STANDARD OPERATING PROCEDURE
(S.O.P)

AUDIT MUTU INTERNAL

UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA



Disusun Oleh :
Badan Penjaminan Mutu dan Akreditasi (BPMA)
Universitas PGRI Mahadewa Indonesia

Tahun 2026

UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA

Jalan Seroja 57, Tonja, Denpasar, Bali 80239
Telepon 08113888814
Laman www.mahadewa.ac.id, Pos-el info@mahadewa.ac.id

UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA
BADAN PENJAMINAN MUTU DAN AKREDITASI
SURAT KEPUTUSAN REKTOR
UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA
Nomor: 0912/SK/UPMI/VII/2026

TENTANG
PENGESAHAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA
REKTOR UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA,

MENIMBANG

a. bahwa dalam rangka menjamin pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) secara sistematis, terencana, dan berkelanjutan, diperlukan pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) di lingkungan Universitas PGRI Mahadewa Indonesia;
b. bahwa untuk menjamin keseragaman dan ketertiban pelaksanaan Audit Mutu Internal, diperlukan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang menjadi pedoman bagi auditor, fakultas, program studi, dan unit kerja terkait;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Surat Keputusan Rektor tentang Pengesahan Standar Operasional Prosedur (SOP) Audit Mutu Internal (AMI) Universitas PGRI Mahadewa Indonesia.

MENGINGAT

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
3. Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 10 Tahun 2026 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.;
4. Statuta Universitas PGRI Mahadewa Indonesia;
5. Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas PGRI Mahadewa Indonesia;
6. Ketentuan internal Universitas PGRI Mahadewa Indonesia yang berkaitan dengan pelaksanaan penjaminan mutu.

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN: SURAT KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS PGRI MAHADEWA INDONESIA TENTANG PENGESAHAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) AUDIT MUTU INTERNAL (AMI).

KESATU : Mengesahkan Standar Operasional Prosedur (SOP) Audit Mutu Internal (AMI) Universitas PGRI Mahadewa Indonesia sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan ini.

KEDUA : SOP Audit Mutu Internal (AMI) sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU menjadi pedoman resmi dalam perencanaan, persiapan, pelaksanaan, pelaporan, dan tindak lanjut hasil Audit Mutu Internal di lingkungan Universitas PGRI Mahadewa Indonesia.

KETIGA : Badan Penjaminan Mutu dan Akreditasi bertanggung jawab mengoordinasikan pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut Audit Mutu Internal sesuai dengan tugas dan kewenangannya.

KEEMPAT : Seluruh fakultas, program studi, dan unit kerja terkait wajib mendukung pelaksanaan Audit Mutu Internal dengan menyediakan data, dokumen, serta bukti pendukung yang diperlukan dan menindaklanjuti temuan audit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

KELIMA : SOP Audit Mutu Internal ditinjau secara berkala dan dapat diperbaiki sesuai dengan kebutuhan institusi, hasil evaluasi pelaksanaan, serta perubahan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan. Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Denpasar
Pada tanggal 20 Juli 2026
Rektor,

Prof. Dr. Drs. I Made Suarta, S.H., M. Hum.
NIP 196210251991021001

Tujuan, Ruang Lingkup, dan Prinsip Audit

1. Tujuan

SOP ini bertujuan untuk:

1. Menjamin pelaksanaan AMI berlangsung terencana, sistematis, independen, objektif, dan terdokumentasi.
2. Memastikan kesesuaian pelaksanaan kegiatan akademik dan nonakademik dengan standar SPMI, kebijakan institusi, prosedur operasional, serta ketentuan peraturan yang berlaku.
3. Menilai ketercapaian indikator dan target standar berdasarkan bukti yang sahih, relevan, cukup, dan dapat diverifikasi.
4. Mengidentifikasi ketidaksesuaian, akar penyebab masalah, risiko mutu, peluang perbaikan, serta praktik baik.
5. Memastikan temuan audit ditindaklanjuti melalui tindakan koreksi dan tindakan korektif yang terukur.
6. Menyediakan informasi objektif bagi pimpinan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dan pengambilan keputusan peningkatan mutu.

2. Ruang Lingkup

AMI mencakup seluruh unit kerja dan proses yang relevan dengan standar yang ditetapkan oleh Universitas PGRI Mahadewa Indonesia, meliputi:

1. Standar Bidang akademik: Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM).
2. Standar Bidang Non-Akademik: Keorganisasian, Keuangan, Keamahsiswaan, Sarana & Prasarana, Ketenagaan.
3. Standar Tambahan UPMI: Visi & Misi, Implementasi Tri Hita Karana, Pelayanan Kemahasiswaan, Kerja Sama, dan Pengelolaan Lulusan/ Alumni.

Ruang lingkup setiap siklus audit ditetapkan berdasarkan program audit tahunan, prioritas risiko, perubahan standar, hasil audit sebelumnya, dan kebutuhan pimpinan.

4. Dasar Pelaksanaan

SOP ini diselaraskan dengan:

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
3. Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
4. Permendiktisaintek Nomor 10 Tahun 2026 tentang perubahan atas Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025.
5. Statuta UPMI, kebijakan SPMI, manual SPMI, standar pendidikan tinggi, dan dokumen pengendalian mutu internal yang berlaku.

5. Prinsip Pelaksanaan

Prinsip	Ketentuan operasional
Objektivitas	Temuan harus didasarkan pada bukti, bukan asumsi atau pendapat pribadi.
Independensi	Auditor tidak mengaudit pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya sendiri atau yang menimbulkan konflik kepentingan.
Kerahasiaan	Data dan dokumen audit hanya digunakan untuk kepentingan yang sah dalam penjaminan mutu.
Berbasis bukti	Setiap simpulan dapat ditelusuri ke dokumen, rekaman, observasi, wawancara, atau data yang relevan.
Konstruktif	Audit bertujuan memperbaiki sistem dan proses, bukan mencari kesalahan individu.
Akuntabilitas	Setiap tahap, keputusan, temuan, dan tindak lanjut dicatat secara tertulis.
Berkelanjutan	Hasil audit digunakan dalam pengendalian, peningkatan standar, dan perbaikan mutu.

6. Definisi Operasional

No.	Istilah	Pengertian
1	Audit Mutu Internal (AMI)	Pemeriksaan sistematis, independen, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit serta menilai pemenuhan kriteria audit.
2	Auditor	Personel yang mendapat penugasan resmi untuk melaksanakan audit sesuai kompetensi dan kode etik.
3	Auditi	Unit kerja, program studi, fakultas, atau penanggung jawab proses yang menjadi objek audit.
4	Kriteria audit	Standar, indikator, target, kebijakan, prosedur, atau ketentuan yang digunakan sebagai acuan penilaian.
5	Bukti audit	Rekaman, pernyataan, data, dokumen, atau hasil observasi yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.
6	Temuan audit	Hasil evaluasi bukti audit terhadap kriteria audit, yang dapat berupa kesesuaian, ketidaksesuaian, atau peluang peningkatan.
7	Ketidaksesuaian (KTS)	Kondisi ketika bukti audit menunjukkan bahwa persyaratan atau standar yang berlaku belum terpenuhi.
8	KTS Mayor	Ketidaksesuaian yang bersifat mendasar, sistemik, atau berdampak signifikan terhadap pemenuhan standar dan efektivitas sistem penjaminan mutu. KTS Mayor dapat ditetapkan apabila terdapat kegagalan sistem dalam memenuhi persyaratan utama, ketidaksesuaian berulang yang tidak ditangani secara efektif, atau kondisi yang menyebabkan pencapaian standar tidak dapat dipastikan.

9	KTS Minor	Ketidaksesuaian yang bersifat terbatas dan tidak menunjukkan kegagalan sistem secara menyeluruh, tetapi tetap membuktikan bahwa sebagian persyaratan atau standar yang berlaku belum terpenuhi. Ketidaksesuaian ini tetap memerlukan koreksi dan tindakan korektif sesuai tingkat risiko.
10	Observasi	Catatan auditor mengenai kondisi yang belum terbukti sebagai ketidaksesuaian terhadap kriteria audit, tetapi menunjukkan potensi risiko, kelemahan, atau peluang peningkatan yang perlu diperhatikan agar efektivitas sistem penjaminan mutu tetap terjaga. Observasi tidak digunakan untuk menggantikan temuan KTS yang telah terbukti.
11	Akar penyebab	Faktor mendasar yang menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian dan perlu diatasi agar masalah tidak berulang.
12	Koreksi	Tindakan langsung untuk memperbaiki ketidaksesuaian yang ditemukan.
13	Tindakan korektif	Tindakan untuk menghilangkan akar penyebab ketidaksesuaian agar masalah tidak terjadi kembali.
14	Tindakan peningkatan	Upaya untuk meningkatkan efektivitas proses atau melampaui tingkat pemenuhan standar yang telah dicapai.
15	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rencana tindakan yang disusun oleh auditi berdasarkan hasil audit untuk menyelesaikan temuan, memperbaiki kelemahan, mengatasi akar penyebab, dan/atau meningkatkan mutu. RTL memuat jenis tindakan, indikator keberhasilan, penanggung jawab, jadwal penyelesaian, kebutuhan sumber daya, dan bukti pelaksanaan.
16	Permintaan Tindakan Korektif (PTK)	Dokumen formal yang mencatat ketidaksesuaian, bukti pendukung, analisis akar penyebab, rencana tindakan korektif, tenggat waktu, dan mekanisme verifikasi penyelesaian.
17	Verifikasi tindak lanjut	Proses pemeriksaan oleh auditor atau verifikator yang berwenang untuk memastikan bahwa tindakan yang direncanakan telah dilaksanakan dan didukung bukti yang memadai.
18	Efektivitas tindakan korektif	Tingkat keberhasilan tindakan korektif dalam mengatasi akar penyebab dan mencegah terulangnya ketidaksesuaian, berdasarkan bukti yang dapat diverifikasi.
19	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)	Forum pimpinan untuk meninjau hasil audit, ketercapaian standar, risiko mutu, efektivitas tindakan korektif, dan kebutuhan keputusan untuk pengendalian serta peningkatan mutu.
20	Penutupan temuan	Keputusan formal bahwa temuan telah ditindaklanjuti dan bukti penyelesaiannya telah diverifikasi sesuai ketentuan. Untuk temuan berisiko tinggi, penutupan juga mempertimbangkan bukti efektivitas tindakan korektif.

7. Tanggung Jawab dan Wewenang

Pihak	Tanggung jawab
Rektor	Menetapkan kebijakan AMI, memberikan dukungan sumber daya, dan mengambil keputusan strategis berdasarkan hasil audit dan RTM.
Ketua BPMA	Menyusun program audit, mengoordinasikan pelaksanaan, mengendalikan mutu proses audit, memeriksa laporan, dan memantau tindak lanjut.
Ketua tim auditor	Menyusun rencana audit, membagi tugas, memimpin proses audit, mengoordinasikan perumusan temuan, dan menyusun laporan.
Auditor	Memeriksa dokumen, melakukan wawancara dan observasi, mengumpulkan bukti, menetapkan temuan berdasarkan kriteria, serta menyusun laporan secara objektif.
Auditi/pimpinan unit	Menyiapkan dokumen, memberikan akses terhadap bukti, menjelaskan pelaksanaan proses, mengonfirmasi fakta, dan memastikan perbaikan dilakukan.
Penanggung jawab proses	Melaksanakan koreksi dan tindakan korektif, menyediakan bukti penyelesaian, dan menjaga keberlanjutan perbaikan.
Pimpinan fakultas/UPPS/program studi	Memastikan tindak lanjut unit, menyelesaikan hambatan lintas unit, dan mengintegrasikan perbaikan dalam rencana kerja.
Verifikator	Memeriksa pelaksanaan tindakan korektif, kecukupan bukti, dan efektivitas perbaikan.
Peserta RTM	Meninjau hasil audit, menyepakati prioritas, serta menetapkan keputusan, penanggung jawab, dan tenggat perbaikan.

8. Prosedur Perencanaan Audit Mutu Internal

Perencanaan dilakukan sebelum audit lapangan agar seluruh pihak memahami tujuan, kriteria, jadwal, metode, dan kebutuhan bukti.

No.	Tahapan kegiatan	Prosedur pelaksanaan	Penanggung jawab	Dokumen/luaran
1	Identifikasi kebutuhan	Mengidentifikasi unit, standar, risiko, perubahan kebijakan, dan hasil audit sebelumnya yang perlu diperiksa.	Ketua BPMA	Analisis kebutuhan audit
2	Penyusunan program	Menentukan unit sasaran, ruang lingkup, jadwal,	Ketua BPMA	Program AMI tahunan

		prioritas, dan sumber daya audit tahunan.		
3	Pengesahan program	Mengajukan program kepada pejabat berwenang untuk ditetapkan sesuai tata kelola institusi.	Ketua BPMA/Rektor	Program AMI disahkan
4	Penetapan auditor	Menentukan auditor berdasarkan kompetensi, pengalaman, independensi, dan potensi konflik kepentingan.	BPMA/pejabat berwenang	Surat tugas auditor
5	Penyusunan rencana audit	Menetapkan tujuan, ruang lingkup, kriteria, metode, sampel, jadwal, dan pembagian tugas.	Ketua tim auditor	Rencana audit
6	Penyusunan instrumen	Menyiapkan daftar periksa berdasarkan standar, indikator, target, dan bukti yang diharapkan.	Tim auditor	Instrumen AMI
7	Pemberitahuan audit	Menyampaikan jadwal, ruang lingkup, permintaan dokumen, dan agenda kepada auditi.	BPMA/ketua tim auditor	Surat pemberitahuan
8	Persiapan auditi	Menyiapkan dokumen, data, rekaman, personel pendamping, dan bukti tindak lanjut sebelumnya.	Auditi	Daftar dokumen
9	Telaah awal	Menelaah dokumen untuk mengidentifikasi risiko, kesenjangan, dan fokus pemeriksaan.	Tim auditor	Catatan telaah awal
10	Rapat persiapan	Menyamakan pemahaman auditor mengenai standar, metode, instrumen, dan klasifikasi temuan.	Ketua tim auditor	Catatan persiapan

Ketentuan perencanaan

1. Kriteria audit harus berasal dari standar atau persyaratan yang sah dan berlaku pada periode yang diaudit.
2. Pemilihan sampel harus relevan dengan risiko, jumlah populasi, periode, dan tujuan audit.
3. Auditi harus menyiapkan bukti yang menggambarkan kondisi faktual, bukan sekadar kelengkapan administratif.
4. Perubahan jadwal harus dicatat dan disetujui sesuai kewenangan.
5. Auditor wajib menyatakan potensi konflik kepentingan sebelum penugasan dilaksanakan.

9. Prosedur Pelaksanaan Audit Mutu Internal

A. Rapat Pembukaan

Ketua tim auditor memimpin rapat pembukaan dengan agenda:

1. Memperkenalkan tim auditor dan perwakilan auditi.
2. Menjelaskan tujuan, ruang lingkup, kriteria, dan metode audit.
3. Mengonfirmasi jadwal, akses dokumen, dan personel yang diwawancarai.
4. Menjelaskan metode pengambilan sampel dan pencatatan bukti.
5. Menjelaskan klasifikasi temuan dan mekanisme klarifikasi.
6. Menyepakati mekanisme komunikasi dan penanganan kendala.

B. Pemeriksaan Dokumen

Auditor memeriksa dokumen berdasarkan kriteria audit, termasuk:

Jenis bukti	Contoh dokumen	Fokus pemeriksaan
Penetapan standar	Kebijakan SPMI, standar, SOP, indikator, dan target	Keabsahan, keberlakuan, dan konsistensi
Pelaksanaan	RPS, jurnal perkuliahan, laporan penelitian, laporan PkM, SK, dan notula	Kesesuaian pelaksanaan dengan standar
Hasil	Capaian indikator, hasil penilaian, luaran penelitian, data lulusan, dan layanan	Ketercapaian target dan keandalan data
Evaluasi	Laporan evaluasi diri, survei, monitoring, dan evaluasi kegiatan	Ketepatan analisis dan identifikasi kesenjangan
Pengendalian	PTK, laporan tindak lanjut, keputusan pimpinan, dan bukti penyelesaian	Ketepatan tindakan dan keberlanjutan perbaikan
Peningkatan	Revisi standar, pembaruan SOP, dan perubahan target	Dasar perubahan dan dampak peningkatan

C. Wawancara

Auditor melakukan wawancara dengan pimpinan unit, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, atau pihak lain sesuai kebutuhan audit.

Wawancara bertujuan untuk:

1. Mengonfirmasi pelaksanaan proses.
2. Memastikan konsistensi antara dokumen dan praktik.
3. Mengetahui pembagian tanggung jawab dan pemahaman terhadap standar.
4. Mengidentifikasi kendala, risiko, dan akar penyebab masalah.
5. Mengonfirmasi pelaksanaan tindakan korektif sebelumnya.

Pernyataan lisan yang digunakan sebagai dasar temuan material harus diperiksa relevansinya dan, jika diperlukan, dikonfirmasi dengan bukti lain.

D. Observasi dan Verifikasi Lapangan

Auditor mengamati proses atau kondisi aktual, seperti pembelajaran, layanan administrasi, pengelolaan sarana prasarana, dan pelaksanaan prosedur. Auditor mencatat objek, waktu, kondisi, dan bukti observasi serta membandingkannya dengan kriteria audit.

E. Triangulasi Bukti

Auditor membandingkan bukti dari dokumen, wawancara, observasi, dan data relevan lainnya untuk memastikan ketepatan simpulan. Kelengkapan dokumen tidak otomatis membuktikan bahwa proses telah dilaksanakan secara efektif.

F. Perumusan Temuan

Setiap temuan harus memuat:

1. Kriteria atau persyaratan yang berlaku.
2. Kondisi aktual yang ditemukan.
3. Bukti objektif yang dapat diverifikasi.
4. Kesenjangan antara kriteria dan kondisi.
5. Risiko atau dampak, jika relevan.
6. Klasifikasi temuan.
7. Tanggapan auditi.

Klasifikasi temuan yang digunakan adalah KTS Mayor, KTS Minor, Observasi, dan Kesesuaian/Praktik Baik.

G. Konfirmasi Temuan

Auditor menjelaskan temuan dan bukti kepada auditi. Auditi diberi kesempatan untuk memberikan klarifikasi dan bukti tambahan. Apabila terdapat perbedaan pendapat, auditor menelaah bukti yang diajukan. Jika perbedaan belum terselesaikan, hal tersebut dicatat dalam laporan dan ditelaah oleh Ketua BPMA atau pejabat yang berwenang.

H. Rapat Penutupan

Ketua tim auditor menyampaikan:

1. Ringkasan pelaksanaan audit.
2. Temuan dan klasifikasinya.

3. Bukti utama yang mendasari temuan.
4. Kewajiban auditi menyusun RTL dan PTK sesuai jenis temuan.
5. Batas waktu penyampaian rencana perbaikan.
6. Mekanisme verifikasi dan penutupan temuan.

I. Ketentuan Klasifikasi Temuan Audit Mutu Internal

1) KTS Mayor (Ketidaksesuaian Mayor)

KTS Mayor adalah ketidaksesuaian yang bersifat mendasar, sistemik, atau berdampak signifikan terhadap pemenuhan standar pendidikan tinggi dan efektivitas pelaksanaan SPMI.
Suatu temuan dikategorikan sebagai KTS Mayor apabila memenuhi satu atau lebih kondisi berikut:

1. Standar utama tidak dilaksanakan, padahal standar tersebut berlaku dan wajib dipenuhi oleh unit yang diaudit.
2. Sistem atau mekanisme pengendalian mutu tidak berjalan, sehingga pemenuhan standar tidak dapat dipastikan.
3. Ketidaksesuaian bersifat sistemik, terjadi pada banyak proses atau bagian penting dari suatu sistem, bukan sekadar kesalahan administratif yang terisolasi.
4. Ketidaksesuaian berulang dari hasil audit sebelumnya dan tindakan korektif yang dilakukan terbukti tidak efektif atau tidak dilaksanakan tanpa alasan yang dapat diterima.
5. Capaian standar utama tidak terpenuhi secara signifikan, berdasarkan indikator dan target yang telah ditetapkan, tanpa pengendalian atau tindakan perbaikan yang memadai.
6. Terdapat bukti yang tidak andal atau tidak dapat diverifikasi sehingga keabsahan laporan pemenuhan standar yang material tidak dapat dipastikan.
7. Ketidaksesuaian menimbulkan risiko serius terhadap mutu akademik, hak mahasiswa, integritas akademik, keselamatan, atau kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku.

Contoh penerapan di UPMI:

Area audit	Contoh kondisi KTS Mayor
Penetapan standar	Standar wajib yang menjadi dasar pelaksanaan proses belum ditetapkan, sehingga proses berjalan tanpa kriteria yang sah.
Pelaksanaan pembelajaran	Proses pembelajaran wajib tidak dilaksanakan sesuai ketentuan utama yang berlaku dan tidak tersedia mekanisme pengendalian yang memadai.
Penelitian dan PkM	Pelaksanaan atau pelaporan kegiatan tidak dapat dipertanggungjawabkan karena bukti utama tidak sahih atau tidak dapat diverifikasi.
Evaluasi standar	Evaluasi pemenuhan standar yang diwajibkan tidak dilaksanakan secara sistematis sehingga institusi tidak dapat mengetahui tingkat pemenuhan standar.
Pengendalian	Temuan mayor pada periode sebelumnya berulang karena tindakan korektif tidak dilaksanakan atau terbukti tidak efektif.

Tata kelola	Mekanisme pengambilan keputusan atau pengendalian yang diwajibkan tidak berfungsi sehingga berdampak signifikan terhadap penyelenggaraan kegiatan institusi.

Ketentuan tindak lanjut: KTS Mayor harus memperoleh prioritas penanganan. Auditi wajib melakukan pengendalian segera jika terdapat risiko serius, menganalisis akar penyebab, menyusun rencana tindakan korektif, menetapkan penanggung jawab dan tenggat, serta menyerahkan bukti untuk diverifikasi oleh auditor atau verifikator yang berwenang.

2) KTS Minor (Ketidaksesuaian Minor)

KTS Minor adalah ketidaksesuaian yang bersifat terbatas dan tidak menunjukkan kegagalan sistem secara menyeluruh, tetapi terdapat persyaratan yang belum terpenuhi.
Suatu temuan dikategorikan sebagai KTS Minor apabila memenuhi satu atau lebih kondisi berikut:

1. Ketidaksesuaian bersifat administratif atau terbatas, tetapi persyaratan yang berlaku secara nyata belum terpenuhi.
2. Sebagian bukti pelaksanaan tidak lengkap, sedangkan bukti lain menunjukkan bahwa proses utama telah dilaksanakan.
3. Pelaksanaan prosedur tidak konsisten pada bagian tertentu, tetapi tidak menunjukkan kegagalan menyeluruh dari sistem.
4. Sebagian indikator atau target belum terpenuhi, tetapi kesenjangannya terbatas dan tidak menimbulkan dampak serius terhadap pemenuhan standar secara keseluruhan.
5. Dokumentasi evaluasi atau tindak lanjut tidak lengkap, meskipun proses evaluasi atau perbaikan telah dilakukan dan sebagian besar buktinya tersedia.
6. Pengendalian terhadap suatu proses belum optimal, tetapi mekanisme utama masih berjalan dan masalah dapat diperbaiki tanpa perubahan mendasar pada sistem.

Contoh penerapan di UPMI:

Area audit	Contoh kondisi KTS Minor
Penetapan standar	Dokumen standar telah ditetapkan, tetapi terdapat ketidakkonsistenan penulisan kode atau identitas dokumen yang diwajibkan.
Pelaksanaan pembelajaran	Sebagian jurnal perkuliahan tidak lengkap, meskipun pelaksanaan pembelajaran dapat dibuktikan melalui sumber lain yang sahih.
Penelitian dan PkM	Sebagian lampiran laporan kegiatan tidak tersedia, sedangkan pelaksanaan kegiatan dan luaran utamanya dapat diverifikasi.
Evaluasi standar	Laporan evaluasi tersedia, tetapi satu atau beberapa indikator belum dianalisis secara memadai sesuai prosedur yang berlaku.
Pengendalian	Bukti penyelesaian tindakan korektif tersedia, tetapi pengesahan atau pencatatan tindak lanjut belum lengkap sesuai prosedur.
Tata kelola	Notula rapat tersedia, tetapi beberapa unsur administrasi wajib, seperti daftar hadir atau penanggung jawab tindak lanjut, belum dicantumkan.

Ketentuan tindak lanjut: Auditi wajib memperbaiki ketidaksesuaian, mengidentifikasi penyebabnya, dan melaksanakan tindakan korektif yang proporsional. Auditor atau verifikator memeriksa bukti penyelesaian sebelum temuan dinyatakan selesai.

3) Observasi

Observasi adalah catatan auditor terhadap kondisi yang belum terbukti sebagai ketidaksesuaian terhadap kriteria audit, tetapi menunjukkan potensi risiko, kelemahan, atau peluang untuk meningkatkan efektivitas pelaksanaan standar.

Suatu temuan dapat dikategorikan sebagai Observasi apabila memenuhi satu atau lebih kondisi berikut:

1. Standar telah dipenuhi, tetapi terdapat peluang untuk meningkatkan efektivitas atau efisiensi pelaksanaannya.
2. Terdapat potensi risiko, tetapi belum ditemukan bukti bahwa persyaratan yang berlaku telah dilanggar.
3. Dokumentasi dan proses telah memenuhi ketentuan, tetapi penyajian data, analisis tren, atau pemanfaatan hasil evaluasi masih dapat ditingkatkan.
4. Praktik baik belum diterapkan secara merata, meskipun belum ada kewajiban yang mengharuskan penerapan seragam.
5. Terdapat indikasi awal masalah, tetapi bukti yang tersedia belum cukup untuk menetapkan ketidaksesuaian.
6. Terdapat peluang peningkatan berkelanjutan berdasarkan perbandingan hasil, kebutuhan pemangku kepentingan, atau perkembangan praktik pengelolaan mutu.

Contoh penerapan di UPMI:

Area audit	Contoh kondisi Observasi
Penetapan standar	Standar telah tersedia dan berlaku, tetapi penyajiannya dapat diperjelas agar lebih mudah dipahami oleh pelaksana.
Pelaksanaan pembelajaran	Pembelajaran telah sesuai standar, tetapi pemanfaatan hasil refleksi mahasiswa dapat ditingkatkan untuk memperbaiki strategi pembelajaran.
Penelitian dan PkM	Pelaporan luaran telah memenuhi ketentuan, tetapi dokumentasi dampak penelitian dan PkM terhadap masyarakat dapat dikembangkan.
Evaluasi standar	Evaluasi telah dilaksanakan, tetapi analisis tren lintas tahun dapat diperdalam untuk membantu pengambilan keputusan.
Pengendalian	Tindakan korektif telah diselesaikan, tetapi pemantauan pencegahan masalah berulang dapat diperkuat.
Tata kelola	Mekanisme rapat dan pengambilan keputusan telah berjalan, tetapi penggunaan dasbor pemantauan keputusan dapat meningkatkan efektivitas pengawasan.

Ketentuan tindak lanjut: Observasi ditelaah oleh auditi dan pimpinan unit untuk menentukan apakah diperlukan tindakan peningkatan. Jika disepakati untuk ditindaklanjuti, tindakan dicatat dalam RTL beserta penanggung jawab dan target penyelesaian. Observasi tidak boleh menggantikan KTS apabila bukti telah menunjukkan pelanggaran terhadap kriteria yang berlaku.

J. Ketentuan Pembeda Antarjenis Temuan

Aspek pembeda	KTS Mayor	KTS Minor	Observasi
Status pemenuhan kriteria	Tidak terpenuhi secara mendasar atau signifikan	Tidak terpenuhi secara terbatas	Belum terbukti tidak terpenuhi
Sifat masalah	Sistemik, mendasar, berulang secara tidak efektif, atau berdampak serius	Terbatas, lokal, atau tidak konsisten	Potensi risiko atau peluang peningkatan
Dampak terhadap mutu	Signifikan atau mengancam efektivitas sistem	Terbatas dan dapat diperbaiki secara terarah	Belum menunjukkan dampak ketidaksesuaian yang terbukti
Kebutuhan perbaikan	Prioritas tinggi, koreksi dan tindakan korektif mendasar	Koreksi dan tindakan korektif yang proporsional	Tindakan peningkatan berdasarkan keputusan unit
Analisis akar penyebab	Wajib	Wajib secara proporsional	Dilakukan jika diperlukan berdasarkan risiko
Dokumen tindak lanjut	PTK dan RTL sesuai ketentuan	PTK dan RTL sesuai ketentuan	RTL apabila diputuskan perlu ditindaklanjuti
Verifikasi	Wajib; efektivitas harus diuji sesuai risiko	Wajib sebelum penutupan	Sesuai komitmen dan mekanisme peningkatan yang ditetapkan

K. Ketentuan Umum Penetapan Klasifikasi

Untuk menjamin konsistensi hasil AMI di seluruh unit UPMI, berlaku ketentuan berikut:

1. Klasifikasi ditentukan berdasarkan bukti dan kriteria, bukan berdasarkan pendapat pribadi auditor, jabatan auditi, atau jumlah temuan semata.
2. Ketiadaan dokumen tidak otomatis menjadi KTS Mayor. Auditor harus memastikan bahwa dokumen tersebut diwajibkan, menilai dampaknya, dan memeriksa apakah bukti alternatif yang sah dapat digunakan.
3. Temuan berulang tidak otomatis menjadi KTS Mayor. Kategori mayor ditetapkan apabila pengulangan menunjukkan kegagalan pengendalian yang signifikan, tindakan korektif tidak efektif, atau kondisi lain yang memenuhi kriteria mayor.

4. Target yang belum tercapai tidak otomatis menjadi KTS. Auditor perlu memeriksa apakah target tersebut merupakan persyaratan yang wajib dipenuhi, apakah terdapat ketentuan yang memungkinkan penyesuaian, dan bagaimana institusi mengendalikan kesenjangan tersebut.
5. Satu temuan harus mempunyai dasar bukti yang jelas. Jika satu kondisi memiliki beberapa aspek ketidaksesuaian yang berbeda, auditor harus menentukan apakah aspek tersebut merupakan satu masalah yang saling berkaitan atau beberapa temuan terpisah.
6. Perbedaan klasifikasi harus ditelaah. Jika auditor dan auditi berbeda pendapat, auditor memeriksa kembali bukti dan kriteria. Perbedaan yang tidak terselesaikan dicatat dan ditelaah oleh Ketua BPMA atau pejabat yang ditetapkan.
7. Klasifikasi harus konsisten antarperiode. BPMA menyediakan pedoman dan contoh kasus agar kategori yang sama diterapkan secara seragam pada fakultas, program studi, dan unit kerja.

10. Prosedur Evaluasi Hasil Audit Mutu Internal

A. Penyusunan Laporan Hasil AMI

Ketua tim auditor menyusun laporan yang memuat:

1. Identitas audit dan unit auditi.
2. Tujuan, ruang lingkup, dan kriteria audit.
3. Metode pemeriksaan dan dasar pengambilan sampel.
4. Ringkasan pelaksanaan audit.
5. Temuan berdasarkan kategori.
6. Bukti objektif dan kriteria setiap temuan.
7. Praktik baik dan peluang peningkatan.
8. Tanggapan auditi.
9. Rekomendasi tindak lanjut.
10. Kesimpulan umum mengenai pemenuhan standar.

Ketua BPMA menelaah kelengkapan, konsistensi klasifikasi, dan keterlacakan bukti sebelum laporan disampaikan kepada pimpinan dan auditi.

B. Analisis Akar Penyebab

Auditi melakukan analisis akar penyebab terhadap setiap KTS. Analisis dapat menggunakan metode 5 Whys, diagram sebab-akibat, atau metode lain yang sesuai.

Analisis harus mempertimbangkan faktor seperti:

1. Ketidakjelasan standar atau prosedur.
2. Pembagian tanggung jawab yang tidak tegas.
3. Keterbatasan kompetensi atau pelatihan.
4. Kekurangan sumber daya atau dukungan sistem.
5. Kelemahan pengawasan dan pengendalian.
6. Ketidaktepatan perencanaan atau indikator.

7. Kegagalan tindak lanjut sebelumnya.

Analisis akar penyebab tidak boleh hanya menyebutkan kelalaian individu tanpa menjelaskan faktor proses atau sistem yang memungkinkan masalah terjadi.

C. Penyusunan RTL dan PTK

Auditi wajib menyusun tindakan perbaikan berdasarkan hasil audit.

Komponen	Isi yang harus dicantumkan
Nomor temuan	Kode sesuai laporan AMI
Uraian masalah	Kondisi dan kesenjangan yang ditemukan
Koreksi langsung	Tindakan untuk memperbaiki kondisi yang telah terjadi
Akar penyebab	Faktor mendasar penyebab ketidaksesuaian
Tindakan korektif	Tindakan untuk menghilangkan akar penyebab
Indikator keberhasilan	Ukuran yang dapat diverifikasi
Penanggung jawab	Personel atau jabatan yang bertanggung jawab
Tenggat waktu	Tanggal penyelesaian yang ditetapkan
Kebutuhan sumber daya	Anggaran, personel, sarana, atau dukungan lain jika diperlukan
Bukti penyelesaian	Dokumen, data, rekaman, atau hasil observasi
Metode verifikasi	Cara memeriksa pelaksanaan dan efektivitas tindakan

Pembedaan RTL dan PTK:

1. RTL mencakup rencana penyelesaian temuan, tindak lanjut rekomendasi, dan tindakan peningkatan.
2. PTK secara khusus digunakan untuk menangani ketidaksesuaian melalui koreksi, analisis akar penyebab, tindakan korektif, dan verifikasi.

D. Verifikasi Tindak Lanjut

Auditor atau verifikator yang berwenang memeriksa bukti pelaksanaan tindakan.

Status	Kriteria
Terverifikasi selesai	Tindakan dilaksanakan dan bukti penyelesaian memadai.
Selesai, efektivitas belum terbukti	Tindakan telah dilakukan, tetapi bukti pencegahan pengulangan belum cukup.
Belum selesai	Sebagian atau seluruh tindakan belum dilaksanakan sesuai rencana.
Tidak efektif	Tindakan telah dilakukan, tetapi masalah tetap terjadi atau akar penyebab belum teratasi.

Temuan tidak boleh ditutup hanya karena auditi telah mengirimkan dokumen. Bukti harus diperiksa, dan efektivitas harus diuji sesuai tingkat risiko.

E. Evaluasi Efektivitas

Ketua BPMA mengevaluasi:

1. Jumlah dan proporsi temuan yang diselesaikan.
2. Ketepatan waktu penyelesaian tindakan.
3. Kecukupan bukti penyelesaian.
4. Efektivitas tindakan korektif.
5. Jumlah temuan berulang.
6. Tren ketidaksesuaian antarperiode.
7. Kebutuhan perubahan standar, SOP, kebijakan, atau sumber daya.
8. Peluang penyebarluasan praktik baik.

F. Rapat Tinjauan Manajemen

RTM dilaksanakan untuk meninjau hasil AMI dan menetapkan keputusan peningkatan mutu.

Agenda RTM meliputi:

1. Hasil audit dan tingkat pemenuhan standar.
2. KTS Mayor, temuan berulang, dan masalah lintas unit.
3. Status tindak lanjut dan kendala penyelesaian.
4. Risiko mutu dan dampaknya terhadap sasaran institusi.
5. Kebutuhan anggaran, SDM, sarana, dan perubahan prosedur.
6. Penetapan keputusan, penanggung jawab, tenggat, dan indikator keberhasilan.
7. Pemantauan atas keputusan RTM.

Luaran: notula RTM, keputusan pimpinan, daftar tindakan perbaikan, dan rencana pemantauan.

G. Integrasi Hasil AMI ke dalam PPEPP

Tahap PPEPP	Pemanfaatan hasil AMI
Penetapan	Meninjau kejelasan, relevansi, dan keterukuran standar.
Pelaksanaan	Memperbaiki proses, pembagian tugas, kompetensi, dan sumber daya.
Evaluasi	Mengukur pemenuhan standar berdasarkan bukti dan indikator.
Pengendalian	Melaksanakan koreksi, tindakan korektif, dan pengendalian risiko.
Peningkatan	Menyempurnakan standar, target, SOP, dan sistem kerja berdasarkan hasil evaluasi.

Perubahan standar harus mengikuti mekanisme pengendalian dokumen dan pengesahan yang berlaku.

11. Standar Waktu Pelaksanaan

Batas waktu berikut merupakan rekomendasi operasional yang dapat ditetapkan melalui kebijakan internal UPMI.

No.	Aktivitas	Batas Waktu yang Disarankan	Penanggung Jawab
1	Penyusunan program AMI	Sebelum periode audit dimulai	BPMA
2	Pemberitahuan kepada auditi	5–10 hari kerja sebelum audit	BPMA/tim auditor
3	Penyerahan dokumen awal	Maksimal 3 hari kerja sebelum audit	Auditi
4	Pelaksanaan audit lapangan	Sesuai jadwal	Tim auditor
5	Penyampaian laporan AMI	Maksimal 5 hari kerja setelah audit lapangan	Ketua tim auditor
6	Penyampaian RTL/PTK	Maksimal 10 hari kerja setelah laporan diterima	Auditi
7	Pelaksanaan tindakan korektif	Sesuai tenggat dan tingkat risiko	Auditi
8	Verifikasi tindak lanjut	Maksimal 5 hari kerja setelah bukti lengkap diterima	Verifikator
9	Eskalasi temuan terlambat	Segera setelah keterlambatan teridentifikasi	BPMA/pimpinan terkait
10	Evaluasi komprehensif dan RTM	Sesuai kalender mutu, sekurang-kurangnya tahunan	Pimpinan/BPMA

Bagan Alur Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)

