

	<b>UNIVERSITAS MULAWARMAN</b>	Kode:
		Tanggal:
	<b>MANUAL PROSEDUR AUDIT MUTU INTERNAL</b>	Revisi:
		Halaman:

## MANUAL PROSEDUR AUDIT MUTU INTERNAL

Proses	Penanggungjawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1. Perumusan		Ketua TIm		
2. Pemeriksaan		Ka. LP3M		
3. Persetujuan		Wk. Rektor I		
4. Penetapan		Rektor		
5. Pengendalian		Ka. LP3M		

## 1. TUJUAN

Prosedur Operasional Baku (POB) Audit Mutu Internal (AMI) ini menetapkan tata cara Audit Mutu Internal di lingkungan Unmul, sebagai upaya perbaikan efektifitas sistem penjaminan mutu, penilaian peluang perbaikan serta peningkatan performa organisasi.

## 2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini meliputi uraian tentang ketentuan dan tata cara pelaksanaan Audit Mutu Internal, untuk digunakan di seluruh unit kerja dan kegiatan yang terkait dengan penerapan SPMI di Unmul.

## 3. DEFINISI

- 3.1. **Audit Mutu Internal** adalah audit mutu yang dilakukan oleh Universitas Mulawarman dengan tujuan untuk menentukan kesesuaian dan menilai efektifitas dari sistem penjaminan mutu yang diterapkan
- 3.2. **Auditi (*Auditee/Teraudit*)**: unit kerja/ orang yang diaudit. Auditi dapat sekaligus sebagai klien
- 3.3. **Auditor**: Orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit
- 3.4. **Bukti Audit (*Audit Evidence*)**: Catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitas atau kuantitas
- 3.5. **Daftar Tilik/Periksa (*Check list*)**: Daftar pertanyaan yang disusun berdasar hasil Audit Dokumen untuk diverifikasi lebih lanjut dalam Audit Lapangan/Visitasi.
- 3.6. **Ketua Tim Auditor (*Lead auditor*)**: Orang yang ditunjuk untuk mengelola audit dan memimpin pelaksanaan audit dengan dibantu beberapa auditor
- 3.7. **Ketidaksesuaian (KTS) atau ketidakpatuhan**: Kondisi tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan pada standar yang digunakan sebagai acuan.
- 3.8. **Klien** adalah orang atau organisasi yang meminta audit.
- 3.9. **Kriteria audit** adalah set kebijakan, prosedur atau persyaratan yang dipakai sebagai rujukan
- 3.10. **Observasi (OB)**: temuan/ *finding* yang menunjukkan ketidakcukupan terhadap persyaratan yang memerlukan penyempurnaan
- 3.11. **Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)**: Permintaan perbaikan oleh manajemen kepada teraudit atas dasar laporan audit agar teraudit memperbaiki KTS atau penyebab KTS
- 3.12. **Saran perbaikan (Remarks)**: saran yang diberikan Auditor kepada Auditi untuk memperbaiki proses, sarana, maupun sumber daya manusia, yang bertujuan untuk peningkatan kinerja/mutu.

- 3.13. **Temuan Audit (*Audit Findings*)/Condition (Kondisi):** Hasil dari evaluasi bukti audit yang dikumpulkan yang tidak sesuai dengan kriteria/standar
- 3.14. **Tim audit:** Kelompok personel (auditor) yang bertugas melaksanakan audit.
- 3.15. **Tindakan Koreksi** adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan atau situasi yang tidak dikehendaki.
- 3.16. **Verifikasi** adalah penegasan, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi.

#### **4. REFERENSI**

- 4.1. Panduan Audit Mutu Internal Unmul
- 4.2. Standar Penjaminan Mutu Internal Unmul
- 4.3. Manual Mutu SMPI Unmul

#### **5. KETENTUAN UMUM**

- 5.1. Tujuan audit mutu internal di Unmul adalah:
  - 5.1.1 Untuk menilai kesesuaian penerapan standar penjaminan mutu oleh prodi/unit dengan SPMI Unmul dan peraturan lain yang terkait,
  - 5.1.2 Untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penerapan sistem penjaminan mutu dan upaya peningkatannya,
  - 5.1.3 Untuk menjadi bahan peningkatan mutu yang berkesinambungan.
- 5.2 Pelaksanaan audit mutu internal dikelola oleh Pusat AMI dan Akreditasi LP3M Unmul dengan tahapan sebagai berikut:
  - 5.2.1 Menetapkan program AMI yang mencakup informasi tentang:
    - 5.2.1.1 Auditi
    - 5.2.1.2 Ruang Lingkup Audit
    - 5.2.1.3 Jadwal Audit
    - 5.2.1.4 Tim Auditor
  - 5.2.2 Membentuk Tim Audit dengan ketentuan:
    - 5.2.2.1 Auditor adalah orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit, telah mengikuti sekurang - kurangnya pelatihan audit mutu internal di Unmul.
    - 5.2.2.2. Auditor harus independen terhadap area atau lingkup yang akan diaudit, dengan menunjuk personel dari satu bagian untuk penugasan audit

silang (*cross audit*) di bagian lain.

- 5.2.3 Menyampaikan Program Audit kepada Tim Audit dan Auditi dengan surat pemberitahuan paling lambat 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan audit.
- 5.2.4 Secara aktif mengendalikan seluruh kegiatan Audit Mutu Internal. Mulai dari tahap persiapan sampai dengan penyelesaian verifikasi hasil audit.
- 5.3 Frekuensi pelaksanaan Audit Mutu Internal ditentukan berdasarkan pertimbangan – pertimbangan sebagai berikut:
  - 5.3.1 Tingginya atau kecenderungan meningkatnya ketidaksesuaian.
  - 5.3.2 Perubahan yang signifikan dalam manajemen, organisasi, kebijakan, atau teknik yang dapat mempengaruhi sasaran mutu.
  - 5.3.3 Hasil pelaksanaan Audit Mutu Internal sebelumnya.
- 5.4 Pemilihan Auditor dan pelaksana audit harus memperhatikan obyektivitas dan independensi (tidak menjadi bagian dari unit kerja yang diaudit).
- 5.5 Kriteria temuan Audit Mutu Internal terdiri dari:
  - 5.5.1. **Kesesuaian**: pelaksanaan penjaminan mutu telah sesuai dengan standar.
  - 5.5.2. **Observasi** (OB): temuan/*finding* yang menunjukkan ketidakcukupan terhadap persyaratan yang memerlukan penyempurnaan.
  - 5.5.3. **Ketidaksesuaian** (KTS) atau **ketidakpatuhan**: kondisi tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan pada standar yang digunakan sebagai acuan.
- 5.6. Tindak lanjut yang harus dilakukan auditi terkait dengan kriteria temuan AMI adalah:
  - 5.6.1. Temuan kategori **OB** harus dituangkan dalam
  - 5.6.2. Temuan audit kategori **KTS** harus dituangkan dalam **PTK** hasil audit dan auditi harus menuangkan dalam **rencana tindakan perbaikan (RTP)** untuk tidak terulangnya temuan tersebut pada pelaksanaan audit periode berikutnya.
    - Ketidaksesuaian dikategorikan **Mayor** apabila tidak ditemukan bukti-bukti (rekaman mutu) yang memadai sebagai tanda pelaksanaan sistem manajemen mutu dan apabila prosedur yang ada tidak dilaksanakan.
    - Ketidaksesuaian dikategorikan **Minor** apabila dalam penerapan sistem penjaminan mutu masih terdapat kekurangan dalam dokumentasi. Temuan ini juga berlaku bila terdapat

penyimpangan dari prosedur yang telah ditetapkan.

5.7. Hasil audit harus dibuat selambat-lambatnya 21 (dua puluh satu) hari kerja terhitung selesainya pelaksanaan audit dan disampaikan kepada auditi dan Pusat AIA LP3M untuk tindakan perbaikan dan pencegahan.

5.8. Seluruh temuan audit harus diselesaikan selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sejak ditemukannya temuan tersebut. Temuan dinyatakan selesai apabila telah diverifikasi oleh tim verifikator yang ditetapkan oleh LP3M.

## 6. KRITERIA KEBERHASILAN

Audit Mutu Internal dapat terselenggara sesuai tata cara dan tata waktu yang ditetapkan dalam standar pelaksanaan AMI.

## 7. PROSEDUR KERJA AMI

### 7.1. Prosedur Umum

<b>Tanggung Jawab</b>	<b>Garis Besar Prosedur</b>	<b>Dokumen Terkait</b>
Ketua Auditor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjamin kelancaran seluruh tahapan AMI</li> <li>- Bersama Pusat AIA LP3M memilih &amp; menentukan tim Audit Mutu Internal</li> <li>- Menyiapkan rencana AMI, membagi tanggungjawab kepada anggota tim audit</li> <li>- Membuat laporan pelaksanaan AMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Program AMI</li> <li>- Rencana Pelaksanaan AMI</li> <li>- Laporan AMI</li> </ul>
Auditor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat Daftar Periksa audit</li> <li>- Mengkomunikasikan dan menjelaskan persyaratan audit kepada auditi</li> <li>- Mendokumentasikan temuan audit</li> <li>- Melaporkan hasil audit kepada Ketua Auditor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daftar Periksa audit</li> <li>- Temuan hasil audit</li> </ul>
Auditi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyiapkan personel terkait untuk memberikan informasi mengenai lingkup yang diaudit</li> <li>- Menunjuk personil yang bertanggung jawab mendampingi Auditor selama pelaksanaan audit</li> <li>- Menyediakan sumber daya dan data pendukung yang diperlukan oleh Auditor agar audit dapat berjalan efektif dan efisien</li> <li>- Menyediakan fasilitas dan bahan bukti yang diminta Auditor</li> </ul>	

## 7.2. Prosedur Rinci AMI

### 7.2.1. Program Audit Mutu Internal

	Pelaku		Uraian	Lembar Kerja	Ket.
	LP3M	Rektor			
	1		LP3M menyusun program audit tahunan yang tertuang dalam program AMI dengan meminta persetujuan Rektor	Program AMI	
		2	Memberi persetujuan atas program AMI yang diajukan oleh LP3M	Program AMI	
	3		Pelaksanaan AMI diluar jadwal yang telah direncanakan, harus mendapat persetujuan Rektor.	Program AMI	

### 7.2.2. Persiapan AMI (17 hari)

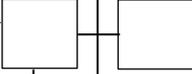
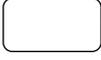
	Pelaku				Uraian	Lembar Kerja	Waktu (hari)
	LP3M	Ketua Auditor	Auditor	Auditi			
					Membuat Surat Perintah Kerja Audit Mutu Internal dengan meminta persetujuan Rektor	SPK AMI	
					Meminta pada Ketua Auditor untuk menyusun rencana pelaksanaan AMI pada prodi/unit yang tercantum dalam SPK	SPK AMI	3 hari
					Ketua Auditor menyerahkan dan meminta persetujuan Rencana Pelaksanaan AMI (Form 1)	Rencana pelaksanaan AMI (Form 1)	2 hari
		Setuju			Rencana pelaksanaan AMI yang telah disetujui oleh LP3M, didistribusikan kepada auditor.	Form 1	1 hari
					Ketua Auditor mengirim: - Dokumen Rencana Pelaksanaan Audit (Form-1), - Daftar Ketersediaan Dokumen (Form 1-2) kepada Auditi	- Form 1 - Form 1-1 - Form 1-2	1 hari
					Auditi menyerahkan dokumen yang diminta yang ringkasannya dicantumkan pada PKA-Kelengkapan Audit	- Form 1-4 - Dokumen auditi	10 hari
					LP3M menyerahkan: - Daftar Periksa (Form 1-3) dan form Daftar Periksa untuk standar	- Form 1-3 - Form 1-4 - Dokumen auditi	2 hari

				pelampauan dari Prodi <i>(blank form)</i> , - PKA Kelengkapan Audit <i>(Form 1-4)</i> - Dokumen auditi		
--	--	--	--	--	--	--

### 7.2.3. Pelaksanaan Audit Dokumen (15 hari)

Pelaku			Uraian	Lembar Kerja	Waktu (hari)
Ketua Auditor	Auditor	Auditi			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membagi tugas pada auditor</li> <li>- Mendistribusikan Form 1-3, Form 1-4 dan dokumen auditi kepada tim auditor sesuai Rencana Pelaksanaan Audit</li> <li>- Menyerahkan dokumen kecukupan auditi</li> <li>- Menyusun daftar periksa sesuai lingkup audit, yang belum tercantum dalam <i>Form 1-3</i></li> <li>- Menyusun Program Kerja Audit (PKA) <i>Form-2</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Form 1-3</i></li> <li>- <i>Form 1-4</i></li> <li>- Dokumen auditi</li> <li>- <i>Form 1-3</i></li> <li>- <i>Form tambahan</i></li> <li>- <i>Form-2</i></li> </ul>	4 hari
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan Audit Dokumen</li> <li>- Membuat catatan temuan (<i>Form-3</i>)</li> <li>- Menyusun laporan temuan pada Kertas Kerja Audit-Ringkasan Kondisi (<i>Form 4</i>)</li> </ul>	<i>Form-3</i> <i>Form-4</i>	10 hari
			Ketua Auditor menyerahkan KKA-Ringkasan Kondisi ( <i>Form-4</i> ) hasil Audit Dokumen	<i>Form-4</i>	1 hari

### 7.2.4. Pelaksanaan Audit Kepatuhan/Lapangan (3 hari)

Pelaku			Uraian	Lembar Kerja	Waktu (hari)
Pimpinan /Auditi	Ketua Auditor	Auditor			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pimpinan Auditi melaksanakan Pertemuan Pembukaan,</li> <li>- Memperkenalkan tim auditi dan tanggungjawab tiap anggota tim auditi</li> <li>- Menyampaikan tempat kerja tim auditor dan jam kerja auditi</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketua Auditor memperkenalkan tim Auditor</li> <li>- Menjelaskan Rencana Audit (lingkup, standar acuan, jadwal) <i>Form-1</i></li> <li>- Membuat Daftar Hadir (<i>Form 2-1</i>, rangkap 2) dan Berita Acara Pembukaan (<i>Form 2-2</i>)</li> <li>- Melaksanakan audit sesuai rencana</li> </ul>	<i>Form – 1</i> <i>Form 2-1</i> <i>Form 2-2</i>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meminta penjelasan/klarifikasi dari auditi berdasarkan temuan pada Audit Dokumen (<i>Form-4</i>)</li> <li>-</li> </ul>	<i>Form-4</i> <i>Form-3</i>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat catatan temuan uadit lapangan (<i>Form-3</i>)</li> <li>- Mengevaluasi hasil audit bersama ketua auditor</li> <li>- Menetapkan kategori tiap temuan mengisi <i>Form-4</i> (audit lapangan)</li> <li>- Menerbitkan PTK untuk tiap kategori KTS yang dituangkan dalam KKA-Deskripsi Kondisi (<i>Form-5</i>)</li> <li>- Membuat ringkasan laporan hasil audit sebagai lampiran dalam Berita Acara Penutupan</li> </ul>	<i>Form-4</i> <i>Form-5</i>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan Pertemuan Penutup</li> <li>- Menandatangani Daftar Hadir (<i>Form 2-1</i>) – Rangkap 2</li> <li>- Mengkonfirmasi persetujuan hasil temuan kepada Pimpinan auditi.</li> <li>- Membuat Berita Acara Pertemuan Penutup (<i>Form 2-3</i>) yang mencantumkan ringkasan temuan audit dokumen dan lapangan (<i>Form 4</i>) (2 rangkap)</li> <li>- Menyepakati tata waktu Tindakan Koreksi sesuai dengan Manual Prosedur AMI</li> <li>- Pimpinan auditi menyepakati tata waktu Tindakan Koreksi dan menutup pertemuan</li> </ul>		

### 7.3 Alur Kerja Pelaporan Hasil Audit dan Tindakan Perbaikan (31 hari)

Pelaku			Uraian	Lembar Kerja	Waktu (hari)
LP3M	Tim Audit	Auditi			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat laporan hasil audit sesuai temuan (Kesesuaian, OB, KTS)</li> <li>- Menyampaikan laporan audit</li> </ul>	Form-4 Form-5	3
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyusun rencana perbaikan dengan melengkapi PTK (Form 5)</li> <li>- Melaksanakan perbaikan sesuai dengan rencana perbaikan</li> <li>- Melaporkan hasil perbaikan</li> </ul>		28 hari
			Auditi menyerahkan dokumen hasil perbaikan	Dokumen hasil perbaikan	
			Tim audit melaporkan hasil kegiatan AMI kepada LP3M Pelaksanaan AMI selseai		

