit pada seluruh unit kerja.
2. Bahwa Audit Mutu Internal merupakan bagian dari tahapan Evaluasi dalam siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP) yang wajib dilaksanakan secara berkala untuk menjamin terpenuhinya Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Rektor tentang Penetapan Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional sebagaimana diubah dengan PP No. 32 Tahun 2013.
2. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi.

3. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI);

4 Peraturan Pemerintah RI Nomor 57 Tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan;

5. Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2019 tentang Pendidikan Tinggi Keagamaan

6. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI Nomor 53 Tahun 2023 tantang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

7. Keputusan Menteri Agama Republik Indonesia Nomor 1257 Tahun 2024 Tentang Izin Perubahan Bentuk Institut Agama Islam Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Menjadi Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas

Memperhatikan : 1. Peraturan Yayasan Akhlakul Karimah Sebubus Paloh Sambas No. 002 Tahun 2025 Tentang Pengesahan Statuta Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Tahun 2025

2 Keputusan Yayasan Akhlakul Karimah Nomor 002 Tahun 2025 Pasal 84 tentang Pengangkatan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

3 Surat Keputusan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas, Nomor: 39 Tahun 2025 tentang Struktur Organisasi, Tugas Pokok Dan Fungsi Lembaga Penjaminan Mutu di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas

4 Surat Keputusan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Nomor 60a Tahun 2025 tentang Penetapan Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

5 Surat Keputusan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Nomor 60a Tahun 2025 tentang Penetapan Pedoman Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

6 Surat Keputusan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Nomor 60a Tahun 2025 tentang Penetapan Standar Mutu Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan	:	**SURAT KEPUTUSAN REKTOR NOMOR: 072 TAHUN 2026 TENTANG PENETAPAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS.**
Pertama	:	Menetapkan Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
Kedua	:	Pedoman Audit Mutu Internal sebagaimana dimaksud pada diktum pertama menjadi pedoman resmi bagi Lembaga Penjaminan Mutu, auditor internal, fakultas, sekolah pascasarjana, program studi, lembaga, biro, pusat, unit pelaksana teknis, dan seluruh unit kerja di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dalam melaksanakan Audit Mutu Internal.
Ketiga	:	Seluruh pimpinan unit kerja wajib melaksanakan Audit Mutu Internal sesuai ketentuan yang tercantum dalam Pedoman Audit Mutu Internal sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal dan siklus PPEPP.
Keempat	:	Lembaga Penjaminan Mutu bertanggung jawab melakukan sosialisasi, koordinasi, monitoring, evaluasi, serta pengembangan Pedoman Audit Mutu Internal sesuai perkembangan peraturan perundang-undangan dan kebutuhan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
Kelima	:	Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sambas
Pada Tangga : 1 Juli 2026
Rektor,



Dr. H. ARNADI, M.Pd
NIP. 196607221992051001

LEMBAR PENGESAHAN
PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

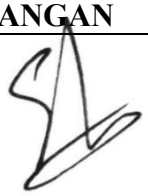
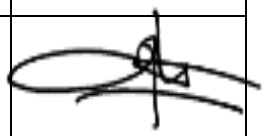
Nomor Dokumen : **05/Q/PED-AMI/UNISSAS/VII/2026**

Nomor Revisi : **03**

Tanggal Berlaku : 1 **Juli 2026**

Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas ini disusun sebagai pedoman pelaksanaan Audit Mutu Internal pada seluruh unit pengelola dan penyelenggara pendidikan di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Pedoman ini menjadi acuan bagi auditor, auditee, Lembaga Penjaminan Mutu, fakultas, program studi, lembaga, biro, dan seluruh unit kerja dalam melaksanakan Audit Mutu Internal secara sistematis, objektif, terdokumentasi, dan berkelanjutan sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal sesuai siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP).

Dengan diberlakukannya pedoman ini, seluruh unit kerja di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas wajib melaksanakan Audit Mutu Internal sesuai ketentuan yang diatur dalam pedoman ini.

PROSES	**NAMA**	**JABATAN**	**TANGGAL**	**TANDA TANGAN**
Disusun	Dr. Eliyah, M.Pd.I	Ketua Tim Penyusun Pedoman AMI	1 Juli 2026	
Diperiksa	Assoc. Prof. Dr. Hifza, M.S.I.	Wakil Rektor Bidang Akademik dan Kelembagaan	1 Juli 2026	
Ditetapkan	Dr. H. Arnadi, M.Pd.	Rektor UNISSAS	1 Juli 2026	

KATA PENGANTAR

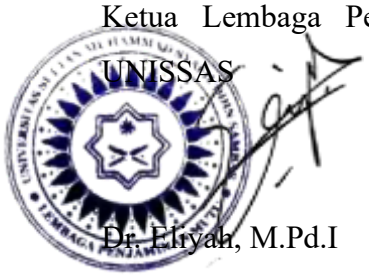
Puji syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas segala rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas ini dapat disusun dengan baik. Pedoman ini merupakan salah satu dokumen SPMI yang disusun sebagai acuan bagi auditor, auditee, fakultas, program studi, lembaga, biro, dan seluruh unit kerja dalam melaksanakan Audit Mutu Internal secara sistematis, objektif, dan berkelanjutan sesuai dengan siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP).

Pedoman ini disusun untuk memberikan panduan yang mudah dipahami dan mudah diterapkan dalam setiap tahapan Audit Mutu Internal, mulai dari persiapan audit, pelaksanaan audit, penyusunan laporan hasil audit, tindak lanjut, hingga Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Dengan adanya pedoman ini diharapkan pelaksanaan Audit Mutu Internal di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dapat berlangsung secara efektif, konsisten, terdokumentasi, serta mampu mendorong terwujudnya budaya mutu dan peningkatan kualitas penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi secara berkelanjutan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh pimpinan universitas, tim penyusun, auditor internal, fakultas, program studi, serta semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini dapat menjadi acuan yang bermanfaat dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal serta memberikan kontribusi nyata bagi peningkatan mutu Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Sambas, 1 Juli 2026

Ketua Lembaga Penjaminan Mutu UNISSAS



Dr. Eliyah, M.Pd.I

DAFTAR ISI

COVER **1**
SK REKTOR TENTANG PENETAPAN PEDOMAN AMI **2**
LEMBAR PENGESAHAN **5**
KATA PENGANTAR **6**
DAFTAR ISI **7**
DAFTAR TABEL **10**
DAFTAR GAMBAR **11**

BAB I PENDAHULUAN **12**
A. Latar Belakang 12
B. Dasar Hukum 14
C. Tujuan 15
D. Manfaat 15
E. Ruang Lingkup 16
F. Pengertian Istilah 16

BAB II AUDIT MUTU INTERNAL **18**
A. Pengertian Audit Mutu Internal 18
B. Tujuan Audit Mutu Internal 18
C. Prinsip Audit Mutu Internal 19
D. Roadmap Persiapan dan Pelaksanaan AMI UNISSAS 19
E. Ruang Lingkup Audit Mutu Internal 21
F. Auditor dan Auditee 22
G. Siklus Audit Mutu Internal 23

BAB III PERSIAPAN AUDIT MUTU INTERNAL **26**
A. Perencanaan Audit 26
B. Penetapan Auditor 27
C. Penetapan Auditee 29
D. Sosialisasi Audit 30
E. Persiapan Dokumen 33
F. Evaluasi Diri Unit Kerja 35
G. Unit Kerja yang Melaksanakan Evaluasi Diri 35
H. Checklist Kesiapan Audit 37

I. Metode Audit 38

BAB IV PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL 40
A. Opening Meeting 40
B. Audit Dokumen 41
C. Wawancara 43
D. Observasi 44
E. Penyusunan Temuan 45
F. Closing Meeting 50

BAB V PELAPORAN DAN TINDAK LANJUT 52
A. Laporan Hasil Audit 52
B. Klasifikasi Temuan 53
C. Permintaan Tindakan Koreksi 54
D. Rencana Tindak Lanjut 56
E. Monitoring Tindak Lanjut 57

BAB VI RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN 59
A. Pengertian RTM 59
B. Tujuan RTM 59
C. Pelaksanaan RTM 59
D. Keputusan dan Tindak Lanjut RTM 60

BAB VII PENUTUP 61
DAFTAR PUSTAKA 62
LAMPIRAN 63

1	F-AMI-01	Surat Tugas Auditor Audit Mutu Internal	63
2	F-AMI-02	Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal	66
3	F-AMI-03	Evaluasi Diri Unit Kerja	70
4	F-AMI-03A	Instrumen Audit Mutu Internal (AMI) Fakultas/Pascasarjan	72
5	F-AMI-03B	Instrumen Audit Mutu Internal (AMI) Program Studi	75
6	F-AMI-03C	Instrumen Audit Mutu Internal (AMI) LP2M	78
7	F-AMI-03D	Instrumen Audit Mutu Internal (AMI) LPM	81
8	F-AMI-04	Instrumen AMI UNISSAS	84
9	F-AMI-05	Formulir Checklist Kesiapan Audit Mutu Internal (AMI)	132
10	F-AMI-06A	Lembar Wawancara Audit Mutu Internal (AMI)	136

11	F-AMI-06B	Lembar Observasi Audit Mutu Internal (AMI)	137
12	F-AMI-07	Berita Acara Opening MeetingAudit Mutu Internal (Ami)	138
13	F-AMI-08	Daftar Hadir Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)	140
14	F-AMI-09	Berita Acara Closing Meeting Audit Mutu Internal (AMI)	142
15	F-AMI-10	Formulir Temuan Audit Mutu Internal (AMI)	145
16	F-AMI-11	Laporan Hasil Audit Mutu Internal (AMI)	148
17	F-AMI-12	Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)	150
18	F-AMI-13	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	152
19	F-AMI-14	Monitoring Tindak Lanjut Temuan Audit	154
20	F-AMI-15	Daftar Ceklis Dokumen	156

DAFTAR TABEL

2.1	Pemetaan objek audit	21
2.2	Pemetaan indikator objek audit	22
3.1	Matrik Auditee	20
3.2	Metode Audit AMI UNISSAS	39
4.1	Contoh Penulisan Temuan	49
5.1	Klasifikasi Temuan Audit	54
5.2	Pelaksanaan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)	55
5.3	Unsur-unsur Formulir PTK	55
5.4	Komponen RTL	56
5.5	Mekanisme Pelaksanaan RTL	57
6.2	Pelaksanaan RTM	60

DAFTAR GAMBAR

2.1 Roadmap AMI UNISSAS 20
2.2 Siklus Audit Mutu Internal UNISSAS 25
3.2 Materi Audit 32

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan mutu pendidikan tinggi merupakan tanggung jawab setiap perguruan tinggi sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi dan Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, yang mengatur penyelenggaraan Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi melalui Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME). Peraturan tersebut menegaskan bahwa setiap perguruan tinggi wajib menyelenggarakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) sebagai suatu sistem yang dirancang untuk menjamin terpenuhinya standar pendidikan tinggi secara konsisten, sistematis, dan berkelanjutan.

Sistem Penjaminan Mutu Internal dilaksanakan melalui siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP). Dalam siklus tersebut, Audit Mutu Internal (AMI) merupakan bagian dari tahapan evaluasi yang bertujuan untuk menilai kesesuaian antara pelaksanaan kegiatan dengan standar yang telah ditetapkan oleh perguruan tinggi. Melalui Audit Mutu Internal, universitas dapat mengetahui tingkat ketercapaian standar, mengidentifikasi ketidaksesuaian, menemukan akar permasalahan, serta merumuskan rekomendasi sebagai dasar perbaikan dan peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Sebagai bagian dari implementasi SPMI, Audit Mutu Internal tidak dimaksudkan untuk mencari kesalahan atau memberikan penilaian terhadap individu maupun unit kerja. Audit Mutu Internal merupakan proses evaluasi yang bersifat objektif, independen, dan berbasis bukti untuk memastikan bahwa seluruh proses penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi telah dilaksanakan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, hasil Audit Mutu Internal harus dipandang sebagai bahan pembelajaran dan perbaikan dalam rangka membangun budaya mutu di lingkungan perguruan tinggi.

Bagi Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas, Audit Mutu Internal memiliki peran yang sangat strategis dalam mendukung peningkatan kualitas penyelenggaraan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, tata kelola, serta layanan pendukung lainnya. Pelaksanaan Audit Mutu Internal yang dilakukan secara terencana dan berkesinambungan akan menghasilkan informasi yang akurat mengenai capaian standar mutu pada setiap fakultas, program studi, lembaga, biro, dan unit kerja, sehingga dapat menjadi dasar bagi pimpinan universitas dalam menetapkan kebijakan peningkatan mutu.

Hasil Audit Mutu Internal selanjutnya menjadi bahan utama dalam pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Melalui RTM, pimpinan universitas bersama seluruh unit terkait melakukan pembahasan terhadap hasil audit, menetapkan prioritas perbaikan, menyusun rencana tindak lanjut, serta memastikan setiap rekomendasi dapat dilaksanakan secara efektif. Dengan demikian, Audit Mutu Internal tidak berhenti pada penyusunan laporan, tetapi menjadi bagian dari proses peningkatan mutu yang berkelanjutan sesuai dengan siklus PPEPP.

Agar pelaksanaan Audit Mutu Internal berjalan secara efektif, diperlukan pedoman yang dapat menjadi acuan bersama bagi auditor maupun auditee. Pedoman ini disusun untuk memberikan arah yang jelas mengenai tahapan persiapan, pelaksanaan, pelaporan hasil audit, tindak lanjut, hingga pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen. Selain itu, pedoman ini juga diharapkan dapat membantu seluruh unit kerja memahami tugas, tanggung jawab, serta dokumen yang perlu dipersiapkan dalam setiap tahapan Audit Mutu Internal.

Berdasarkan hal tersebut, Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas menyusun Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) sebagai salah satu dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan Audit Mutu Internal di seluruh unit kerja. Pedoman ini diharapkan mampu mewujudkan pelaksanaan audit yang objektif, sistematis, terdokumentasi, dan berorientasi pada peningkatan mutu secara berkelanjutan sehingga mendukung terciptanya budaya mutu di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

B. Dasar Hukum

Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas disusun berdasarkan ketentuan sebagai berikut:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
4. Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2025 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, khususnya ketentuan mengenai Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), dan Audit Mutu Internal (AMI).
5. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) dan/atau ketentuan Lembaga Akreditasi Mandiri (LAM) sesuai kewenangannya mengenai akreditasi perguruan tinggi dan program studi.
6. Statuta Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
7. Peraturan Rektor Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal.
8. Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
9. Manual Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
10. Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
11. Formulir Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

C. Tujuan

Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas disusun dengan tujuan untuk:

1. Menjadi pedoman bagi auditor dan auditee dalam melaksanakan Audit Mutu Internal secara sistematis, objektif, dan terdokumentasi.
2. Menilai kesesuaian pelaksanaan standar pendidikan tinggi dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang telah ditetapkan universitas.
3. Mengidentifikasi ketidaksesuaian, akar penyebab, dan peluang peningkatan mutu pada setiap unit kerja.
4. Menyediakan informasi yang akurat sebagai dasar penyusunan rencana tindak lanjut dan pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).
5. Mendorong terwujudnya budaya mutu dan peningkatan mutu secara berkelanjutan di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

D. Manfaat

Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Menjadi acuan bagi auditor dan auditee dalam melaksanakan Audit Mutu Internal secara efektif, objektif, dan konsisten.
2. Membantu fakultas, program studi, lembaga, biro, dan unit kerja dalam mempersiapkan pelaksanaan Audit Mutu Internal sesuai dengan Standar SPMI.
3. Menyediakan informasi yang akurat sebagai dasar pengambilan keputusan, penyusunan rencana tindak lanjut, dan pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).
4. Mendorong terciptanya budaya mutu melalui perbaikan dan peningkatan mutu secara berkelanjutan pada setiap unit kerja.
5. Mendukung peningkatan mutu penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi serta pencapaian visi, misi, dan tujuan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

E. Ruang Lingkup

Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) ini mengatur seluruh tahapan pelaksanaan Audit Mutu Internal di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas, yang meliputi:

1. Kebijakan dan prinsip pelaksanaan Audit Mutu Internal.
2. Perencanaan dan persiapan Audit Mutu Internal.
3. Penetapan auditor dan auditee.
4. Pelaksanaan Audit Mutu Internal.
5. Pelaporan hasil Audit Mutu Internal.
6. Tindak lanjut hasil Audit Mutu Internal.
7. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).
8. Monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil Audit Mutu Internal.

Pedoman ini berlaku bagi seluruh fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, dan unit kerja lainnya di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas yang menjadi bagian dari pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

F. Pengertian Istilah

Untuk memudahkan pemahaman terhadap Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) ini, beberapa istilah yang digunakan didefinisikan sebagai berikut:

1. **Audit Mutu Internal (AMI)** adalah proses evaluasi yang dilakukan secara sistematis, independen, objektif, dan terdokumentasi untuk menilai kesesuaian pelaksanaan standar pendidikan tinggi dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang telah ditetapkan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
2. **Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI)** adalah sistem penjaminan mutu yang dilaksanakan secara mandiri oleh Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas untuk menjamin dan meningkatkan mutu penyelenggaraan pendidikan tinggi secara berkelanjutan.

3. **Standar SPMI** adalah kriteria atau ukuran yang ditetapkan oleh Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas sebagai acuan dalam penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola perguruan tinggi.
4. **Auditor** adalah dosen atau tenaga kependidikan yang telah memenuhi persyaratan, memperoleh penugasan, dan ditetapkan oleh Rektor untuk melaksanakan Audit Mutu Internal.
5. **Auditee** adalah fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, atau unit kerja lainnya yang menjadi objek Audit Mutu Internal.
6. **Temuan Audit** adalah hasil Audit Mutu Internal yang menunjukkan adanya kesesuaian, ketidaksesuaian, atau peluang peningkatan terhadap pelaksanaan Standar SPMI.
7. **Ketidaksesuaian** adalah kondisi ketika pelaksanaan kegiatan tidak memenuhi standar, ketentuan, atau prosedur yang telah ditetapkan.
8. **Rekomendasi** adalah saran perbaikan yang diberikan auditor berdasarkan hasil Audit Mutu Internal untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola.
9. **Rencana Tindak Lanjut (RTL)** adalah rencana perbaikan yang disusun oleh auditee berdasarkan hasil temuan dan rekomendasi Audit Mutu Internal sebagai upaya penyelesaian ketidaksesuaian dan peningkatan mutu.
10. **Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)** adalah rapat yang dilaksanakan oleh pimpinan universitas untuk membahas hasil Audit Mutu Internal, mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI, serta menetapkan kebijakan dan tindak lanjut dalam rangka peningkatan mutu secara berkelanjutan.

BAB II
AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) adalah proses evaluasi yang dilakukan secara sistematis, objektif, independen, dan terdokumentasi untuk memastikan bahwa pelaksanaan kegiatan di setiap unit kerja telah sesuai dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang ditetapkan oleh Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Audit Mutu Internal bertujuan untuk menilai kesesuaian pelaksanaan standar, mengidentifikasi ketidaksesuaian, menemukan peluang perbaikan, serta memberikan rekomendasi sebagai dasar peningkatan mutu secara berkelanjutan. Oleh karena itu, Audit Mutu Internal bukan bertujuan mencari kesalahan, melainkan membantu setiap unit kerja meningkatkan kualitas penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola universitas.

Dalam pelaksanaannya, Audit Mutu Internal dilakukan secara berkala oleh auditor internal terhadap fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, dan unit kerja lainnya sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

B. Tujuan Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) dilaksanakan dengan tujuan untuk:

1. Menilai kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang telah ditetapkan.
2. Mengidentifikasi ketidaksesuaian, akar penyebab, dan peluang peningkatan mutu pada setiap unit kerja.
3. Memberikan rekomendasi perbaikan sebagai dasar penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL).
4. Menyediakan informasi yang akurat sebagai bahan pembahasan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

5. Mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan dalam penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

C. Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas berpedoman pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. **Objektif**, yaitu audit dilaksanakan berdasarkan fakta, bukti, dan data yang dapat dipertanggungjawabkan, bukan berdasarkan asumsi atau pendapat pribadi.
2. **Independen**, yaitu auditor melaksanakan audit secara profesional dan tidak mengaudit unit kerja yang menjadi tanggung jawabnya sendiri sehingga hasil audit tetap netral dan tidak memihak.
3. **Sistematis**, yaitu audit dilaksanakan sesuai dengan prosedur, jadwal, instrumen, dan tahapan Audit Mutu Internal yang telah ditetapkan.
4. **Transparan**, yaitu seluruh proses audit dilaksanakan secara terbuka, jelas, dan dapat dipahami oleh auditor maupun auditee.
5. **Berkelanjutan**, yaitu hasil Audit Mutu Internal menjadi dasar perbaikan melalui Rencana Tindak Lanjut (RTL) dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dalam rangka peningkatan mutu secara terus-menerus.
6. **Berorientasi pada Peningkatan Mutu**, yaitu Audit Mutu Internal dilaksanakan untuk membantu unit kerja meningkatkan mutu penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola, bukan untuk mencari kesalahan atau memberikan sanksi.

D. Roadmap Persiapan dan Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu tahapan dalam siklus Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang memerlukan perencanaan secara sistematis, terarah, dan berkelanjutan. Oleh karena itu, pelaksanaan AMI tidak hanya dimulai pada saat kegiatan audit berlangsung, tetapi diawali dengan berbagai persiapan, seperti

peningkatan kompetensi auditor, penyusunan pedoman dan instrumen audit, penetapan auditor dan auditee, serta penyusunan jadwal pelaksanaan audit.

Roadmap Persiapan dan Pelaksanaan Audit Mutu Internal disusun sebagai gambaran umum tahapan kegiatan AMI selama satu siklus dalam satu tahun. Roadmap ini menjadi acuan bagi Lembaga Penjaminan Mutu (LPM), auditor, auditee, serta pimpinan universitas dalam memastikan seluruh tahapan AMI terlaksana secara terencana, efektif, dan sesuai dengan prinsip peningkatan mutu berkelanjutan.



Gambar 2.1 Roadmap AMI UNISSAS

Roadmap tersebut menunjukkan keterkaitan antara tahap persiapan, pelaksanaan audit, tindak lanjut, hingga Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebagai satu siklus

penjaminan mutu yang berkesinambungan. Dengan adanya roadmap ini diharapkan seluruh pihak yang terlibat memiliki pemahaman yang sama mengenai waktu pelaksanaan, tahapan kegiatan, serta target hasil yang harus dicapai pada setiap proses Audit Mutu Internal di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

E. Ruang Lingkup Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dilaksanakan terhadap seluruh unit kerja sebagai bagian dari penerapan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Ruang lingkup Audit Mutu Internal meliputi:

1. **Bidang Akademik**, meliputi pelaksanaan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, kemahasiswaan, kerja sama, dan layanan akademik sesuai dengan Standar SPMI.
2. **Bidang Nonakademik**, meliputi tata kelola, sumber daya manusia, keuangan, sarana dan prasarana, perpustakaan, laboratorium, teknologi informasi, administrasi, serta layanan pendukung lainnya sesuai dengan Standar SPMI.
3. **Unit yang Diaudit**, meliputi fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis (UPT), dan unit kerja lainnya di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.
4. **Dokumen dan Bukti Audit**, meliputi kebijakan, standar, manual, prosedur, dokumen pendukung, rekaman kegiatan, serta bukti lain yang menunjukkan pemenuhan Standar SPMI.
5. **Pelaksanaan Tindak Lanjut**, meliputi pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL), monitoring hasil perbaikan, dan pembahasan hasil Audit Mutu Internal dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

Tabel 2.1. Pemetaan objek audit

Unit Kerja	Bidang yang Diaudit	Standar SPMI yang Menjadi Acuan
Fakultas	Akademik dan Tata Kelola	Standar Pendidikan, Penelitian, Pengabdian, Tata Pamong, SDM, dan lainnya
Program Studi	Akademik	Seluruh Standar SPMI yang relevan dengan penyelenggaraan program studi
Lembaga/Biro/UPT	Nonakademik	Standar Tata Kelola, SDM, Keuangan, Sarana Prasarana, dan layanan pendukung

Lebih rinci dapat dijelaskan oleh table berikut:

Tabel 2.2 Pemetaan indicator objek audit

Unit Kerja	Bidang yang Diaudit	Standar SPMI yang Menjadi Acuan
Fakultas	Akademik dan Tata Kelola	Standar Kompetensi Lulusan, Standar Isi Pembelajaran, Standar Proses Pembelajaran, Standar Penilaian Pembelajaran, Standar Dosen dan Tenaga Kependidikan, Standar Sarana dan Prasarana, Standar Pengelolaan, Standar Pembiayaan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian kepada Masyarakat, Standar Kemahasiswaan, Standar Kerja Sama, serta standar lain yang menjadi kewenangan fakultas.
Program Studi	Akademik	Standar Kompetensi Lulusan, Standar Isi Pembelajaran, Standar Proses Pembelajaran, Standar Penilaian Pembelajaran, Standar Dosen dan Tenaga Kependidikan, Standar Sarana dan Prasarana, Standar Pengelolaan Program Studi, Standar Penelitian, Standar Pengabdian kepada Masyarakat, Standar Kemahasiswaan, dan Standar Kerja Sama Program Studi.
Lembaga, Biro, dan UPT	Nonakademik	Standar Tata Kelola, Standar Sumber Daya Manusia, Standar Keuangan, Standar Sarana dan Prasarana, Standar Sistem Informasi, Standar Administrasi dan Persuratan, Standar Layanan, serta standar lain yang menjadi tugas dan fungsi masing-masing unit kerja.

F. Auditor dan Auditee

Pelaksanaan Audit Mutu Internal melibatkan auditor sebagai pelaksana audit dan auditee sebagai unit kerja yang menjadi objek audit. Keduanya memiliki peran yang saling mendukung dalam mewujudkan peningkatan mutu di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

1. **Auditor**

Auditor adalah dosen dan/atau tenaga kependidikan yang telah memenuhi persyaratan, memiliki kompetensi, serta ditetapkan oleh Rektor atau pejabat yang berwenang untuk melaksanakan Audit Mutu Internal. Dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal, auditor bertugas:

a. Melaksanakan audit sesuai jadwal, prosedur, dan instrumen Audit Mutu Internal.
b. Memeriksa kesesuaian pelaksanaan Standar SPMI berdasarkan bukti yang objektif.
c. Mengidentifikasi ketidaksesuaian dan peluang peningkatan mutu.
d. Menyusun serta menyampaikan hasil Audit Mutu Internal kepada Lembaga Penjaminan Mutu.
e. Menjaga integritas, objektivitas, independensi, dan kerahasiaan selama proses audit.

2. **Auditee**

Auditee adalah fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, atau unit kerja lainnya yang menjadi objek Audit Mutu Internal. Dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal, auditee bertugas:

a. Menyiapkan dokumen dan bukti pendukung sesuai Standar SPMI.
b. Memberikan informasi yang benar, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada auditor.
c. Memberikan akses kepada auditor terhadap dokumen, data, maupun kegiatan yang diperlukan selama proses audit.
d. Menindaklanjuti hasil Audit Mutu Internal melalui penyusunan dan pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL).
e. Melaporkan pelaksanaan tindak lanjut kepada Lembaga Penjaminan Mutu sesuai ketentuan yang berlaku.

G. Siklus Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan bagian dari tahapan evaluasi dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang dilaksanakan secara terencana,

sistematis, dan berkelanjutan. Pelaksanaan AMI di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dilakukan melalui beberapa tahapan yang saling berkaitan, mulai dari perencanaan audit hingga monitoring tindak lanjut hasil audit. Adapun siklus Audit Mutu Internal meliputi tahapan sebagai berikut:

1. **Perencanaan Audit**

   Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) menyusun program Audit Mutu Internal yang meliputi penetapan jadwal audit, ruang lingkup audit, unit yang akan diaudit, auditor, serta instrumen audit yang akan digunakan.

2. **Persiapan Audit**

   Auditor dan auditee melakukan persiapan sesuai tugas masing-masing. Auditee menyiapkan dokumen dan bukti pendukung sesuai Standar SPMI, sedangkan auditor mempelajari instrumen audit, dokumen pendukung, dan jadwal pelaksanaan audit.

3. **Pelaksanaan Audit**

   Audit dilaksanakan melalui pembukaan audit (*opening meeting*), pemeriksaan dokumen, wawancara, observasi apabila diperlukan, klarifikasi, identifikasi temuan, serta penutupan audit (*closing meeting*).

4. **Pelaporan Hasil Audit**

   Auditor menyusun laporan hasil Audit Mutu Internal berdasarkan bukti yang diperoleh selama proses audit. Laporan memuat kesesuaian pelaksanaan standar, ketidaksesuaian, peluang peningkatan, serta rekomendasi perbaikan.

5. **Rencana Tindak Lanjut (RTL)**

   Auditee menyusun dan melaksanakan Rencana Tindak Lanjut (RTL) berdasarkan temuan dan rekomendasi auditor sebagai upaya penyelesaian ketidaksesuaian dan peningkatan mutu.

6. **Monitoring dan Verifikasi**

   Lembaga Penjaminan Mutu melakukan monitoring dan verifikasi terhadap pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut untuk memastikan setiap rekomendasi telah dilaksanakan secara efektif.

7. **Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Hasil Audit Mutu Internal beserta pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut dibahas dalam Rapat Tinjauan Manajemen sebagai dasar pengambilan keputusan, penetapan kebijakan, dan penyusunan program peningkatan mutu pada periode berikutnya.

Siklus Audit Mutu Internal dilaksanakan secara berkelanjutan sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dalam mewujudkan budaya mutu di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.



Gambar 2.2 Siklus Audit Mutu Internal UNISSAS

Setiap tahapan dalam siklus Audit Mutu Internal sebagaimana diuraikan di atas dijelaskan lebih rinci pada bab-bab berikutnya. Bab III membahas persiapan audit, Bab IV menjelaskan pelaksanaan audit, sedangkan Bab V menguraikan pelaporan hasil audit dan tindak lanjut.

BAB III
PERSIAPAN AMI

A. Perencanaan Audit

Perencanaan audit merupakan tahapan awal dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI). Tahap ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh proses audit dapat dilaksanakan secara terarah, sistematis, efektif, dan sesuai dengan ruang lingkup Audit Mutu Internal yang telah ditetapkan.

Perencanaan audit dilakukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) dengan berkoordinasi bersama pimpinan universitas, fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, dan unit kerja lainnya. Hasil perencanaan menjadi dasar dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal pada periode audit yang telah ditetapkan.

1. Langkah-langkah Perencanaan Audit

Perencanaan Audit Mutu Internal dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

a. Menetapkan periode pelaksanaan Audit Mutu Internal.
b. Menentukan unit kerja yang menjadi objek audit.
c. Menentukan ruang lingkup audit sesuai Standar SPMI.
d. Menyusun jadwal pelaksanaan Audit Mutu Internal.
e. Menetapkan kebutuhan auditor sesuai jumlah unit yang akan diaudit.
f. Menyiapkan instrumen Audit Mutu Internal.
g. Menyusun surat tugas dan dokumen pendukung pelaksanaan audit.
h. Menyampaikan jadwal pelaksanaan Audit Mutu Internal kepada seluruh auditee.

2. Output Perencanaan Audit

Tahap perencanaan menghasilkan dokumen sebagai berikut:

a. Program Audit Mutu Internal.
b. Jadwal Audit Mutu Internal.
c. Daftar auditor.
d. Daftar auditee.
e. Instrumen Audit Mutu Internal.
f. Surat tugas auditor.

g. Surat pemberitahuan pelaksanaan audit.

3. Penanggung Jawab

Tahap perencanaan Audit Mutu Internal menjadi tanggung jawab Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) dengan persetujuan Rektor.

4. Ceklis perencanaan audit

No	Kegiatan	√
1	Periode audit telah ditetapkan.	□
2	Unit yang akan diaudit telah ditetapkan.	□
3	Jadwal audit telah disusun.	□
4	Auditor telah ditetapkan.	□
5	Instrumen audit telah disiapkan.	□
6	Surat tugas auditor telah diterbitkan.	□
7	Auditee telah menerima pemberitahuan audit.	□

B. Penetapan Auditor

Penetapan auditor merupakan tahapan untuk menentukan personel yang akan melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI). Auditor ditetapkan oleh Rektor berdasarkan usulan Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan audit pada setiap periode.

Auditor yang ditetapkan harus memiliki kompetensi, integritas, objektivitas, dan pemahaman mengenai Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), sehingga mampu melaksanakan audit secara profesional dan dapat dipertanggungjawabkan.

1. Persyaratan Auditor

Auditor Audit Mutu Internal sekurang-kurangnya memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a. Berstatus sebagai dosen tetap atau tenaga kependidikan tetap Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

b. Memiliki integritas, objektivitas, dan komitmen terhadap pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal.
c. Memahami kebijakan, manual, standar, dan formulir Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).
d. Memahami mekanisme dan prosedur Audit Mutu Internal.
e. Telah mengikuti pelatihan Audit Mutu Internal yang diselenggarakan oleh universitas atau lembaga lain yang diakui, atau memperoleh pembekalan auditor dari Lembaga Penjaminan Mutu.
f. Tidak mengaudit unit kerja yang menjadi tanggung jawabnya sendiri untuk menjaga independensi auditor.

2. Penugasan Auditor

Dalam menetapkan auditor, Lembaga Penjaminan Mutu memperhatikan:

a. Kompetensi auditor sesuai ruang lingkup audit.
b. Independensi auditor terhadap unit kerja yang diaudit.
c. Keseimbangan beban kerja auditor.
d. Jumlah auditor yang disesuaikan dengan kebutuhan pelaksanaan Audit Mutu Internal.
e. Penugasan auditor ditetapkan melalui Surat Keputusan Rektor dan/atau Surat Tugas yang diterbitkan sebelum pelaksanaan Audit Mutu Internal.

3. Output Penetapan Auditor

Tahap penetapan auditor menghasilkan dokumen sebagai berikut:

a. Daftar auditor Audit Mutu Internal.
b. Surat Keputusan Penetapan Auditor.
c. Surat Tugas Auditor.
d. Pembagian tugas auditor sesuai unit kerja yang diaudit.

4. Penanggung Jawab

Penetapan auditor menjadi tanggung jawab Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) dan ditetapkan oleh Rektor.

C. Penetapan Auditee

Penetapan auditee merupakan tahapan untuk menentukan unit kerja yang menjadi objek Audit Mutu Internal (AMI) pada periode audit yang telah ditetapkan. Penetapan auditee dilakukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) berdasarkan program Audit Mutu Internal yang telah disusun.

Pada prinsipnya, seluruh unit kerja di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas merupakan auditee dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Penetapan auditee dilakukan secara terencana agar seluruh unit kerja memperoleh kesempatan untuk dievaluasi secara berkala.

1. Unit Kerja yang Menjadi Auditee

Auditee dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal meliputi:

a. Fakultas.
b. Program Studi.
c. Lembaga.
d. Biro.
e. Unit Pelaksana Teknis (UPT).
f. Unit kerja lain yang ditetapkan oleh Rektor.

2. Dasar Penetapan Auditee

Penetapan auditee mempertimbangkan beberapa aspek sebagai berikut:

a. Program Audit Mutu Internal tahunan.
b. Ruang lingkup audit yang akan dilaksanakan.
c. Standar SPMI yang menjadi objek audit.
d. Kebutuhan peningkatan mutu pada masing-masing unit kerja.
e. Ketersediaan auditor dan jadwal pelaksanaan audit.

3. Kewajiban Auditee

Setelah ditetapkan sebagai auditee, setiap unit kerja berkewajiban untuk:

a. Menunjuk koordinator atau penanggung jawab Audit Mutu Internal pada unit kerja.
b. Menyiapkan dokumen dan bukti pendukung sesuai dengan Standar SPMI yang akan diaudit.

c. Menghadiri kegiatan sosialisasi, opening meeting, dan proses audit sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
d. Memberikan data dan informasi yang diperlukan selama pelaksanaan audit.
e. Menyusun serta melaksanakan Rencana Tindak Lanjut (RTL) atas hasil Audit Mutu Internal.

4. Output Penetapan Auditee

Tahap penetapan auditee menghasilkan dokumen sebagai berikut:

a. Daftar unit kerja yang menjadi auditee.
b. Jadwal Audit Mutu Internal setiap unit kerja.
c. Surat pemberitahuan pelaksanaan Audit Mutu Internal kepada auditee.

5. Penanggung Jawab

Penetapan auditee menjadi tanggung jawab Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) dan ditetapkan melalui program Audit Mutu Internal yang disahkan oleh Rektor.

Table 3. 1 Matrik Auditee

No.	Unit Kerja	Penanggung Jawab	Standar yang Diaudit	Periode Audit
1	Fakultas	Dekan	Standar sesuai kewenangan fakultas	Tahunan
2	Program Studi	Ketua Program Studi	Standar akademik dan pendukung sesuai kewenangan	Tahunan
3	Lembaga	Ketua Lembaga	Standar sesuai tugas dan fungsi	Tahunan
4	Biro	Kepala Biro	Standar tata kelola dan layanan	Tahunan
5	UPT	Kepala UPT	Standar layanan pendukung	Tahunan

D. Sosialisasi Audit

Sosialisasi Audit Mutu Internal (AMI) merupakan kegiatan yang dilaksanakan sebelum pelaksanaan audit untuk memberikan pemahaman yang sama kepada auditor dan auditee mengenai tujuan, ruang lingkup, mekanisme, jadwal, serta dokumen yang perlu dipersiapkan selama proses Audit Mutu Internal.

Sosialisasi dilaksanakan oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) agar seluruh pihak yang terlibat memiliki pemahaman yang sama, sehingga pelaksanaan Audit Mutu

Internal dapat berjalan secara efektif, objektif, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

1. Materi Sosialisasi

Materi sosialisasi sekurang-kurangnya meliputi:

a. Kebijakan dan tujuan Audit Mutu Internal.
b. Jadwal dan tahapan pelaksanaan Audit Mutu Internal.
c. Ruang lingkup dan objek audit.
d. Tugas dan tanggung jawab auditor dan auditee.
e. Standar SPMI yang menjadi acuan audit.
f. Instrumen Audit Mutu Internal.
g. Dokumen dan bukti yang harus dipersiapkan oleh auditee.
h. Mekanisme penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL).



Gambar 3.2 Materi Audit

2. Metode Pelaksanaan

Sosialisasi Audit Mutu Internal dapat dilaksanakan melalui:

a. Rapat koordinasi.

b. Workshop atau bimbingan teknis.

c. Pertemuan daring (online).

d. Penyampaian pedoman, instrumen, dan dokumen pendukung kepada auditor dan auditee.

3. Output Sosialisasi

Tahap sosialisasi menghasilkan dokumen sebagai berikut:

a. Jadwal kegiatan sosialisasi.
b. Daftar hadir peserta.
c. Materi sosialisasi.
d. Berita acara pelaksanaan sosialisasi.
e. Dokumentasi kegiatan.

4. Penanggung Jawab

Sosialisasi Audit Mutu Internal menjadi tanggung jawab Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) dengan melibatkan auditor, pimpinan fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, dan unit kerja lainnya yang menjadi auditee.

Pada akhir kegiatan setiap auditee menerima **Paket Persiapan AMI**. Paket ini dapat berupa folder digital atau cetak yang berisi:

1. Pedoman Audit Mutu Internal (AMI).
2. Jadwal pelaksanaan audit.
3. Instrumen audit sesuai unit kerja.
4. Daftar dokumen yang harus disiapkan (*checklist dokumen*).
5. Format Evaluasi Diri Unit Kerja.
6. Format Rencana Tindak Lanjut (RTL).

E. Persiapan Dokumen

Persiapan dokumen merupakan tahapan yang dilakukan oleh auditee untuk memastikan seluruh dokumen dan bukti pendukung telah tersedia sebelum pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI). Dokumen yang dipersiapkan harus sesuai dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dan mampu menunjukkan bahwa standar telah dilaksanakan secara konsisten.

Dokumen yang lengkap dan terdokumentasi dengan baik akan memudahkan auditor dalam melakukan verifikasi, sehingga proses audit dapat berlangsung secara efektif, efisien, dan objektif.

1. **Dokumen yang Dipersiapkan**

   Auditee menyiapkan dokumen sesuai dengan ruang lingkup audit, yang sekurang-kurangnya meliputi:

   a. Dokumen kebijakan, standar, pedoman, dan prosedur yang berlaku pada unit kerja.
   b. Dokumen perencanaan, seperti rencana kerja, program kerja, dan target kinerja.
   c. Dokumen pelaksanaan kegiatan sesuai Standar SPMI.
   d. Dokumen monitoring dan evaluasi, termasuk laporan kegiatan, berita acara, dan hasil evaluasi.
   e. Dokumen pendukung lainnya yang menjadi bukti pemenuhan Standar SPMI.

2. **Bukti Audit**

   Selain dokumen, auditee juga menyiapkan bukti pendukung yang relevan, antara lain:

   a. Surat keputusan, surat tugas, dan dokumen administrasi lainnya.
   b. Notulen rapat, daftar hadir, dan dokumentasi kegiatan.
   c. Laporan kinerja, laporan monitoring, dan laporan evaluasi.
   d. Foto kegiatan, rekaman, atau bukti digital lainnya apabila diperlukan.
   e. Data dan informasi lain yang dapat menunjukkan ketercapaian Standar SPMI.

3. **Pengelolaan Dokumen**

   Untuk memudahkan proses audit, dokumen sebaiknya:

   a. Disusun sesuai urutan Standar SPMI atau instrumen audit.
   b. Dikelompokkan berdasarkan jenis kegiatan atau standar yang diaudit.
   c. Diberi nama dan kode dokumen yang jelas.
   d. Dipastikan merupakan dokumen terbaru dan telah disahkan apabila dipersyaratkan.
   e. Mudah diakses oleh auditor selama pelaksanaan Audit Mutu Internal.

4. **Output Persiapan Dokumen**

   Tahap persiapan dokumen menghasilkan:

   a. Dokumen pendukung Audit Mutu Internal yang telah disusun sesuai instrumen audit.

b. Daftar dokumen yang akan diaudit.
c. Bukti pendukung yang siap diverifikasi oleh auditor.

5. Penanggung Jawab

Persiapan dokumen menjadi tanggung jawab pimpinan unit kerja yang diaudit dengan melibatkan seluruh unsur yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya.

F. Evaluasi Diri Unit Kerja

Evaluasi Diri Unit Kerja merupakan proses penilaian yang dilakukan secara mandiri oleh setiap auditee sebelum pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI). Evaluasi diri bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat pemenuhan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), menemukan kekuatan dan kelemahan, serta menyiapkan dokumen dan bukti pendukung sebelum dilakukan audit oleh auditor.

Evaluasi diri dilaksanakan secara objektif berdasarkan kondisi nyata dengan menggunakan instrumen yang disediakan oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM). Hasil evaluasi diri menjadi salah satu bahan bagi auditor dalam melakukan verifikasi selama pelaksanaan Audit Mutu Internal.

G. Unit Kerja yang Melaksanakan Evaluasi Diri

Evaluasi diri dilaksanakan oleh seluruh unit kerja yang menjadi auditee, yaitu:

1. Fakultas

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Dekan dengan melibatkan:

a. Wakil Dekan;
b. Ketua Program Studi (apabila diperlukan);
c. Kepala Tata Usaha Fakultas;
d. Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas (jika telah dibentuk);
e. Tim yang ditunjuk oleh Dekan.

2. Program Studi

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Ketua Program Studi dengan melibatkan:

a. Sekretaris Program Studi (apabila ada);

b. Dosen Program Studi;
c. Tenaga Kependidikan Program Studi;
d. Gugus Kendali Mutu (GKM) Program Studi atau tim yang ditunjuk.

3. Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M)

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Ketua LP2M dengan melibatkan:

a. Sekretaris LP2M;
b. Kepala Pusat (apabila ada);
c. Staf LP2M;
d. Tim yang ditunjuk oleh Ketua LP2M.

4. Lembaga Penjaminan Mutu (LPM)

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Ketua LPM dengan melibatkan:

1. Sekretaris LPM;
2. Kepala Pusat di lingkungan LPM;
3. Staf LPM;
4. Tim yang ditunjuk oleh Ketua LPM.

5. Biro

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Kepala Biro dengan melibatkan:

a. Kepala Bagian (apabila ada);
b. Kepala Subbagian (apabila ada);
c. Tenaga Kependidikan;
d. Tim yang ditunjuk oleh Kepala Biro.

6. Unit Pelaksana Teknis (UPT) atau Unit Pendukung

Evaluasi diri dikoordinasikan oleh Kepala Unit dengan melibatkan seluruh personel pada unit tersebut. Unit pendukung yang melaksanakan evaluasi diri antara lain:

a. Perpustakaan;
b. PUSDATIN;
c. Pusat Pelatihan Bahasa;
d. Unit lain yang ditetapkan oleh Rektor.

7. Hasil Evaluasi Diri

Hasil evaluasi diri sekurang-kurangnya memuat:

a. Tingkat pemenuhan Standar SPMI.
b. Kekuatan atau praktik baik yang telah dilaksanakan.
c. Ketidaksesuaian atau kendala yang ditemukan.
d. Rencana perbaikan yang akan dilakukan.
e. Dokumen dan bukti pendukung yang telah disiapkan.

8. Output Evaluasi Diri

Tahap evaluasi diri menghasilkan:

a. Formulir Evaluasi Diri Unit Kerja (**F-AMI-3, 3A, 3B, 3C, 3D)**
b. Daftar dokumen pendukung.
c. Rencana awal perbaikan sebelum pelaksanaan audit.

9. Penanggung Jawab

Pimpinan unit kerja bertanggung jawab atas kebenaran data, informasi, dan dokumen yang disampaikan dalam evaluasi diri serta memastikan seluruh bukti pendukung tersedia pada saat Audit Mutu Internal dilaksanakan.

Evaluasi diri dilakukan terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi biro sesuai dengan Standar SPMI yang menjadi kewenangannya, meliputi tata kelola, administrasi, layanan, keuangan, kepegawaian, sarana dan prasarana, atau bidang lain sesuai tugas masing-masing biro.

H. Checklist Kesiapan Audit

Checklist Kesiapan Audit merupakan tahapan akhir dalam persiapan Audit Mutu Internal (AMI) yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh proses audit dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, dan sesuai dengan rencana. Checklist ini digunakan sebagai alat verifikasi bagi auditor maupun auditee untuk memastikan bahwa seluruh persyaratan pelaksanaan audit telah dipenuhi sebelum audit dimulai.

Bagi auditor, checklist digunakan untuk memastikan bahwa penugasan audit telah diterima, ruang lingkup audit telah dipahami, instrumen audit telah disiapkan, serta jadwal audit telah dikomunikasikan kepada auditee. Auditor juga memastikan telah

mempelajari dokumen evaluasi diri, standar yang akan diaudit, serta dokumen pendukung lainnya sehingga proses audit dapat dilakukan secara objektif dan berbasis bukti.

Bagi auditee, checklist digunakan untuk memastikan bahwa seluruh dokumen yang akan diaudit telah tersedia, tertata, dan mudah ditelusuri. Selain itu, pimpinan unit dan personel yang terkait telah mengetahui jadwal audit, memahami ruang lingkup audit, serta siap memberikan informasi dan bukti objektif yang diperlukan selama proses audit berlangsung.

Apabila berdasarkan hasil checklist masih terdapat persyaratan yang belum terpenuhi, auditor dapat memberikan waktu kepada auditee untuk melengkapi kekurangan tersebut sebelum audit dilaksanakan. Namun, apabila seluruh persyaratan telah terpenuhi, audit dapat dilanjutkan sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

Checklist Kesiapan Audit menjadi salah satu instrumen penting dalam menjamin kelancaran pelaksanaan Audit Mutu Internal. Melalui checklist ini diharapkan proses audit berjalan secara sistematis, terdokumentasi, serta menghasilkan temuan dan rekomendasi yang objektif sebagai dasar peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Checklist Kesiapan Audit sebagaimana dimaksud pada bagian ini disajikan pada **Lampiran Pedoman Audit Mutu Internal** dan digunakan oleh seluruh auditor serta auditee di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

I. Metode Audit

Audit Mutu Internal dilaksanakan menggunakan satu atau lebih metode audit sesuai dengan karakteristik unit yang diaudit, yaitu evaluasi diri, audit dokumen, wawancara, dan observasi. Pemilihan metode audit mempertimbangkan ruang lingkup audit, tingkat risiko, kompleksitas proses, serta kebutuhan pembuktian terhadap pemenuhan standar SPMI.

Audit Mutu Internal menggunakan beberapa metode audit yang disesuaikan dengan karakteristik unit kerja dan ruang lingkup audit.

Tabel 3.2 Metode Audit AMI UNISSAS

Jenis Unit	Evaluasi Diri	Audit Dokumen	Wawancara	Observasi
Fakultas	✓	✓	✓	✓
Program Studi	✓	✓	✓	✓
LP2M	✓	✓	Opsional	Opsional
LPM	✓	✓	Opsional	Opsional
Biro	✓	✓	Opsional	Opsional
Perpustakaan	✓	✓	Opsional	Opsional
PUSDATIN	✓	✓	Opsional	Opsional
Pusat Pelatihan Bahasa	✓	✓	Opsional	Opsional

Audit terhadap fakultas dan program studi dilaksanakan secara komprehensif dengan menggunakan seluruh metode audit, yaitu evaluasi diri, audit dokumen, wawancara, dan observasi, untuk memperoleh bukti objektif yang memadai terhadap pemenuhan Standar SPMI. Sementara itu, audit terhadap lembaga, biro, dan unit pendukung pada prinsipnya dilaksanakan melalui evaluasi diri dan verifikasi dokumen (desk audit). Wawancara dan observasi dilakukan apabila auditor memandang perlu untuk memperoleh klarifikasi, memverifikasi bukti objektif, atau menindaklanjuti indikasi ketidaksesuaian yang ditemukan selama proses audit. Pendekatan ini diterapkan untuk menjaga efektivitas pelaksanaan Audit Mutu Internal tanpa mengurangi validitas dan objektivitas hasil audit.

BAB IV
PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) merupakan tahapan untuk memperoleh bukti objektif mengenai kesesuaian pelaksanaan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di setiap unit kerja. Audit dilakukan secara sistematis, independen, dan terdokumentasi melalui pemeriksaan dokumen, wawancara, observasi, serta verifikasi terhadap bukti-bukti yang tersedia.

Pelaksanaan audit tidak bertujuan mencari kesalahan, melainkan memastikan bahwa standar yang telah ditetapkan telah dilaksanakan secara konsisten serta mengidentifikasi peluang perbaikan dan peningkatan mutu. Oleh karena itu, auditor dan auditee diharapkan membangun komunikasi yang terbuka, objektif, dan saling mendukung selama proses audit berlangsung.

Tahapan pelaksanaan Audit Mutu Internal di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas meliputi Opening Meeting, audit dokumen, wawancara, observasi, penyusunan temuan audit, dan Closing Meeting. Seluruh tahapan tersebut dilaksanakan berdasarkan prinsip profesionalitas, objektivitas, akuntabilitas, serta berorientasi pada peningkatan mutu berkelanjutan sesuai dengan siklus Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

A. Opening Meeting

Opening Meeting merupakan pertemuan resmi antara tim auditor dengan auditee sebelum pelaksanaan Audit Mutu Internal dimulai. Kegiatan ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman mengenai tujuan audit, ruang lingkup audit, jadwal pelaksanaan, metode audit, serta mekanisme komunikasi selama proses audit berlangsung.

Opening Meeting dipimpin oleh Ketua Auditor dan dihadiri oleh pimpinan unit yang diaudit beserta pihak-pihak yang terkait sesuai kebutuhan. Dalam pertemuan ini auditor memperkenalkan anggota tim audit, menjelaskan tujuan dan ruang lingkup audit,

menyampaikan jadwal kegiatan, serta memastikan bahwa seluruh dokumen dan bukti objektif yang diperlukan telah dipersiapkan oleh auditee.

Pada tahap ini auditee diberikan kesempatan untuk menyampaikan gambaran umum mengenai kondisi unit kerja, perubahan yang terjadi sejak audit sebelumnya, serta informasi lain yang dianggap penting untuk mendukung proses audit. Apabila terdapat kendala atau keterbatasan tertentu, hal tersebut juga dapat disampaikan kepada auditor agar pelaksanaan audit tetap berjalan secara efektif.

Setelah seluruh pihak memiliki pemahaman yang sama mengenai pelaksanaan audit, Opening Meeting ditutup dengan kesepakatan untuk memulai proses audit sesuai jadwal yang telah ditetapkan. Seluruh hasil Opening Meeting dituangkan dalam Berita Acara Opening Meeting yang ditandatangani oleh Ketua Auditor dan pimpinan unit yang diaudit.

1. Kegiatan Opening Meeting

a. Pembukaan oleh Ketua Auditor.
b. Perkenalan tim auditor dan peserta audit.
c. Penyampaian tujuan, ruang lingkup, dan metode audit.
d. Penjelasan jadwal serta mekanisme pelaksanaan audit.
e. Penyampaian gambaran umum unit kerja oleh auditee.
f. Konfirmasi kesiapan dokumen dan narasumber.
g. Penyampaian hal-hal yang perlu diperhatikan selama audit.
h. Penandatanganan Berita Acara Opening Meeting.
i. Audit dinyatakan dimulai sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

Format Berita Acara Opening Meeting disajikan pada Lampiran F-AMI-05.

B. Audit Dokumen

Audit dokumen merupakan kegiatan pemeriksaan terhadap dokumen dan bukti objektif yang dimiliki oleh auditee untuk memastikan kesesuaian pelaksanaan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Pemeriksaan dilakukan berdasarkan instrumen Audit Mutu Internal (AMI) yang telah disusun oleh Lembaga Penjaminan

Mutu (LPM) sesuai dengan standar yang berlaku di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Dokumen yang diperiksa meliputi dokumen kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan mutu, serta dokumen pendukung lainnya sesuai dengan ruang lingkup audit pada masing-masing unit kerja. Auditor memastikan bahwa setiap dokumen tersedia, sah, mutakhir, terdokumentasi dengan baik, dan dapat menunjukkan bukti pelaksanaan kegiatan secara nyata.

Dalam melakukan audit dokumen, auditor tidak hanya memeriksa keberadaan dokumen, tetapi juga menilai kesesuaian isi dokumen dengan standar yang telah ditetapkan, keterlaksanaan kegiatan yang didukung oleh dokumen tersebut, serta konsistensi antara dokumen yang satu dengan dokumen lainnya. Apabila ditemukan ketidaksesuaian, kekurangan bukti, atau dokumen yang belum memenuhi standar, auditor mencatatnya sebagai bahan penyusunan temuan audit.

Audit dokumen dilaksanakan secara objektif, independen, sistematis, dan berbasis bukti objektif. Auditor tidak diperkenankan memberikan penilaian berdasarkan asumsi atau pendapat pribadi, melainkan hanya berdasarkan fakta yang dapat dibuktikan melalui dokumen yang ditunjukkan oleh auditee.

Secara umum, dokumen yang menjadi objek pemeriksaan meliputi dokumen tata kelola, dokumen akademik, dokumen penelitian, dokumen pengabdian kepada masyarakat, dokumen kerja sama, dokumen sumber daya manusia, dokumen keuangan, dokumen sarana dan prasarana, dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), serta dokumen lain yang relevan dengan tugas dan fungsi unit yang diaudit.

Pedoman rinci mengenai jenis dokumen yang harus dipersiapkan oleh masing-masing unit disajikan pada **Lampiran F-AMI-02 (Checklist Dokumen Audit)**, sedangkan proses penilaian kesesuaian dokumen dilakukan menggunakan **Instrumen Audit Mutu Internal (F-AMI-04)** sesuai dengan jenis unit yang diaudit.

C. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu metode dalam Audit Mutu Internal (AMI) yang dilakukan untuk memperoleh informasi, klarifikasi, dan konfirmasi atas bukti objektif yang telah diperoleh melalui pemeriksaan dokumen. Wawancara bertujuan memastikan bahwa pelaksanaan kegiatan di unit kerja telah sesuai dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) serta mendukung bukti yang tersedia.

Wawancara dilakukan secara langsung antara auditor dengan pimpinan unit, dosen, tenaga kependidikan, atau pihak lain yang berkaitan dengan ruang lingkup audit. Auditor mengajukan pertanyaan secara sistematis berdasarkan instrumen audit dan hasil pemeriksaan dokumen, sedangkan auditee memberikan penjelasan yang jujur, objektif, dan didukung oleh bukti yang relevan.

Dalam pelaksanaan wawancara, auditor wajib menjaga sikap profesional, objektif, santun, serta tidak bersifat menghakimi atau mencari kesalahan. Pertanyaan yang diajukan harus relevan dengan tujuan audit dan diarahkan untuk memperoleh gambaran yang utuh mengenai pelaksanaan standar mutu, hambatan yang dihadapi, serta upaya perbaikan yang telah atau akan dilakukan oleh unit kerja.

Hasil wawancara menjadi salah satu sumber bukti objektif dalam penilaian auditor. Apabila terdapat perbedaan antara informasi yang disampaikan dengan dokumen yang tersedia, auditor dapat meminta bukti pendukung tambahan atau melakukan verifikasi melalui observasi untuk memastikan kebenaran informasi tersebut.

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Wawancara

1. Wawancara dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan dokumen dan instrumen audit.
2. Pertanyaan disampaikan secara jelas, objektif, dan mudah dipahami.
3. Auditor memberikan kesempatan kepada auditee untuk menjelaskan setiap pertanyaan secara lengkap.
4. Setiap informasi yang diperoleh dicatat sebagai bahan analisis dan tidak dijadikan temuan tanpa didukung bukti objektif.
5. Auditor menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang diperoleh selama proses wawancara.

6. Hasil wawancara digunakan sebagai bahan verifikasi dalam penyusunan temuan audit dan rekomendasi perbaikan.

D. Observasi

Observasi merupakan salah satu metode dalam Audit Mutu Internal (AMI) yang dilakukan untuk memperoleh bukti objektif melalui pengamatan secara langsung terhadap kondisi, proses, kegiatan, maupun fasilitas yang berkaitan dengan pelaksanaan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Observasi bertujuan memastikan bahwa pelaksanaan kegiatan di lapangan sesuai dengan dokumen dan informasi yang diperoleh selama proses audit.

Observasi dilakukan oleh auditor pada lokasi atau objek yang menjadi ruang lingkup audit, seperti ruang kerja, ruang kelas, laboratorium, perpustakaan, fasilitas pendukung pembelajaran, sarana dan prasarana, pelayanan administrasi, maupun kegiatan lain yang relevan dengan tugas dan fungsi unit yang diaudit. Auditor dapat melakukan observasi secara langsung maupun didampingi oleh pihak auditee apabila diperlukan.

Dalam melakukan observasi, auditor memperhatikan kesesuaian antara kondisi nyata dengan dokumen, hasil wawancara, serta standar yang telah ditetapkan. Setiap hasil pengamatan harus dicatat secara objektif berdasarkan fakta yang ditemukan di lapangan dan tidak didasarkan pada asumsi atau pendapat pribadi.

Hasil observasi menjadi salah satu bukti objektif dalam proses audit dan dapat digunakan untuk memperkuat kesimpulan auditor, baik dalam menetapkan kesesuaian, mengidentifikasi ketidaksesuaian, maupun menemukan peluang peningkatan mutu (opportunity for improvement).

Tujuan Observasi:

1. Memverifikasi kesesuaian antara dokumen dengan kondisi nyata di lapangan.
2. Memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan Standar SPMI.
3. Mengidentifikasi kondisi sarana, prasarana, dan lingkungan kerja yang mendukung pelaksanaan standar mutu.
4. Memperkuat bukti objektif yang diperoleh dari audit dokumen dan wawancara.

5. Mengidentifikasi peluang perbaikan dan peningkatan mutu pada unit yang diaudit.

Format Lembar Observasi Audit Mutu Internal disajikan pada Lampiran F-AMI-04B.

E. Penyusunan Temuan Audit

Penyusunan temuan audit merupakan tahapan penting dalam Audit Mutu Internal (AMI) untuk merumuskan hasil audit berdasarkan bukti objektif yang diperoleh selama proses audit. Temuan audit disusun setelah auditor menyelesaikan audit dokumen, wawancara, dan observasi, kemudian membandingkan seluruh bukti yang diperoleh dengan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Temuan audit bukan bertujuan mencari kesalahan, melainkan memberikan gambaran mengenai tingkat kesesuaian pelaksanaan standar serta menjadi dasar penyusunan rekomendasi perbaikan dan peningkatan mutu secara berkelanjutan.

1. Dasar Penyusunan Temuan

Dalam menyusun temuan, auditor hanya diperbolehkan menggunakan bukti objektif yang diperoleh selama proses audit. Bukti tersebut meliputi:

a. Hasil pemeriksaan dokumen;
b. Hasil wawancara dengan auditee atau pihak terkait;
c. Hasil observasi terhadap pelaksanaan kegiatan maupun kondisi di lapangan.

Auditor tidak diperkenankan menyusun temuan berdasarkan asumsi, pendapat pribadi, informasi yang belum dapat dibuktikan, atau dugaan yang tidak didukung oleh bukti objektif.

2. Langkah-langkah Penyusunan Temuan

Agar seluruh auditor memiliki cara kerja yang sama, penyusunan temuan dilakukan melalui tahapan berikut.

Langkah 1. Mengumpulkan Bukti Objektif

Auditor mengumpulkan seluruh bukti hasil audit dokumen, wawancara, dan observasi yang berkaitan dengan standar yang sedang diperiksa. Bukti objektif dapat berupa:

a. dokumen resmi;
b. surat keputusan;
c. laporan kegiatan;
d. berita acara;
e. foto kegiatan;
f. hasil observasi;
g. hasil wawancara;
h. maupun bukti lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

Langkah 2. Membandingkan Bukti dengan Standar

Setelah seluruh bukti terkumpul, auditor membandingkan kondisi yang ditemukan dengan Standar SPMI yang menjadi acuan audit. Pertanyaan utama yang harus dijawab auditor adalah:

"Apakah pelaksanaan standar telah sesuai dengan ketentuan yang berlaku?"

Apabila jawabannya "ya", auditor dapat memberikan kategori **Sesuai (S)** atau **Opportunity for Improvement (OFI)** apabila masih terdapat peluang peningkatan.

Apabila jawabannya "belum", auditor melanjutkan analisis untuk menentukan jenis ketidaksesuaian.

Langkah 3. Menganalisis Penyebab Temuan

Auditor melakukan analisis terhadap penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

a. apakah dokumen belum tersedia;
b. apakah dokumen tersedia tetapi belum diterapkan;
c. apakah kegiatan telah dilaksanakan tetapi belum terdokumentasi;
d. apakah pelaksanaan belum sesuai dengan standar;
e. atau terdapat faktor lain yang memengaruhi pelaksanaan standar.

Analisis ini penting agar rekomendasi yang diberikan benar-benar menyelesaikan akar permasalahan.

Langkah 4. Menentukan Kategori Temuan

Berdasarkan hasil analisis, auditor menetapkan kategori temuan sesuai dengan kondisi yang ditemukan. Kategori temuan terdiri atas:

a. S (Sesuai);
b. OFI (Opportunity for Improvement);
c. OBS (Observasi);
d. KTS-Minor (Ketidaksesuaian Minor); dan
e. KTS-Mayor (Ketidaksesuaian Mayor).

Penjelasan masing-masing kategori disajikan pada bagian berikutnya.

Langkah 5. Menyusun Rekomendasi

Setiap temuan harus diikuti dengan rekomendasi yang jelas, realistis, dan dapat dilaksanakan oleh unit yang diaudit. Rekomendasi sebaiknya:

a. sesuai dengan akar permasalahan;
b. dapat dilaksanakan;
c. mendukung peningkatan mutu; dan
d. memiliki arah tindak lanjut yang jelas.

Auditor tidak diperkenankan memberikan rekomendasi yang bersifat menghukum atau berada di luar kewenangan unit yang diaudit.

Langkah 6. Mengonfirmasi Temuan kepada Auditee

Sebelum dituangkan ke dalam laporan audit, auditor mengonfirmasi temuan kepada auditee untuk memastikan bahwa:

a. tidak terjadi kesalahan pemahaman;
b. seluruh bukti telah dipertimbangkan;
c. dan temuan telah menggambarkan kondisi yang sebenarnya.

Konfirmasi ini bukan untuk mengubah hasil audit, tetapi untuk memastikan bahwa temuan benar-benar objektif dan dapat dipertanggungjawabkan.

Langkah 7. Mencatat Temuan dalam Formulir Temuan Audit

Setelah seluruh proses selesai, auditor mencatat temuan ke dalam **Formulir Temuan Audit (F-AMI-06)**. Setiap temuan sekurang-kurangnya memuat:

a. standar atau indikator yang diaudit;
b. bukti objektif;
c. uraian temuan;
d. kategori temuan; dan

e. rekomendasi perbaikan.

3. Kategori Temuan Audit

Kategori temuan digunakan untuk menunjukkan tingkat kesesuaian pelaksanaan standar berdasarkan hasil audit.

a. Sesuai (S)

Kategori **Sesuai** diberikan apabila seluruh persyaratan standar telah dipenuhi dan didukung oleh bukti objektif yang memadai.

Contoh:

Program Studi memiliki kurikulum yang telah ditetapkan melalui Surat Keputusan, seluruh mata kuliah memiliki RPS yang lengkap, pembelajaran dilaksanakan sesuai RPS, serta seluruh bukti pendukung tersedia.

b. Opportunity for Improvement (OFI)

Kategori **Opportunity for Improvement (OFI)** diberikan apabila standar telah dipenuhi, namun masih terdapat peluang untuk meningkatkan mutu.

OFI bukan merupakan kesalahan maupun ketidaksesuaian, melainkan saran peningkatan.

Contoh:

Seluruh RPS telah tersedia, namun masih disimpan secara manual. Auditor merekomendasikan digitalisasi RPS agar pengelolaan dokumen menjadi lebih efektif.

c. Observasi (OBS)

Kategori **Observasi (OBS)** diberikan apabila auditor menemukan kondisi yang belum menjadi ketidaksesuaian, tetapi berpotensi menjadi masalah apabila tidak segera diperbaiki. Observasi berfungsi sebagai **peringatan dini (early warning)**.

Contoh:

Laporan monitoring telah tersedia, namun sebagian belum ditandatangani oleh pejabat yang berwenang sehingga perlu segera dilengkapi.

d. Ketidaksesuaian Minor (KTS-Minor)

Kategori **KTS-Minor** diberikan apabila sebagian persyaratan standar belum dipenuhi, namun dampaknya tidak signifikan dan masih dapat segera diperbaiki.

Contoh:

Dari 30 mata kuliah yang diperiksa, terdapat 3 mata kuliah yang belum memiliki RPS yang telah disahkan.

e. Ketidaksesuaian Mayor (KTS-Mayor)

Kategori **KTS-Mayor** diberikan apabila standar tidak dilaksanakan atau ketidaksesuaian berdampak signifikan terhadap pencapaian mutu.

Temuan mayor memerlukan tindakan perbaikan yang menjadi prioritas.

Contoh:

Program Studi belum memiliki kurikulum yang berlaku, sebagian besar mata kuliah belum memiliki RPS, dan tidak terdapat bukti monitoring pembelajaran.

4. Cara Menulis Temuan Audit

Untuk memudahkan auditor dalam menyusun temuan, gunakan urutan berikut.

Standar → Bukti Objektif → Uraian Temuan → Kategori → Rekomendasi

Tabel 4.1 Contoh Penulisan Temuan

Standar	Bukti Objektif	Uraian Temuan	Kategori	Rekomendasi
Standar Pembelajaran	Dari 30 mata kuliah yang diperiksa, terdapat 3 mata kuliah belum memiliki RPS yang disahkan.	Sebagian mata kuliah belum memiliki RPS sesuai Standar Pembelajaran sehingga pelaksanaan pembelajaran belum sepenuhnya terdokumentasi.	KTS-Minor	Program Studi menyusun, menetapkan, dan mendokumentasikan RPS untuk seluruh mata kuliah sebelum awal semester berikutnya.

5. Ketentuan Umum

Dalam menyusun temuan audit, auditor wajib memperhatikan ketentuan berikut.

a. Temuan harus didukung oleh bukti objektif yang memadai.
b. Temuan harus mengacu pada standar atau indikator yang diaudit.
c. Satu temuan dapat didukung oleh lebih dari satu jenis bukti objektif.
d. Rekomendasi harus realistis, dapat dilaksanakan, dan sesuai dengan kewenangan unit yang diaudit.
e. Seluruh temuan dicatat pada **Formulir Temuan Audit (F-AMI-06)** sebagai dasar penyusunan Laporan Hasil Audit Mutu Internal.

F. Closing Meeting

Closing Meeting merupakan pertemuan penutup antara auditor dan auditee yang dilaksanakan setelah seluruh tahapan Audit Mutu Internal (AMI) selesai dilakukan. Pertemuan ini bertujuan menyampaikan ringkasan hasil audit, mengonfirmasi temuan audit, memberikan kesempatan kepada auditee untuk memberikan klarifikasi apabila diperlukan, serta menyepakati tindak lanjut atas hasil audit.

Pada tahap ini auditor menyampaikan hasil audit secara objektif berdasarkan bukti objektif yang telah diperoleh melalui audit dokumen, wawancara, dan observasi. Temuan yang disampaikan meliputi kesesuaian, peluang peningkatan mutu (*Opportunity for Improvement*), observasi, maupun ketidaksesuaian yang ditemukan selama pelaksanaan audit.

Closing Meeting bukan merupakan forum untuk memperdebatkan hasil audit, melainkan sarana komunikasi agar auditor dan auditee memiliki pemahaman yang sama terhadap hasil audit sebelum dituangkan ke dalam Laporan Hasil Audit Mutu Internal. Apabila terdapat klarifikasi dari auditee yang didukung oleh bukti objektif, auditor dapat melakukan penyesuaian terhadap uraian temuan sebelum laporan audit disusun.

Pada akhir Closing Meeting, auditor menyampaikan rekomendasi perbaikan secara umum serta menjelaskan tahapan selanjutnya, yaitu penyusunan Laporan Hasil Audit, penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL), dan pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). **Tujuan Closing Meeting:**

1. Menyampaikan ringkasan hasil Audit Mutu Internal kepada auditee.
2. Mengonfirmasi seluruh temuan audit berdasarkan bukti objektif.

3. Memberikan kesempatan kepada auditee untuk memberikan klarifikasi yang didukung bukti.
4. Menyepakati hasil audit sebagai dasar penyusunan laporan audit.
5. Menjelaskan tindak lanjut hasil audit melalui penyusunan RTL dan pelaksanaan RTM.

Format Berita Acara Closing Meeting disajikan pada Lampiran F-AMI-07.

BAB V
PELAPORAN DAN TINDAK LANJUT

Pelaporan merupakan tahapan setelah seluruh proses Audit Mutu Internal (AMI) selesai dilaksanakan. Laporan hasil audit disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban auditor atas pelaksanaan audit sekaligus sebagai dokumen resmi yang menggambarkan tingkat kesesuaian pelaksanaan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) pada unit yang diaudit.

Hasil audit tidak berhenti pada penyusunan laporan, tetapi menjadi dasar bagi unit kerja untuk melakukan tindakan koreksi dan perbaikan terhadap setiap temuan yang diperoleh. Melalui tindak lanjut yang terencana dan terukur, pelaksanaan AMI diharapkan mampu mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan pada seluruh unit di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

Oleh karena itu, setiap temuan audit harus ditindaklanjuti melalui penyusunan rencana perbaikan, pelaksanaan tindakan koreksi, serta monitoring oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) guna memastikan bahwa seluruh rekomendasi auditor telah dilaksanakan secara efektif dan berkontribusi terhadap peningkatan mutu institusi.

A. Laporan Hasil Audit

Laporan Hasil Audit Mutu Internal (AMI) merupakan dokumen resmi yang disusun oleh tim auditor setelah seluruh tahapan audit selesai dilaksanakan. Laporan ini memuat ringkasan pelaksanaan audit, hasil pemeriksaan terhadap standar yang diaudit, temuan audit, serta rekomendasi perbaikan yang menjadi dasar bagi unit kerja dalam melakukan peningkatan mutu.

Penyusunan laporan dilakukan berdasarkan bukti objektif yang diperoleh melalui audit dokumen, wawancara, dan observasi, serta telah dikonfirmasi kepada auditee pada saat Closing Meeting. Oleh karena itu, seluruh informasi yang tercantum dalam laporan harus bersifat objektif, akurat, jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Laporan Hasil Audit disusun oleh Ketua Tim Auditor dan disampaikan kepada Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) untuk selanjutnya diteruskan kepada Rektor, Dekan,

Ketua Program Studi, Kepala Lembaga, Kepala Biro, atau pimpinan unit sesuai dengan ruang lingkup audit. Laporan ini menjadi dasar penyusunan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK), Rencana Tindak Lanjut (RTL), serta pembahasan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Tujuan Laporan Hasil Audit melipti:

1. Mendokumentasikan seluruh hasil pelaksanaan Audit Mutu Internal.
2. Menyampaikan hasil audit kepada pimpinan unit yang diaudit.
3. Menjadi dasar penyusunan tindakan koreksi dan rencana tindak lanjut.
4. Menjadi bahan monitoring dan evaluasi peningkatan mutu.
5. Menjadi bahan pertimbangan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

Format Laporan Hasil Audit Mutu Internal disajikan pada Lampiran F-AMI-08.

B. Klasifikasi Temuan

Klasifikasi temuan merupakan pengelompokan hasil Audit Mutu Internal (AMI) berdasarkan tingkat kesesuaian pelaksanaan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Klasifikasi ini bertujuan untuk memudahkan penyusunan laporan hasil audit, menentukan prioritas tindak lanjut, serta mempermudah proses monitoring terhadap pelaksanaan perbaikan oleh unit yang diaudit.

Setiap temuan yang diperoleh auditor harus diklasifikasikan sesuai dengan kategori temuan yang telah ditetapkan pada BAB IV Pedoman Audit Mutu Internal. Penetapan kategori dilakukan berdasarkan bukti objektif yang diperoleh selama proses audit sehingga setiap temuan dapat dipertanggungjawabkan.

Hasil klasifikasi temuan menjadi dasar dalam penyusunan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK), Rencana Tindak Lanjut (RTL), serta Monitoring Tindak Lanjut. Temuan dengan kategori Ketidaksesuaian Mayor memerlukan penanganan yang lebih prioritas dibandingkan Ketidaksesuaian Minor, sedangkan Opportunity for Improvement (OFI) dan Observasi (OBS) menjadi bahan bagi unit untuk melakukan peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Tabel 5.1 Klasifikasi Temuan Audit

No	Kategori Temuan	Tindak Lanjut
1	Sesuai (S)	Tidak memerlukan tindakan koreksi, namun tetap dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Opportunity for Improvement (OFI)	Menjadi bahan pertimbangan untuk peningkatan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan standar.
3	Observasi (OBS)	Perlu mendapat perhatian agar tidak berkembang menjadi ketidaksesuaian pada audit berikutnya.
4	Ketidaksesuaian Minor (KTS-Minor)	Memerlukan tindakan koreksi oleh unit dalam jangka waktu yang ditetapkan.
5	Ketidaksesuaian Mayor (KTS-Mayor)	Memerlukan tindakan koreksi segera dan menjadi prioritas dalam monitoring oleh LPM.

Dengan adanya klasifikasi temuan, setiap hasil audit dapat ditindaklanjuti secara proporsional sesuai dengan tingkat dampak dan urgensi perbaikannya, sehingga proses peningkatan mutu di Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dapat berjalan secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan.

C. Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

1. Pengertian Permintaan Tindakan Koreksi

   Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) adalah dokumen yang digunakan untuk mencatat temuan audit yang memerlukan tindakan perbaikan oleh auditee. PTK berisi uraian ketidaksesuaian, bukti temuan, penyebab masalah, rencana tindakan koreksi, serta target waktu penyelesaian.

   PTK menjadi instrumen pengendalian agar hasil Audit Mutu Internal (AMI) tidak hanya menghasilkan temuan, tetapi juga mendorong perbaikan berkelanjutan dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

2. Tujuan Permintaan Tindakan Koreksi

   PTK bertujuan untuk:

   a. memastikan setiap temuan audit ditindaklanjuti oleh unit kerja terkait;
   b. memperbaiki ketidaksesuaian terhadap standar dan ketentuan yang berlaku;
   c. mencegah terulangnya permasalahan yang sama;
   d. menjadi dasar pemantauan dan evaluasi tindak lanjut hasil audit.

3. Mekanisme Permintaan Tindakan Koreksi

Tabel 5.2 Pelaksanaan PTK

No	Tahapan	Kegiatan
1	Identifikasi Temuan	Auditor menetapkan temuan berdasarkan bukti objektif hasil audit
2	Penyusunan PTK	Auditor dan auditee mencatat ketidaksesuaian dan rencana perbaikan
3	Analisis Penyebab	Auditee mengidentifikasi penyebab terjadinya masalah
4	Tindakan Koreksi	Auditee menyusun dan melaksanakan langkah perbaikan
5	Verifikasi	Auditor/LPM melakukan pemeriksaan terhadap hasil perbaikan

4. Unsur Formulir Permintaan Tindakan Koreksi

Tabel 5.3 Unsur-unsur Formulir PTK

No	Komponen PTK	Keterangan
1	Identitas Audit	Unit kerja, periode audit, dan auditor
2	Nomor Temuan	Kode identifikasi temuan
3	Uraian Temuan	Kondisi ketidaksesuaian yang ditemukan
4	Standar Acuan	Standar atau ketentuan yang tidak terpenuhi
5	Bukti Objektif	Dokumen/data pendukung temuan
6	Analisis Penyebab	Faktor penyebab terjadinya ketidaksesuaian
7	Tindakan Koreksi	Rencana perbaikan yang dilakukan auditee
8	Target Penyelesaian	Batas waktu penyelesaian
9	Verifikasi	Hasil pemeriksaan penyelesaian oleh auditor/LPM

5. Format Permintaan Tindakan Koreksi

Format Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) tercantum pada Lampiran **F-AMI-09** Pedoman Audit Mutu Internal dan digunakan sebagai dokumen pengendalian tindak lanjut hasil audit.

D. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

1. Pengertian Rencana Tindak Lanjut

Rencana Tindak Lanjut (RTL) merupakan dokumen yang memuat rencana perbaikan yang disusun oleh auditee berdasarkan hasil Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) untuk memastikan setiap temuan Audit Mutu Internal (AMI) dapat diselesaikan secara efektif.

RTL berisi kegiatan perbaikan, target waktu penyelesaian, penanggung jawab, serta bukti yang akan digunakan untuk menunjukkan bahwa tindakan perbaikan telah dilaksanakan.

2. Tujuan Rencana Tindak Lanjut

Rencana Tindak Lanjut bertujuan untuk:

a. memastikan hasil temuan AMI ditindaklanjuti secara terencana dan sistematis;
b. memastikan tindakan perbaikan memiliki kejelasan kegiatan, waktu, dan penanggung jawab;
c. menjadi dasar pemantauan penyelesaian temuan oleh LPM;
d. mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan (*continuous improvement*).

3. Penyusunan Rencana Tindak Lanjut

RTL disusun oleh auditee setelah menerima hasil audit dan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK). Penyusunan RTL sekurang-kurangnya memuat:

Tabel 5.4 Komponen RTL

No	Komponen RTL	Keterangan
1	Nomor Temuan	Identitas temuan hasil audit
2	Uraian Permasalahan	Penjelasan singkat temuan yang harus diperbaiki
3	Rencana Perbaikan	Kegiatan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan temuan
4	Indikator Keberhasilan	Ukuran keberhasilan tindakan perbaikan
5	Penanggung Jawab	Unit/personel yang bertanggung jawab
6	Target Waktu	Batas waktu penyelesaian
7	Bukti Penyelesaian	Dokumen atau bukti pelaksanaan perbaikan

4. Mekanisme Pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut

Tabel 5.5 Mekanisme Pelaksanaan RTL

Tahap	Kegiatan
1	Auditee menyusun RTL berdasarkan temuan dan PTK
2	RTL disampaikan kepada LPM untuk dilakukan pemantauan
3	Auditee melaksanakan rencana perbaikan sesuai target waktu
4	Auditee menyampaikan bukti penyelesaian kepada LPM
5	LPM melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan RTL

5. Formulir Rencana Tindak Lanjut

Format Rencana Tindak Lanjut (RTL) tercantum dalam F-AMI-10 Rencana Tindak Lanjut (RTL) dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan Audit Mutu Internal. Formulir ini digunakan sebagai instrumen pengendalian untuk memastikan seluruh temuan audit memiliki rencana penyelesaian yang jelas dan dapat dipantau sampai selesai.

E. Monitoring Tindak Lanjut

1. Pengertian Monitoring Tindak Lanjut

Monitoring Tindak Lanjut merupakan kegiatan pemantauan yang dilakukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) terhadap pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL) hasil Audit Mutu Internal (AMI).

Monitoring dilakukan untuk memastikan bahwa setiap temuan audit telah ditindaklanjuti oleh auditee sesuai dengan rencana perbaikan, target waktu, dan bukti penyelesaian yang telah ditetapkan.

2. Tujuan Monitoring Tindak Lanjut

Monitoring Tindak Lanjut bertujuan untuk:

a. memastikan pelaksanaan perbaikan atas temuan audit berjalan sesuai rencana;
b. menilai efektivitas tindakan koreksi yang telah dilakukan;
c. memastikan bukti penyelesaian temuan tersedia dan dapat diverifikasi;
d. memberikan informasi kepada pimpinan sebagai bahan evaluasi dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

3. Mekanisme Monitoring Tindak Lanjut

Monitoring tindak lanjut dilaksanakan melalui tahapan berikut:

No	Tahapan	Kegiatan
1	Pengumpulan Data	LPM menerima laporan dan bukti penyelesaian dari auditee
2	Pemeriksaan	LPM/auditor melakukan pemeriksaan terhadap pelaksanaan RTL
3	Penilaian Status	Menentukan status penyelesaian temuan
4	Verifikasi	Memastikan tindakan koreksi telah sesuai dan efektif
5	Pelaporan	Hasil monitoring menjadi bahan evaluasi dan RTM

4. Status Penyelesaian Temuan

Status tindak lanjut hasil audit dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

Status	Keterangan
Selesai	Tindakan koreksi telah dilakukan dan bukti penyelesaian telah diverifikasi
Dalam Proses	Tindakan perbaikan sedang dilaksanakan dan belum selesai
Belum Selesai	Tindakan koreksi belum dilaksanakan atau belum memenuhi ketentuan

5. Formulir Monitoring Tindak Lanjut

Format Monitoring Tindak Lanjut tercantum dalam **F-AMI-11 Monitoring Tindak Lanjut** dan digunakan sebagai dokumen pengendalian penyelesaian temuan hasil AMI.

BAB VI
RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM)

A. Pengertian RTM

Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah rapat yang dilaksanakan oleh pimpinan perguruan tinggi bersama pihak terkait untuk melakukan evaluasi terhadap hasil pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), termasuk hasil Audit Mutu Internal (AMI), sebagai dasar pengambilan keputusan dan peningkatan mutu secara berkelanjutan.

RTM merupakan tahap tindak lanjut dari pelaksanaan AMI, dimana hasil audit, temuan, tindak lanjut, serta berbagai permasalahan mutu dibahas untuk memperoleh keputusan dan arah perbaikan yang diperlukan.

Pelaksanaan RTM melibatkan pimpinan dan pihak terkait yang memiliki kewenangan dalam penyelesaian masalah mutu, sehingga pembahasan dapat dilakukan secara efektif dan menghasilkan keputusan yang dapat dilaksanakan.

B. Tujuan RTM

RTM bertujuan untuk:

1. mengevaluasi hasil pelaksanaan AMI dan tindak lanjut temuan audit;
2. memastikan permasalahan mutu mendapatkan perhatian dan penyelesaian dari pihak yang berwenang;
3. menetapkan keputusan dan kebijakan perbaikan mutu;
4. mendorong peningkatan efektivitas pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

C. Pelaksanaan RTM

RTM dilaksanakan setelah proses AMI dan monitoring tindak lanjut selesai dilakukan. Pelaksanaan RTM dapat melibatkan pimpinan perguruan tinggi, Lembaga Penjaminan Mutu (LPM), pimpinan unit kerja terkait, serta pihak lain yang dianggap perlu. Secara umum, pelaksanaan RTM meliputi:

Tabel 6.1 Pelaksanaan RTM

No	Tahapan	Kegiatan
1	Persiapan	LPM menyiapkan bahan RTM berupa laporan AMI, temuan audit, dan hasil monitoring tindak lanjut
2	Pembahasan	Pimpinan dan pihak terkait membahas hasil audit, kendala, dan kebutuhan perbaikan
3	Pengambilan Keputusan	Menetapkan keputusan, kebijakan, dan langkah perbaikan
4	Dokumentasi	Hasil RTM dituangkan dalam berita acara atau dokumen Keputusan

D. Keputusan dan Tindak Lanjut RTM

Hasil RTM dituangkan dalam bentuk keputusan atau rekomendasi yang menjadi dasar pelaksanaan peningkatan mutu. Keputusan RTM dapat berupa:

1. penetapan tindakan perbaikan terhadap hasil temuan AMI;
2. penetapan kebijakan atau strategi peningkatan mutu;
3. penetapan pihak yang bertanggung jawab melaksanakan tindak lanjut;
4. penetapan waktu penyelesaian dan mekanisme pemantauan.

Tindak lanjut hasil RTM menjadi tanggung jawab unit terkait dan dipantau oleh LPM untuk memastikan keputusan yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan secara efektif.

Catatan:

Pelaksanaan RTM secara lebih rinci diatur dalam **Pedoman Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)** yang merupakan dokumen tersendiri.

BAB VII
PENUTUP

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu tahapan penting dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang bertujuan untuk memastikan keterlaksanaan standar mutu secara konsisten serta mendorong peningkatan kualitas penyelenggaraan pendidikan tinggi secara berkelanjutan.

Pedoman Audit Mutu Internal ini disusun sebagai acuan bagi auditor, auditee, dan seluruh unit kerja di lingkungan Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas dalam melaksanakan proses AMI mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan audit, penyusunan temuan, tindak lanjut hasil audit, hingga pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

Keberhasilan pelaksanaan AMI tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan dokumen dan prosedur, tetapi juga oleh komitmen seluruh sivitas akademika dalam membangun budaya mutu, keterbukaan terhadap evaluasi, serta kesediaan melakukan perbaikan secara berkelanjutan.

Dengan adanya pedoman ini diharapkan pelaksanaan Audit Mutu Internal dapat berjalan secara sistematis, objektif, transparan, dan menghasilkan rekomendasi yang bermanfaat bagi peningkatan mutu universitas. Pedoman ini akan terus dievaluasi dan disempurnakan sesuai dengan perkembangan regulasi, kebutuhan institusi, dan hasil evaluasi pelaksanaan SPMI.

DAFTAR PUSTAKA

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.

Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.

Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Republik Indonesia. Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Sambas: Lembaga Penjaminan Mutu.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Manual Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Sambas: Lembaga Penjaminan Mutu.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Sambas: Lembaga Penjaminan Mutu.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Formulir Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Sambas: Lembaga Penjaminan Mutu.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Rencana Strategis Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Tahun 2025–2029.

Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Surat Keputusan Rektor Nomor 039

Tahun 2025 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Penjaminan Mutu.

F-AMI-01

ALUR PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)



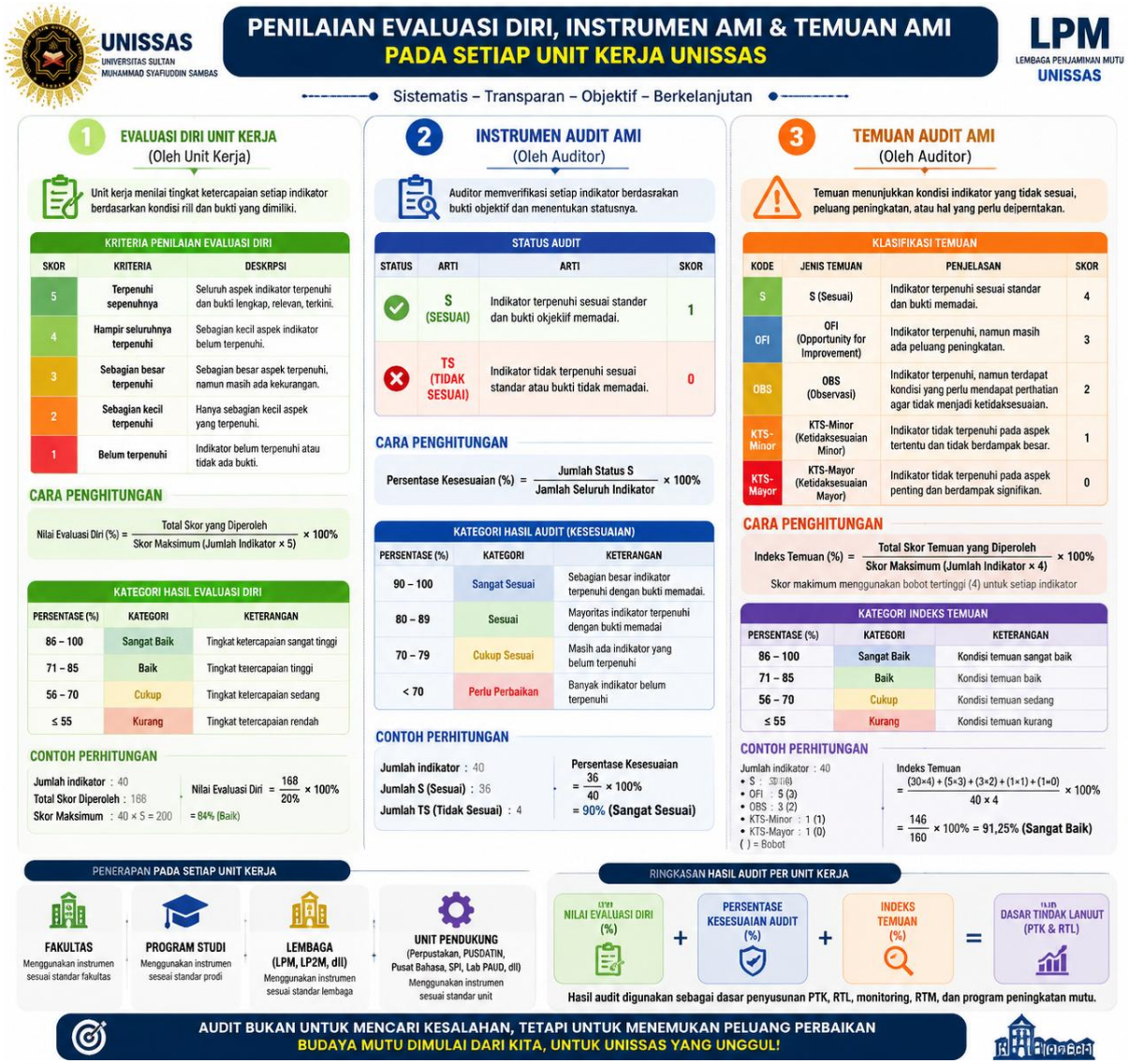
Keterangan:

Alur Pelaksanaan Audit Mutu Internal ini menggambarkan rangkaian kegiatan AMI mulai dari tahap perencanaan sampai dengan tindak lanjut hasil audit dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Setiap tahapan dilaksanakan secara sistematis untuk memastikan pelaksanaan SPMI berjalan efektif dan mendukung peningkatan mutu berkelanjutan.

MATERI SOSIALISASI AMI



KRITERIA PENILAIAN AMI



F-AMI-02

JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

F-AMI-02A

SIKLUS AMI TAHUN AKADEMIK ……..

Tahapan	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Penanggung Jawab
Perencanaan	Penyusunan program dan jadwal AMI	Minggu I Juli	LPM
	Penetapan auditor	Minggu I Juli	Ketua LPM
	Penetapan unit yang diaudit	Minggu I Juli	LPM
	Penyusunan instrumen audit	Minggu I Juli	LPM
	Penerbitan surat tugas auditor	Minggu II Juli	Ketua LPM
	Penyampaian pemberitahuan kepada auditee	Minggu II Juli	LPM
Persiapan Audit	Evaluasi diri dan penyiapan dokumen	Minggu II–III Juli	Auditee
	Review dokumen oleh auditor	Minggu III Juli	Auditor
Pelaksanaan Audit	Opening Meeting	Minggu IV Juli	Auditor & Auditee
	Audit dokumen, wawancara, observasi	Minggu IV Juli – Minggu II Agustus	Auditor
	Closing Meeting	Minggu II Agustus	Auditor & Auditee
Pelaporan	Penyusunan laporan hasil audit	Minggu II Agustus	Auditor
	Penyampaian PTK	Minggu II Agustus	Auditor
Tindak Lanjut	Penyusunan RTL	Minggu III Agustus	Auditee
	Monitoring tindak lanjut	Minggu III–IV Agustus	LPM
RTM	Rapat Tinjauan Manajemen	Minggu II September	Pimpinan Universitas & LPM

F-AMI-02B

JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

Minggu	Waktu	Kegiatan	Output	Penanggung Jawab
Minggu III Juli	20–24 Juli	Pengajuan dan penerbitan SK Auditor dan SK Auditee, penyampaian surat tugas auditor, penyampaian pemberitahuan kepada auditee, finalisasi jadwal audit dan instrumen audit	SK Auditor, SK Auditee, Surat Tugas, Jadwal Audit	Rektor, LPM
Minggu IV Juli	27–31 Juli	Sosialisasi teknis pelaksanaan AMI kepada auditor dan auditee, penyampaian instrumen evaluasi diri, persiapan dokumen oleh unit kerja	Evaluasi diri dan dokumen siap diaudit	LPM, Auditor, Auditee
Minggu I Agustus	3–7 Agustus	Opening Meeting, audit dokumen, wawancara, observasi lapangan	Bukti audit terkumpul	Auditor
Minggu II Agustus	10–14 Agustus	Lanjutan audit apabila diperlukan, penyusunan temuan audit, Closing Meeting	Berita Acara Closing Meeting dan Temuan Audit	Auditor
Minggu III Agustus	17–21 Agustus	Penyusunan Laporan Hasil Audit, penyampaian Permintaan Tindakan Koreksi (PTK), auditee menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Laporan Audit, PTK, RTL	Auditor dan Auditee
Minggu IV Agustus	24–28 Agustus	Pelaksanaan RTL oleh auditee dan monitoring/verifikasi tindak lanjut oleh LPM	Hasil Monitoring Tindak Lanjut	Auditee dan LPM
Minggu I September	31 Agustus–4 September	Finalisasi hasil monitoring dan penyusunan bahan RTM	Laporan Monitoring dan Bahan RTM	LPM
Minggu II September	7–11 September	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM), penetapan keputusan dan program peningkatan mutu	Berita Acara RTM dan Rencana Peningkatan Mutu	Rektor, Wakil Rektor, LPM, Pimpinan Unit

TIMELINE PELAKSANAAN

Tahapan Kegiatan	Juli III	Juli IV	Ags I	Ags II	Ags III	Ags IV	Sep I	Sep II
SK Auditor & Auditee								
Surat Tugas & Pemberitahuan								
Sosialisasi AMI								
Evaluasi Diri Unit								
Persiapan Dokumen								
Opening Meeting								
Audit Dokumen								
Wawancara & Observasi								
Closing Meeting								
Laporan Audit								
PTK								
RTL								
Monitoring RTL								
Persiapan RTM								
RTM								

MILESTONE (TITIK KENDALI)

Milestone	Target Penyelesaian
SK Auditor dan Auditee diterbitkan	Minggu III Juli
Evaluasi Diri selesai	Minggu IV Juli
Seluruh audit lapangan selesai	Minggu II Agustus
Laporan AMI dan PTK selesai	Minggu III Agustus
Seluruh RTL selesai diverifikasi	Minggu IV Agustus
RTM dilaksanakan	Minggu II September

F-AMI-03

EVALUASI DIRI

FORMULIR EVALUASI DIRI UNIT KERJA

A. IDENTITAS

Nama Unit Kerja : .....

Pimpinan Unit : .....

Tanggal Evaluasi : .....

B. Petunjuk Pengisian

Berikan penilaian terhadap setiap pernyataan sesuai kondisi sebenarnya pada unit kerja.

Skor	Kriteria
1	Belum terpenuhi
2	Sebagian kecil terpenuhi
3	Sebagian besar terpenuhi
4	Hampir seluruhnya terpenuhi
5	Terpenuhi sepenuhnya

C. Pernyataan Setiap Unit Secara Umum

No	Pernyataan	Skor (1–5)	Bukti yang Dimiliki	Permasalahan	Rencana Perbaikan
1	Unit kerja memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang terdokumentasi.				
2	Unit kerja memiliki program kerja yang mengacu pada Renstra Universitas.				
3	Kegiatan unit kerja telah dilaksanakan sesuai program kerja.				
4	Dokumen kegiatan tersimpan dengan baik dan mudah ditelusuri.				
5	Pelaksanaan tugas telah mengacu pada Standar SPMI, SOP, atau pedoman yang berlaku.				
	Monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan telah dilaksanakan secara berkala.				
7	Hasil monitoring dan evaluasi telah ditindaklanjuti.				
8	Sumber daya manusia pada unit kerja mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi unit.				
9	Sarana dan prasarana yang dimiliki mendukung pelaksanaan layanan unit kerja.				

10	Layanan yang diberikan kepada pengguna telah berjalan dengan baik.				
11	Unit kerja memiliki data dan laporan kegiatan yang lengkap.				
12	Rekomendasi hasil audit atau evaluasi sebelumnya telah ditindaklanjuti.				

D. Rekapitulasi

Jumlah Skor : .....

Skor Maksimum : 60

Persentase : .....

Kategori : …….

Persentase	Kategori
86–100%	Sangat Baik
71–85%	Baik
56–70%	Cukup
≤55%	Perlu Perbaikan

E. Kesimpulan Evaluasi Diri

.....

....

....

Disusun oleh

Pimpinan Unit Kerja

(.....)

Tanggal: .....

F-AMI-03A

FORMULIR EVALUASI DIRI FAKULTAS/PASCASARJANA

A. Identitas

Nama Fakultas : .....

Dekan : .....

Tanggal Evaluasi : .....

F. Petunjuk Pengisian

Berikan penilaian terhadap setiap pernyataan sesuai kondisi sebenarnya pada unit kerja.

Skor	Kriteria
1	Belum terpenuhi
2	Sebagian kecil terpenuhi
3	Sebagian besar terpenuhi
4	Hampir seluruhnya terpenuhi
5	Terpenuhi sepenuhnya

B. Pernyataan

No	Pernyataan	Skor (1–5)	Bukti	Permasalahan	Rencana Perbaikan
1	Fakultas memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang terdokumentasi, dipahami, serta menjadi acuan dalam penyelenggaraan tridharma dan tata kelola fakultas.				
2	Tata pamong fakultas telah dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku dengan menjunjung prinsip kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, dan keadilan.				
3	Tata kelola fakultas telah berjalan secara efektif sesuai struktur organisasi, tugas, fungsi, dan mekanisme kerja yang ditetapkan.				
4	Pimpinan fakultas menjalankan fungsi kepemimpinan secara efektif dalam mengarahkan, mengoordinasikan, mengambil keputusan, dan melakukan pembinaan terhadap seluruh unit di lingkungan fakultas.				
5	Fakultas memiliki program kerja tahunan yang disusun berdasarkan Renstra Universitas dan Renstra Fakultas.				

6	Program kerja fakultas telah dilaksanakan sesuai rencana dan target yang ditetapkan.				
7	Fakultas melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kerja secara berkala serta mendokumentasikan hasilnya.				
8	Pengelolaan sumber daya manusia di fakultas telah dilaksanakan secara efektif untuk mendukung pencapaian tujuan fakultas.				
9	Pengelolaan anggaran dan keuangan fakultas dilakukan secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel sesuai ketentuan yang berlaku.				
10	Sarana dan prasarana fakultas dikelola dengan baik serta mendukung pelaksanaan tridharma perguruan tinggi.				
11	Fakultas melakukan pembinaan, pendampingan, monitoring, dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program studi secara berkelanjutan.				
12	Fakultas melaksanakan pembinaan dan pelayanan kemahasiswaan untuk mendukung pengembangan prestasi, minat, bakat, serta kesejahteraan mahasiswa.				
13	Fakultas mengembangkan dan melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang mendukung pelaksanaan tridharma perguruan tinggi.				
14	Pelayanan akademik di fakultas telah dilaksanakan secara efektif, tepat waktu, mudah diakses, dan memberikan kepuasan kepada pengguna layanan.				
15	Dokumen akademik dan nonakademik di lingkungan fakultas telah dikelola secara tertib, lengkap, dan mudah ditelusuri.				
16	Fakultas melaksanakan pengendalian dokumen sesuai prosedur sehingga keabsahan, keamanan, dan kemutakhiran dokumen tetap terjaga.				
17	Seluruh rekomendasi hasil Audit Mutu Internal (AMI) sebelumnya telah ditindaklanjuti sesuai rencana yang ditetapkan.				
18	Keputusan dan rekomendasi hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) telah ditindaklanjuti sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu.				
19	Fakultas melaksanakan inovasi dan upaya peningkatan mutu secara berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi, AMI, RTM, maupun kebutuhan pemangku kepentingan.				
20	Fakultas secara berkala mengukur, mengevaluasi, dan menindaklanjuti tingkat				

	kepuasan pengguna layanan sebagai dasar peningkatan kualitas pelayanan.				

C. Rekapitulasi Hasil Evaluasi Diri

Jumlah Skor : .....

Skor Maksimum : 100

Persentase : .....

Persentase	Kategori
86–100%	Sangat Baik
71–85%	Baik
56–70%	Cukup
≤55%	Perlu Perbaikan

D. Kesimpulan Evaluasi Diri

.....

.....

.....

Dekan Fakultas

(.....)

Tanggal: .....

F-AMI-03B

FORMULIR EVALUASI DIRI PROGRAM STUDI

A. Identitas

Nama Program Studi : .....

Ketua Program Studi : .....

Tanggal Evaluasi : .....

B. Petunjuk Pengisian

Berikan penilaian terhadap setiap pernyataan sesuai kondisi sebenarnya pada unit kerja.

Skor	Kriteria
1	Belum terpenuhi
2	Sebagian kecil terpenuhi
3	Sebagian besar terpenuhi
4	Hampir seluruhnya terpenuhi
5	Terpenuhi sepenuhnya

C. Pernyataan

No	Pernyataan	Skor (1–5)	Bukti	Permasalahan	Rencana Perbaikan
1	Program studi memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang selaras dengan visi, misi, tujuan, dan sasaran universitas serta fakultas.				
2	Kurikulum program studi telah disusun, ditetapkan, ditinjau, dan diperbarui secara berkala sesuai ketentuan yang berlaku.				
3	Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) telah dirumuskan sesuai profil lulusan dan kebutuhan pemangku kepentingan.				
4	Setiap mata kuliah memiliki Rencana Pembelajaran Semester (RPS) yang lengkap, mutakhir, dan digunakan dalam proses pembelajaran.				
5	Proses pembelajaran telah dilaksanakan sesuai kurikulum, kalender akademik, dan RPS.				
6	Sistem penilaian hasil belajar mahasiswa dilaksanakan secara objektif, transparan, adil, dan terdokumentasi.				
7	Program studi memiliki dosen tetap dan dosen pendukung yang memenuhi persyaratan serta mendukung penyelenggaraan pembelajaran.				
8	Beban kerja dosen telah direncanakan dan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.				

9	Program studi melaksanakan pengembangan kompetensi dosen melalui pendidikan, pelatihan, seminar, atau kegiatan akademik lainnya.				
10	Pengelolaan mahasiswa mulai dari penerimaan, pembinaan akademik, hingga kelulusan telah dilaksanakan secara baik.				
11	Program studi melaksanakan layanan akademik dan bimbingan kepada mahasiswa secara efektif.				
12	Program studi mendukung kegiatan kemahasiswaan untuk meningkatkan prestasi akademik maupun nonakademik.				
13	Dosen program studi melaksanakan penelitian sesuai bidang keilmuan dan mendukung pengembangan ilmu pengetahuan.				
14	Hasil penelitian dosen dimanfaatkan dalam proses pembelajaran dan pengembangan kurikulum.				
15	Dosen dan mahasiswa melaksanakan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) secara berkelanjutan.				
16	Program studi menjalin kerja sama dengan institusi dalam maupun luar negeri untuk mendukung tridharma perguruan tinggi.				
17	Program studi memiliki luaran tridharma berupa publikasi ilmiah, HKI, buku, karya inovatif, atau bentuk luaran lainnya.				
18	Program studi melakukan evaluasi proses pembelajaran setiap semester dan menindaklanjuti hasilnya.				
19	Program studi memiliki sistem penjaminan mutu internal yang berjalan sesuai Standar SPMI.				
20	Program studi melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh kegiatan akademik secara berkala.				
21	Sarana dan prasarana pembelajaran tersedia, terpelihara, dan mendukung pencapaian capaian pembelajaran lulusan.				
22	Dokumen akademik dan nonakademik program studi dikelola secara tertib, lengkap, dan mudah ditelusuri.				
23	Program studi memiliki program kerja tahunan yang disusun berdasarkan Renstra Fakultas dan Universitas.				
24	Program kerja program studi telah dilaksanakan sesuai target dan dilakukan evaluasi secara berkala.				
25	Program studi melaksanakan pengendalian dokumen sesuai ketentuan yang berlaku sehingga dokumen selalu mutakhir dan terdokumentasi dengan baik.				
26	Program studi telah menindaklanjuti seluruh rekomendasi hasil Audit Mutu Internal (AMI) sebelumnya.				

27	Program studi telah melaksanakan tindak lanjut atas keputusan dan rekomendasi hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).				
28	Program studi melaksanakan inovasi dan peningkatan mutu secara berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi, AMI, RTM, maupun kebutuhan pemangku kepentingan.				
29	Program studi mengukur dan mengevaluasi tingkat kepuasan mahasiswa, alumni, pengguna lulusan, dan mitra kerja serta menindaklanjuti hasilnya.				
30	Program studi menunjukkan peningkatan kinerja secara berkelanjutan dalam penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan tata kelola program studi.				

D. Rekapitulasi Hasil Evaluasi Diri

Jumlah Skor : .....

Skor Maksimum : 150

Persentase : .....

Persentase	Kategori
86–100%	Sangat Baik
71–85%	Baik
56–70%	Cukup
≤55%	Perlu Perbaikan

E. Kesimpulan Evaluasi Diri

.....

.....

.....

Ketua Program Studi

(.....)

Tanggal: .....

F-AMI-3C

FORMULIR EVALUASI DIRI LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (LP2M)

A. Identitas

Nama Unit : Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M)

Ketua LP2M : .....

Tanggal Evaluasi : .....

B. Petunjuk Pengisian

Berikan penilaian terhadap setiap pernyataan sesuai kondisi sebenarnya pada unit kerja.

Skor	Kriteria
1	Belum terpenuhi
2	Sebagian kecil terpenuhi
3	Sebagian besar terpenuhi
4	Hampir seluruhnya terpenuhi
5	Terpenuhi sepenuhnya

C. Pernyataan

No	Pernyataan	Skor (1–5)	Bukti	Permasalahan	Rencana Perbaikan
1	LP2M memiliki tata kelola, struktur organisasi, uraian tugas, dan mekanisme kerja yang jelas dalam mendukung pelaksanaan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.				
2	LP2M memiliki rencana strategis dan program kerja tahunan yang selaras dengan Renstra Universitas.				
3	LP2M telah menyusun, menetapkan, dan mengimplementasikan kebijakan, pedoman, serta SOP penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.				
4	LP2M memfasilitasi dosen dalam pelaksanaan penelitian sesuai bidang keilmuan dan prioritas pengembangan universitas.				
5	LP2M memfasilitasi pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang melibatkan dosen dan mahasiswa secara berkelanjutan.				

6	LP2M memfasilitasi dosen dalam memperoleh hibah penelitian dan/atau hibah pengabdian kepada masyarakat dari sumber internal maupun eksternal.				
7	LP2M melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat secara berkala.				
8	LP2M mengelola data penelitian dan pengabdian kepada masyarakat secara tertib, lengkap, mutakhir, dan mudah ditelusuri.				
9	LP2M mendorong dan memfasilitasi publikasi hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat pada jurnal ilmiah, prosiding, atau media publikasi lainnya.				
10	LP2M memfasilitasi dosen dalam memperoleh Hak Kekayaan Intelektual (HKI), paten, hak cipta, atau luaran inovatif lainnya.				
11	LP2M mengembangkan kerja sama dengan pemerintah, dunia usaha, dunia industri, perguruan tinggi, maupun lembaga lainnya untuk mendukung penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.				
12	LP2M melakukan evaluasi terhadap capaian luaran penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sebagai dasar peningkatan mutu.				
13	LP2M menindaklanjuti rekomendasi hasil Audit Mutu Internal (AMI) yang berkaitan dengan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.				
14	LP2M melaksanakan inovasi dan peningkatan mutu secara berkelanjutan dalam pengelolaan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.				
15	LP2M mengukur tingkat kepuasan dosen, mahasiswa, mitra, dan pemangku kepentingan terhadap layanan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menindaklanjuti hasilnya.				

D. Rekapitulasi Hasil Evaluasi Diri

Jumlah Skor : .....

Skor Maksimum : 75

Persentase : .....

Persentase	Kategori
86–100%	Sangat Baik
71–85%	Baik
56–70%	Cukup
≤55%	Perlu Perbaikan

E. Kesimpulan Evaluasi Diri

.....

.....

.....

Ketua LP2M

(.....)

Tanggal: .....

F-AMI-3D

FORMULIR EVALUASI DIRI LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

A. Idetitas

Nama Unit : Lembaga Penjaminan Mutu (LPM)

Ketua LPM : .....

Tanggal Evaluasi : .....

B. Petunjuk Pengisian

Berikan penilaian terhadap setiap pernyataan sesuai kondisi sebenarnya pada unit kerja.

Skor	Kriteria
1	Belum terpenuhi
2	Sebagian kecil terpenuhi
3	Sebagian besar terpenuhi
4	Hampir seluruhnya terpenuhi
5	Terpenuhi sepenuhnya

C. Pernyataan

No	Pernyataan	Skor (1–5)	Bukti	Permasalahan	Rencana Perbaikan
1	LPM memiliki kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang telah ditetapkan dan menjadi pedoman penyelenggaraan penjaminan mutu di universitas.				
2	LPM memiliki Manual SPMI yang lengkap dan digunakan sebagai pedoman pelaksanaan siklus PPEPP.				
3	LPM telah menyusun, menetapkan, dan mengembangkan Standar SPMI sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebutuhan universitas.				
4	LPM memiliki formulir, instrumen, dan dokumen pendukung SPMI yang lengkap, mutakhir, serta digunakan dalam pelaksanaan penjaminan mutu.				
5	LPM melaksanakan sosialisasi, pendampingan, dan pembinaan SPMI kepada fakultas, program studi, lembaga, biro, dan unit kerja secara berkala.				
6	LPM memonitor implementasi Standar SPMI pada seluruh unit kerja secara terencana dan berkelanjutan.				

7	LPM melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan SPMI sebagai dasar pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu.				
8	LPM menyelenggarakan Audit Mutu Internal (AMI) secara berkala sesuai pedoman, jadwal, dan prosedur yang telah ditetapkan.				
9	LPM memastikan setiap temuan dan rekomendasi hasil Audit Mutu Internal ditindaklanjuti oleh unit kerja melalui Rencana Tindak Lanjut (RTL).				
10	LPM memantau dan mengevaluasi pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL) hingga seluruh rekomendasi audit diselesaikan.				
11	LPM menyelenggarakan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) secara berkala sebagai forum evaluasi hasil SPMI dan penetapan kebijakan peningkatan mutu.				
12	LPM melaksanakan pengendalian terhadap pelaksanaan Standar SPMI berdasarkan hasil monitoring, evaluasi, audit, dan RTM.				
13	LPM melaksanakan peningkatan Standar SPMI secara berkelanjutan berdasarkan hasil PPEPP, perubahan regulasi, kebutuhan pemangku kepentingan, dan perkembangan perguruan tinggi.				
14	LPM mengelola dokumen dan data SPMI secara tertib, lengkap, terdokumentasi, serta mudah ditelusuri sebagai bukti pelaksanaan penjaminan mutu.				
15	LPM secara berkala mengevaluasi efektivitas pelaksanaan SPMI dan tingkat kepuasan unit kerja terhadap layanan penjaminan mutu sebagai dasar peningkatan kualitas layanan LPM.				

D. Rekapitulasi Hasil Evaluasi Diri

Jumlah Skor : .....

Skor Maksimum : 75

Persentase : .....

Persentase	**Kategori**
86–100%	Sangat Baik
71–85%	Baik
56–70%	Cukup
≤55%	Perlu Perbaikan

E. Kesimpulan Evaluasi Diri

.....

.....

.....

Ketua LPM

(.....)

Tanggal: .....

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS (UNISSAS)

A. MATRIKS KETERKAITAN STANDAR SPMI DENGAN UNIT KERJA

No	Standar SPMI	Fakultas	Prodi	LP2M	LPM	Biro	Unit Pendukung
1	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Tata Pamong, Tata Kelola dan Kerja Sama	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Kemahasiswaan	✓	✓			✓	
4	Pendidikan/Pembelajaran	✓	✓			✓	
5	Dosen dan Tenaga Kependidikan	✓	✓		✓	✓	
6	Keuangan	✓				✓	
7	Sarana dan Prasarana	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	Penelitian	✓	✓	✓			
9	Pengabdian kepada Masyarakat	✓	✓	✓			
10	Luaran dan Capaian Tridharma	✓	✓	✓			
11	SPMI/PPEPP	✓	✓	✓	✓	✓	✓

B. KATEGORI TEMUAN

Kode	Kategori
S	Sesuai
OFI	Opportunity for Improvement (Peluang Peningkatan)
OBS	Observasi
KTS-Mi	Ketidaksesuaian Minor
KTS-Ma	Ketidaksesuaian Mayor

INSTRUMEN AUDIT FAKULTAS/SEKOLAH PASCA SARJANA

STANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan Audit:
Memastikan Fakultas melaksanakan visi, misi, tujuan, dan sasaran sesuai kebijakan Universitas serta menjadi dasar penyelenggaraan tridharma.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Visi Fakultas tersedia.	Apakah Fakultas memiliki dokumen visi?	Dokumen Visi	Dokumen	Tersedia dan berlaku	□S □TS	
2	Visi selaras dengan visi Universitas.	Apakah visi Fakultas mengacu pada visi UNISSAS?	Renstra	Dokumen	Selaras	□S □TS	
3	Misi Fakultas telah ditetapkan.	Apakah misi telah disahkan?	SK	Dokumen	Disahkan	□S □TS	
4	Tujuan Fakultas tersedia.	Apakah tujuan dirumuskan?	Dokumen Tujuan	Dokumen	Tersedia	□S □TS	
5	Sasaran Fakultas telah ditetapkan.	Apakah sasaran memiliki indikator?	IKU/IKT	Dokumen	Terukur	□S □TS	
6	Visi dan misi disosialisasikan.	Bagaimana sosialisasi dilakukan?	Dokumentasi	Wawancara	Seluruh sivitas mengetahui	□S □TS	
7	Program kerja mengacu pada visi.	Apakah seluruh program mendukung visi?	Program Kerja	Dokumen	Konsisten	□S □TS	
8	Evaluasi pencapaian sasaran dilakukan.	Bagaimana evaluasi dilakukan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	Dilaksanakan berkala	□S □TS	
9	Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan.	Apa tindak lanjutnya?	RTL	Dokumen	Ada tindak lanjut	□S □TS	
10	Renstra Fakultas diperbarui secara berkala.	Kapan terakhir direvisi?	Renstra	Dokumen	Masih berlaku	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Struktur organisasi tersedia.	Apakah struktur organisasi telah ditetapkan?	SK Organisasi	Dokumen	Berlaku	□S □TS	
2	Tugas dan fungsi jelas.	Apakah setiap jabatan memiliki tupoksi?	SK Tupoksi	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
3	Program kerja disusun.	Apakah ada program kerja tahunan?	Program Kerja	Dokumen	Tersedia	□S □TS	
4	Program kerja dilaksanakan.	Apakah seluruh kegiatan terlaksana?	Laporan Kinerja	Dokumen	≥ target	□S □TS	
5	Rapat pimpinan rutin dilaksanakan.	Berapa kali rapat dilakukan?	Notulen	Dokumen	Berkala	□S □TS	
6	Keputusan rapat ditindaklanjuti.	Bagaimana tindak lanjutnya?	RTL Rapat	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	
7	Sistem administrasi berjalan.	Bagaimana pengelolaan administrasi?	Dokumen Administrasi	Observasi	Baik	□S □TS	
8	Pengelolaan arsip tertib.	Bagaimana penyimpanan dokumen?	Arsip	Observasi	Tertata	□S □TS	
9	Pelayanan akademik dievaluasi.	Apakah ada survei kepuasan?	Survei	Dokumen	Dilaksanakan	□S □TS	
10	Kerja sama mendukung tridharma.	Apakah kerja sama diimplementasikan?	MoA/Laporan	Dokumen	Ada implementasi	□S □TS	

STANDAR 3

KEMAHASISWAAN

Tujuan Audit: Memastikan Fakultas mengelola layanan kemahasiswaan secara efektif untuk mendukung pengembangan akademik, minat, bakat, kesejahteraan, dan prestasi mahasiswa.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Program pembinaan kemahasiswaan tersedia.	Apakah Fakultas memiliki program pembinaan mahasiswa?	Program Kerja	Dokumen	Program tersedia	□S □TS	
2	Kegiatan kemahasiswaan dilaksanakan.	Apakah kegiatan berjalan sesuai rencana?	Laporan Kegiatan	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
3	Prestasi mahasiswa didokumentasikan.	Bagaimana pendataan prestasi mahasiswa?	Data Prestasi	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
4	Layanan akademik kepada mahasiswa berjalan baik.	Bagaimana mekanisme layanan akademik?	SOP, Survei Kepuasan	Dokumen/Wawancara	Memenuhi standar	□S □TS	
5	Layanan nonakademik tersedia.	Apakah tersedia layanan pembinaan minat dan bakat?	Dokumen Kegiatan	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
6	Keluhan mahasiswa dikelola.	Bagaimana mekanisme pengaduan?	Dokumen Pengaduan	Dokumen	Ada tindak lanjut	□S □TS	
7	Evaluasi kepuasan mahasiswa dilakukan.	Apakah survei dilakukan secara berkala?	Laporan Survei	Dokumen	Minimal 1 kali/tahun	□S □TS	
8	Hasil evaluasi ditindaklanjuti.	Apa tindak lanjut atas hasil survei?	RTL	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	

STANDAR 4

PENDIDIKAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Fakultas melakukan monitoring pembelajaran.	Bagaimana monitoring dilakukan?	Laporan Monitoring	Dokumen	Setiap semester	□S □TS	
2	Evaluasi pembelajaran dilakukan.	Bagaimana evaluasi dilakukan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	Berkala	□S □TS	
3	Hasil evaluasi ditindaklanjuti.	Apa tindak lanjutnya?	RTL	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	
4	Monitoring kehadiran dosen dilakukan.	Bagaimana monitoring dilakukan?	Rekap Kehadiran	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
5	Pelaksanaan kalender akademik dipantau.	Bagaimana pengawasannya?	Kalender Akademik	Dokumen	Sesuai jadwal	□S □TS	
6	Pelaksanaan UTS/UAS dimonitor.	Apakah monitoring dilakukan?	Berita Acara	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
7	Keluhan mahasiswa ditindaklanjuti.	Bagaimana mekanismenya?	Dokumen Pengaduan	Dokumen	Ada tindak lanjut	□S □TS	
8	Evaluasi layanan akademik dilakukan.	Bagaimana hasilnya?	Survei Kepuasan	Dokumen	Dilaksanakan	□S □TS	

STANDAR 5

DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN

Tujuan Audit: Memastikan pengelolaan dosen dan tenaga kependidikan sesuai standar mutu universitas.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Data dosen diperbarui secara berkala.	Apakah data dosen mutakhir?	Data Dosen	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
2	Beban Kerja Dosen (BKD) dilaksanakan.	Apakah seluruh dosen menyusun BKD?	Laporan BKD	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
3	Evaluasi kinerja dosen dilakukan.	Bagaimana evaluasi dilakukan?	Hasil Evaluasi	Dokumen	Berkala	□S □TS	
4	Pengembangan kompetensi dosen difasilitasi.	Apakah dosen mengikuti pelatihan?	Sertifikat	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
5	Data tenaga kependidikan tersedia.	Apakah data tendik mutakhir?	Data Tendik	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
6	Tugas dan fungsi tenaga kependidikan jelas.	Apakah tersedia uraian tugas?	SK Tupoksi	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
7	Evaluasi kinerja tenaga kependidikan dilakukan.	Bagaimana evaluasi dilaksanakan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	Berkala	□S □TS	
8	Pengembangan kompetensi tenaga kependidikan dilaksanakan.	Apakah tendik mengikuti pelatihan?	Sertifikat	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	

STANDAR 6

KEUANGAN

Tujuan Audit: Memastikan pengelolaan keuangan Fakultas dilaksanakan secara transparan, akuntabel, dan mendukung pencapaian sasaran mutu.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Perencanaan anggaran disusun.	Apakah Fakultas menyusun rencana anggaran?	RKAT/RBA	Dokumen	Tersedia	□S □TS	
2	Realisasi anggaran terdokumentasi.	Apakah terdapat laporan realisasi?	Laporan Realisasi	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
3	Penggunaan anggaran sesuai program kerja.	Apakah anggaran mendukung kegiatan?	Program Kerja & Laporan	Dokumen	Sesuai	□S □TS	
4	Monitoring penggunaan anggaran dilakukan.	Bagaimana monitoring dilakukan?	Laporan Monitoring	Dokumen	Berkala	□S □TS	
5	Evaluasi penggunaan anggaran dilaksanakan.	Apakah hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	Ada tindak lanjut	□S □TS	

STANDAR 7

SARANA DAN PRASARANA

Tujuan Audit: Memastikan ketersediaan, kelayakan, pemanfaatan, dan pemeliharaan sarana prasarana untuk mendukung pelaksanaan tridharma.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Ruang kuliah tersedia dan layak.	Apakah ruang kuliah memenuhi kebutuhan?	Observasi, Inventaris	Observasi	Layak	□S □TS	
2	Media pembelajaran tersedia.	Apakah media pembelajaran memadai?	Daftar Inventaris	Observasi	Memadai	□S □TS	
3	Fasilitas pendukung tersedia.	Apakah tersedia ruang dosen, ruang rapat, dan fasilitas lainnya?	Observasi	Observasi	Tersedia	□S □TS	
4	Inventaris sarana diperbarui.	Bagaimana pengelolaan inventaris?	Daftar Inventaris	Dokumen	Mutakhir	□S □TS	
5	Pemeliharaan sarana dilakukan.	Apakah terdapat jadwal pemeliharaan?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	Berkala	□S □TS	
6	Evaluasi kebutuhan sarana dilaksanakan.	Bagaimana identifikasi kebutuhan dilakukan?	Usulan Pengadaan	Dokumen	Dilaksanakan	□S □TS	

STANDAR 8

PENELITIAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Program penelitian disusun.	Apakah terdapat rencana penelitian?	Program Kerja	Dokumen	Tersedia	□S □TS	
2	Dosen melaksanakan penelitian.	Berapa jumlah penelitian dosen?	Laporan Penelitian	Dokumen	Sesuai target	□S □TS	
3	Penelitian menghasilkan luaran.	Apakah terdapat publikasi atau HKI?	Publikasi/HKI	Dokumen	Ada luaran	□S □TS	
4	Monitoring dan evaluasi penelitian dilakukan.	Bagaimana monev penelitian dilakukan?	Laporan Monev	Dokumen	Berkala	□S □TS	

5	Hasil penelitian dimanfaatkan untuk pengembangan tridharma.	Apakah hasil penelitian digunakan?	Dokumen Pendukung	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	

STANDAR 9

PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Program PKM disusun.	Apakah terdapat program PKM?	Program Kerja	Dokumen	Tersedia	□S □TS	
2	PKM dilaksanakan.	Apakah kegiatan sesuai rencana?	Laporan PKM	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
3	PKM menghasilkan luaran.	Apa luaran kegiatan PKM?	Dokumentasi/Luaran	Dokumen	Ada	□S □TS	
4	Monitoring dan evaluasi PKM dilakukan.	Bagaimana monev dilaksanakan?	Laporan Monev	Dokumen	Berkala	□S □TS	
5	Hasil PKM dimanfaatkan.	Apakah ada tindak lanjut atau dampak?	Dokumen Pendukung	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	

STANDAR 10

LUARAN DAN CAPAIAN TRIDHARMA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Luaran pendidikan terdokumentasi.	Bagaimana data kelulusan dan IPK dikelola?	Laporan Akademik	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
2	Luaran penelitian terdokumentasi.	Apakah publikasi, HKI, atau buku terdokumentasi?	Rekap Luaran	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
3	Luaran PKM terdokumentasi.	Bagaimana data luaran PKM disimpan?	Rekap Luaran	Dokumen	Lengkap	□S □TS	
4	Evaluasi capaian indikator kinerja dilakukan.	Apakah IKU/IKT dievaluasi?	Laporan Kinerja	Dokumen	Berkala	□S □TS	
5	Capaian digunakan untuk perencanaan berikutnya.	Bagaimana hasil evaluasi dimanfaatkan?	RTL/Renop	Dokumen	Ada tindak lanjut	□S □TS	

STANDAR 11

PENJAMINAN MUTU (PPEPP)

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Kriteria	Status	Temuan
1	Evaluasi Diri dilaksanakan.	Apakah Fakultas menyusun Evaluasi Diri secara berkala?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	Dilaksanakan	□S □TS	
2	Audit Mutu Internal dilaksanakan.	Apakah AMI telah dilaksanakan sesuai jadwal?	Laporan AMI	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
3	Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK memiliki tindak lanjut?	PTK	Dokumen	Ditindaklanjuti	□S □TS	
4	Rencana Tindak Lanjut (RTL) dilaksanakan.	Bagaimana progres pelaksanaan RTL?	RTL	Dokumen	Sesuai target	□S □TS	
5	Monitoring tindak lanjut dilakukan.	Apakah LPM memonitor pelaksanaan RTL?	Laporan Monitoring	Dokumen	Berkala	□S □TS	
6	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilaksanakan.	Apakah hasil AMI dibahas dalam RTM?	Berita Acara RTM	Dokumen	Terlaksana	□S □TS	
7	Hasil RTM ditindaklanjuti.	Apakah keputusan RTM dilaksanakan?	RTL RTM	Dokumen	Ada bukti	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

PROGRAM STUDI

Identitas Audit

Uraian	Keterangan
Program Studi	:
Fakultas	:
Auditor	:
Ketua Auditor	:
Tanggal Audit	;

STANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan Audit: Memastikan Program Studi memahami, mengimplementasikan, dan mengevaluasi visi, misi, tujuan, serta sasaran yang selaras dengan Fakultas dan Universitas.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi Program Studi tersedia.	Apakah Prodi memiliki visi yang ditetapkan?	Dokumen Visi	Dokumen	□S □TS	
2	Visi selaras dengan visi Fakultas dan Universitas.	Bagaimana keselarasan visi dibuktikan?	Renstra Prodi	Dokumen	□S □TS	
3	Misi, tujuan, dan sasaran telah ditetapkan.	Apakah MTS terdokumentasi?	Dokumen MTS	Dokumen	□S □TS	
4	Visi dan misi disosialisasikan.	Bagaimana sosialisasi dilakukan?	Dokumentasi	Wawancara	□S □TS	
5	Program kerja mendukung pencapaian sasaran.	Apakah program kerja mengacu pada sasaran?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG, TATA KELOLA DAN KERJA SAMA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi Program Studi tersedia.	Apakah struktur organisasi ditetapkan?	SK	Dokumen	□S □TS	
2	Tugas dan fungsi pengelola jelas.	Apakah terdapat uraian tugas?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Rapat Program Studi dilaksanakan secara berkala.	Bagaimana pelaksanaan rapat?	Notulen	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja disusun dan dilaksanakan.	Apakah program kerja dievaluasi?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
5	Kerja sama mendukung pelaksanaan tridharma.	Apakah ada implementasi kerja sama?	MoA/Laporan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

KEMAHASISWAAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Data mahasiswa diperbarui.	Apakah data mahasiswa mutakhir?	Data Mahasiswa	Dokumen	□S □TS	
2	Pembinaan akademik dilaksanakan.	Bagaimana proses bimbingan akademik?	Dokumen Pembimbing Akademik	Dokumen/Wawancara	□S □TS	
3	Prestasi mahasiswa didokumentasikan.	Bagaimana pendataan prestasi dilakukan?	Data Prestasi	Dokumen	□S □TS	
4	Kegiatan kemahasiswaan dilaksanakan.	Apakah kegiatan berjalan sesuai rencana?	Laporan Kegiatan	Dokumen	□S □TS	
5	Kepuasan mahasiswa diukur dan ditindaklanjuti.	Apakah ada survei dan RTL?	Survei & RTL	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 4

PENDIDIKAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Kurikulum Program Studi tersedia.	Apakah kurikulum telah ditetapkan?	Dokumen Kurikulum	Dokumen	□S □TS	
2	Review kurikulum dilakukan secara berkala.	Kapan review terakhir dilakukan?	BA Review Kurikulum	Dokumen	□S □TS	
3	Seluruh mata kuliah memiliki RPS.	Apakah seluruh RPS tersedia?	RPS	Dokumen	□S □TS	
4	RPS mengacu pada CPL.	Apakah CPL tercermin dalam RPS?	RPS/CPL	Dokumen	□S □TS	
5	Perkuliahan sesuai RPS.	Bagaimana implementasi RPS?	Jurnal Kuliah	Dokumen	□S □TS	
6	Monitoring pembelajaran dilakukan.	Bagaimana monitoring dilaksanakan?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
7	Evaluasi pembelajaran dilakukan.	Apakah evaluasi dilakukan setiap semester?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
8	Nilai diumumkan sesuai ketentuan.	Bagaimana ketepatan waktu input nilai?	Rekap Nilai	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5

DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Data dosen mutakhir.	Apakah data dosen diperbarui?	Data Dosen	Dokumen	□S □TS	
2	BKD dilaksanakan.	Apakah seluruh dosen menyusun BKD?	Laporan BKD	Dokumen	□S □TS	
3	Pengembangan kompetensi dosen dilaksanakan.	Apakah dosen mengikuti pelatihan?	Sertifikat	Dokumen	□S □TS	
4	Evaluasi kinerja dosen dilakukan.	Bagaimana evaluasi dilakukan?	Hasil Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
5	Data tenaga kependidikan tersedia.	Apakah data tendik lengkap?	Data Tendik	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 6

SARANA DAN PRASARANA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang kuliah memadai.	Apakah ruang kuliah memenuhi kebutuhan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Media pembelajaran tersedia.	Apakah media pembelajaran memadai?	Inventaris	Observasi	□S □TS	
3	Sarana pembelajaran dipelihara.	Bagaimana pemeliharaan dilakukan?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	
4	Kebutuhan sarana dievaluasi.	Apakah ada usulan pengadaan?	Usulan Pengadaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 7

PENELITIAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Dosen melaksanakan penelitian.	Berapa penelitian dosen tahun berjalan?	Laporan Penelitian	Dokumen	□S □TS	
2	Penelitian menghasilkan luaran.	Apakah ada publikasi, HKI, atau buku?	Publikasi/HKI	Dokumen	□S □TS	
3	Mahasiswa dilibatkan dalam penelitian (bila relevan).	Apakah ada keterlibatan mahasiswa?	Laporan Penelitian	Dokumen	□S □TS	
4	Monitoring penelitian dilakukan.	Bagaimana monev penelitian?	Laporan Monev	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 8

PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Dosen melaksanakan PKM.	Apakah kegiatan PKM terlaksana?	Laporan PKM	Dokumen	□S □TS	
2	PKM menghasilkan luaran.	Apa luaran PKM?	Dokumentasi/Luaran	Dokumen	□S □TS	
3	Mahasiswa dilibatkan dalam PKM (bila relevan).	Apakah mahasiswa ikut serta?	Laporan PKM	Dokumen	□S □TS	
4	Monitoring PKM dilakukan.	Bagaimana monev PKM?	Laporan Monev	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 9

LUARAN DAN CAPAIAN TRIDHARMA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Data lulusan terdokumentasi.	Bagaimana pendataan lulusan?	Data Lulusan	Dokumen	□S □TS	
2	Tracer Study dilaksanakan (bila sudah menjadi kewajiban).	Apakah tracer study dilakukan?	Laporan Tracer Study	Dokumen	□S □TS	
3	Publikasi ilmiah dosen terdokumentasi.	Apakah publikasi direkap?	Rekap Publikasi	Dokumen	□S □TS	
4	Prestasi mahasiswa terdokumentasi.	Bagaimana pendataan prestasi?	Data Prestasi	Dokumen	□S □TS	
5	Evaluasi capaian indikator kinerja dilakukan.	Apakah capaian dievaluasi?	Laporan Kinerja	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 10

PENJAMINAN MUTU (PPEPP)

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Evaluasi Diri Program Studi dilaksanakan.	Apakah evaluasi diri disusun secara berkala?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
2	AMI dilaksanakan.	Apakah Program Studi telah mengikuti AMI?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
3	PTK ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK memiliki tindak lanjut?	PTK	Dokumen	□S □TS	
4	RTL dilaksanakan.	Bagaimana progres pelaksanaan RTL?	RTL	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah pelaksanaan RTL dimonitor?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
6	Hasil RTM ditindaklanjuti.	Apakah keputusan RTM telah diimplementasikan?	Berita Acara RTM & RTL	Dokumen	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (LP2M)

IDENTITAS AUDIT

Uraian	**Keterangan**
Unit	LP2M
Auditor	:
Ketua Auditor	:
Tanggal Audit	:

STANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)

Tujuan Audit
Memastikan LP2M memiliki Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran (VMTS) yang selaras dengan VMTS Universitas serta menjadi dasar dalam penyelenggaraan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi LP2M telah ditetapkan.	Apakah LP2M memiliki visi yang ditetapkan secara resmi?	Dokumen Visi LP2M/SK Rektor	Dokumen	□S □TS	
2	Misi LP2M telah ditetapkan.	Apakah misi LP2M telah ditetapkan secara resmi?	Dokumen Misi LP2M	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan LP2M telah ditetapkan.	Apakah tujuan LP2M mendukung VMTS Universitas?	Dokumen Tujuan LP2M	Dokumen	□S □TS	

4	Sasaran mutu LP2M telah ditetapkan.	Apakah sasaran mutu terukur dan dievaluasi secara berkala?	Dokumen Sasaran Mutu	Dokumen	□S □TS	
5	Program kerja mengacu pada VMTS.	Apakah program kerja disusun berdasarkan VMTS LP2M?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
6	VMTS disosialisasikan kepada personel LP2M.	Apakah seluruh personel memahami VMTS LP2M?	Dokumentasi Sosialisasi	Wawancara, Dokumen	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG, TATA KELOLA DAN KERJA SAMA

Tujuan Audit

Memastikan LP2M memiliki tata kelola yang efektif dalam mengelola penelitian, pengabdian kepada masyarakat, publikasi ilmiah, dan kerja sama.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi LP2M telah ditetapkan.	Apakah struktur organisasi tersedia dan berlaku?	SK Struktur Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas setiap jabatan tersedia.	Apakah setiap personel memiliki tupoksi?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan LP2M disusun.	Apakah terdapat program kerja tahunan?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi.	Apakah terdapat laporan pelaksanaan program?	Laporan Kinerja	Dokumen	□S □TS	
5	Kerja sama mendukung penelitian dan PKM.	Apakah terdapat implementasi kerja sama?	MoU, MoA, IA, Laporan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

SARANA DAN PRASARANA

Tujuan Audit

Memastikan sarana dan prasarana LP2M memadai untuk mendukung penyelenggaraan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta publikasi ilmiah.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang kerja LP2M tersedia dan layak.	Apakah ruang kerja mendukung pelaksanaan tugas LP2M?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Peralatan kerja tersedia.	Apakah komputer, printer, internet, dan perangkat kerja tersedia?	Daftar Inventaris	Observasi	□S □TS	
3	Dokumen penelitian dan PKM tersimpan dengan baik.	Apakah tersedia sistem pengarsipan dokumen penelitian dan PKM?	Arsip Dokumen	Observasi	□S □TS	
4	Sistem informasi penelitian dan PKM tersedia.	Apakah tersedia sistem informasi untuk pengelolaan penelitian dan PKM?	Aplikasi/Sistem Informasi	Observasi, Wawancara	□S □TS	
5	Pemeliharaan sarana dilakukan secara berkala.	Apakah terdapat bukti pemeliharaan sarana?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	
6	Evaluasi kebutuhan sarana dilakukan.	Apakah terdapat usulan pengadaan atau peningkatan sarana?	Usulan Pengadaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 4

PENELITIAN

Tujuan Audit

Memastikan pengelolaan penelitian berjalan sesuai Standar SPMI dan mendukung peningkatan mutu tridharma.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Roadmap penelitian tersedia.	Apakah roadmap penelitian telah ditetapkan?	Roadmap Penelitian	Dokumen	□S □TS	
2	Rencana penelitian tahunan disusun.	Apakah terdapat rencana penelitian setiap tahun?	Program Penelitian	Dokumen	□S □TS	
3	Seleksi proposal penelitian dilakukan.	Bagaimana mekanisme seleksi proposal?	Dokumen Seleksi	Dokumen	□S □TS	
4	Pendanaan penelitian dikelola dengan baik.	Bagaimana mekanisme pendanaan?	SK Pendanaan	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring penelitian dilaksanakan.	Apakah monitoring dilakukan sesuai jadwal?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
6	Evaluasi penelitian dilakukan.	Apakah hasil penelitian dievaluasi?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
7	Luaran penelitian didokumentasikan.	Bagaimana pendokumentasian luaran penelitian?	Rekap Luaran	Dokumen	□S □TS	
8	Data penelitian diperbarui secara berkala.	Apakah data penelitian mutakhir?	Database Penelitian	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Tujuan Audit
Memastikan pengelolaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat berlangsung secara terencana, terdokumentasi, dan berkelanjutan.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Roadmap PKM tersedia.	Apakah roadmap PKM telah ditetapkan?	Roadmap PKM	Dokumen	□S □TS	
2	Program PKM tahunan disusun.	Apakah terdapat program PKM tahunan?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
3	Seleksi proposal PKM dilakukan.	Bagaimana mekanisme seleksi?	Dokumen Seleksi	Dokumen	□S □TS	
4	Monitoring PKM dilaksanakan.	Apakah monitoring dilakukan secara berkala?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
5	Evaluasi PKM dilakukan.	Apakah kegiatan dievaluasi?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
6	Luaran PKM terdokumentasi.	Bagaimana pengelolaan luaran PKM?	Rekap Luaran	Dokumen	□S □TS	
7	Database PKM diperbarui.	Apakah data PKM selalu diperbarui?	Database PKM	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 6
LUARAN PENELITIAN DAN PENGABDIAN
Tujuan Audit
Memastikan luaran penelitian dan pengabdian terdokumentasi, terukur, dan dimanfaatkan untuk peningkatan mutu institusi.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Publikasi ilmiah terdokumentasi.	Bagaimana pendataan publikasi dilakukan?	Rekap Publikasi	Dokumen	□S □TS	
2	HKI didokumentasikan.	Apakah data HKI tersedia?	Rekap HKI	Dokumen	□S □TS	
3	Buku ajar/buku referensi didokumentasikan.	Bagaimana pendataannya?	Rekap Buku	Dokumen	□S □TS	
4	Luaran penelitian dimanfaatkan.	Apakah terdapat bukti pemanfaatan hasil penelitian?	Dokumen Pemanfaatan	Dokumen	□S □TS	
5	Luaran PKM dimanfaatkan.	Apakah terdapat dampak atau tindak lanjut PKM?	Dokumen Dampak PKM	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 7

PENJAMINAN MUTU (PPEPP)

Tujuan Audit

Memastikan LP2M melaksanakan siklus PPEPP dalam seluruh proses pengelolaan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Standar penelitian dan PKM telah ditetapkan.	Apakah standar tersedia dan digunakan?	Dokumen Standar	Dokumen	□S □TS	
2	Evaluasi Diri LP2M dilaksanakan.	Apakah evaluasi diri dilakukan secara berkala?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
3	Audit Mutu Internal telah dilaksanakan.	Apakah LP2M telah diaudit?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
4	PTK ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK telah ditindaklanjuti?	PTK	Dokumen	□S □TS	
5	RTL dilaksanakan.	Bagaimana pelaksanaan RTL?	RTL	Dokumen	□S □TS	
6	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah RTL dimonitor secara berkala?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
7	Hasil RTM ditindaklanjuti.	Apakah keputusan RTM telah dilaksanakan?	Berita Acara RTM dan RTL	Dokumen	□S □TS	

F-AMI-04E

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

Identitas Audit

Uraian	**Keterangan**
Unit	LPM
Auditor	;
Ketua Auditor	;
Tanggal Audit	;

STANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)

Tujuan Audit

Memastikan LPM memiliki VMTS yang selaras dengan VMTS Universitas serta menjadi dasar penyelenggaraan Sistem Penjaminan Mutu Internal.

No	**Indikator Audit**	**Pertanyaan Audit**	**Bukti Objektif**	**Teknik Audit**	**Status**	**Temuan**
1	Visi LPM telah ditetapkan.	Apakah LPM memiliki visi yang ditetapkan secara resmi?	Dokumen Visi LPM/SK Rektor	Dokumen	□S □TS	
2	Misi LPM telah ditetapkan.	Apakah misi LPM telah ditetapkan secara resmi?	Dokumen Misi LPM	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan LPM telah ditetapkan.	Apakah tujuan LPM mendukung VMTS Universitas?	Dokumen Tujuan	Dokumen	□S □TS	
4	Sasaran mutu LPM telah ditetapkan.	Apakah sasaran mutu dapat diukur dan dievaluasi?	Dokumen Sasaran Mutu	Dokumen	□S □TS	
5	Program kerja mengacu pada VMTS.	Apakah program kerja disusun berdasarkan VMTS LPM?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
6	VMTS disosialisasikan kepada personel LPM.	Apakah seluruh personel memahami VMTS LPM?	Dokumentasi Sosialisasi	Wawancara, Dokumen	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG, TATA KELOLA DAN KERJA SAMA

Tujuan Audit

Memastikan tata kelola LPM berjalan efektif dalam mendukung penyelenggaraan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi LPM telah ditetapkan.	Apakah struktur organisasi tersedia dan masih berlaku?	SK Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas setiap personel tersedia.	Apakah tupoksi masing-masing jabatan terdokumentasi?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan LPM disusun.	Apakah program kerja mengacu pada Renstra Universitas?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi secara berkala.	Bagaimana evaluasi pelaksanaan program dilakukan?	Laporan Kinerja	Dokumen	□S □TS	
5	Rapat koordinasi LPM dilaksanakan.	Apakah rapat dilaksanakan secara berkala?	Notulen Rapat	Dokumen	□S □TS	
6	Kerja sama bidang penjaminan mutu dilaksanakan.	Apakah terdapat kerja sama yang mendukung peningkatan mutu?	MoU/MoA/IA	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

SUMBER DAYA MANUSIA

Tujuan Audit

Memastikan sumber daya manusia LPM memiliki kompetensi dan kewenangan yang memadai dalam melaksanakan penjaminan mutu

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Personel LPM ditetapkan melalui SK.	Apakah seluruh personel memiliki SK penugasan?	SK Personel LPM	Dokumen	□S □TS	
2	Auditor internal telah ditetapkan.	Apakah auditor memiliki SK Auditor Internal?	SK Auditor	Dokumen	□S □TS	
3	Auditor memiliki kompetensi audit.	Apakah auditor pernah mengikuti pelatihan AMI?	Sertifikat Auditor	Dokumen	□S □TS	
4	Pengembangan kompetensi personel dilakukan.	Apakah terdapat pelatihan/workshop mutu?	Sertifikat/Laporan Kegiatan	Dokumen	□S □TS	
5	Evaluasi kinerja personel dilaksanakan.	Apakah terdapat evaluasi kinerja personel?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
6	Jumlah personel memadai.	Apakah jumlah personel sesuai kebutuhan organisasi?	Analisis Kebutuhan SDM	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

STANDAR 4
SARANA DAN PRASARANA
Tujuan Audit
Memastikan sarana dan prasarana LPM memadai dalam mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang kerja LPM tersedia dan layak.	Apakah ruang kerja mendukung pelaksanaan tugas LPM?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Peralatan kerja tersedia.	Apakah komputer, printer, dan perangkat kerja tersedia?	Daftar Inventaris	Observasi	□S □TS	
3	Dokumen mutu tersimpan dengan baik.	Apakah tersedia sistem pengarsipan dokumen mutu?	Arsip Dokumen Mutu	Observasi	□S □TS	
4	Sistem informasi mutu tersedia.	Apakah tersedia aplikasi atau media pengelolaan dokumen mutu?	Sistem Informasi Mutu	Observasi	□S □TS	
5	Pemeliharaan sarana dilakukan secara berkala.	Apakah terdapat bukti pemeliharaan sarana?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	
6	Evaluasi kebutuhan sarana dilakukan.	Apakah terdapat usulan pengadaan atau peningkatan sarana?	Usulan Pengadaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5
DOKUMEN SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
Tujuan Audit
Memastikan dokumen SPMI tersedia, mutakhir, terdokumentasi, dan digunakan sebagai acuan pelaksanaan mutu.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Kebijakan SPMI tersedia dan berlaku.	Apakah kebijakan telah ditetapkan oleh Rektor?	Dokumen Kebijakan	Dokumen	□S □TS	
2	Manual SPMI tersedia.	Apakah Manual SPMI masih berlaku?	Manual SPMI	Dokumen	□S □TS	
3	Standar SPMI tersedia.	Apakah seluruh standar telah ditetapkan?	Buku Standar	Dokumen	□S □TS	
4	Formulir SPMI tersedia.	Apakah formulir mendukung pelaksanaan PPEPP?	Dokumen Formulir	Dokumen	□S □TS	
5	Dokumen SPMI direviu secara berkala.	Apakah dilakukan evaluasi dan revisi dokumen?	Berita Acara Review	Dokumen	□S □TS	
6	Dokumen SPMI disosialisasikan.	Bagaimana sosialisasi dilakukan kepada unit kerja?	Dokumentasi Sosialisasi	Dokumen	□S □TS	
7	Pengendalian dokumen dilakukan.	Apakah terdapat mekanisme pengendalian versi dokumen?	Daftar Induk Dokumen	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 6
PELAKSANAAN SPMI (PPEPP)
Tujuan Audit
Memastikan siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP) berjalan secara konsisten di seluruh unit kerja.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Standar mutu telah ditetapkan.	Apakah seluruh standar telah disahkan?	Dokumen Standar	Dokumen	□S □TS	
2	Standar mutu telah disosialisasikan.	Bagaimana sosialisasi dilakukan?	Dokumentasi	Dokumen	□S □TS	
3	Pelaksanaan standar dimonitor.	Bagaimana monitoring pelaksanaan standar dilakukan?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
4	Evaluasi pelaksanaan standar dilakukan.	Apakah evaluasi dilakukan secara berkala?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
5	Pengendalian terhadap ketidaksesuaian dilakukan.	Bagaimana pengendalian dilaksanakan?	PTK	Dokumen	□S □TS	
6	Peningkatan standar dilakukan.	Apakah terdapat bukti peningkatan standar?	Dokumen Revisi Standar	Dokumen	□S □TS	
7	Siklus PPEPP terdokumentasi.	Apakah seluruh tahapan terdokumentasi dengan baik?	Dokumen PPEPP	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 7

AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) DAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM)

Tujuan Audit

Memastikan Audit Mutu Internal dan Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan secara efektif sebagai bagian dari siklus peningkatan mutu.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Program AMI disusun setiap siklus.	Apakah jadwal AMI ditetapkan setiap tahun?	Program AMI	Dokumen	□S □TS	
2	Auditor AMI ditetapkan.	Apakah auditor memiliki SK penugasan?	SK Auditor	Dokumen	□S □TS	
3	Pelaksanaan AMI sesuai jadwal.	Apakah audit dilaksanakan sesuai timeline?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
4	Temuan audit didokumentasikan.	Bagaimana pencatatan temuan dilakukan?	Laporan Temuan	Dokumen	□S □TS	
5	PTK diterbitkan untuk setiap temuan yang memerlukan perbaikan.	Apakah seluruh temuan memiliki PTK?	Formulir PTK	Dokumen	□S □TS	
6	RTL dipantau penyelesaiannya.	Bagaimana monitoring RTL dilakukan?	Laporan Monitoring RTL	Dokumen	□S □TS	
7	RTM dilaksanakan.	Apakah RTM membahas hasil AMI dan tindak lanjutnya?	Berita Acara RTM	Dokumen	□S □TS	
8	Keputusan RTM ditindaklanjuti.	Apakah terdapat bukti implementasi hasil RTM?	Laporan Tindak Lanjut RTM	Dokumen	□S □TS	
9	Efektivitas AMI dievaluasi.	Apakah LPM mengevaluasi proses AMI untuk perbaikan siklus berikutnya?	Laporan Evaluasi AMI	Dokumen	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

BIRO
IDENTITAS AUDIT

Uraian	Keterangan
Nama Biro	;
Auditor	;
Ketua Auditor	;
Tanggal Audit	;

STANDAR 1
VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)
Tujuan Audit
Memastikan biro memiliki Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran (VMTS) yang selaras dengan VMTS Universitas serta menjadi dasar dalam penyelenggaraan pelayanan administrasi dan layanan pendukung akademik.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi biro telah ditetapkan.	Apakah biro memiliki visi yang ditetapkan secara resmi atau mengacu pada VMTS Universitas?	Dokumen Visi Biro/SK Rektor atau Keputusan yang berlaku	Dokumen	□S □TS	
2	Misi biro telah ditetapkan.	Apakah misi biro mendukung pelaksanaan visi biro dan universitas?	Dokumen Misi Biro	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan biro telah ditetapkan.	Apakah tujuan biro mendukung pencapaian tujuan Universitas?	Dokumen Tujuan Biro	Dokumen	□S □TS	
4	Sasaran biro telah ditetapkan.	Apakah sasaran biro bersifat terukur dan dapat dievaluasi?	Dokumen Sasaran/Kinerja Biro	Dokumen	□S □TS	
5	Program kerja mengacu pada VMTS.	Apakah program kerja disusun berdasarkan VMTS dan sasaran biro?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
6	VMTS disosialisasikan kepada seluruh pegawai.	Apakah pegawai memahami VMTS dan sasaran biro?	Dokumentasi Sosialisasi/Wawancara Pegawai	Wawancara, Dokumen	□S □TS	

STANDAR 2
TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi biro tersedia.	Apakah struktur organisasi telah ditetapkan?	SK Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas pegawai tersedia.	Apakah seluruh pegawai memiliki tupoksi?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan tersedia.	Apakah biro memiliki program kerja?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi.	Bagaimana evaluasi pelaksanaan program?	Laporan Kinerja	Dokumen	□S □TS	
5	Rapat koordinasi dilaksanakan.	Apakah rapat dilakukan secara berkala?	Notulen	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3
LAYANAN

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	SOP layanan tersedia.	Apakah setiap layanan memiliki SOP?	Dokumen SOP	Dokumen	□S □TS	
2	Pelayanan dilaksanakan sesuai SOP.	Apakah SOP diterapkan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
3	Waktu layanan sesuai standar.	Apakah layanan selesai tepat waktu?	Laporan Pelayanan	Dokumen	□S □TS	
4	Survei kepuasan pengguna dilakukan.	Apakah kepuasan pengguna diukur?	Hasil Survei	Dokumen	□S □TS	
5	Keluhan pengguna ditindaklanjuti.	Bagaimana tindak lanjut keluhan?	Dokumen Pengaduan	Dokumen	□S □TS	

TANDAR 4
PENDIDIKAN/PEMBELAJARAN
Tujuan Audit
Memastikan biro melaksanakan fungsi administrasi akademik dan layanan pendidikan secara efektif dalam mendukung penyelenggaraan pembelajaran di UNISSAS.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Kalender akademik dikelola dan disosialisasikan.	Apakah kalender akademik telah ditetapkan dan disampaikan kepada seluruh unit?	Kalender Akademik	Dokumen	□S □TS	
2	Administrasi akademik dilaksanakan sesuai SOP.	Apakah layanan administrasi akademik telah mengikuti SOP yang berlaku?	SOP Administrasi Akademik	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
3	Data akademik mahasiswa dikelola dengan baik.	Apakah data akademik terdokumentasi dan diperbarui secara berkala?	Database Akademik	Dokumen	□S □TS	
4	Layanan administrasi pembelajaran diberikan tepat waktu.	Apakah pelayanan KRS, KHS, transkrip, dan administrasi akademik lainnya dilaksanakan sesuai standar layanan?	Rekapitulasi Layanan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
5	Pengelolaan jadwal perkuliahan dilakukan secara tertib.	Apakah jadwal kuliah dan ujian tersusun dengan baik?	Jadwal Perkuliahan/Ujian	Dokumen	□S □TS	
6	Keluhan layanan akademik ditindaklanjuti.	Apakah terdapat mekanisme penanganan keluhan layanan akademik?	Dokumen Pengaduan dan Tindak Lanjut	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

STANDAR 5
KEMAHASISWAAN
Tujuan Audit
Memastikan biro memberikan layanan kemahasiswaan secara efektif untuk mendukung pengembangan prestasi, kesejahteraan, dan aktivitas mahasiswa.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Program kerja kemahasiswaan disusun setiap tahun.	Apakah terdapat program kerja kemahasiswaan yang terdokumentasi?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
2	Organisasi mahasiswa dibina secara berkelanjutan.	Apakah terdapat pembinaan terhadap organisasi mahasiswa?	Laporan Pembinaan	Dokumen	□S □TS	
3	Kegiatan kemahasiswaan terdokumentasi.	Apakah setiap kegiatan memiliki laporan pelaksanaan?	Laporan Kegiatan	Dokumen	□S □TS	
4	Layanan beasiswa dikelola secara tertib.	Apakah proses administrasi beasiswa berjalan sesuai ketentuan?	Dokumen Beasiswa	Dokumen	□S □TS	
5	Data prestasi mahasiswa terdokumentasi.	Apakah data prestasi akademik dan nonakademik tersedia?	Rekap Prestasi Mahasiswa	Dokumen	□S □TS	
6	Layanan administrasi kemahasiswaan berjalan baik.	Apakah pelayanan kepada mahasiswa dilaksanakan sesuai standar pelayanan?	Survei Kepuasan/Laporan Layanan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
7	Keluhan mahasiswa ditindaklanjuti.	Apakah terdapat mekanisme pengaduan dan tindak lanjut?	Dokumen Pengaduan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 6
DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN
Tujuan Audit
Memastikan pengelolaan administrasi dosen dan tenaga kependidikan dilaksanakan secara tertib, akuntabel, dan sesuai ketentuan yang berlaku.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Data dosen diperbarui secara berkala.	Apakah database dosen selalu diperbarui?	Database Dosen	Dokumen	□S □TS	
2	Data tenaga kependidikan lengkap dan terdokumentasi.	Apakah data tendik tersimpan dengan baik?	Database Tendik	Dokumen	□S □TS	
3	Administrasi kepegawaian dikelola sesuai prosedur.	Apakah administrasi kenaikan pangkat, jabatan, dan mutasi terdokumentasi?	Dokumen Kepegawaian	Dokumen	□S □TS	
4	Pengembangan kompetensi difasilitasi.	Apakah terdapat pelatihan atau workshop bagi dosen dan tenaga kependidikan?	Program/Laporan Pelatihan	Dokumen	□S □TS	
5	Evaluasi kinerja dilakukan secara berkala.	Apakah terdapat bukti penilaian kinerja dosen dan tenaga kependidikan?	Dokumen Penilaian Kinerja	Dokumen	□S □TS	
6	Layanan administrasi kepegawaian berjalan efektif.	Apakah pelayanan administrasi kepegawaian dilaksanakan sesuai standar?	Survei Kepuasan/Laporan Layanan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

STANDAR 7
KEUANGAN
Tujuan Audit
Memastikan pengelolaan administrasi keuangan dilaksanakan secara transparan, akuntabel, efektif, dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Rencana anggaran disusun setiap tahun.	Apakah RKA disusun sesuai kebutuhan dan prosedur?	RKA/RBA	Dokumen	□S □TS	
2	Realisasi anggaran terdokumentasi.	Apakah realisasi anggaran dilaporkan secara berkala?	Laporan Realisasi Anggaran	Dokumen	□S □TS	
3	Pengelolaan transaksi keuangan sesuai SOP.	Apakah seluruh transaksi mengikuti prosedur yang berlaku?	SOP dan Bukti Transaksi	Dokumen	□S □TS	
4	Pelaporan keuangan dilakukan tepat waktu.	Apakah laporan keuangan disampaikan sesuai jadwal?	Laporan Keuangan	Dokumen	□S □TS	
5	Dokumen keuangan diarsipkan dengan baik.	Apakah bukti transaksi dan arsip keuangan tersimpan secara tertib?	Arsip Keuangan	Observasi, Dokumen	□S □TS	
6	Temuan audit keuangan ditindaklanjuti.	Apakah hasil audit internal/eksternal telah ditindaklanjuti?	Laporan Tindak Lanjut Audit	Dokumen	□S □TS	
7	Evaluasi pengelolaan keuangan dilakukan.	Apakah terdapat evaluasi terhadap efektivitas pengelolaan keuangan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 8

SARANA DAN PRASARANA

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang kerja memadai.	Apakah ruang kerja mendukung pelayanan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Peralatan kerja tersedia.	Apakah komputer, printer, dan internet tersedia?	Inventaris	Observasi	□S □TS	
3	Arsip tertata dengan baik.	Bagaimana sistem pengarsipan?	Arsip	Observasi	□S □TS	
4	Pemeliharaan sarana dilakukan.	Apakah ada bukti pemeliharaan?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	
5	Kebutuhan sarana dievaluasi.	Apakah ada usulan pengadaan?	Usulan Pengadaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 9

PENJAMINAN MUTU

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Evaluasi diri dilaksanakan.	Apakah biro menyusun evaluasi diri?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
2	AMI telah dilaksanakan.	Apakah biro mengikuti AMI?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
3	PTK ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK telah diselesaikan?	PTK	Dokumen	□S □TS	
4	RTL dilaksanakan.	Bagaimana progres RTL?	RTL	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah terdapat monitoring RTL?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
UNIT PERPUSTAKAAN
Identitas Audit

Uraian	Keterangan
Unit	Perpustakaan
Auditor	
Ketua Auditor	
Tanggal Audit	

STANDAR 1
VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)
Tujuan Audit

Memastikan Perpustakaan memiliki Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran (VMTS) yang selaras dengan VMTS Universitas sebagai dasar penyelenggaraan layanan perpustakaan dalam mendukung pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi Perpustakaan telah ditetapkan atau mengacu pada VMTS Universitas.	Apakah Perpustakaan memiliki visi yang menjadi arah pengembangan unit?	Dokumen Visi Perpustakaan/SK atau Dokumen Acuan	Dokumen	□S □TS	
2	Misi Perpustakaan telah ditetapkan.	Apakah misi Perpustakaan mendukung peningkatan layanan perpustakaan?	Dokumen Misi Perpustakaan	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan Perpustakaan telah ditetapkan.	Apakah tujuan Perpustakaan mendukung pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi?	Dokumen Tujuan Perpustakaan	Dokumen	□S □TS	
4	Sasaran Perpustakaan telah ditetapkan dan terukur.	Apakah sasaran Perpustakaan memiliki indikator yang dapat dievaluasi?	Dokumen Sasaran Perpustakaan	Dokumen	□S □TS	
5	Program kerja Perpustakaan disusun berdasarkan VMTS.	Apakah program kerja tahunan mengacu pada visi, misi, tujuan, dan sasaran?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
6	VMTS dipahami oleh pustakawan dan tenaga perpustakaan.	Apakah personel memahami arah pengembangan Perpustakaan?	Dokumentasi Sosialisasi/Wawancara	Wawancara	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

Tujuan Audit: Memastikan tata kelola perpustakaan berjalan efektif dalam mendukung layanan akademik.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi perpustakaan tersedia.	Apakah struktur organisasi telah ditetapkan?	SK Struktur Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas petugas tersedia.	Apakah setiap petugas memiliki tupoksi?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan disusun.	Apakah perpustakaan memiliki program kerja?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi.	Bagaimana evaluasi program kerja dilakukan?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
5	SOP layanan tersedia.	Apakah layanan memiliki SOP?	Dokumen SOP	Dokumen	□S □TS	
6	Rapat koordinasi dilaksanakan.	Apakah rapat dilaksanakan secara berkala?	Notulen Rapat	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

LAYANAN PERPUSTAKAAN

Tujuan Audit: Memastikan layanan perpustakaan memenuhi kebutuhan sivitas akademika.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Jam layanan sesuai ketentuan.	Apakah layanan dibuka sesuai jadwal?	Jadwal Layanan	Observasi	□S □TS	
2	Layanan peminjaman berjalan baik.	Bagaimana proses peminjaman dilakukan?	Buku/Sistem Sirkulasi	Observasi, Wawancara	□S □TS	
3	Layanan pengembalian berjalan baik.	Apakah pengembalian tercatat dengan baik?	Data Sirkulasi	Observasi	□S □TS	
4	Koleksi buku sesuai kebutuhan.	Bagaimana penambahan koleksi dilakukan?	Daftar Koleksi	Dokumen	□S □TS	
5	Katalog mudah diakses.	Apakah pengguna dapat mencari koleksi dengan mudah?	Katalog/OPAC	Observasi	□S □TS	
6	Layanan referensi tersedia.	Apakah tersedia layanan referensi?	Dokumentasi	Observasi	□S □TS	
7	Kepuasan pengguna diukur.	Apakah dilakukan survei kepuasan?	Hasil Survei	Dokumen	□S □TS	
8	Keluhan pengguna ditindaklanjuti.	Bagaimana mekanisme tindak lanjut keluhan?	Dokumen Pengaduan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 4

SARANA DAN PRASARANA

Tujuan Audit: Memastikan sarana dan prasarana perpustakaan mendukung layanan yang berkualitas.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang baca memadai.	Apakah ruang baca nyaman dan memadai?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Rak buku dalam kondisi baik.	Apakah rak buku layak digunakan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
3	Komputer layanan tersedia.	Apakah komputer layanan berfungsi?	Inventaris	Observasi	□S □TS	
4	Akses internet tersedia.	Apakah internet mendukung layanan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
5	Inventaris terdokumentasi.	Apakah inventaris diperbarui?	Daftar Inventaris	Dokumen	□S □TS	
6	Pemeliharaan sarana dilakukan.	Apakah terdapat bukti pemeliharaan?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5

PENJAMINAN MUTU

Tujuan Audit: Memastikan perpustakaan menerapkan siklus PPEPP dalam pengelolaan layanan.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Evaluasi diri dilaksanakan.	Apakah perpustakaan menyusun evaluasi diri?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
2	AMI telah dilaksanakan.	Apakah perpustakaan mengikuti AMI?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
3	PTK ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK ditindaklanjuti?	PTK	Dokumen	□S □TS	
4	RTL dilaksanakan.	Bagaimana pelaksanaan RTL?	RTL	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah terdapat monitoring RTL?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

PUSAT DATA DAN TEKNOLOGI INFORMASI (PUSDATIN)

Identitas Audit

Uraian	Keterangan
Unit	Pusat Data dan Teknologi Informasi (PUSDATIN)
Auditor	:
Ketua Auditor	:
Tanggal Audit	:

STANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)

Tujuan Audit

Memastikan PUSDATIN memiliki Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran (VMTS) yang selaras dengan VMTS Universitas sebagai dasar penyelenggaraan layanan teknologi informasi dan pengelolaan data.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi PUSDATIN telah ditetapkan atau mengacu pada VMTS Universitas.	Apakah PUSDATIN memiliki visi yang menjadi arah pengembangan unit?	Dokumen Visi PUSDATIN/SK atau Dokumen Acuan	Dokumen	□S □TS	
2	Misi PUSDATIN telah ditetapkan.	Apakah misi PUSDATIN mendukung penyelenggaraan layanan teknologi informasi?	Dokumen Misi	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan dan sasaran PUSDATIN telah ditetapkan.	Apakah tujuan dan sasaran dapat diukur dan dievaluasi?	Dokumen Tujuan dan Sasaran	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja disusun berdasarkan VMTS.	Apakah program kerja tahunan mengacu pada tujuan dan sasaran unit?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	

5	VMTS dipahami oleh personel PUSDATIN.	Apakah personel mengetahui arah pengembangan unit?	Dokumentasi Sosialisasi/Wawancara	Wawancara	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

Tujuan Audit: Memastikan tata kelola PUSDATIN berjalan efektif dalam mendukung layanan teknologi informasi universitas.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi PUSDATIN tersedia.	Apakah struktur organisasi telah ditetapkan?	SK Struktur Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas personel tersedia.	Apakah setiap personel memiliki tugas dan tanggung jawab yang jelas?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan disusun.	Apakah PUSDATIN memiliki program kerja tahunan?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi secara berkala.	Apakah terdapat laporan evaluasi program kerja?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
5	SOP layanan TIK tersedia.	Apakah seluruh layanan memiliki SOP?	Dokumen SOP	Dokumen	□S □TS	
6	Rapat koordinasi dilaksanakan secara berkala.	Apakah rapat koordinasi terdokumentasi?	Notulen Rapat	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

LAYANAN TEKNOLOGI INFORMASI

Tujuan Audit: Memastikan layanan teknologi informasi berjalan efektif, aman, dan mendukung penyelenggaraan tridharma.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Sistem Informasi Akademik (SIAKAD) berfungsi dengan baik.	Apakah SIAKAD dapat diakses dan digunakan dengan baik?	Laporan Sistem	Observasi	□S □TS	
2	Website universitas diperbarui secara berkala.	Apakah informasi pada website selalu diperbarui?	Website Universitas	Observasi	□S □TS	
3	Email institusi dikelola dengan baik.	Apakah layanan email institusi berjalan dengan baik?	Data Pengguna Email	Dokumen	□S □TS	
4	Layanan bantuan (Helpdesk) tersedia.	Apakah terdapat mekanisme pelayanan gangguan TIK?	Log Helpdesk	Dokumen/Wawancara	□S □TS	
5	Gangguan sistem terdokumentasi.	Apakah setiap gangguan dicatat dan ditindaklanjuti?	Log Gangguan	Dokumen	□S □TS	
6	Backup data dilakukan secara berkala.	Bagaimana mekanisme pencadangan data?	Jadwal & Log Backup	Dokumen	□S □TS	
7	Keamanan data diterapkan.	Apakah terdapat pengamanan akun dan data?	Dokumen Kebijakan/Observasi	Dokumen, Observasi	□S □TS	
8	Data PDDikti/Sistem pelaporan dikelola dengan baik (sesuai kewenangan).	Apakah data yang menjadi tanggung jawab PUSDATIN dikelola dengan baik?	Laporan Sinkronisasi/Data	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 4

SARANA DAN PRASARANA

Tujuan Audit: Memastikan sarana dan prasarana teknologi informasi tersedia, berfungsi, dan mendukung operasional universitas.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang kerja PUSDATIN memadai.	Apakah ruang kerja mendukung pelaksanaan layanan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Server tersedia dan berfungsi.	Apakah server dalam kondisi baik?	Inventaris Server	Observasi	□S □TS	
3	Jaringan internet berfungsi dengan baik.	Apakah jaringan internet stabil?	Observasi/Hasil Uji	Observasi	□S □TS	
4	Komputer dan perangkat kerja tersedia.	Apakah perangkat kerja memadai?	Daftar Inventaris	Observasi	□S □TS	
5	Perangkat jaringan dipelihara secara berkala.	Apakah terdapat jadwal pemeliharaan?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	
6	Inventaris sarana TIK diperbarui.	Apakah inventaris selalu diperbarui?	Daftar Inventaris	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5

PENJAMINAN MUTU

Tujuan Audit: Memastikan PUSDATIN melaksanakan siklus PPEPP dalam penyelenggaraan layanan teknologi informasi.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Evaluasi diri dilaksanakan.	Apakah PUSDATIN menyusun evaluasi diri secara berkala?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
2	Audit Mutu Internal telah dilaksanakan.	Apakah PUSDATIN mengikuti AMI?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
3	Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK telah ditindaklanjuti?	Dokumen PTK	Dokumen	□S □TS	
4	Rencana Tindak Lanjut (RTL) dilaksanakan.	Bagaimana progres pelaksanaan RTL?	Dokumen RTL	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah terdapat monitoring terhadap RTL?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
6	Perbaikan layanan TIK dilakukan berdasarkan hasil evaluasi.	Apakah terdapat bukti peningkatan layanan?	Laporan Peningkatan Mutu	Dokumen	□S □TS	

INSTRUMEN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

PUSAT PENGEMBANGAN BAHASA

Identitas Audit

Uraian	Keterangan
Unit	Pusat Pengembangan Bahasa
Auditor	:
Ketua Auditor	:
Tanggal Audit	:

TANDAR 1

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN (VMTS)

Tujuan Audit

Memastikan Pusat Pengembangan Bahasa memiliki Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran (VMTS) yang selaras dengan VMTS Universitas sebagai dasar penyelenggaraan layanan pengembangan kemampuan bahasa dan pelatihan TOEFL.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Visi Pusat Pengembangan Bahasa telah ditetapkan atau mengacu pada VMTS Universitas.	Apakah Pusat Pengembangan Bahasa memiliki visi sebagai arah pengembangan unit?	Dokumen Visi Pusat Bahasa/SK atau Dokumen Acuan	Dokumen	□S □TS	
2	Misi Pusat Pengembangan Bahasa telah ditetapkan.	Apakah misi mendukung peningkatan kompetensi bahasa sivitas akademika?	Dokumen Misi	Dokumen	□S □TS	
3	Tujuan Pusat Pengembangan Bahasa telah ditetapkan.	Apakah tujuan mendukung penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi?	Dokumen Tujuan	Dokumen	□S □TS	

4	Sasaran Pusat Pengembangan Bahasa telah ditetapkan dan terukur.	Apakah sasaran memiliki indikator kinerja yang dapat dievaluasi?	Dokumen Sasaran	Dokumen	□S □TS	
5	Program kerja disusun berdasarkan VMTS.	Apakah program kerja tahunan mengacu pada visi, misi, tujuan, dan sasaran unit?	Program Kerja Tahunan	Dokumen, Wawancara	□S □TS	
6	VMTS dipahami oleh pengelola dan instruktur.	Apakah personel memahami visi, misi, tujuan, dan sasaran unit?	Dokumentasi Sosialisasi/Wawancara	Wawancara	□S □TS	

STANDAR 2

TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

Tujuan Audit

Memastikan tata kelola Pusat Pengembangan Bahasa berjalan secara efektif dalam mendukung peningkatan kompetensi bahasa sivitas akademika.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Struktur organisasi unit tersedia.	Apakah struktur organisasi telah ditetapkan?	SK Struktur Organisasi	Dokumen	□S □TS	
2	Uraian tugas personel tersedia.	Apakah setiap personel memiliki tugas dan tanggung jawab yang jelas?	SK Tupoksi	Dokumen	□S □TS	
3	Program kerja tahunan disusun.	Apakah unit memiliki program kerja tahunan?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
4	Program kerja dievaluasi.	Apakah terdapat evaluasi terhadap pelaksanaan program?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	
5	SOP layanan tersedia.	Apakah seluruh layanan memiliki SOP?	Dokumen SOP	Dokumen	□S □TS	
6	Rapat koordinasi dilaksanakan.	Apakah rapat koordinasi terdokumentasi?	Notulen Rapat	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 3

LAYANAN PENGEMBANGAN BAHASA

Tujuan Audit

Memastikan seluruh layanan pelatihan dan pengembangan kemampuan bahasa dilaksanakan secara efektif dan sesuai kebutuhan pengguna.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Program pelatihan bahasa disusun setiap tahun.	Apakah terdapat program pelatihan yang terdokumentasi?	Program Kerja	Dokumen	□S □TS	
2	Pelatihan TOEFL dilaksanakan sesuai jadwal.	Apakah pelatihan TOEFL terlaksana sesuai rencana?	Jadwal dan Laporan Pelatihan	Dokumen	□S □TS	
3	Tes TOEFL dilaksanakan sesuai prosedur.	Apakah pelaksanaan tes mengikuti SOP?	SOP dan Jadwal Tes	Dokumen, Observasi	□S □TS	
4	Materi pelatihan tersedia dan diperbarui.	Apakah modul pelatihan tersedia dan sesuai kebutuhan?	Modul Pelatihan	Dokumen	□S □TS	
5	Instruktur memiliki kompetensi yang sesuai.	Apakah instruktur memenuhi kualifikasi yang dipersyaratkan?	SK Penugasan/Sertifikat	Dokumen	□S □TS	
6	Peserta pelatihan terdokumentasi.	Apakah data peserta tersimpan dengan baik?	Daftar Hadir/Rekap Peserta	Dokumen	□S □TS	
7	Sertifikat atau hasil tes diterbitkan sesuai prosedur.	Apakah sertifikat/hasil tes diberikan secara tertib?	Contoh Sertifikat/Rekap Nilai	Dokumen	□S □TS	
8	Kepuasan peserta diukur.	Apakah dilakukan survei kepuasan peserta?	Hasil Survei	Dokumen	□S □TS	
9	Program pelatihan dievaluasi dan diperbaiki.	Apakah terdapat evaluasi dan tindak lanjut program?	Laporan Evaluasi	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 4

SARANA DAN PRASARANA

Tujuan Audit

Memastikan sarana dan prasarana mendukung pelaksanaan pelatihan dan tes bahasa.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Ruang pelatihan tersedia dan layak.	Apakah ruang pelatihan memenuhi kebutuhan?	Observasi	Observasi	□S □TS	
2	Media pembelajaran tersedia.	Apakah LCD, komputer, speaker, dan media lainnya tersedia?	Inventaris	Observasi	□S □TS	
3	Peralatan audio berfungsi dengan baik.	Apakah perangkat listening TOEFL berfungsi dengan baik?	Observasi/Uji Fungsi	Observasi	□S □TS	
4	Komputer (jika tes berbasis komputer) tersedia dan berfungsi.	Apakah perangkat komputer siap digunakan?	Inventaris	Observasi	□S □TS	
5	Inventaris sarana terdokumentasi.	Apakah inventaris diperbarui secara berkala?	Daftar Inventaris	Dokumen	□S □TS	
6	Pemeliharaan sarana dilakukan.	Apakah terdapat bukti pemeliharaan sarana?	Laporan Pemeliharaan	Dokumen	□S □TS	

STANDAR 5

PENJAMINAN MUTU

Tujuan Audit

Memastikan Pusat Pengembangan Bahasa menerapkan siklus PPEPP dalam seluruh layanan yang diberikan.

No	Indikator Audit	Pertanyaan Audit	Bukti Objektif	Teknik Audit	Status	Temuan
1	Evaluasi diri dilaksanakan.	Apakah unit menyusun evaluasi diri secara berkala?	Laporan Evaluasi Diri	Dokumen	□S □TS	
2	Audit Mutu Internal telah dilaksanakan.	Apakah unit telah mengikuti AMI?	Laporan AMI	Dokumen	□S □TS	
3	Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) ditindaklanjuti.	Apakah seluruh PTK telah ditindaklanjuti?	Dokumen PTK	Dokumen	□S □TS	
4	Rencana Tindak Lanjut (RTL) dilaksanakan.	Bagaimana progres pelaksanaan RTL?	Dokumen RTL	Dokumen	□S □TS	
5	Monitoring RTL dilakukan.	Apakah terdapat monitoring terhadap RTL?	Laporan Monitoring	Dokumen	□S □TS	
6	Perbaikan layanan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi.	Apakah terdapat bukti peningkatan mutu layanan?	Laporan Peningkatan Mutu	Dokumen	□S □TS	

F-AMI-05

FORMULIR CHECKLIST KESIAPAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit : ☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro ☐ Unit Penunjang

Nama Pimpinan Unit (Auditee) : .....

Ketua Auditor : .....

Anggota Auditor :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Hari/Tanggal Audit : .....

Waktu : .....

Tempat : .....

B. Checklist Kesiapan Auditor

No	Uraian	Ya	Tidak	Keterangan
1	Surat Tugas Auditor telah diterima.	☐	☐	
2	Jadwal audit telah ditetapkan.	☐	☐	
3	Instrumen Audit AMI telah disiapkan.	☐	☐	
4	Standar SPMI yang akan diaudit telah dipelajari.	☐	☐	
5	Evaluasi Diri Auditee telah dipelajari.	☐	☐	
6	Checklist dokumen audit telah disiapkan.	☐	☐	
7	Formulir temuan audit telah disiapkan.	☐	☐	
8	Berita Acara Audit telah disiapkan.	☐	☐	
9	Auditor memahami ruang lingkup audit.	☐	☐	
10	Auditor siap melaksanakan audit sesuai kode etik auditor.	☐	☐	

C. Checklist Kesiapan Auditee

No	Uraian	Ya	Tidak	Keterangan
1	Evaluasi Diri telah diselesaikan.	☐	☐	
2	Dokumen pendukung telah disiapkan sesuai checklist audit.	☐	☐	
3	Program Kerja tersedia.	☐	☐	
4	Laporan pelaksanaan program tersedia.	☐	☐	
5	Dokumen pendukung tersusun rapi dan mudah ditelusuri.	☐	☐	
6	Dokumen hasil AMI sebelumnya beserta RTL telah disiapkan (jika ada).	☐	☐	
7	Dokumen RTM beserta tindak lanjutnya telah disiapkan (jika ada).	☐	☐	
8	Pimpinan unit siap mengikuti proses audit.	☐	☐	
9	Personel yang diperlukan siap diwawancarai.	☐	☐	
10	Ruang audit beserta sarana pendukung telah disiapkan.	☐	☐	

D. Verifikasi Kesiapan Audit

Aspek	Status
Kesiapan Auditor	☐ Siap ☐ Belum Siap
Kesiapan Auditee	☐ Siap ☐ Belum Siap
Pelaksanaan Audit	☐ Dilanjutkan ☐ Ditunda

E. Catatan Auditor

.....

.....

.....

.....

.....

.....

F. Pernyataan Kesiapan Audit

Dengan ini kami menyatakan bahwa seluruh persiapan Audit Mutu Internal telah dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Audit dapat dilaksanakan berdasarkan jadwal yang telah ditetapkan atau ditunda apabila masih terdapat persyaratan yang belum terpenuhi.

Ketua Auditor	**Pimpinan Unit (Auditee)**	**Mengetahui Ketua LPM**
(.....)	(.....)	(.....)

Tanggal : .....

F-AMI-06A

LEMBAR WAWANCARA AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit : ☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro ☐ Unit

Hari/Tanggal : .....

Auditor : .....

Narasumber : .....

Jabatan : .....

B. Hasil Wawancara

No	Topik/Pertanyaan	Ringkasan Jawaban	Bukti Pendukung	Catatan Auditor
1	VMTS / Tata Kelola			
2	Pelaksanaan Program Kerja			
3	Pelaksanaan Standar SPMI			
4	Monitoring dan Evaluasi			
5	Tindak Lanjut Hasil AMI/RTM			
6	Kendala yang Dihadapi			
7	Upaya Perbaikan yang Dilakukan			
8	Praktik Baik (Good Practice)			
9	Informasi Penting Lainnya			
10	Kesimpulan Wawancara			

C. Kesimpulan Auditor

☐ Informasi sesuai dengan dokumen yang diperiksa.

☐ Terdapat informasi yang memerlukan verifikasi lebih lanjut.

☐ Ditemukan indikasi ketidaksesuaian yang akan ditindaklanjuti pada tahap penyusunan temuan.

Catatan:

.....

.....

.....

.....

D. Tanda Tangan

Auditor	**Narasumber**
(.....)	(.....)

F-AMI-06B

LEMBAR OBSERVASI AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit : ☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro ☐ Unit

Hari/Tanggal : .....

Auditor : .....

Lokasi Observasi : .....

B. Hasil Observasi

No	Objek yang Diobservasi	Hasil Observasi	Bukti Objektif	Kesesuaian
1				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
2				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
3				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
4				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
5				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
6				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
7				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai
8				☐ Sesuai ☐ Belum Sesuai

C. Kesimpulan Observasi

☐ Kondisi lapangan sesuai dengan dokumen dan hasil wawancara.

☐ Ditemukan ketidaksesuaian yang memerlukan tindak lanjut.

☐ Ditemukan peluang peningkatan mutu (Opportunity for Improvement).

Catatan Auditor:

.....

.....

D. Tanda Tangan

Auditor **Pendamping Auditee**

(.....) (.....)

F-AMI-07

BERITA ACARA OPENING MEETING
AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

Nomor : .....
Pada hari ini : .....
Hari/Tanggal : .....
Waktu : .....
Tempat : .....

Telah dilaksanakan Opening Meeting Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas pada unit kerja sebagai berikut:

A. Identitas Auditee

Nama Unit : .....
Jenis Unit :

☐ Fakultas
☐ Program Studi
☐ Lembaga
☐ Biro
☐ Unit Penunjang

Pimpinan Unit : .....

B. Tim Auditor

Ketua Auditor

: .....

Anggota Auditor

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

C. Agenda Opening Meeting

☐ Pembukaan

☐ Perkenalan Tim Auditor dan Auditee

☐ Penyampaian tujuan Audit Mutu Internal

☐ Penyampaian ruang lingkup audit

☐ Penjelasan metode dan tahapan audit

☐ Penyampaian jadwal audit

☐ Konfirmasi kesiapan dokumen audit

☐ Penyampaian kondisi umum unit oleh Auditee

☐ Kesepakatan pelaksanaan audit

☐ Penutup

F-AMI-08

DAFTAR HADIR PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

A. IDENTITAS AUDIT

Unit Kerja/Auditee ;
Fakultas/Unit ;
Standar yang Diaudit ;
Periode Audit ;
Hari/Tanggal Audit ;
Waktu Pelaksanaan ;
Tempat Pelaksanaan ;

B. DAFTAR HADIR

No	Nama	NIP/NIDN/NIM (Jika Diperlukan)	Jabatan/Peran	Unit Kerja	Tanda Tangan
1			Ketua Auditor		
2			Auditor		
3			Auditor		
4			Auditee/Pimpinan Unit		
5					
6					
7					
8					

C. KETERANGAN

Kegiatan:

☐ Opening Meeting

☐ Audit Dokumen

☐ Wawancara

☐ Observasi

☐ Closing Meeting

D. PENGESAHAN

Mengetahui,

Ketua Auditor	**Pimpinan Unit/Auditee**
(_____)	(_____)
Tanggal: _____	Tanggal: _____

Catatan:

Daftar hadir ini merupakan bukti pelaksanaan kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) dan menjadi bagian dari dokumentasi audit.

F-AMI-09

BERITA ACARA CLOSING MEETING AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit : ☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro

☐ Unit Penunjang

Hari/Tanggal : .....

Waktu : .....

Tempat : .....

B. Tim Audit

Ketua Auditor : .....

Anggota Auditor :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

C. Ringkasan Hasil Audit

Uraian	**Jumlah**
Temuan Sesuai (S)	.....
Opportunity for Improvement (OFI)	.....
Observasi (OBS)	.....
Ketidaksesuaian Minor	.....
Ketidaksesuaian Mayor	.....

D. Pokok-Pokok Hasil Audit

.....

.....

.....

.....

.....

E. Klarifikasi Auditee

.....

.....

.....

.....

.....

F. Kesepakatan

☐ Auditee menerima hasil audit sebagai dasar penyusunan Laporan Audit Mutu Internal.

☐ Auditee akan menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) sesuai dengan rekomendasi auditor.

☐ Terdapat klarifikasi tambahan yang akan diverifikasi sebelum laporan audit diselesaikan.

Catatan:

.....

.....

G. Penandatanganan

Dengan ditandatanganinya berita acara ini, auditor dan auditee menyatakan bahwa Closing Meeting telah dilaksanakan serta seluruh hasil audit telah disampaikan dan dipahami sebagai dasar penyusunan Laporan Hasil Audit Mutu Internal.

Tanggal : .....

Ketua Auditor **Pimpinan Unit (Auditee) Mengetahui Ketua LPM**

Ketua Auditor	**Pimpinan Unit (Auditee)**	**Mengetahui Ketua LPM**
(.....)	(.....)	(.....)

F-AMI-10

FORMULIR TEMUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit :

☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro ☐ Unit

Hari/Tanggal Audit : .....

Auditor : .....

B. Temuan Audit

No	Standar/Indikator	Bukti Objektif	Uraian Temuan	Kategori	Rekomendasi
1				☐ S ☐ OFI ☐ OBS ☐ KTS-Minor ☐ KTS-Mayor	
2				☐ S ☐ OFI ☐ OBS ☐ KTS-Minor ☐ KTS-Mayor	
3				☐ S ☐ OFI ☐ OBS ☐ KTS-Minor ☐ KTS-Mayor	
4				☐ S ☐ OFI ☐ OBS ☐ KTS-Minor ☐ KTS-Mayor	
5				☐ S ☐ OFI ☐ OBS ☐ KTS-Minor ☐ KTS-Mayor	

C. Ringkasan Hasil Audit

Kategori	Jumlah
Sesuai (S)	
Opportunity for Improvement (OFI)	
Observasi (OBS)	
Ketidaksesuaian Minor	
Ketidaksesuaian Mayor	

D. Kesimpulan Auditor

.....

.....

E. Persetujuan

Auditor **Pimpinan Unit**

(.....) (.....)

Tanggal : .....

F. Hasil Opening Meeting

.....

.....

.....

.....

G. Kesepakatan

Berdasarkan hasil Opening Meeting disepakati bahwa:

☐ Audit Mutu Internal dapat dilaksanakan sesuai jadwal.

☐ Audit Mutu Internal ditunda dengan alasan:

.....

.....

H. Catatan Auditor

.....

.....

.....

I. Penandatanganan

Dengan ditandatanganinya berita acara ini, kedua belah pihak menyatakan bahwa Opening Meeting telah dilaksanakan dan seluruh informasi yang diperlukan telah disampaikan sebagai dasar pelaksanaan Audit Mutu Internal.

Tanggal: .....

Ketua Auditor	**Pimpinan Unit (Auditee)**	**Mengetahui Ketua LPM**
(.....)	(.....)	(.....)

F-AMI-11

LAPORAN HASIL AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

A. Identitas Audit

Unit yang Diaudit : .....

Jenis Unit : ☐ Fakultas ☐ Program Studi ☐ Lembaga ☐ Biro ☐ Unit

Hari/Tanggal Audit : .....

Ketua Auditor : .....

Anggota Auditor : .....

B. Ruang Lingkup Audit

Standar atau aspek yang diaudit:

.....

C. Ringkasan Pelaksanaan Audit

Kegiatan	Status
Opening Meeting	☑
Audit Dokumen	☑
Wawancara	☑
Observasi	☑
Closing Meeting	☑

D. Ringkasan Temuan Audit

Kategori Temuan	Jumlah
Sesuai (S)	.....
Opportunity for Improvement (OFI)	.....
Observasi (OBS)	.....
Ketidaksesuaian Minor	.....
Ketidaksesuaian Mayor	.....

E. Uraian Temuan dan Rekomendasi

No	Standar	Temuan	Kategori	Rekomendasi
1				
2				
3				
4				

F. Kesimpulan Audit

.....

.....

G. Rekomendasi Umum

.....

.....

H. Tanda Tangan

Ketua Auditor	**Ketua LPM**
(.....)	(.....)

Tanggal : .....

F-AMI-12

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

A. IDENTITAS AUDIT

Uraian	Keterangan
Unit Kerja/Auditee	:
Fakultas/Unit	:
Standar yang Diaudit	;
Periode Audit	:
Tanggal Audit	:
Ketua Auditor	:
Auditor	:

B. IDENTITAS TEMUAN AUDIT

Uraian	Keterangan
Nomor Temuan	:
Kategori Temuan	☐ Observasi ☐ Minor ☐ Mayor
Kriteria/Standar Acuan	:
Uraian Temuan	:
Bukti Objektif	:

C. ANALISIS PENYEBAB KETIDAKSESUAIAN

Uraian	Keterangan
Penyebab Utama (Root Cause)	:
Dampak/Konsekuensi	:

D. RENCANA TINDAKAN KOREKSI

No	Tindakan Koreksi yang Dilakukan	Penanggung Jawab	Target Penyelesaian
1			
2			
3			

E. VERIFIKASI TINDAKAN KOREKSI

Uraian	Keterangan
Bukti Penyelesaian	:
Hasil Verifikasi Auditor/LPM	:
Status Penyelesaian	☐ Selesai ☐ Belum Selesai
Catatan Verifikasi	:

F. PENGESAHAN

Pihak	Nama/Tanda Tangan	Tanggal
Ketua Auditor		
Auditor		
Auditee/Pimpinan Unit		
Ketua LPM		

G. Catatan:

PTK ini digunakan sebagai dokumen pengendalian tindak lanjut hasil Audit Mutu Internal (AMI). Setiap temuan yang memerlukan tindakan perbaikan wajib dituangkan dalam formulir ini dan dipantau sampai dinyatakan selesai melalui proses verifikasi.

F-AMI-13

RENCANA TINDAK LANJUT (RTL) UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

A. IDENTITAS TINDAK LANJUT

Uraian	Keterangan
Unit Kerja/Auditee	:
Fakultas/Unit	:
Periode Audit	:
Nomor PTK	:
Nomor Temuan Audit	:
Tanggal Penyusunan RTL	:

B. RENCANA TINDAK LANJUT HASIL AUDIT

No	Uraian Temuan	Rencana Perbaikan/Tindak Lanjut	Indikator Keberhasilan	Penanggung Jawab	Target Penyelesaian
1					
2					
3					

C. RENCANA BUKTI PENYELESAIAN

No	Jenis Bukti yang Akan Disiapkan	Keterangan
1		
2		
3		

D. CATATAN PELAKSANAAN

Uraian	Keterangan
Kendala Pelaksanaan	
Dukungan yang Dibutuhkan	
Catatan Lainnya	

E. PERSETUJUAN RENCANA TINDAK LANJUT

Pihak	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun RTL				
Pimpinan Unit/Auditee				
Ketua LPM				

F. Catatan

Rencana Tindak Lanjut (RTL) merupakan komitmen auditee dalam menyelesaikan temuan hasil Audit Mutu Internal. Pelaksanaan RTL akan dipantau oleh LPM melalui mekanisme monitoring tindak lanjut sampai temuan dinyatakan selesai.

F-AMI-14

MONITORING TINDAK LANJUT HASIL AUDIT MUTU INTERNAL
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU (LPM)

A. IDENTITAS MONITORING

Uraian	**Keterangan**
Unit Kerja/Auditee	
Fakultas/Unit	
Periode Audit	
Nomor Temuan	
Nomor PTK	
Nomor RTL	
Tanggal Monitoring	

B. HASIL MONITORING TINDAK LANJUT

No	**Uraian Temuan**	**Rencana Tindak Lanjut**	**Bukti Penyelesaian**	**Hasil Verifikasi**	**Status**
1					☐ Selesai ☐ Dalam Proses ☐ Belum Selesai
2					☐ Selesai ☐ Dalam Proses ☐ Belum Selesai
3					☐ Selesai ☐ Dalam Proses ☐ Belum Selesai

C. CATATAN MONITORING

Uraian	Keterangan
Kendala Penyelesaian	
Rekomendasi Perbaikan	
Catatan Auditor/LPM	

D. PENGESAHAN HASIL MONITORING

Pihak	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Auditor/LPM				
Ketua LPM				
Pimpinan nit/Auditee				

Catatan:

Hasil monitoring tindak lanjut menjadi salah satu bahan dalam pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) untuk mengevaluasi efektivitas Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dan menetapkan langkah peningkatan mutu berikutnya.

F-AMI-15

DAFTAR CEKLIS DOKUMEN AUDIT

A. FAKULTAS/SEKOLAH PASCA

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Renstra, Renop	☐
2	Tata Pamong dan Tata Kelola	SK Organisasi, Tupoksi, Program Kerja, Laporan Kinerja	☐
3	Pendidikan	Kalender Akademik, Monitoring Pembelajaran, Evaluasi Pembelajaran, Rekap RPS	☐
4	Kemahasiswaan	Data Mahasiswa, Prestasi, Layanan Kemahasiswaan	☐
5	SDM	Data Dosen, Tendik, BKD, Sertifikat, Pengembangan SDM	☐
6	Keuangan	RKAT, Laporan Realisasi Anggaran, Dokumen Pendukung	☐
7	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Pemeliharaan, Pengadaan	☐
8	Kerja Sama	MoU, MoA, IA, Laporan Kerja Sama	☐
9	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
10	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Notulen, Dokumentasi, Arsip lainnya	☐

B. PRODI

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	VMTS, Renstra, Renop	☐
2	Tata Pamong	SK, Struktur Organisasi, Program Kerja	☐
3	Pendidikan	Kurikulum, CPMK, RPS, Jadwal, Evaluasi Pembelajaran	☐
4	Kemahasiswaan	Data Mahasiswa, Prestasi, Alumni	☐
5	SDM	Data Dosen, BKD, Sertifikat, Jabatan Akademik	☐
6	Penelitian	Roadmap, Proposal, Laporan, Luaran	☐
7	Pengabdian	Roadmap, Proposal, Laporan, Luaran	☐
8	Luaran	Publikasi, HKI, Buku, Prestasi	☐
9	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Laboratorium (jika ada), Ruang Kuliah	☐
10	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐

C. LP2M

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Renstra, Renop LP2M	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK Kepala LP2M, Struktur Organisasi, Tupoksi, Program Kerja	☐
3	Penelitian	RIP, Roadmap Penelitian, Panduan Penelitian, Skema Penelitian, Proposal, Laporan, Luaran Penelitian	☐
4	Pengabdian kepada Masyarakat	Roadmap PKM, Panduan PKM, Proposal, Laporan, Luaran PKM	☐
5	Kerja Sama	MoU, MoA, IA yang mendukung penelitian dan PKM	☐
6	SDM	Data Reviewer, Data Peneliti, Pelatihan, Workshop	☐
7	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Peralatan Pendukung, Dokumen Pemeliharaan	☐
8	PPEPP	Evaluasi Diri, Laporan AMI, PTK, RTL, RTM	☐
9	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Notulen, Dokumentasi, Arsip lainnya	☐

D. LPM

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Renstra, Renop LPM	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK Kepala LPM, Struktur Organisasi, Tupoksi, Program Kerja	☐
3	Dokumen SPMI	Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, Formulir SPMI	☐
4	Audit Mutu Internal	Pedoman AMI, Program AMI, Instrumen AMI, SK Auditor, Jadwal Audit, Laporan Audit	☐
5	Rapat Tinjauan Manajemen	Pedoman RTM, Undangan RTM, Notulen, RTL, Monitoring RTL	☐
6	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring Standar, Evaluasi SPMI, Kepuasan Pengguna	☐
7	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Peralatan, Dokumen Pemeliharaan	☐
8	PPEPP	Dokumen PPEPP, Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
9	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Notulen, Arsip, Dokumentasi	☐

E. BIRO

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	VMTS, Renstra, Renop Unit	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK, Struktur Organisasi, Tupoksi, Program Kerja	☐
3	Dokumen Layanan	Dokumen sesuai jenis layanan biro (akademik, keuangan, umum, kemahasiswaan, dll.)	☐
4	SDM	Data Pegawai, Pelatihan, Evaluasi Kinerja	☐
5	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Pemeliharaan, Pengadaan	☐
6	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
7	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Arsip, Dokumentasi	☐

F. PERPUSTAKAAN

No	**Folder Dokumen**	**Dokumen Utama**	√
1	VMTS	VMTS, Renstra, Renop	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK Kepala, Struktur Organisasi, Program Kerja	☐
3	Layanan Perpustakaan	Statistik Pengunjung, Statistik Peminjaman, Data Koleksi, Repository, OPAC	☐
4	SDM	Data Pustakawan, Pelatihan, Sertifikat	☐
5	Sarana dan Prasarana	Inventaris, Pengembangan Koleksi, Pemeliharaan	☐
6	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
7	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Arsip, Dokumentasi	☐

G. PUSDATIN

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	VMTS, Renstra, Renop	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK, Struktur Organisasi, Program Kerja	☐
3	Layanan Teknologi Informasi	Sistem Akademik, PDDIKTI, Website, Backup Data, Keamanan Sistem	☐
4	SDM	Data Personel, Pelatihan, Sertifikasi	☐
5	Sarana dan Prasarana	Server, Jaringan, Inventaris, Pemeliharaan	☐
6	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
7	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Arsip, Dokumentasi	☐

H. PUSAT BAHASA

No	Folder Dokumen	Dokumen Utama	√
1	VMTS	VMTS, Renstra, Renop	☐
2	Organisasi dan Tata Kelola	SK, Struktur Organisasi, Program Kerja	☐
3	Layanan Pelatihan Bahasa	Panduan TOEFL, Jadwal Pelatihan, Bank Soal, Data Peserta, Sertifikat, Evaluasi Pelatihan	☐
4	SDM	Data Tutor/Instruktur, Pelatihan, Sertifikasi	☐
5	Sarana dan Prasarana	Laboratorium Bahasa, Inventaris, Pemeliharaan	☐
6	PPEPP	Evaluasi Diri, AMI, PTK, RTL, RTM	☐
7	Dokumen Pendukung	SOP, IK, Arsip, Dokumentasi	☐

E. Verifikasi Kelengkapan Dokumen

Status	Keterangan
☐ Lengkap	Seluruh dokumen telah tersedia dan siap diaudit.
☐ Belum Lengkap	Masih terdapat dokumen yang harus dilengkapi sebelum audit dilaksanakan.

F. Catatan

.....

.....

.....

G. Persetujuan

Disiapkan oleh Auditee	Diperiksa oleh Auditor
(.....)	(.....)

Tanggal : .....