



PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

STIKES YARSI PONTIANAK
REVISI II TAHUN 2024



CENDIKIA BERAKHLAK MULIA

✉ info@stikesyarsi-pontianak.ac.id

🌐 www.stikesyarsi-pontianak.ac.id

☎ Telp. (0851) 732927 | Fax. (0861) 749478



**PEDOMAN
AUDIT MUTU INTERNAL**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM
PONTIANAK
2024**



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM (STIKES YARSI) PONTIANAK

SK MENDIKNAS RI NOMOR : 120/D/O/2009 Tanggal 3 Agustus 2009

Alamat : Jl Panglima A'Im No. 1 Pontianak Timur 78232 - Kalimantan Barat | Telp./Fax. (0561) 732927 - 749478 | Hp.082152520500 | E-mail : stikesyarsiptk@yahoo.com | Website : www.stikesyarsi-pontianak.ac.id

**KEPUTUSAN KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM (YARSI) PONTIANAK
NOMOR : 300/SK/STIKes.YSI/VI/2024
TENTANG
PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM (STIKES YARSI) PONTIANAK
REVISI II TAHUN 2024**

KETUA STIKES YARSI PONTIANAK

- MENIMBANG** :
- Bahwa dalam rangka memastikan implementasi sistem manajemen sesuai dengan tujuan/sasaran, mengidentifikasi peluang perbaikan sistem penjaminan mutu, mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu, dan memastikan sistem manajemen memenuhi standar/regulasi dipandang perlu untuk melaksanakan audit mutu internal;
 - Bahwa agar pelaksanaan audit mutu internal dapat berjalan secara optimal, terencana, bermutu, dan terarah, perlu diterbitkan pedoman pelaksanaan;
 - Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b di atas, dipandang perlu ditetapkan pedoman melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) STIKes YARSI Pontianak dengan keputusan Ketua.
- MENINGAT** :
- Undang - Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
 - Undang - Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
 - Peraturan Pemerintah Nomor 4 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
 - Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
 - Surat Keputusan Menteri Pendidikan Nasional RI Nomor 120/D/O/2009 tanggal 03 Agustus 2009, tentang izin pembukaan Program Studi S-1 Keperawatan dan Perubahan bentuk AKPER Yarsi Pontianak menjadi STIKes Yarsi Pontianak yang diselenggarakan oleh Yayasan Rumah Sakit Islam (YARSI) Pontianak;
 - Peraturan Yayasan Rumah Sakit Islam No.021 tahun 2022 tentang Statuta STIKes Yarsi Pontianak;
 - Keputusan Pengurus Yayasan Rumah Sakit Islam No. 012 tahun 2022 tanggal 01 September 2022 tentang pengangkatan Ketua STIKes YARSI Pontianak masa bhakti 2022-2026.
- MEMPERHATIKAN** : Surat Ka. LPPM STIKes YARSI Pontianak, tanggal 13 Juni 2024 nomor : 020/LPPM/STIKes.YSI/VI/2024 perihal Permohonan diterbitkan Surat Keputusan (SK).

MEMUTUSKAN

- MENETAPKAN** : KEPUTUSAN KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM (STIKES YARSI) PONTIANAK TENTANG PEDOMAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM (STIKES YARSI) PONTIANAK REVISI II TAHUN 2024.
- PERTAMA** : Bahwa pedoman Audit Mutu Internal (AMI) STIKes YARSI Pontianak Revisi II Tahun 2024 merupakan panduan bagi pelaksanaan audit mutu internal di STIKes YARSI Pontianak sebagaimana terlampir;
- KEDUA** : Segala biaya yang timbul diakibatkan dari keputusan ini dibebankan kepada anggaran Pendidikan STIKes YARSI Pontianak;
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Pontianak
Pada tanggal : 25 Juni 2024

Ketua,

Ns. Uti Rusdian Hidayat, M. Kep
NIK. 3198805201111 1 014

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, wr.wb

Puji Syukur Kehadirat Allah Subhanawata'ala, senantiasa melimpahkan rahamt dan hidayahNya pada kita semua. Shalawat dan salam tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW berserta sahabat, keluarga dan pengikutnya hingga akhir zaman.

Alhamdulillahrabbi'l'aalamiin buku panduan audit mutu internal STIKes Yarsi Pontianak Tahun 2024 dapat terselesaikan dengan baik. Buku pedoman AMI ini memberikan gambaran tentang pelaksanaan AMI yang diharapkan STIKes Yarsi Pontianak dapat melaksanakan AMI secara berkelanjutan. Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, manajemen SPMI meliputi Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pemenuhan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP.

Pedoman ini bertujuan untuk memandu pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) dilingkungan STIKes Yarsi Pontianak. AMI merupakan merupakan bagian yang sangat penting dalam pelaksanaan system penjaminan mutu internal. Dengan pelaksanaan AMI, diharapkan ada perbaikan dan peningkatan yang berkelanjutan dari system penjaminan mutu. Sehingga kedepannya STIKes Yarsi Pontianak dapat menciptakan budaya mutu yang baik dan berkelanjutan. Panduan Audit Mutu Internal ini diharapkan dapat menjadi acuan semua pihak yang terkait dengan pelaksanaan AMI dilingkungan STIKes Yarsi Pontianak.

Tujuan audit ini merupakan bentuk monitoring dan evaluasi agar STIKes Yarsi Pontianak selalu berbenah dan meningkatkan kualitas dalam memberikan pelayanan akademik. Semoga buku ini bermanfaat bagi auditor, unit-unit, maupun perangkat kerja lainnya di STIKes Yarsi Pontianak.

Pontianak, Juni 2024
Ketua
STIKes Yarsi Pontianak

Ns. Uti Rusdian Hidayat, M.Kep.

DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul.....	i
LEMBAR SURAT KEPUTUSAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR SKEMA	vii
BAB I TINJAUAN AUDIT MUTU INTERNAL.....	1
A. Pengertian Audit Mutu Internal.....	1
B. Tujuan AMI	2
C. Manfaat AMI.....	2
BAB II AUDITOR DAN AUDITEE.....	3
A. Auditor	3
B. Auditee	4
C. Kode Etik Auditor Mutu Internal STIKes Yarsi Pontianak	5
BAB III AUDIT MUTU INTERNAL	7
A. Siklus Audit Mutu Internal	7
B. Pelaksanaan Audit Mutu Internal	8
C. Teknik Audit Mutu Internal	17
BAB IV AUDIT BERBASIS RESIKO	18
A. Pengertian Audit Berbasis Resiko	18
B. Tujuan dan Ruang Lingkup	18
C. Pelaksanaan Audit Berbasis Risiko.....	18
BAB V RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN.....	19
A. Pengertian Rapat Tinjauan Manajemen	19
B. Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen.....	19
C. Prinsip Dasar Rapat Tinjauan Manajemen.....	19
D. Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen	19
E. Komponen Rapat Tinjauan Manajemen	20
F. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen.....	21
G. Luaran Rapat Tinjauan Manajemen	21
BAB VI PENUTUP.....	22
REFERENSI.....	23

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Aktivitas dan Pelaksana Audit Mutu Internal	7
Tabel 3. 2 Contoh daftar check list	10
Tabel 3. 3 Penjelasan PLOR berdasarkan temuan Audit.....	13
Tabel 3. 4 Formulir penulisan temuan audit.....	13
Tabel 3. 5 Perbedaan KTS MINOR dan KTS MAYOR.	14
Tabel 3. 6 Perbedaan KTS MINOR dan KTS MAYOR.	14
Tabel 3. 7 Formulir Permintaan Tindakan Koreksi	16
Tabel 5. 1 Pembahasan tindaklanjut hasil audit pada RTM	20

DAFTAR SKEMA

Skema 1. 1 AMI dalam siklus PPEPP	1
Skema 3. 1 Mekanisme Audit Mutu Internal STIKes Yarsi Pontianak.....	7

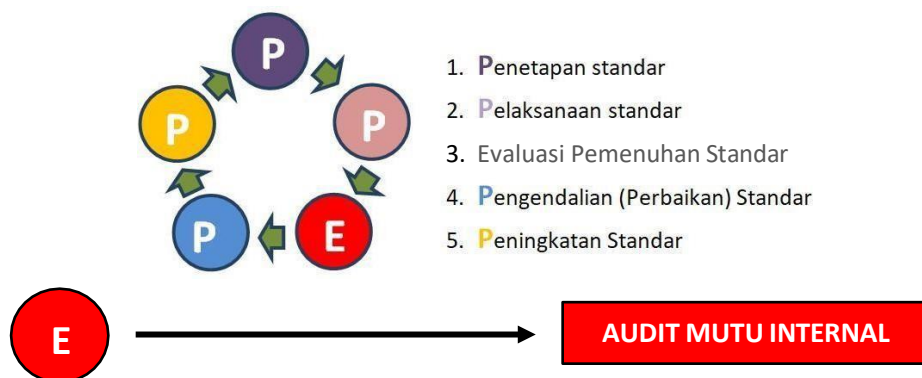
BAB I TINJAUAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian Audit Mutu Internal

Untuk mengukur tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi, dilakukan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi pasal 68 ayat (2), telah mengamanatkan bahwa evaluasi pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi dilakukan melalui Audit Mutu Internal (AMI)¹.

Audit adalah serangkaian kegiatan yang sistematis, independen, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit (*audit evidence*) dan mengevaluasinya secara objektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit (*audit criteria*) terpenuhi. Audit internal disebut juga *first party* audit karena dilakukan oleh internal lembaga. Bagi lembaga yang telah menerapkan sebuah sistem manajemen mutu, audit internal merupakan salah satu kegiatan wajib yang harus dijalankan oleh lembaga (Klausul 8.2.2 Audit Internal ISO 9001:2008)².

Audit mutu internal (AMI) STIKes Yarsi adalah bagian dari siklus SPMI dimana kegiatan audit bersifat independen dan objektif untuk mengevaluasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar yang telah ditetapkan. Berikut adalah penjelasan posisi AMI STIKes Yarsi Pontianak dalam Siklus PPEPP (Skema 1.1)



Skema 1. 1 AMI dalam siklus PPEPP

AMI merupakan bagian dalam siklus SPMI. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, menjelaskan bahwa AMI merupakan bagian siklus evaluasi (E) dalam PPEPP. Oleh

karena itu, evaluasi dilakukan terhadap pelaksanaan semua Standar Pendidikan Tinggi. Dari segi pihak yang melaksanakan, evaluasi dapat dilakukan oleh pelaksana standar, pejabat di atasnya, atau oleh auditor mutu internal¹.

B. Tujuan AMI

Tujuan AMI oleh STIKes Yarsi Pontianak adalah:

1. Memastikan implementasi sistem manajemen sesuai dengan tujuan/sasaran STIKes Yarsi Pontianak.
2. Memeriksa (menemukenali) kesesuaian atau ketidaksesuaian unsur-unsur sistem mutu dengan standar yang telah ditentukan dalam penyelenggaraan pelayanan pendidikan STIKes Yarsi Pontianak.
3. Sebagai evaluasi dari efektivitas penerapan system penjaminan mutu.
4. Memastikan sistem manajemen memenuhi standar/regulasi.

C. Manfaat AMI

Manfaat AMI STIKes Yarsi Pontianak:

1. Diperolehnya rekomendasi peningkatan mutu perguruan tinggi.
2. Membantu pengambil keputusan menilai kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja terkait.
3. Sebagai referensi bagi manajemen STIKes Yarsi Pontianak dalam merumuskan dan menetapkan skala prioritas.
4. Mengurangi resiko yang mungkin terjadi di perguruan tinggi seperti risiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama resiko reputasi.

BAB II

AUDITOR DAN AUDITEE

A. Auditor

1. Ketentuan Auditor STIKes Yarsi Pontianak

STIKes Yarsi Pontianak menetapkan auditor internal berdasarkan kompetensi dan independen. Kompeten ditandai dengan kemampuan seorang auditor yang terampil, ahli, berwenang dan cermat. Terampil dan ahli merupakan orang yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan audit mutu, memiliki kemampuan manajerial, serta berwibawa dan disegani dalam organisasi. Independen merupakan tindakan tidak terlibat dalam pekerjaan teraudit (auditee). Auditor diberi kewenangan dalam melakukan audit. Kewenangan ini ditandai dengan penugasan dari pimpinan. Auditor tidak boleh berpikir, bersikap, dan bertindak (interrogator, investigator, provokator, instructor, kolaborator). Auditor harus bertindak justru sebaliknya dari yaitu konselor, fasilitator atau motivator dan inspirator.

2. Kriteria, kualifikasi dan karakteristik Auditor Mutu Internal STIKes Yarsi Pontianak

a. Kriteria dan kualifikasi

STIKes Yarsi Pontianak dalam menetapkan auditor mutu internal perlu harus memenuhi kriteria dan kualifikasi sebagai berikut:

- 1) Masa kerja manajerial minimal dua tahun.
- 2) Ketua Auditor memiliki jabatan fungsional lektor.
- 3) Jabatan fungsional anggota minimal asisten ahli.

b. Karakteristik

Selain memiliki kriteria dan kualifikasi, auditor mutu internal STIKes Yarsi Pontianak wajib memiliki sikap antara lain:

- 1) Auditor harus bersikap netral (tidak memihak).
- 2) Tanpa prasangka (berfikir positif).
- 3) Senantiasa menghindarkan diri dari kemungkinan timbulnya pertentangan kepentingan (konflik kepentingan).
- 4) Auditor tidak mengaudit pekerjaan / program studi yang menjadi tanggung jawabnya sendiri.
- 5) Jujur dan tidak bias dalam melakukan penilaian.
- 6) Ramah, santun & dapat bekerjasama.

Auditor mutu internal harus menolak melaksanakan penugasan AMI jika pada institusi tersebut yang pada masa sebelumnya pernah menjadi tanggung jawabnya. Objektivitas auditor mutu internal dianggap terkendala apabila auditor melakukan AMI pada kegiatan yang pernah menjadi tanggung jawabnya pada waktu sebelumnya.

Dalam pelaksanaan AMI, auditor dibagi menjadi ketua dan anggota. Ketua tim auditor diusahakan dari auditor senior atau mempunyai kedudukan yang relatif sama dengan pimpinan teraudit (misal jika pimpinan teraudit lektor, maka ketua tim diusahakan juga lektor), namun hal tersebut tidak menjadi keharusan. Selain itu, auditor internal STIKes Yarsi Pontianak harus memiliki beberapa kemampuan antara lain:

- 1) Terampil berkomunikasi dan berbahasa
- 2) Cakap dalam menjelaskan dan mengikuti aturan
- 3) Diplomatis
- 4) Punya rasa ingin tahu dan pengamat yang baik (banyak mengamati)
- 5) Dapat mengendalikan diri
- 6) Mampu menjadi pemimpin (sebagai lead auditor) maupun follower/ anak buah (anggota auditor)
- 7) Pendengar yang baik

3. Wewenang Auditor Mutu Internal

Auditor memiliki wewenang dan kewajiban yang harus dilaksanakan. Wewenang auditor AMI yaitu sebagai berikut:

- a. Melakukan evaluasi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja sebagai auditee sesuai dengan ruang lingkungannya
- b. Mengumpulkan dan menganalisis bukti
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik yaitu salah satunya adalah menjaga kerahasiaan dokumen yang diaudit
- d. Melaksanakan tugas secara obyektif
- e. Mampu menjawab pertanyaan
- f. Memberikan catatan, saran, dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keterkaitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan

B. Auditee

Auditee adalah entitas organisasi atau bagian/unit organisasi operasional dan program termasuk proses, aktivitas dan kondisi tertentu yang diaudit. STIKes Yarsi Pontianak dalam menentukan Auditee dapat memilih dari tiga metode berikut ini:

1. Seleksi secara sistematis.

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

2. *Ad Hoc Audits*

Metode ini digunakan dengan mempertimbangkan bahwa operasi tidak

selalu berjalan tepat seperti yang direncanakan. Pimpinan menugaskan auditor internal untuk mengaudit bidang/area fungsional tertentu yang dipandang bermasalah. Dengan demikian pimpinan memilih auditee bagi auditor internal.

3. *Auditee Requests*

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

C. Kode Etik Auditor Mutu Internal STIKes Yarsi Pontianak

Kode etik auditor di dalam AMI adalah sebagai berikut:

1. Integritas

Auditor di dalam AMI harus melakukan audit dengan ketentuan berikut ini:

- a. Melakukan pekerjaan auditor dengan kejujuran, ketekunan, dan tanggung jawab.
- b. Mentaati hukum dan membuat pengungkapan yang diharuskan oleh ketentuan perundang-undangan dan profesi.
- c. Sadar tidak boleh terlibat dalam aktivitas ilegal apapun, atau terlibat dalam tindakan yang memalukan untuk profesi ataupun organisasi.
- d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etis dari organisasi.

2. Objektivitas

Auditor di dalam AMI, harus memenuhi ketentuan berikut ini:

- a. Tidak akan berpartisipasi dalam kegiatan yang dapat mengganggu aktivitas auditor. Partisipasi ini meliputi kegiatan yang mungkin bertentangan dengan kepentingan organisasi.
- b. Tidak akan menerima apa pun yang dapat mengganggu profesionalitas auditor.
- c. Mengungkapkan semua fakta material yang auditor ketahui, yang jika tidak diungkapkan dapat mengganggu pelaporan kegiatan yang sedang diperiksa.

3. Kerahasiaan

Auditor di dalam AMI harus melakukan:

- a. Berhati-hati dalam penggunaan dan kerahasiaan informasi yang diperoleh dalam tugas auditor
- b. Tidak akan menggunakan informasi untuk keuntungan pribadi atau dengan cara apapun yang akan bertentangan dengan ketentuan perundangan atau merugikan tujuan dan etika dari organisasi.

4. Kompetensi

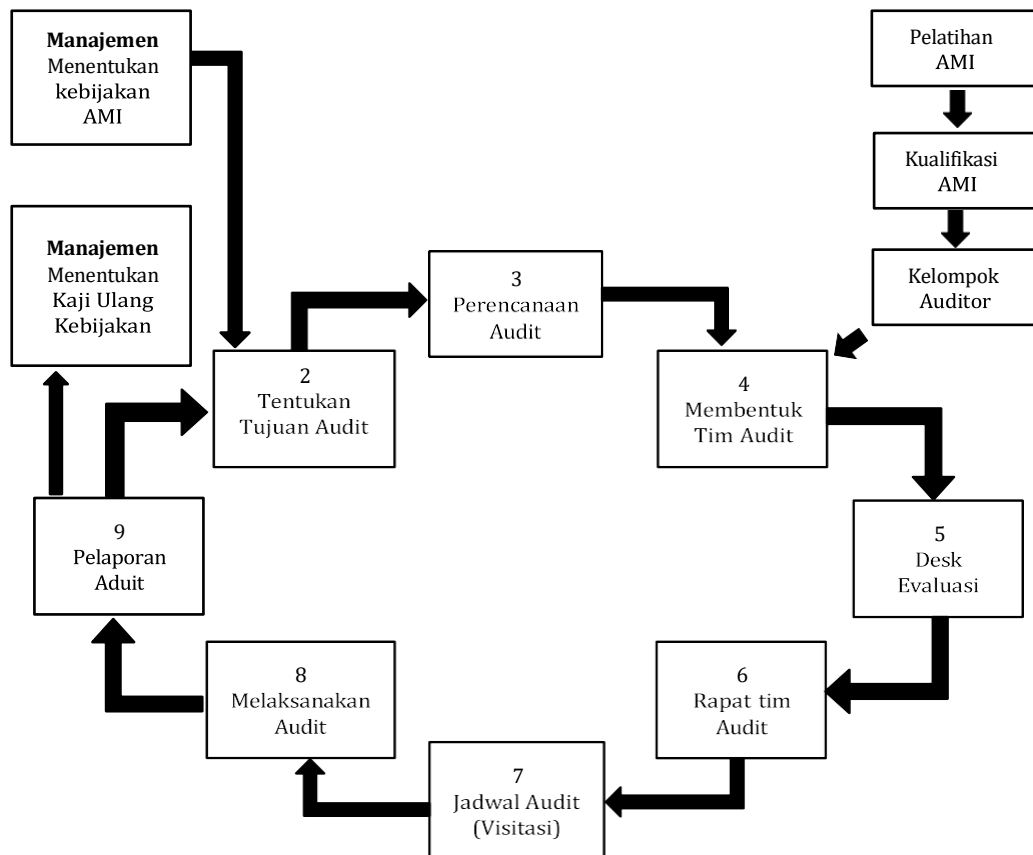
Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Hanya akan memberikan layanan sepanjang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan.
- b. Melakukan Audit Mutu Internal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- c. Akan terus-menerus meningkatkan kemampuan dan efektivitas serta kualitas layanan auditor.

BAB III AUDIT MUTU INTERNAL

A. Siklus Audit Mutu Internal

Pelaksanaan setiap aktivitas dalam audit mutu internal digambarkan dalam skema 3.1.



Skema 3.1 Mekanisme Audit Mutu Internal STIKes Yarsi Pontianak

Siklus audit mutu internal dilakukan melalui berbagai aktivitas dan penanggung jawab dalam setiap tahapannya yang dirangkum dalam sebuah siklus yang terperinci (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Aktivitas dan Pelaksana Audit Mutu Internal

No	Aktivitas	Pelaksana
1	Membuat kebijakan tentang audit mutu internal	Manajemen, PM
2	Menetapkan tujuan audit	PM
3	Merencanakan audit tahunan (menetapkan sasaran dan lingkup audit)	PM
4	Membentuk tim audit	PM

5	Melakukan audit dokumen dan menyiapkan daftar pengecekan (desk evaluasi)	PM dan Auditor
6	Menyelenggarakan rapat tim audit	Auditor
7	Menetapkan jadwal audit	PM, Auditor dan Auditee
8	Melaksanakan audit di tempat obyek audit (Audit kepatuhan)	Auditor
9	Menyusun laporan audit [Temuan (KTS, OB) & PTK]	Auditor, Auditee
10	Melakukan kajiulang oleh manajemen	Manajemen

B. Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Aktivitas AMI meliputi perumusan kebijakan dan tujuan audit, penentuan lingkup dan area, penentuan auditor, desk evaluasi (audit dokumen), rapat tim audit, penentuan jadwal dan tempat, audit lapangan (audit kepatuhan), pelaporan audit³.

1. Perumusan kebijakan dan tujuan audit

STIKes Yarsi perlu menetapkan kebijakan pelaksanaan AMI berdasarkan beberapa pertimbangan. AMI STIKes Yarsi Pontianak dilaksanakan karena adanya kebutuhan institusi untuk selalu melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan, sehingga AMI dapat dilakukan secara periodic yang sesuai dengan siklus SPMI (merupakan siklus yang berkelanjutan). Selanjutnya, AMI juga bisa dilakukan karena adanya kebutuhan STIKes Yarsi Pontianak (bukan merupakan bagian dari siklus). Misalnya; pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi dari setiap standar yang telah ditetapkan seperti standar pendidikan, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat dan atau standar lainnya yang dianggap perlu.

2. Perencanaan audit

Perencanaan AMI dilakukan oleh LPM STIKes Yarsi Pontianak. Dalam hal ini LPM bertanggung jawab atas jalannya proses audit dari ruang lingkup/standar, sosialisasi standar AMI, sampai dengan distribusi laporan hasil AMI. Perencanaan AMI STIKes Yarsi Pontianak perlu menentukan ruang lingkup AMI. Ruang lingkup AMI meliputi 24 standar sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN Dikti) dan standar lain yang ditetapkan sendiri oleh perguruan tinggi atau perguruan tinggi menentukan lingkup secara bertahap sesuai prioritas.

Ruang lingkup AMI harus mencakup pemeriksaan kecukupan dan efektifitas struktur pengendalian internal serta kualitas kinerja perguruan tinggi dalam melaksanakan tanggung jawab pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Misalnya; ruang lingkup AMI hanya sebatas fungsi akademik saja, dimana tujuan AMI adalah untuk menganalisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang penyempurnaan akademik pada sebuah Perguruan Tinggi. Contoh; Tahun 2020 ruang lingkup AMI dibatasi hanya pada pelaksanaan standar Pendidikan, Proses dan pengendalian nya serta Evaluasi dan

perbaikan yang telah dilakukan terhadap pelaksanaan standar Pendidikan.

Area/Obyek adalah unit yang akan dilakukan audit, dapat meliputi semua aras dan unit kegiatan dalam perguruan tinggi. AMI STIKes Yarsi Pontianak meliputi unit, bagian, dan/atau satuan yang menjadi obyek audit, misalnya laboratorium, bidang akademik dan kemahasiswaan, bidang pendidikan, bagian keuangan, perpustakaan, unit teknologi informasi dan/atau bagian umum. Obyek audit dapat dilakukan pula pada dokumen. Adapun beberapa dokumen yang dapat dijadikan obyek AMI adalah:

a. Tingkat STIKes Yarsi Pontianak

Beberapa dokumen tingkat STIKes yang dapat dijadikan obyek AMI seperti rencana induk pengembangan (RIP), rencana strategi (Renstra), rencana operasional (Renop), kebijakan mutu, manual mutu, standar mutu, buku panduan akademik, pedoman umum kepegawaian, prosedur mutu, dan dokumen lainnya.

b. Tingkat Program Studi

Beberapa dokumen program studi yang dapat dijadikan obyek AMI seperti Kurikulum, Pedoman bimbingan tugas akhir, SK penetapan pengampu mata kuliah, rencana pembelajaran semester (RPS), modul mata kuliah, prosedur mutu pembelajaran, jadwal perkuliahan, dan dokumen-dokumen lainnya.

3. Penentuan tim audit

STIKes Yarsi Pontianak dalam melaksanakan AMI perlu menetapkan tim audit mutu internal. Kegiatan AMI bukanlah suatu kegiatan untuk mencari kesalahan atau kekurangan melainkan audit bertujuan untuk membantu teraudit dalam mencari ruang peningkatan, sehingga pihak yang terlibat dalam proses audit harus bahagia dan tidak terpaksa dalam menjalankan dan menerima tugas tersebut. STIKes wajib menetapkan auditor dalam jumlah ganjil dan lebih dari satu orang. Dalam tim auditor terdapat 1 (satu) orang ketua tim yang dinamakan *Lead auditor*, dan anggota auditor. Mekanisme penentuan tim audit dapat dilihat pada Bab II.

4. Desk *evaluation* (audit dokumen) dan rapat auditor

Audit dokumen adalah aktifitas dalam pemeriksaan dokumen pendukung bukti mutu dari pelaksanaan standar. Pemeriksaan dokumen yang dimiliki oleh auditee lazim disebut audit kecukupan atau *desk evaluation*. Hasil dari pelaksanaan audit dokumen: berupa daftar checklist atau daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada auditee saat audit kepatuhan / visitasi. Audit dokumen/sistem dipimpin oleh ketua tim auditor untuk mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan⁴. Dokumen ini meliputi dokumen yang berisi standar dan peraturan, dokumen yang berisi panduan bagaimana melakukan proses untuk memenuhi standar dan dokumen yang berisi bukti pelaksanaan serta hasilnya³. Persiapan dalam audit dokumen yaitu:

a. Kenali proses yang akan diaudit (input, proses, output, pelaksana

dan pengguna)

- b. Identifikasi persyaratan standar dan peraturan yang berlaku
- c. Identifikasi resiko/potensi kegagalan dan kondisi kritis proses
- d. Review kesesuaian dokumentasi
- e. Buat checklist atau daftar pertanyaan bila perlu

Dalam audit dokumen ketua tim auditor membacakan identitas auditee/ teraudit, lingkup audit, dokumen yang tersedia. Ketua tim auditor membagi tugas kepada semua anggota tim tentang dokumen yang harus diaudit yang menjadi tanggung jawabnya. Audit dokumen dapat dilaksanakan dengan cara berikut³:

- a. Memeriksa ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan SPMI.
- b. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- c. Memeriksa pemenuhan Standar Pendidikan tinggi pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan.
- d. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar.

Dari hasil audit terhadap dokumen/*desk evaluation* akan dihasilkan daftar pertanyaan/*checklist*. *Checklist* berisi tentang ketidackukupan, potensi penyimpangan ataupun penyimpangan dari sistem mutu yang dilaksanakan khususnya dalam standar. Setiap auditor biasanya menyiapkan sejumlah pertanyaan dari dokumen yang diperiksa.

Beberapa bentuk contoh daftar *check list* ditunjukkan dalam Tabel 3.2:

Tabel 3. 2 Contoh daftar check list

No	Referensi/ Standar Butir Mutu	Pertanyaan	Hasil Observasi/ Audit/ Visitasi (catatan audit)	Y*	T*	Catatan Khusus
1.	Acuan butir mutu atau aturan A.3.....	Apakah Prodi melakukan peninjauan secara berkala terhadap proses pembelajaran?				
2.	Acuan butir mutu atau aturan A.3.....	Apakah semua dosen melaksanakan penilaian/asesmen sesuai dengan perencanaan yang telah dituliskan pada RPS?				

Keterangan: Y= Ya, T= Tidak, Catatan khusus berisi catatan dan tindakan perbaikan yang harus dilakukan.

Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan rapat. Rapat juga digunakan untuk menentukan langkah kedua yaitu audit kepatuhan atau audit lapangan. Manfaat

daftar pertanyaan adalah sebagai pedoman tim auditor dalam pelaksanaan AMI visitasi sehingga proses AMI tetap sesuai perencanaan.

5. Penentuan jadwal dan tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan siklus yang telah ditetapkan oleh penjaminan mutu atau berdasarkan kebutuhan khusus yang ditentukan oleh pimpinan. Audit STIKes Yarsi Pontianak dilaksanakan pada akhir tahun akademik. AMI dapat dilaksanakan pada bulan Oktober dan atau sesuai dengan kebijakan. Jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan klien (manajemen), teraudit, dan auditor dalam rentang jadwal yang telah disediakan oleh penjaminan mutu STIKes Yarsi Pontianak atau berdasarkan kebijakan STIKes Yarsi Pontianak.

Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta pihak yang akan ditemui atau diwawancara. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih. Tempat AMI sebaiknya suatu tempat yang nyaman untuk membaca, menulis dan melakukan wawancara

Dalam pelaksanaan audit beberapa hal harus diperhatikan seperti penyegaran kembali bagi auditor melalui seminar, pelatihan audit mutu internal atau dalam bentuk kegiatan lainnya yang bertujuan mempersiapkan auditor yang handal. Selain itu, auditee harus memahami mekanisme audit mutu internal.

Setelah mempersiapkan kegiatan audit mutu internal, selanjutnya adalah kunjungan auditor ke lembaga, unit atau program studi yang menjadi auditee. Data audit ini kemudian dijadikan sebagai basis bagi auditor untuk melakukan evaluasi dan analisis terhadap pencapaian standar mutu yang diberlakukan. Hasil atau temuan yang diperoleh selama proses audit kemudian di paparkan kepada auditee. Auditor menyampaikan laporan pendahuluan yang berisi temuan-temuan atas kerja audit yang dilakukan. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa hasil yang akan dirumuskan tidak ada persoalan dan pihak-pihak terkait dapat menerimanya.

6. Pelaksanaan audit kepatuhan (visitasi lapangan)

Audit lapangan/visitasi (audit kepatuhan/compliance) merupakan tahapan kedua dalam pelaksanaan AMI. Tahapan ini dilakukan setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan telah ditetapkan dan disetujui oleh tim auditor dan teraudit/auditee. Audit lapangan dilakukan untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan pada daftar *checklist*. Apabila AMI ini dilaksanakan di

tingkat Program Studi maka verifikasi idealnya dilakukan terhadap pimpinan program studi dosen, tenaga kependidikan, kepala laboratorium, mahasiswa, sampai pada alumni dan pengguna alumni. Hal – hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan yang ditemukan saat verifikasi maka dicatat sebagai temuan.

Tahapan audit kepatuhan adalah sebagai berikut:

- a. Pertemuan pembukaan dengan Auditee, dengan ketentuan:
 - 1) Ketua tim auditor memperkenalkan seluruh anggota tim
 - 2) Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit dan lingkup audit
 - 3) Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit untuk disetujui oleh teraudit
 - 4) Ketua tim auditor mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya dan fasilitas
 - 5) Ketua tim auditor mengkonfirmasi tentang kerahasiaan.
- b. Pelaksanaan audit, dimana tim auditor melakukan hal-hal berikut ini:
 - 1) Peninjauan hasil audit sebelumnya
Auditor perlu memastikan tindak lanjut temuan AMI sebelumnya telah dilakukan dengan baik (*closed*). Apabila dijumpai keadaan bahwa temuan terdahulu belum dilakukan tindak lanjut makatemuan tersebut ditulis kembali menjadi temuan AMI dengan kategori temuan yang lebih berat misalnya dari observasi (OB) ke ketidaksesuaian (KTS).
 - 2) Audit dilakukan dengan berpedoman pada checklist yang telah dibuat pada saat audit dokumen/desk evaluation / audit sistem.
 - 3) Tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketidaksesuaian yaitu:
 - a) Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar
 - b) Segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar.
 - c) Segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk / jasa.
- c. Pertemuan internal dengan tim auditor
Setelah verifikasi selesai maka auditor akan melaksanakan rapat. Rapat tersebut digunakan untuk merumuskan temuan yang telah didapatkan oleh setiap auditor dan menentukan kategori dari temuan.
 - 1) Perumusan temuan
Temuan harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga teraudit mudah dalam melakukan tindak lanjut. Temuan yang baik langsung menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, belum ada sistem yang dapat memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan ke pihak teraudit harus didiskusikan dan mendapat kesepakatan dari semua anggota Tim Auditor. Salah satu pendekatan penulisan pernyataan temuanaudit dapat dirumuskan dengan mengikuti rumusan **PLOR**.

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

Berikut contoh pernyataan temuan audit dengan menggunakan Formula PLOR.

“Ada ketidaksesuaian antara Standar Proses Pembelajaran dengan kenyataan yang ada di Prodi “X” yang telah mendapat konfirmasi saat audit kepatuhan dari Ketua Prodi yang menyatakan bahwa Prodi “X” belum melaksanakan standar Proses Pembelajaran secara penuh”

Pada *pernyataan* temuan audit tersebut, unsur PLOR dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 3. 3 Penjelasan PLOR berdasarkan temuan Audit

Problem	Ada ketidaksesuaian antara Standar Proses Pembelajaran dengan kenyataan yang ada
Location	Di Prodi “X”
Objective	Telah mendapat konfirmasi saat audit kepatuhan dari Ketua Prodi yang menyatakan bahwa Prodi “X” belum melaksanakan standar Proses Pembelajaran secara penuh
Reference	Standar proses pembelajaran

- 2) Formulir penulisan temuan audit dan rencana tindak lanjut
 Formulir diperlukan untuk memudahkan auditor dan auditee dalam mengevaluasi dan melakukan tindak lanjut temuan. Tabel 3.3 menjelaskan formulir temuan audit dan tindak lanjutnya:

Tabel 3. 4 Formulir penulisan temuan audit

No	KTS/ OB	Standard/ Kriteria	Temuan Audit
			P L O R

Daftar temuan yang dituliskan dalam formulir di atas, harus disetujui oleh auditee dan berdasarkan bukti. Klasifikasi Temuan Audit dalam formulir di atas, ada tiga yaitu⁴:

- a) Temuan Positif
 Temuan positif merupakan sebuah prestasi dan juga bisa sebagai kesesuaian terhadap persyaratan/ standar. Prestasi/ keberhasilan/ kesuksesan/ kesesuaian yang ditemukan pada Prodi yang teraudit (*Auditee*) harus dicatat.
- b) Observasi (OB)
 Adalah temuan/finding yang menunjukkan ketidakcukupan/

ketidaksesuaian terhadap persyaratan sistem penjaminan mutu, dan memerlukan penyempurnaan. OB merupakan temuan yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian. Pernyataan temuan harus berisi, 3 hal berikut ini:

- 1) Penjelasan,
- 2) Referensi,
- 3) Bukti-bukti obyektif.

Dalam OB merupakan kondisi ditemukan peluang untuk perbaikan. OB dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.

c) Ketidaksesuaian (KTS) atau Ketidakpatuhan

Adalah temuan yang tidak memenuhi persyaratan / standar yang ditentukan atau temuan yang belum mencapai, menyimpang dengan standar atau persyaratan yang telah ditetapkan oleh institusi. Terdapat dua jenis KTS, yaitu KTS MINOR dan KTS MAJOR. KTS MINOR (ringan) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terbatas terhadap system penjaminan mutu. KTS MAJOR (berat) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak luas terhadap sistempenjaminan mutu.

Tabel 3.5 menjelaskan secara rinci perbedaan KTS MINOR dan KTS MAYOR.

Tabel 3. 5 Perbedaan KTS MINOR dan KTS MAYOR.

KTS MAYOR	KTS MINOR
KTS yang mengancam sertifikasi, akreditasi atau registrasi	KTS yang mudah diperbaiki/ diralat
KTS yang berpengaruh besar terhadap kualitas produk/ pelayanan PT	KTS yang tidak secara langsung mempengaruhi kualitas produk/ pelayana
KTS yang menyebabkan resiko kehilangan mahasiswa (misalkan kenaikan DO, penurunan jumlah peminat)	KTS yang tidak menghambat perolehan sertifikasi/ akreditasi/ registrasi.
KTS yang merupakan ancaman/ gangguan terhadap kegiatan atau pelaksana dalam organisasi.	

Tabel 3.6 menjelaskan secara rinci contoh KTS MINOR dan KTS MAYOR.

Tabel 3. 6 Perbedaan KTS MINOR dan KTS MAYOR.

KTS MAYOR	KTS MINOR
Sejumlah besar piranti/ alat pengukuran yang penting dan standar di laboratorium tidak dikalibrasi secara mutakhir	Catatan kaji ulang kurang lengkap

Laporan audit mutu internal tentang kelemahan sistem dibiarkan tanpa tindak lanjut	Instrumen/ alat-alat utama tidak memuat tanggal kalibrasi
Hasil kajiulang manajemen/ management reviews tidak ditindaklanjuti secara memadai	Tindak lanjut yang masih dalam proses (belum selesai) tetapi sudah dimuat dalam laporan tindakan koreksi audit internal.
dll	Ketidakkengkapan dokumentasi tentang pelatihan- pelatihan yang dilakukan

3) Rapat tim auditor

Tahap akhir pelaksanaan audit lapangan adalah rapat penutupan oleh tim auditor. Dalam rapat ini, dipimpin oleh Ketua Tim Auditor/ *Lead auditor*, dengan melakukan hal-hal berikut ini:

- a) Melengkapi formulir ketidaksesuaian (KTS)
- b) Meninjau semua ketidaksesuaian (KTS)
- c) Tinjauan secara kolektif terhadap ketidaksesuaian untuk mengidentifikasi temuan mayor
- d) Mempersiapkan kesimpulan audit
- e) Mempersiapkan agenda rapat penutupan/ closing meeting

4) Rapat penutupan audit lapangan

Dalam rapat penutupan kegiatan audit lapangan:

- a) Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan audit bersama teraudit/ auditee membahas temuan audit untuk disepakati
- b) Ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar temuan audit.
- c) Ketua tim auditor menutup acara audit
- d) Tim auditor membuat laporan audit
- e) Ketua tim auditor menyerahkan laporan audit kepada klien

5) Permintaan tindakan koreksi

Tindakan koreksi adalah tindakan untuk meniadakan sebab-sebab ketidaksesuaian terhadap standar/ rencana dan mencegah pengulangan ketidaksesuaian dikemudian hari dalam rangka peningkatan mutu secara berkelanjutan. PTK sebagai suatu permintaan perbaikan oleh manajemen kepada teraudit atas dasar laporan audit agar teraudit/ auditee memperbaiki KTS atau penyebab KTS. Tindakan koreksi dirumuskan di dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Tabel 3.7 menjelaskan formulir permintaan tindakan koreksi.

Tabel 3. 7 Formulir Permintaan Tindakan Koreksi

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)			
Program Studi			
Ketua Program Studi			
Auditor		Tanggal Audit	
PTK No:	Kategori: <input type="checkbox"/> KTS <input type="checkbox"/> Observasi		
Standar/ Kriteria			
1.			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal:	
Akar Penyebab (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal:	
Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal:	
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>):			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal:	

7. Menentukan resiko audit

Dalam pelaksanaan audit mutu internal, Auditee menilai setiap temuan yang beresiko di suatu lembaga. Suatu temuan audit bukan hanya mengungkapkan fakta/kondisi dilapangan. Akan tetapi temuan tersebut menjadi kajian terhadap sumber/akar permasalahan yang menjadi temuan audit dengan tujuan permasalahan/temuan audit yang sama tidak terjadi/terulang kembali, sehingga permasalahan/temuan audit dapat ditindaklanjuti terhadap sumber/akar permasalahan. Apakah karena lemahnya pengawasan manajemen, supervisi yang kurang memadai, ketidakcukupan *standard operating procedures*, *human error* atau fraud.

8. Pelaporan hasil audit

Laporan AMI pada dasarnya merupakan laporan temuan audit. Laporan ini disusun sedemikian rupa berdasarkan hasil kegiatan Audit. Dokumen dan Audit Visitasi. Laporan AMI menjadi penting, karena akan digunakan sebagai dasar penentuan kebijakan dan penyusunan rencana berikutnya³. Beberapa kriteria penyampaian laporan yang

perlu diperhatikan agar Laporan AMI menjadi optimal, diantaranya adalah isi laporan harus ditulis lengkap, didukung fakta dan data yang akurat serta objektif. Selain itu, penyajian sedapatnya menggunakan bahasa yang lugas, jelas, tepat, sistematis, serta menarik (Lampiran 1).

C. Teknik Audit Mutu Internal

Teknik dalam pelaksanaan audit lapangan yaitu teknik wawancara dan teknik telusur.

1. Teknik wawancara

Wawancara adalah proses melakukan diskusi dua arah tentang proses yang diaudit, melalui bentuk/ model pertanyaan yang telah dibuat dalam daftar *checklist*. Beberapa model pertanyaan akan mendapatkan jawaban dari Auditee, berupa: Ya / Tidak. Pertanyaan dengan jawaban tersebut dapat dilanjutkan dengan pertanyaan yang lebih spesifik, dan juga dapat dikembangkan dengan pertanyaan terbuka. Pertanyaan tertutup digunakan bila auditor ingin mendapatkan kepastian suatu kegiatan telah dilakukan atau kepastian suatu prosedur dilakukan. Pertanyaan terbuka digunakan untuk mendapatkan informasi lanjut tentang suatu proses atau kegiatan untuk mengetahui efektivitas dari kegiatan tersebut³. Beberapa kiat dalam melakukan wawancara dengan auditee, dengan mengikuti beberapa hal berikut ini⁴:

- a. Melakukan wawancara secara terpisah antara pimpinan dengan bawahan
- b. Berupaya untuk tidak banyak bicara. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mempersiapkan pembagian waktu mengajukan pertanyaan, sesuai dengan pembagian tugas saat audit dokumen.
- c. Menghindari konfrontasi cross check pernyataan dengan auditee lain (misal atasan), jika memang diperlukan maka dilakukan konfirmasi dan ini dilakukan dengan cara bijak
- d. Menghindari kesan selalu membaca *checklist*
- e. Membuat pertanyaan yang jelas/ spesifik/ tidak bermakna ganda.

2. Teknik telusur

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

BAB IV

AUDIT BERBASIS RESIKO

A. Pengertian Audit Berbasis Resiko

Audit Berbasis Risiko (*Risk Based Audit*) adalah suatu teknik audit dimana semua kegiatan audit yang dimulai dari perencanaan audit, pelaksanaan audit, dan pelaporan hasil audit berbasis pada prioritas risiko perusahaan yang telah ditetapkan bersama manajemen operasional dengan melakukan risk assessment.

Risk Based Audit merupakan sebuah metode atau cara yang digunakan oleh auditor internal dalam melaksanakan tugas auditnya, sehingga memberikan jaminan bahwa risiko yang ada sudah dikelola oleh pihak manajemen dengan baik dan memiliki batasan risiko yang tidak berdampak terhadap tujuan sebuah institusi. *Risk Based Audit* sangat penting dijalankan karena dapat membantu terpenuhinya tanggung jawab manajemen secara efektif.

B. Tujuan dan Ruang Lingkup

Tujuan dan ruang lingkup audit serta alokasi sumber daya internal auditor sepenuhnya didasarkan pada prioritas tingkat risiko yang dihadapi institusi. Proses *risk assessment* mencakup 3 (tiga) konsep penting yaitu tujuan, risiko, dan kontrol. *Risk assessment* merupakan peran internal auditor dalam mengidentifikasi dan menganalisis risiko yang dihadapi sehingga diperlukan sikap proaktif dari internal auditor dalam mengenali risiko-risiko yang dihadapi manajemen dalam mencapai tujuan organisasi. Internal auditor dalam hal ini dapat menjadi mitra manajemen dalam meminimalkan risiko kerugian serta memaksimalkan peluang yang dimiliki perusahaan

Tujuan merupakan *outcome* yang diharapkan dapat dihasilkan oleh suatu proses. Tujuan audit berbasis resiko yaitu 1) mengurangi resiko; 2) mengantisipasi resiko potensial yang dapat merugikan kegiatan organisasi; 3) melindungi organisasi dari kejadian tak terduga yang diantisipasi sebelum kejadian tersebut benar-benar terjadi.

C. Pelaksanaan Audit Berbasis Risiko

Identifikasi risiko dalam pelaksanaan SPMI menjadi faktor penting untuk mengantisipasi berbagai kondisi yang dihadapi oleh Unit Kerja (Audetee). Unit Kerja (Audetee) melakukan identifikasi risiko dan sekaligus memetakan dampak atas risiko sehingga terjadi proses manajemen risiko yang dapat digunakan untuk merancang strategi dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Audit berbasis risiko memberi ruang bagi auditor untuk memberikan rekomendasi mayor maupun minor berdasarkan pemetaan risiko yang sudah dilakukan (terlampir)

BAB V

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Penetapan Pengendalian Pelaksanaan Standar Pendidikan tinggi tersebut biasanya diputuskan oleh pimpinan atau manajemen melalui sebuah pertemuan atau rapat. Pertemuan atau rapat untuk menentukan langkah-langkah pengendalian, khususnya pertemuan untuk membahas tindak lanjut dari sebuah temuan yang menyatakan standar belum tercapai atau menyimpang dari standar yang telah ditetapkan tersebut disebut sebagai Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

A. Pengertian Rapat Tinjauan Manajemen

Rapat Tinjauan Mutu adalah rapat evaluasi formal yang dilakukan jajaran manajemen terhadap penerapan Sistem Manajemen Mutu. Rapat tinjauan manajemen (RTM) merupakan suatu rapat yang dilaksanakan dalam jangka waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan, dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen. Tinjauan manajemen dilakukan untuk memastikan apakah temuan tersebut dapat ditindaklanjuti dengan baik dan memastikan bahwa sistem mutu berjalan efektif dan efisien. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Rapat tinjauan manajemen dipimpin oleh Ketua STIKes Yarsi Pontianak.

B. Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen

Memberikan Pedoman kepada jajaran manajemen untuk membuktikan komitmennya terhadap Sistem Manajemen Mutu dengan melakukan evaluasi Sistem Manajemen Mutu secara berkala dan berkesinambungan.

C. Prinsip Dasar Rapat Tinjauan Manajemen

Prinsip dasar rapat tinjauan manajemen yaitu sebagai berikut:

1. Dipimpin oleh Ketua STIKes Yarsi Pontianak
2. Dilakukan secara periodik
3. Bertujuan memastikan kesesuaian, kecukupan dan efektivitas sistem manajemen
4. Tinjauan termasuk penilaian kesempatan, peningkatan, kebutuhan perubahan sistem, dan kebijakan serta sasaran mutu.

D. Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen

Apapun bentuk RTM tersebut, agenda RTM memiliki karakteristik berikut ini:

1. Dilakukan secara berkala biasanya setelah pelaksanaan AMI.
2. Direncanakan dan didokumentasikan dengan baik.
3. Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Membahas perubahan yang perlu dilakukan.
5. Hasil pertemuan ditindaklanjuti dan tindak lanjut dipantau pelaksanaannya.
6. Peserta rapat adalah pihak manajemen dan pelaksanaterkait.
7. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindaklanjut RTM sebelumnya.
8. Dilaksanakan dengan agenda yang jelas.
9. Menghasilkan luaran seperti rencana perbaikan, rencana peningkatan kepuasan stakeholders, rencana pemenuhan sumber daya yang diperlukan, dan rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

E. Komponen Rapat Tinjauan Manajemen

RTM STIKes Yarsi Pontianak paling sedikit membahas tentang:

1. Hasil audit mutu internal

Rapat pembahasan tindak lanjut temuan audit dalam rapat tinjauan manajemen meliputi:

Tabel 5. 1 Pembahasan tindaklanjut hasil audit pada RTM

No	Kegiatan	Pelaksana
1	Identifikasi kekurangan/ temuan (finding)	Auditor
2	Menetapkan tanggung jawab	Auditee
3	Mencari akar masalah	Auditee
4	Mencari solusi jangka pendek: gunakan apa adanya, perbaiki kembali, pecahkan masalah, libatkan stakeholder	Auditee
5	Menetapkan jadwal pelaksanaan untuk solusi jangka pendek	Auditee
6	Verifikasi pelaksanaan	Auditee
7	Identifikasi solusi jangka panjang	Auditee
8	Menetapkan jadwal pelaksanaan solusi jangka panjang	Auditee
9	Verifikasi penerapan & efektifitas	Auditor
10	Temuan dinyatakan "close" (selesai)	Auditor

2. Umpan balik dari stakeholder, misalnya keluhan stakeholder, hasil survei kepuasan stakeholder
3. Kinerja proses yang meliputi kinerja layanan, kinerja dosen, dan kinerja unit serta lainnya.
4. Pencapaian sasaran mutu/ indikator kinerja, seperti analisis kesesuaian kompetensi lulusan.
5. Status tindakan koreksi dan pencegahan yang dilakukan atau tindak lanjut dari permintaan tindakan koreksi (PTK) yang pernah dibuat.
6. Status tindak lanjut dari hasil Tinjauan Manajemen sebelumnya.

7. Perubahan sistem manajemen mutu atau peningkatan sistem mutu

F. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen

Sebagaimana rapat lainnya, agenda RTM umumnya dimulai dari pembukaan, lalu dapat dilanjutkan dengan arahan dari pimpinan. Secara ringkas agenda RTM dapat dibuat sebagai berikut:

1. Pembukaan
2. Arahan Ketua STIKes Yarsi Pontianak
3. Tinjauan terhadap RTM sebelumnya
4. Pembahasan hasil audit mutu internal.
5. Pembahasan umpan balik/keluhan stakeholders, hasil penilaian tracer study, dan lain-lain.
6. Pembahasan tentang masalah-masalah operasional terkait penerapan sistem manajemen mutu.
7. Pembahasan tentang rencana perbaikan/perubahan yang perlu dilakukan.
8. Rekomendasi untuk perbaikan.
9. Penutup.

G. Luaran Rapat Tinjauan Manajemen

Luaran atau hasil RTM dapat berupa kebijakan untuk peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan prosesnya peningkatan hasil layanan yang menuju terpenuhinya persyaratan/standar, dan pemenuhan kebutuhan sumber daya. Secara ringkas, luaran dari RTM dapat berupa beberapa keputusan dan/atau tindakan yang berhubungan dengan hal-hal berikut:

1. Peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan system pelayanan.
2. Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar yang sudah dibuat.
3. Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
4. Penyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif

BAB VI PENUTUP

Pelaksanaan audit mutu internal dilaksanakan melalui *desk evaluation* dan audit kepatuhan dengan cara visitasi ke unit kerja, dan mengevaluasi apakah seluruh standar SPMI telah dicapai/ dipenuhi oleh setiap unit kerja. AMI diharapkan mampu untuk memberikan rekomendasi untuk perbaikan mutu selanjutnya, dan akan membantu STIKes Yarsi Pontianak dalam mempersiapkan audit eksternal. Penjaminan mutu akademik maupun non akademik di STIKes Yarsi Pontianak harus selalu dilaksanakan demi terjaganya mutu Pendidikan yang sesuai dengan visi STIKes Yarsi Pontianak yang **Unggul dan Islami** tahun 2035. Oleh karena itu kesungguhan auditor maupun auditee dalam menjalankan tugasnya masing masing akan sangat berdampak pada hasil pendidikan di STIKes Yarsi Pontianak.

REFERENSI

1. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
2. Klausul ISO 2008
3. Direktorat Penjaminan Mutu Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi (2018).
4. Kantor Penjaminan Mutu ITS. (2020) Pedoman AMI ITS. Diakses di <http://spmi.its.ac.id/files/PANDUAN%20AMI%20-%202020%20PUBLISHED.pdf> Diperoleh tanggal 27 september 2021

Lampiran I

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL PROGRAM STUDI

Pendahuluan

1. UPPS :
2. Program Studi :
3. Alamat :
4. Nama Kaprodi :
5. Tanggal Audit :
6. Ketua Auditor :
7. Anggota Auditor :
8. Tanda Tangan Ketua Auditor :
9. Tanda Tangan Kaprodi :

B. Tujuan Audit

Berikan tanda (√) pada tujuan audit:

- Memastikan apakah temuan/rencana tindakan koreksi pada siklus audit sebelumnya telah ditindaklanjuti
- Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penjaminan mutu Program Studi terhadap Dokumen Akademik dan Dokumen Mutu
- Memastikan kesiapan Program Studi dalam melaksanakan program Akreditasi
- Memastikan kelancaran pelaksanaan pengelolaan program studi
- Memastikan peluang peningkatan mutu

C. Lingkup Audit

Ruang lingkup audit mutu internal tahun 2023 pada program studi pada standar proses pembelajaran.

D. Jadwal Audit

Kegiatan audit lapangan dilaksanakan pada tanggal:

No	Jam	Kegiatan Audit
----	-----	----------------

1		Pembukaan
2		Menjelaskan tujuan Audit
3		Memperkenalkan Anggota tim audit
4		Pertemuan dengan ketua program studi
5		Pertemuan dengan Staf Dosen
6		Rapat Auditor
7		Penyampaian Temuan & Penutupan
8		Penutupan

E. Temuan audit

1. Ketidak-sesuaian

No	KTS/OB	Standar/ Kriteria (referensi butir standar)	Temuan Audit
			P L O R

*Ketidaksesuaian (KTS) mayor/minor; OB (observasi)

*P (Problem); L (Location); O (objective); R (Reference)

2. Saran perbaikan :

No	Standar/ Kriteria	Peluang Peningkatan

F. Kesimpulan Audit

Tim audit menyimpulkan :

1. Sistem dokumentasi cukup lengkap dan terstruktur untuk mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal.
 Ya Tidak Lainnya, sebutkan : _____
2. Program studi telah menjalankan Sistem Penjaminan Mutu Internal secara konsisten dan berkelanjutan.
 Ya Tidak Lainnya, sebutkan : _____
3. PTK pada temuan audit sebelumnya telah ditindak-lanjuti secara efektif.
 Ya Tidak, Jika tidak, sebutkan rekomendasi tim auditor:

4. Temuan pada periode audit ini adalah:
(...) ____ (KTS), (...) ____ (Observasi)

G. Lampiran Audit:

1. Daftar ceklis standar
2. Daftar pertanyaan audit
3. Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)
4. Verifikasi tindak lanjut temuan audit periode sebelumnya (jika ada)
5. Daftar Hadir Audit

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

(Temuan ke- ...)

UPPS	STIKes Yarsi Pontianak		
Unit Kerja			
Pimpinan unit kerja			
Auditor	Ketua Auditor Anggota Auditor 1. ... 2. ...		
Tanggal Audit			
PTK No:	Kategori: (...) KTS Mayor (...) KTS Minor (...) Observasi (...) Colse		
Kode dan Standar/ Kriteria			
<u>Temuan:</u>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	
<u>Akar Penyebab (diisi oleh teraudit & ditandatangani):</u>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal :	
<u>Rencana Tindakan Koreksi (diisi oleh teraudit & ditandatangani):</u>			
Tanda Tangan Teraudit		Tanggal:	
<u>Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani):</u>			
Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	Tanda Tangan Auditor

--	--	--	--

**FORMULIR AUDIT BERBASIS RESIKO
STIKES YARSI PONTIANAK**

Teraudit :
 Auditor :
 Lingkup :
 Hari/Tgl :
 Waktu :

Keterangan pengisian Tabel:

Skor Probabilitas (P)			Skor Severity (S)		
1	Sangat Rendah	Masih mungkin terjadi masalah. walaupun tidak diduga dapat terjadi	1	Sangat Rendah	Tidak berpengaruh pada system mutu/dana, tidak ada complain
2	Rendah	Pada kondisi normal, kemungkinan tidak terjadi	2	Rendah	Sedikit berdampak pada system mutu/dana
3	Sedang	Kemungkinan dapat terjadi	3	Sedang	Berdampak pada system mutu/dana dan kemungkinan ada complain
4	Tinggi	Biasa terjadi	4	Tinggi	Terjadi kesalahan system mutu, berdampak pada pendanaan, terjadi penolakan oleh konsumen
5	Sangat Tinggi	Selalu terjadi secara berulang	5	Sangat Tinggi	Terjadi kesalahan system mutu, berdampak pada pendanaan, ditinggal oleh konsumen

Nilai Resiko: Skor 1-5 (rendah) “tidak diperlukan tambahan tindakan pengendalian resiko”, Skor 6-15 (sedang) “perlu tindakan untuk mengendalikan resiko” dan skor 16-25 (tinggi) “tindakan untuk mengurangi resiko harus persetujuan pimpinan”.

TABEL ANALISIS RESIKO

Teraudit :
 Auditor :
 Lingkup :

No	Rencana Tindakan Koreksi (program)	Pernyataan Risiko dari Rencana Tindakan Koreksi	Uraian Pengendalian	Probabilitas						Severity (Dampak)						TOTAL SKOR (P x S)	TK Risiko	Peringkat Risiko	Pemiliki Risiko	
				5	4	3	2	1	SKOR	5	4	3	2	1	SKOR					
				Sangat tinggi	Tinggi	Sedang	Rendah	Sangat rendah		Sangat tinggi	Tinggi	Sedang	Rendah	Sangat rendah						
(1)	(2)	(3)	(4)						(5)						(6)	(7)	(8)	(9)		

Mengetahui,
 Ketua Auditor

(.....)

Pontianak, ...,, 2023
 Auditee

(.....)

TABEL RENCANA PENGENDALIAN

Teraudit :
 Auditor :
 Lingkup :

No	Pernyataan Risiko	TK Risiko	Peringkat Risiko	Rencana Pengendalian		PEMILIK RISIKO
				Uraian	Jadwal	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Mengetahui,
 Ketua Auditor

Pontianak, ...,, 2023
 Auditee

(.....)

(.....)

PETUNJUK PENGISIAN

1. Pernyataan Risiko dari Rencana Tindakan Koreksi

Pernyataan resiko dari rencana tindakan koreksi adalah pernyataan dari hasil analisis yang disampaikan oleh auditee terkait hal-hal yang dapat menyebabkan rencana tindakan koreksi tidak dilaksanakan atau tidak tercapai.

2. Uraian Pengendalian

Uraian pengendalian adalah kegiatan yang dilakukan oleh auditee untuk mengendalikan resiko supaya resiko tidak menjadi aktual

3. Probabilitas

Skor	Skor Probabilitas (P)	
1	Sangat Rendah	Masih mungkin terjadi masalah. walaupun tidak diduga dapat terjadi
2	Rendah	Pada kondisi normal, kemungkinan tidak terjadi
3	Sedang	Kemungkinan dapat terjadi
4	Tinggi	Biasa terjadi
5	Sangat Tinggi	Selalu terjadi secara berulang

4. Severity

Skor	Skor Severity (S)	
1	Sangat Rendah	Tidak berpengaruh pada system mutu/dana, tidak ada complain
2	Rendah	Sedikit berdampak pada system mutu/dana
3	Sedang	Berdampak pada system mutu/dana dan kemungkinan ada complain
4	Tinggi	Terjadi kesalahan system mutu, berdampak pada pendanaan, terjadi penolakan oleh konsumen
5	Sangat Tinggi	Terjadi kesalahan system mutu, berdampak pada pendanaan, ditinggal oleh konsumen

5. Skor

Auditee menilai dan mengisi skor sesuai dengan tingkat resiko yang dapat dialami

6. Total Skor (P x S)

7. Tingkat Resiko

Nilai Resiko: Skor 1-5 (rendah) “tidak diperlukan tambahan tindakan pengendalian resiko”, Skor 6-15 (sedang) “perlu tindakan untuk mengendalikan resiko” dan skor 16-25 (tinggi) “tindakan untuk mengurangi resiko harus persetujuan pimpinan”.

8. Peringkat Resiko

Auditee memberikan peringkat terhadap resiko sesuai dengan prioritas

9. Pemilik Resiko

Pemiliki resiko adalah auditee

10. Jadwal

Jadwal adalah waktu yang ditetapkan oleh auditee dalam melaksanakan program atau rencana tindaklanjut