



PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL

PUSAT PENJAMINAN MUTU

POLTEKKES KEMENKES SURAKARTA JL. LETJEN SUTOYO MOJOSONGO, JEBRES 57127 TELP. (0271) 856929 FAX. (0271) 855388

KATA PENGANTAR

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi mencantumkan pentingnya pelaksanaan penjaminan mutu pendidikan tinggi. Tahun 2021 ini Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dilaksanakan melalui Audit Mutu Internal (AMI) sebagaimana pelaksanaan tahun-tahun sebelumnya. Tujuan utama Audit Mutu Internal (AMI) adalah memperoleh rekomendasi peningkatan mutu serta menjamin akuntabilitas dengan cara melakukan identifikasi temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaran pendidikan tinggi di tingkat program studi/unit terkait dengan standar yang telah ditetapkan dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Poltekkes Kemenkes Surakarta.

Standar di dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Poltekkes Kemenkes Surakarta Tahun 2021, mengadopsi standar yang telah ditetapkan dalam SN Dikti. Buku Panduan ini merupakan pedoman pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) untuk setiap program studi/unit terkait di Poltekkes Kemenkes Surakarta yang dilaksanakan setiap tahun. Audit Mutu Internal (AMI) ini dilakukan sebagai tanggung jawab penjaminan mutu internal Poltekkes Kemenkes Surakarta secara berkelanjutan terhadap capaian Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di lingkungan Poltekkes Kemenkes Surakarta. Selain itu Audit Mutu Internal (AMI) dilakukan sebagai bentuk persiapan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME), serta persiapan untuk penilaian oleh badan sertifikasi. Diharapkan hasil audit mutu internal Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dapat menjadi masukkan yang efektif guna mengetahui pendidikan serta pelaksanaan Standar Nasional Pendidikan dan untuk melakukan peningkatan mutu Standar Nasional Dikti yang berkelanjutan pada unit-unit akademik di Poltekkes Kemenkes Surakarta.

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

197205021998032002

urakarta, 05 Januari 2021 Spala Pusat Penjaminan Mutu

DAFTAR ISTILAH

- Akreditasi merupakan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal sebagai bagian dari Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
- Asesmen atau Penilaian adalah satu atau lebih proses mengidentifikasi, mengumpulkan, dan mempersiapkan data yang digunakan untuk mengevaluasi pencapaian hasil mahasiswa dan tujuan program pendidikan.
- Audit berbasis risiko adalah sebuah metode audit internal untuk memberikan jaminan bahwa risiko pada sebuah institusi telah dikelola sesuai dengan batasan risiko (risk appetite) yang telah ditetapkan oleh institusi.
- Audit Sistem adalah audit terhadap kecukupan kebijakan dan prosedur organisasi untuk memenuhi persyaratan-persyaratan standar sistem audit mutu.
- Audit Kepatuhan adalah pemeriksaan terhadap setiap prosedur atau Instruksi Kerja (IK) telah dilaksanakan secara tertib dan benar. Audit kepatuhan dilakukan melalui kunjungan di tempat teraudit/ visitasi.
- Auditee atau teraudit adalah Organisasi/ unit kerja/ orang yang diaudit.
- Auditor adalah orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit mutu. Bukti Audit (*Audit Evidence*) berupa Catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitas atau kuantitas.
- Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi selanjutnya disingkat BAN PT adalah badan yang dibentuk oleh pemerintah untuk melakukan dan mengembangkan akreditasi perguruan tinggi secara mandiri.
- Borang adalah instrumen akreditasi yaitu berupa formulir yang berisikan data dan informasi yang digunakan untuk mengevaluasi dan menilai mutu suatu program studi tingkat program diploma, sarjana, dan pascasarjana.
- Bukti Audit (Audit Evidence) adalah rekaman (records), dan pernyataan fakta/ informasi yang relevan dengan kriteria audit yang dapat diverifikasi.
- Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi yang selanjutnya disingkat CPL Prodi adalah kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan.
- Check List (Daftar Tilik): daftar pertanyaan yang disusun berdasar hasil audit dokumen untuk diverifikasi lebih lanjut dalam audit lapangan/visitasi/kepatuhan.
- Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama mentransformasikan, mengembangkan, dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- Jurusan adalah unsur pelaksana akademik yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur, mempunyai tugas melaksanakan pendidikan vokasi dan/atau pendidikan profesi dalam satu atau beberapa cabang ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengelolaan sumber daya pendukung program studi.
- Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia yang selanjutnya disingkat KKNI adalah kerangka penjenjangan kualifikasi kompetensi yang dapat menyandingkan, menyetarakan, dan mengintegrasikan antara bidang pendidikan dan bidang pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor.

- Ketua Tim Auditor adalah orang yang ditunjuk untuk mengelola audit dan memimpin pelaksanaanaudit dengan dibantu beberapa auditor atau disebut juga sebagai Lead Auditor.
- **Ketidaksesuaian** yang selanjutnya disingkat KTS atau ketidakpatuhan adalah kondisi tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan.
- Klien (Client) adalah organisasi/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit
- Kriteria Audit (Audit Criteria) adalah Kebijakan, prosedur atau persyaratan yang digunakan sebagai rujukan (referensi).
- Perkumpulan Lembaga Akreditasi Mandiri untuk Pendidikan Tinggi Kesehatan selanjutnya disingkat LAM-PTKes merupakan lembaga akreditasi mandiri yang didirikan dan berwenang untuk melakukan akreditasi untuk program studi di berbagai profesi kesehatan.
- **Observasi** selanjutnya disingkat OB adalah temuan/ *finding* yang menunjukkan ketidakcukupan terhadap persyaratan yang memerlukan penyempurnaan.
- Pangkalan Data Perguruan Tinggi yang selanjutnya disingkat PDPT adalah kumpulan data penyelenggaraan pendidikan tinggi seluruh perguruan tinggi yang terintegrasi secara nasional.
- Pemantauan atau monitoring adalah pengamatan suatu proses atau suatu kegiatan dengan maksud untuk mengetahui apakah proses atau kegiatan tersebut berjalan sesuai dengan apa yangdiharuskan dalam isi standar/ persyaratan.
- **Pembelajaran** adalah proses interaksi mahasiswa dengan dosen dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar.
- Pendidikan Tinggi adalah jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program diploma, program sarjana, program magister, program doktor, dan program profesi, serta program spesialis, yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi berdasarkan kebudayaan bangsa Indonesia.
- Program Studi yang selanjutnya disingkat Prodi adalah kesatuan kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu jenis pendidikan akademik, pendidikan vokasi, dan/atau pendidikan profesi.
- Perguruan Tinggi Bada Layanan Umum, selanjutnya disingkat PTN-BLU secara sederhana adalah perguruan tinggi yang sudah memiliki sedikit fleksibilitas untuk mengelola organisasi terutama pengelolaan anggaran dan keuangan
- Program Studi Pelaksana SPMI Terbaik selanjutnya disingkat dengan P2SPST merupakan penilaian terhadap pelaksanaan SPMI dalam bidang akademik dan non akademik di tingkat Prodi di Poltekkes Kemenkes Surakarta dengan berdasarkan penilaian masing-masing kriteria yang telah ditetapkan.
- Pusat Penjaminan Mutu, adalah salah satu unit di Poltekkes Kemenkes Surakarta yang mempunyai tupoksi memantau, mengevaluasi dan melaporkan kepada pimpinan tentang mutu pendidikan di Poltekkes Kemenkes Surakarta.
- Rencana Asesmen dan Evaluasi yang selanjutnya disingkat dengan RAE merupakan perencanaan penilaian dan evaluasi pembelajaran yang disusun oleh dosen atau bersama tim, berisi paling sedikit: a. nama program studi, nama dan kode mata kuliah, semester, sks, nama dosen pengampu; b. Waktu pelaksanaan asesmen dan / atau evaluasi, c. sub Capaian Pembelajaran MK (Sub CP MK), d.

- bentuk asesmen yang dilakukan, dan e. bobot dari asesmen yang dilakukan untuk meraih Sub CP MK.
- Sistem Penjaminan Mutu Internal yang selanjutnya disingkat SPMI adalah sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi yang dilakukan secara internal pada perguruan tinggi sendiri.
- Sistem Penjaminan Mutu Eksternal yang selanjutnya disingkat SPME adalah sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi yang dilakukan secara eksternal melalui akreditasi BAN-PT atau LAM-PTKes.
- Sistem Penjaminan Mutu Perguruan Tinggi yang selanjutnya disingkat SPM-PT adalah sistempenjaminan mutu penyelengaraan pendidikan tinggi yang terdiri dari SPME, SPMI, dan PDPT. Standar Mutu (quality standards) adalah dokumen tertulis berisi kriteria, ukuran, patokan atau spesifikasi dari seluruh kegiatan penyelenggaraan akademik dan non-akademik di Poltekkes Kemenkes Surakarta yangditetapkan untuk mewujudkan visi dan misi yang telah ditetapkan.
- Standar Mutu Institusi yang selanjutnya disingkat SMI adalah standar yang ditetapkan secara internal oleh Poltekkes Kemenkes Surakarta di luar dari Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- Standar Nasional Pedidikan adalah kriteria minimal tentang pembelajaran pada jenjang pendidikan tinggi di perguruan tinggi di seluruh wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- Standar Pendidikan Tinggi yang selanjutnya disingkat SPT adalah satuan standar yang terdiri dari Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNDikti) dan Standar Mutu Internal (SMI) Poltekkes Kemenkes Surakarta yang mengacupada SNPT.
- Standar Nasional Penelitian adalah kriteria minimal tentang sistem penelitian pada perguruan tinggi yang berlaku di seluruh wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- Standar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat adalah kriteria minimal tentang sistem pengabdian kepada masyarakat pada perguruan tinggi yang berlaku di seluruh wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- Standar Nasional Pendidikan Tinggi yang selanjutnya disingkat SNDikti adalah satuan standar yang meliputi Standar Nasional Pendidikan, ditambah dengan Standar Nasional Penelitian, dan Standar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat.
- Temuan (Findings) adalah pernyataan yang berisi fakta yang dicatat selama audit dan didukung dengan bukti-bukti obyektif. Bukti obyektif dapat berupa: catatan/ dokumen/ arsip bersifat kualitatif atau kuantitatif, serta pernyataan responden fakta mutu pelayanan, eksistensi dan implementasi elemen-elemen sistem mutu.
- Teraudit (Auditee) adalah Organisasi/ unit kerja/ orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien.
- Temuan Audit (Audit Findings) adalah hasil dari evaluasi bukti audit yang dikumpulkan yang berlawanan dengan kriteria audit
- Tridharma Perguruan Tinggi adalah kewajiban Perguruan Tinggi untuk menyelenggarakan Pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

DAFTAR SINGKATAN

• AMAI : Audit Mutu Akademik Internal

• AMI : Audit Mutu Internal

• BAN-PT : Badan Akeditasi Nasional - Pendidikan Tinggi

• **CP** : Capaian Pembelajaran

• CPL : Capaian Pembelajaran Lulusan

• CP MK : Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

• Kajur : Ketua Jurusan

• Kaprodi : Ketua Program Studi

• Kemenristekdikti : Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi

• KTS : Ketidaksesuaian

• **OB** : Observasi

• MP-AMI : Manajer Program AMI

• **PTK** : Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

• PLOR : Problem, Location, Obyektive, Reference

• **PPEPP**: Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan

RENSTRA: Rencana Strategi

• SPT : Standar Pendidikan Tinggi

• Tendik : Tenaga Kependidikan

• **UPPS** : Unit Pengelola Program Studi

VMTS : Visi, Misi, Tujuan, dan Strategi

DAFTAR ISI

HALAM	AN JUDUL	1
KATA F	PENGANTAR	2
DAFTA	R ISTILAH	3
DAFTA	R SINGKATAN	6
DAFTA	R ISI	7
BABI	PENDAHULUAN	9
1.1	Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi	9
1.2	Pengertian Audit Mutu Internal (AMI)	10
BAB II	TUJUAN DAN MANFAAT AUDIT MUTU INTERNAL	12
2.1	Tujuan Audit Mutu Internal	12
2.2	Manfaat Audit Mutu Internal	13
2.3	Tahapan Audit Mutu Internal	13
2.4	Sifat Dasar Auditor pada Audit Mutu Internal	14
BAB III	PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL	15
3.1	Perencanaan Audit Mutu Internal	15
3.2	Tahapan dalam Audit Mutu Internal	16
3.3	Jadwal Audit Mutu Internal	17
3.4	Lingkup dan Obyek Audit Mutu Internal	17
3.4	.1 Lingkup AMI	17
3.4	.2 Klasifikasi AMI	18
3.4	.3 Obyek atau Area AMI	19
3.5	Formulir Kelengkapan Audit Mutu Internal	20
BAB IV	AUDIT DOKUMEN / DESK EVALUATION	21
4.1	Auditor	21
4.2	Kode Etik Auditor	23

4	.3	Auc	lit Dokumen/ <i>Desk Evaluation</i>	. 24	
4	.4	Auc	lit Lapangan/Audit Kepatuhan/Audit Visitasi	. 27	
	4.4.	1	Etika Auditor saat Lapangan Audit	. 28	
	4.4.	2	Pelaksanaan Audit Lapangan	. 29	
	4.4.	3	Teknik dalam Audit Lapangan	. 30	
	4.4.	4	Teknik Wawancara saat Audit Lapangan	. 31	
	4.4.	5	Pertanyaan saat Wawancara dengan Auditee	. 31	
	4.4.	6	Penulisan Hasil Wawancara	. 32	
4	.5	Tah	ap Akhir dalam Audit Lapangan	. 37	
4	.6	Lap	oran Audit Internal	. 37	
4	.7	Per	mintaan Tindakan Koreksi (PTK)	. 38	
BA	BAB VI PENUTUP40				
DA	FTAF	RPU	STAKA	41	

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 Pasal 51 dan 52 bahwa Pendidikan tinggi berfungsi:

- a. Mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yangbermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa;
- b. Mengembangkan sivitas akademika yang inovatif, responsif, kreatif, terampil, berdaya saing, dankooperatif melalui pelaksanaan tridharma; dan
- Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora.

Penjaminan mutu Pendidikan Tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu Pendidikan Tinggi secara berencana dan berkelanjutan¹. Penjaminan mutu pada pendidikan tinggi dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan Standar Pendidikan Tinggi (SPT)¹.

Menurut Permendikbud Nomor 50 Tahun 2014 Pasal 3 bahwa Sistem penjaminan mutu Pendidikan Tinggi terdiri atas:

- a. Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang dikembangkan oleh Perguruan Tinggi; dan
- b. Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) yang dilakukan melalui akreditasi.

SPMI yang dilaksanakan oleh Poltekkes Kemenkes Surakarta bertujuan menjamin pemenuhan Standar Nasional Dikti secara sistemik dan berkelanjutan sehingga tumbuh dan berkembang budaya mutu di setiap Program Studi/unit terkait di Poltekkes Kemenkes Surakarta.

Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 Pasal 54, dan dijelaskan kembali pada SN Dikti, Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 Pasal 1 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, Standar Nasional Pendidikan Tinggi meliputi satuan standar:

- a. Standar Nasional Pendidikan,
- b. Standar Nasional Penelitian,
- c. Standar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat.

Sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi dilakukan terhadap ketiga standar pada SN Dikti, denganmelalui 3 (tiga) kegiatan, yaitu :

- a. Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) yang dilakukan dengan menggunakan borang akreditasi BAN-PT untuk Institusi dan LAMPT-Kes untuk Program Studi.
- b. Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang dilakukan oleh Poltekkes Kemenkes Surakarta.
- Serta didukung oleh ketersediaan Pangkalan Data Perguruan Tinggi (PDPT) yang terintegrasi secara nasional.

SPME dan SPMI dilakukan dengan berdasarkan Standar Pendidikan Tinggi (SPT) yang sama dan/atau melampaui Standar Nasional Pendidikan (SNP). Setiap perguruan tinggi memiliki keleluasaan mengatur pemenuhan SN Dikti dalam mengembangkan SPT. Pelaksanaan SPMI mengikuti kaidah PPEPP, yaitu Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Pengembangan standar yang telah ditetapkan. Pada tahapan Evaluasi dapat dilakukan melalui Audit Mutu Internal.

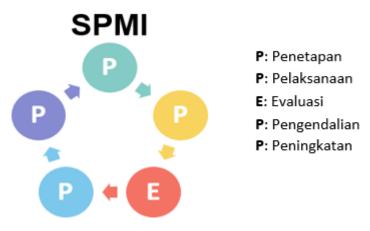
1.2 Pengertian Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal merupakan sebuah proses yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan mengevaluasinya secara obyektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit telah terpenuhi, atau proses pengujian yang sistematik, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di PT sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi.

Audit Mutu Internal bukanlah asesmen/penilaian melainkan pencocokan kesesuaian antara pelaksanaan dengan perencanaan suatu kegiatan/program. Pada Lampiran Peraturan BAN-PT Nomor 2 Tahun 2020 tentang Lampiran Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 tahun 2020 tentang Instrumen untuk mendapatkan skor 4 mensyaratkan adanya audit berbasis risiko (*risk based audit*) atau inovasi lainnya. Audit berbasis risiko adalah sebuah metode audit internal untuk memberikan jaminan bahwa risiko pada sebuah institusi telah dikelola sesuai dengan batasan risiko (*risk appetite*) yang telah ditetapkan oleh institusi. Hal ini bertujuan untuk meyakinkan bahwa kegiatan manajemen risikoyang telah disepakati oleh manajemen institusi telah berjalan secara efektif dan efisien.

Buku Panduan Audit Mutu Internal ini merupakan buku panduan untuk semua auditor dalam melaksanakan audit mutu internal (AMI) prodi/unit terkait di

lingkungan Poltekkes Kemenkes Surakarta. PPEPP dilakukan secara siklus, yang diilustrasikan di dalam gambar di bawah ini.



Gambar 1.1 Siklus PPEPP di dalam SPMI

Terdapat dua Audit Mutu, yaitu Audit Mutu Internal dan Audit Mutu Eksternal. Audit Mutu Internal adalah Audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian pelaksanaan kegiatan terhadap standar internal organisasi sendiri (standar mutu Internal), Peraturan, Prosedur, Instruksi kerja, dalam rangka peningkatan mutu institusi dan mengurangi risiko ketidaktercapaian standar/penurunan kualitas. Audit Mutu Eksternal adalah Audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap standar eksternal.

BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT AUDIT MUTU INTERNAL

2.1 Tujuan Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan suatu pemeriksanaan yang sistematis dan independen untuk menentukan apakah kegiatan dalam menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan standar pendidikan tinggi Poltekkes Kemenkes Surakarta. Standar mutu pendidikan Poltekkes Kemenkes Surakarta ditetapkan untuk mencapai tujuan Poltekkes Kemenkes Surakarta, yang dituangkan dalam Statuta Poltekkes Kemenkes Surakarta. Audit Mutu Internal (AMI) adalah salah satu tahapan atau cara dalam siklus penjaminan mutu pendidikan tinggi dalam upaya peningkatan mutu.

Secara umum tujuan Audit Mutu Internal (AMI) adalah Melaksanakan verifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi dalam rangka mendapatkan rekomendasi ruang peningkatan mutu dan menjamin akuntabilitas berdasarkan praktik baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi.

Audit Mutu Internal (AMI) dilakukan untuk kepentingan peningkatan mutu prodi/unit terkait yang diaudit. Audit bukan merupakan asesmen atau penilaian melainkan pencocokan antara pelaksanaan dengan standar yang sudah ditetapkan. Dengan demikian, tujuan secara khusus dari Audit Mutu Internal (AMI) adalah sebagai berikut.

- 1. Untuk memastikan bahwa SPMI memenuhi standar / regulasi.
- 2. Untuk memastikan implementasi SPMI sesuai dengan standar / sasaran / tujuan yang telah ditetapkan.
- Untuk memeriksa proses dan hasil proses pencapaian mutu sehingga dapat ditentukan keefektifan pencapaian dari tujuan yang telah ditetapkan (sebagai Indikator Kinerja Kunci), atau mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI
- 4. Untuk menyiapkan laporan kepada teraudit (*auditee*) sebagai dasar perbaikan mutu selanjutnya
- 5. Untuk memberi kesempatan teraudit memperbaiki sistem penjaminan mutu.
- 6. Untuk membantu institusi/program studi dalam mempersiapkan diri dalam rangka audit eksternal atau akreditasi

2.2 Manfaat Audit Mutu Internal

Manfaat Audit Mutu Internal (AMI), secara langsung adalah diperoleh rekomendasi peningkatan mutu pendidikan tinggi. Rekomendasi bermanfaat bagi pimpinan/pengelola prodi/unit terkait tersebut dalam mengembangkan berbagai program untuk mencapai visi dan misi Poltekkes Kemenkes Surakarta. Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup Audit Mutu Internal (AMI), antara lain:

- 1. Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan yang diharapkan (*Learning Outcomes*).
- 2. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.
- 3. Kecukupan penyediaan sarana parasarana dan sumber daya pembelajaran, penelitian dan atau pengabdian kepada masyarakat.
- 4. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi penelitian dan pengabdian serta kerjasama.
- 5. Mengurangi resiko yang mungkin terjadi di perguruan tinggi, sebagai contoh: risiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama resiko reputasi.

2.3 Tahapan Audit Mutu Internal

Siklus yang dilakukan di dalam Audit Mutu Internal (AMI), secara umum meliputi tahapan yang ditunjukkan pada Tabel 2.1 berikut ini, dan pelaku / penanggung jawab setiap tahapan di dalam AMI level prodi/unit terkait dituliskan di dalam kolom keterangan.

Tabel 2.1 Tahapan Pelaksanaan AMI di Poltekkes Kemenkes Surakarta

Tahap	Aktivitas	Keterangan
1	Menetapkan tujuan audit	Pusat
		Jamintu
2	Merencanakan audit (dapat dilakukan secara periodik	Pusat
	tahunan)	Jamintu
3	Menetapkan sasaran dan lingkup audit	Pusat
		Jamintu
4	Membentuk tim audit	Pusat
		Jamintu
5	Mengkaji ulang dokumen dan menyiapkan daftar	Pusat
	pemeriksaan	Jamintu dan
		Auditor

Tahap	Aktivitas	Keterangan
6	Menyelenggarakan audit	Pusat Jamintu
7	Menetapkan jadwal audit	Pusat Jamintu, prodi/unit terkait dan Auditor
8	Melaksanakan audit di tempat obyek audit (Audit Kepatuhan)	Auditor
9	Menyusun laporan audit, berupa : Temuan, KTS, OB dan PTK	Auditor dan Prodi/unit terkait
10	Melakukan kaji ulang oleh pihak manajemen (dapat disertai dengan auditor)	Jurusan, Prodi/unit terkait, dan Pusat Jamintu

2.4 Sifat Dasar Auditor pada Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) bukanlah interogasi, penyidikan ataupun penyelidikan namun membantu Prodi/unit terkait dalam mencapai tujuannya dengan cara mengevaluasi, mencocokan dengan ketentuan (dokumen Panduan dan standar SPMI) dan mendorong peningkatan proses ataupun standar untuk mencapai tujuan. Pelaksanakan AMI oleh Auditor dimaksudkan untuk mendapatkan ruang peningkatan dan menjamin akuntabilitas perguruan tinggi. Untuk itu pelaksanaan AMI oleh Auditor sebaiknya dilakukan dengan menggunakan prinsip berikut.

- 1. Sifat dasar yang profesional atau berkompeten
- Independensi (netral / tidak memihak, tidak merugikan pihak manapun dan obyektif)
- 3. Ketelitian dan kecermatan dalam menggali informasi sehingga menghasilkan kesimpulan audit yang sahih (valid)
- 4. Penyajian laporan yang wajar dan benar.
- 5. Berdasarkan bukti penjelasan yang rasional dalam menghasilkan kesimpulan yang dapat dipercaya.

BAB III PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Standar dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) adalah dengan melalui tahapan berikut:

- 1. Perencanaan Audit Mutu Internal (AMI)
- 2. Pelaksanaan audit dokumen / Audit sistem
- 3. Pelaksanaan audit kepatuhan / audit lapangan
- 4. Pelaporan Audit Mutu Internal (AMI)

Penjelasan 1 sampai dengan 3 di atas diuraikan pada Bab III ini, sedangkan penjelasan Pelaporan AMI diuraikan pada Bab IV.

3.1 Perencanaan Audit Mutu Internal

Perencanaan Audit Mutu Internal (AMI) dalam hal ini dilakukan oleh Kepala Pusat Penjaminan Mutu Poltekkes Kemenkes Surakarta yang dalam hal ini bertindak sebagai Manajer Program AMI (MP-AMI) Poltekkes Kemenkes Surakarta. MP-AMI bertanggung jawab atas jalannya proses AMI dari ruang lingkup / standar AMI, sosialisasi standar AMI, sampai dengan distribusi laporan hasil AMI. Perencanaan AMI meliputi dua hal, yaitu:

- 1. Penentuan lingkup audit.
- 2. Penentuan Auditor

Penentuan lingkup audit yaitu menetapkan standar sebagai area / cakupan dalam audit mutu internal. Lingkup audit di lingkungan Poltekkes Kemenkes Surakarta untuk tahun 2021 adalah sebagai berikut.

Tabel 3.1 Lingkup Audit Poltekkes Kemenkes Surakarta

Nama Unit	Lingkup Audit
Diploma III	Standar 1 s.d 9, RTL
Diploma IV/Sarjana Terapan/ Profesi	Standar 1 s.d 9, RTL
Unit terkait	
a. Unit Laboratorium,Perpustakaan dan IT	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Unit Kerja
b. Keuangan, Sarana dan Prasarana	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Unit KerjaKeuangan, Sarana dan Prasarana
c. Kepegawaian dan Umum	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Unit KerjaKepegawaian dan Umum

Nama Unit	Lingkup Audit
d. Kemahasiswaan, Alumni dan Kerjasama	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Unit KerjaKemahasiswaan, Alumni dan Kerjasama
e. Administrasi Akademik	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Unit KerjaAdministrasi Akademik

Penentuan auditor adalah dosen yang telah memperoleh pelatihan audit atau dosen yang dianggap profesional dalam audit. Auditor berasal dari semua bidang keilmuan yang menguasai SPMI, bidang atau obyek yang diaudit, dan mempunyai ketrampilan untuk melakukan audit, dengan ketentuan sebagai berikut.

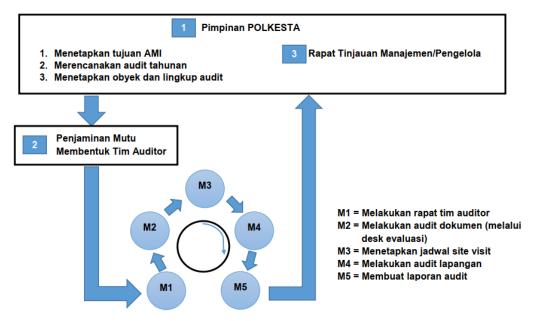
- 1. Berpengetahuan dan berpengalaman
- 2. Disetujui oleh pihak pimpinan (Direktur Poltekkes Kemenkes Surakarta)
- 3. Jumlah auditor sebanyak 22 dosen

Penentuan auditor antara lain:

- 1. Tidak ada konflik kepentingan
- 2. Menguasai teknik audit
- 3. Memiliki karakteristik positif
- 4. Mampu bekerja secara tim
- 5. Memahami manajemen Perguruan Tinggi

3.2 Tahapan dalam Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) dilakukan melalui tahapan yang ditunjukkan pada Gambar 3.1 berikut ini.



Gambar 3.1 Siklus Audit

3.3 Jadwal Audit Mutu Internal

Jadwal audit harus diinformasikan sebelumnya kepada teraudit (*Auditee*). Jadwal audit meliputi :

- a. Unit yang akan diaudit,
- b. Tanggal dan jam pelaksanaan audit yang disepakati bersama antara Auditor dengan Teraudit (*Auditee*).
- c. Lama waktu audit
- d. Tempat/ lokasi pelaksanaan audit
- e. Tim Auditor yang bertugas

Berikut ini adalah tabel tentang jadwal audit.

Obyek / unit yang diaudit	Prodi dan Unit terkait
Tanggal pelaksanaan audit lapangan (site visit)	Sesuai dengan tanggal kesepakatan pelaksanaan audit, antara auditor dengan <i>auditee</i>
Jadwal pelaksanaan audit lapangan (site visit)	Min 2 (dua) jam, Maks 4 (empat) jam
Tempat / lokasi audit lapangan (site visit)	Prodi / unit terkait masing – masing
Tim auditor	Team yang terdiri dari Lead Auditor dan Auditor

3.4 Lingkup dan Obyek Audit Mutu Internal

3.4.1 Lingkup AMI

Lingkup audit mutu internal ditetapkan oleh pengelola perguruan tinggi sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Perguruan tinggi dapat menentukan lingkup audit secara menyeluruh yang meliputi 24 standar sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN Dikti) dan standar lain yang ditetapkan sendiri oleh perguruan tinggi atau perguruan tinggi menentukan lingkup secara bertahap sesuai prioritas. AMI mencakup pemeriksaan terhadap :

- a. Dokumen akademik dan dokumen sistem mutu
 - 1) Dokumen akademik yaitu dokumen:
 - a) Kebijakan akademik (yaitu dokumen RENSTRA, RENOP, SK dll)
 - b) Standar akademik
 - c) Peraturan akademik
 - d) Panduan akademik
 - e) Spesifikasi Program Studi
 - f) Peta kurikulum

- 2) Dokumen mutu / dokumen SPMI, yaitu dokumen:
 - a) Kebijakan mutu
 - b) Standar mutu, yang terdiri dari standar Pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, serta standar melampaui atau turunan sesuai dengan yang telah ditetapkan.
 - c) Manual mutu
 - d) Manual / prosedur mutu
 - e) Instruksi kerja
- b. Organisasi
- c. Komitmen (tanggung jawab) manajemen
- d. Sumber daya, meliputi:
 - 1) Sumber daya manusia
 - 2) Infrastruktur
- e. Proses dan pengendaliannya yang dimaksud dengan proses adalah keefektifan sistem penjaminan mutu dalam pemenuhan standar internal dan eksternal, sedangkan yang dimaksud dengan pengendalian adalah pemenuhan standar internal dan standar eksternal
- f. Evaluasi dan perbaikan

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. Seringkali ada istilah AMAI, yaitu Audit Mutu Akademik Internal. Ruang lingkup AMAI hanya sebatas fungsi akademik saja, dimana tujuan AMAI adalah untuk menganalisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang penyempurnaan akademik pada sebuah Perguruan Tinggi.

3.4.2 Klasifikasi AMI

Klasifikasi audit dinyatakan ke dalam :

- a. Tipe audit:
 - 1) Audit internal
 - 2) Audit Eksternal
- b. Tingkatan audit:
 - 1) Audit sistem
 - 2) Audit Produk

3) Audit proses

Audit internal adalah audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap rencana/ standar/ persyaratan sistem internal organisasi tersebut, sehingga dapat dilakukan analisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang untuk penyempurnaan.

Audit sistem merupakan pemeriksaan yang mendalam terhadap sistem mutu untuk menentukan efektivitas dan kesesuaian terhadap standar sistem yang mencakup

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

3.4.3 Obyek atau Area AMI

Obyek atau area AMI adalah unit yang akan dilakukan audit, dapat meliputi semua aras dan unit kegiatan dalam perguruan tinggi. Beberapa obyek AMI yang dapat ditentukan, antara lain:

- a. Program Studi
- b. Jurusan
- c. Laboratorium
- d. Perpustakaan
- e. Unit Teknologi Informasi
- f. Unit Kerja Penunjang Perguruan Tinggi antara lain Keuangan Sarana dan Prasarana, Kepegawaian dan Umum, Kemahasiswaan, Alumni dan Kerjasama, Administrasi Akademik dll

Obyek audit dapat dilakukan pula pada dokumen. Beberapa dokumen obyek audit dapat dilihat pada Tabel berikut. Lingkup berlakunya dokumen dapat dibedakan dalam tingkatan unit kerja mulai dari institut sampai dengan program studi.

Tingkat	Jenis Dokumen
Institut	 Kebijakan Mutu / SPMI Standar Mutu / SPMI Peraturan Akademik Peraturan Non Akademik, misalkan jam kerja, tupoksi manajemen, dll Manual / Prosedur Mutu / Prosedur SPMI RENSTRA Institut dll
Jurusan	 Kebijakan akademik Peraturan akademik, misalkan persyaratan pembimbing Tugas Akhir, pelaksanaan Ujian Tugas Akhir, dll dll
Program Studi	 Capaian Pembelajaran Lulusan Kurikulum Silabus Perencanaan Pembelajaran (RPS) Manual / Instruksi Kerja (Pratikum, Kuliah Lapangan, dll) Jadwal perkuliahan Buku Ajar / Modul Ajar (dalam bentuk hard / e modul) Dokumen pendukung dll

3.5 Formulir Kelengkapan Audit Mutu Internal

Beberapa dokumen / formulir yang diperlukan dalam AMI:

- a. Dokumen standar
- b. Borang SPMI
- c. Formulir check list / daftar pertanyaan
- d. Formulir tindakan koreksi

Checklist merupakan daftar pertanyaan yang diperlukan oleh auditor sebagai pemandu saat visitasi. Checklist akan digali lebih lanjut tentang kecurigaan atas ketidaksesuaian. Checklist bersifat informatif, mudah dipahami dan sesuai dengan proses pembelajaran di prodi yang diaudit, serta sebagai alat pemandu audit visitasi.

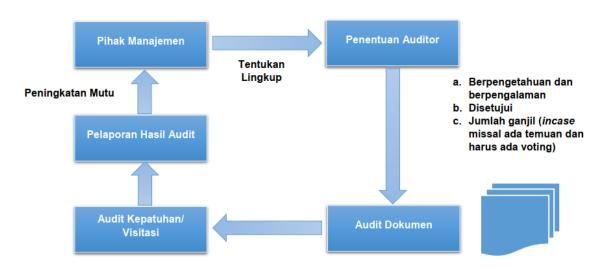
BAB IV AUDIT DOKUMEN / DESK EVALUATION

AMI merupakan salah satu tahapan dalam PPEPP, yaitu pada tahap Evaluasi. Terdapat 5 macam Evaluasi, yaitu:

- 1. Monitoring
- 2. Evaluasi Diri
- 3. Audit Mutu Internal
- 4. Asesmen
- 5. Penilaian

Siklus AMI ditunjukkan pada ilustrasi gambar berikut ini.

Siklus AMI



Gambar 4.1 Siklus AMI

Pelaksanaan audit mutu internal dilakukan oleh tim auditor mutu internal. Tim auditor disarankan berjumlah ganjil dan lebih dari 1 (satu) orang. Dalam tim auditor terdapat 1 (satu) orang ketua tim yang dinamakan *Lead auditor*, dan anggota auditor.

4.1 Auditor

Persyaratan auditor internal adalah:

- a. Kompeten
- b. Independen

Kompeten ditandai oleh kemampuan 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*). Secara umum seorang auditor mempunyai sifat sebagai berikut:

- a. Sikap profesional
- b. Terampil berkomunikasi dan berbahasa
- c. Cakap dalam menjelaskan dan mengikuti aturan
- d. Diplomatis
- e. Jujur dan tidak bias dalam melakukan penilaian
- f. Memiliki rasa ingin tahu dan pengamat yang baik (banyak mengamati)
- g. Ramah, santun & dapat bekerjasama
- h. Rajin bekerja
- i. Dapat mengendalikan diri
- j. Mampu menjadi pemimpin (sebagai lead auditor) maupun follower/ anak buah (anggota auditor)
- k. Pendengar yang baik

Auditor diberi kewenangan dalam melakukan audit. Kewenangan ini ditandai dengan penugasan dari pimpinan, serta independen yaitu tidak memihak dan tidak merugikan pihak manapun. Auditor tidak boleh berpikir, bersikap, dan bertindak dalam peran berikut ini:

- a. Interogator
- b. Investigator
- c. Provokator
- d. Instruktor
- e. Kolaborator

Auditor harus bertindak justru sebaliknya dari yang disebutkan di atas. Auditor mutu internal harus berpikir, bersikap dan bertindak sebagai:

- a. Konselor
- b. Fasilitator atau motivator
- c. Inspirator

Peran dan tanggungjawab seorang auditor adalah:

a. Mengaudit sesuai lingkup audit

- b. Melaksanakan tugas secara obyektif
- c. Mengumpulkan dan menganalisis bukti
- Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik yaitu salah satunya adalah menjaga kerahasiaan dokumen yang diaudit

e. Mampu menjawab pertanyaan

Adanya beberapa persyaratan, wewenang dan sikap dari auditor, maka dalam melaksanakan AMI di lingkungan Poltekkes Kemenkes Surakarta dilakukan dengan memperhatikan persyaratan sebagai berikut.

- a. Tidak mengaudit pekerjaan / program studi yang menjadi tanggung jawabnya sendiri
- b. Memiliki pengetahuan/ wawasan yang cukup atas topik yang dibahas dalam audit, untuk itu dilakukan melalui pelatihan, pembekalan semua peraturan yang terkait dengan lingkup audit.
- c. Tidak ada conflict of interest dengan teraudit (auditee).

4.2 Kode Etik Auditor

Kode etik auditor di dalam AMI adalah sebagai berikut.

a. Integritas

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

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

b. Objektivitas

Auditor di dalam AMI, akan memenuhi ketentuan berikut ini

- Tidak akan berpartisipasi dalam kegiatan yang dapat mengganggu aktivitas auditor. Partisipasi ini meliputi kegiatan yang mungkin bertentangan dengan kepentingan organisasi.
- 2) Tidak akan menerima apa pun yang dapat mengganggu profesionalitas auditor.

 Mengungkapkan semua fakta material yang auditor ketahui, yang jika tidak diungkapkan dapat mengganggu pelaporan kegiatan yang sedang diperiksa.

c. Kerahasiaan

Auditor di dalam AMI harus melakukan sebagai berikut.

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

d. Kompetensi

Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini.

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

4.3 Audit Dokumen/Desk Evaluation

Audit dokumen adalah aktifitas dalam pemeriksaan dokumen pendukung bukti mutu dari pelaksanaan standar. Pemeriksanaan 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.

Persiapan dalam audit, antara lain sebagai berikut.

- Kenali proses yang akan diaudit (*input*, proses, *output*, proses *owner*, 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:

a. Ketua tim auditor membacakan identitas *auditee*/teraudit, lingkup audit, dokumen yang tersedia.

b. Ketua tim auditor membagi tugas kepada semua anggota tim tentang dokumen yang harus diaudit yang menjadi tanggung jawabnya.

Dari hasil audit terhadap dokumen/desk evaluation akan dihasilkan daftar pertanyaan/checklist. Checklist berisi tentang ketidakcukupan, potensi penyimpangan ataupun penyimpangan dari sistem mutu yang dilaksanakan khususnya dalam standar. Setiap auditor biasanya menyiapkan sejumlah pertanyaan dari dokumen yang diperiksa. Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan rapat. Rapat juga digunakan untuk menentukan langkah kedua yaitu audit kepatuhan atau audit lapangan. Berikut contoh Formulir Daftar Periksa atau Pertanyaan Audit Internal pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Formulir Daftar Periksa atau Pertanyaan Audit Internal

TANGGAL AUDIT	:	NAMA UNIT	:
AUDITOR	: 1.	AUDITEE	: 1.
	2.		2.
	3.		3.

No	Indikator	Lingkup Pertanyaan	Skor			Panduan Penilaian	Data Pendukung untuk	
			4	3	2	1		diupload
1	Berisi indikator pertanyaan	Berisi daftar pertanyaan yang dilakukan saat audit dokumen					Berisikan panduan penilaian sesuai daftar pertanyaan dengan nilai skor 1 hingga 4	Berisikan data dukung yang perlu diuploadkan sesuai dengan daftar pertanyaan
2								
3								

Penggunaan daftar pengecekan bagi seorang auditor sebagai alat bantu dalam melakukan wawancara, mempunyai kelebihan dan juga kekurangan. Kelebihan dengan tersedianya daftar pengecekan adalah sebagai berikut.

- a. Auditor menjadi lebih siap
- b. Penggunaan waktu/lama wawancara menjadi effisien
- c. Wawancara dengan cara bertanya lebih sistematis
- d. Sebagai pengingat/memorisasi
- e. Memberi gambaran sistem mutu secara menyeluruh

Kelemahan penggunaan daftar pengecekan adalah sebagai berikut.

- a. Dapat mengabaikan hal-hal yang tidak tercantum dalam daftar pengecekan
- b. Pelaksanaan audit menjadi kurang fleksibel dan kaku
- c. Bisa saja menjadi kurang realistik, karena dipersiapkan atas dasar imajinasi/persepsi auditor

4.4 Audit Lapangan/Audit Kepatuhan/Audit Visitasi

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, 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 sebagai berikut.
 - 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 sumber daya dan fasilitas
 - 5) Ketua tim auditor mengkonfirmasi tentang kerahasiaan.

- b. Pelaksanaan audit, dimana tim auditor melakukan hal-hal berikut.
 - Audit dilakukan dengan berpedoman pada checklist yang telah dibuat pada saat audit dokumen/desk evaluation/audit sistem.
 - 2) 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
- d. Pelaporan hasil audit

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.

4.4.1 Etika Auditor saat Lapangan Audit

Beberapa etika seorang auditor pada saat audit lapangan/visitasi adalah sebagai berikut.

- a. Menyepakati jadwal antara auditor dengan *auditee* sebelum dilakukan kunjungan
- b. Datang tepat waktu
- c. Menerapkan speak with data
- d. Melibatkan auditee dalam menganalisa dan menguji kondisi yang terjadi. Ini yang memungkinkan terjadi tanya jawab.

Audit lapangan adalah melakukan verifikasi terhadap bukti-bukti (evidence), yaitu verifikasi terhadap dokumentasi, bahan material, personil proses, peralatan dan sebagainya. Bukti-bukti tersebut dapat dilakukan melalui:

- a. Wawancara dengan stakeholder/pengelola
- b. Pemeriksaan dokumen
- c. Pengamatan terhadap aktivitas/proses
- d. Pengamatan terhadap kondisi lapangan

Faktor keberhasilan audit lapangan, antara lain :

- a. Persiapan dilakukan dengan baik
- b. Wawancara dengan orang yang tepat
- c. Wawancara diupayakan dalam keadaan santai

- d. Wawancara dilakukan sampai mendapatkan akar masalah
 Saat visitasi/audit lapangan, Auditor sebaiknya tidak melakukan hal-hal berikut.
- a. Meminta layanan di luar proses audit.
- b. Menerima hadiah.
- c. Mengenakan pakaian yang kurang pantas (**T-Shirt**).
- d. Memberi komentar di luar konteks/substansi yang diaudit.
- e. Memberikan janji-janji yang di luar kewenangan auditor.
- f. Menggunakan sebutan yang kurang pantas, seperti "kalian", "kamu" kepada auditee.
- g. Berdebat dalam diskusi dengan sikap "bossy" dan mendominasi sesi audit, atau terlalu pasif.
- h. Bersikap menggurui, menonjolkan diri dan arogan (memandang rendah).
- i. Saling menyalahkan di antara auditor di depan *auditee*.
- j. Menyalahkan auditor yang melakukan audit sebelumnya.
- k. Menciptakan suasana *underpressure* dan tidak kondusif bagi atmosfir diskusi.
- I. Menunjukkan emosi negatif yang tampak dari perilaku dan bahasa tubuh.
- m. Meninggalkan sesi selama proses kunjungan lapangan tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- n. Membuat opini, asumsi, asumsi awal
- o. Membiarkan auditee mendikte audit
- p. Berada 'di luar jalur', mengarahkan 'misleading'
- q. Terpaku, bingung
- r. Mengubah jadwal pertemuan secara sepihak.
- s. Mempersingkat waktu pelaksanaan audit tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- t. Menjalankan tugas audit melebihi waktu yang dialokasikan.

4.4.2 Pelaksanaan Audit Lapangan

Pelaksanaan audit lapangan oleh auditor dilakukan dengan melalui tahapan berikut.

- a. Menemui penanggung jawab proses
- b. Menjelaskan apa yang akan diaudit

- c. Melakukan wawancara dengan *auditee* sebaiknya dilakukan secara terpisah, sesuai dengan tupoksi dari klien yaitu, yang berperan sebagai :
 - 1) Penanggung jawab
 - 2) Pelaksana
 - 3) Pengguna/proses selanjutnya (bila perlu)
- d. Selidiki dan amati, kesesuaiannya dengan rencana audit/checklist.

Checklist seringkali dikatakan sebagai daftar pengecekan dalam AMI. Checklist merupakan salah satu cara sederhana yang lazim digunakan untuk mengurangi kesalahan atau bahkan kegagalan yang dapat ditimbulkan oleh keterbatasan memori/perhatian manusia.

Manfaat dari Checklist/daftar pengecekan adalah sebagai berikut.

- a. Alat pengingat dan menjaga agar audit tetap dalam lingkup audit
- b. Audit lebih sistematis dan terstruktur
- c. Menjadi panduan auditor
- d. Alat untuk menyusun catatan-catatan selama audit
- e. Membantu penyiapan laporan akhir

Wawancara dilakukan dalam rangka penggalian informasi dan klarifikasi data. Penggalian informasi dilakukan dengan cara terpisah antara kelompok pengelola, mahasiswa, karyawan, pengguna, lulusan, dan sebagainya. Saat wawancara auditor tidak melakukan penilaian (assessment) tetapi melihat kesesuaian standar dengan pelaksanaaan, sehingga dapat dilakukan perumusan temuan. Wewenang auditor internal adalah penuh, bebas, dan tidak terbatas dalam melakukan akses terhadap semua dokumen, personalia penyelenggaran program studi/unit terkait, obyek penyelenggaraan perguruan tinggi, dan fasilitas fisik milik perguruan tinggi guna mendapatkan data dan informasi yang diperlukan dan berkaitan dengan pelaksanaan audit nya.

4.4.3 Teknik dalam Audit Lapangan

Teknik dalam pelaksanaan audit lapangan melalui wawancara, *lead auditor* maupun auditor harus mempunyai kemampuan antara lain

- a. Teknik/cara dalam bertanya
- b. Pencatatan hasil
- c. Identifikasi temuan

- d. Menutup rapat
- e. Pelaporan

4.4.4 Teknik Wawancara saat Audit Lapangan

Beberapa kiat dalam melakukan wawancara dengan *auditee*, dengan mengikuti beberapa hal berikut.

- 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.

4.4.5 Pertanyaan saat Wawancara dengan Auditee

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. Jawaban atas pertanyaan yang telah dibuat dalam daftar checklist menunjukkan bobot pertanyaan. Gambar 4.2 berikut ini merupakan ilustrasi bobot pertanyaan terhadap *auditee*. Auditor berusaha untuk mengembangkan pertanyaan sehingga akan memperoleh kejelasan jawaban sehingga akan dapat disimpulkan temuan–temuan.



Gambar 4.2 Ilustrasi dalam bobot pertanyaan dengan *Auditee* di Prodi

4.4.5.1 Pertanyaan untuk Proses Owner

Proses *owner* merupakan penanggung jawab terhadap proses standar mutu. Pertanyaan untuk proses *owner*, merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban/informasi bahwa :

- a. Proses dan sasaran perbaikan telah direncanakan dan didokumentasikan
- b. Proses dan sumber daya yang diperlukan telah dijabarkan dan dipenuhi
- c. Proses dimonitor dan diukur
- d. Tindak lanjut dilakukan sesuai dengan hasil analisa data

4.4.5.2 Pertanyaan untuk Pelaksana

Pertanyaan untuk pelaksana, merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban/informasi bahwa :

- a. Pelaksana mengetahui/mempunyai acuan tentang apa yang harus dilakukan
- b. Pelaksana mempunyai kompetensi yang diperlukan
- c. Pelaksana mengetahui kontribusi yang diharapkan oleh organisasi
- d. Proses terlaksana dengan konsisten

4.4.5.3 Pertanyaan untuk Pengguna

Pertanyaan untuk pengguna merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban/informasi bahwa :

- a. Hasil proses sebelumnya sesuai dengan kebutuhan prosesnya
- b. Terdapat jalur komunikasi yang jelas
- c. Umpan balik segera ditanggapi

4.4.6 Penulisan Hasil Wawancara

Auditor saat melakukan wawancara harus mencatat hal-hal berikut.

- a. Contoh-contoh ketidaksesuaian terhadap standar
- b. Contoh-contoh ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman
- c. Aspek dari operasi yang menyimpang/cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian

Catatan atas temuan tersebut, meliputi:

- a. Apa yang ditemukan
- b. Dimana/area ditemukan (dapat ditemukan pada *owner*, pelaksana, pengguna, dll)
- c. Alasan apa/mengapa dianggap sebagai ketidaksesuaian

d. Siapa yang hadir/ada pada saat ditemukan.

Catatan temuan hendaknya dituliskan dalam bentuk :

- a. Kalimat yang singkat dan mudah dimengerti,
- b. Kalimat yang bersifat membangun dan membantu
- c. Kalimat yang mengandung kebenaran, relevan dan bukan kejutan. Beberapa contoh kalimat dalam temuan dinyatakan dalam bentuk berikut. Contoh:
 - Sudah disusun RPS, namun beberapa unsur dalam RPS tidak sesuai dengan standar.
 - 2) Sudah dilakukan perkuliahan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan, namun lama waktu perkuliahan tidak sesuai dengan bobot sks.

Dalam perumusan daftar temuan audit, harus mengikuti kaidah PLOR, yaitu

Problem (masalah yang ditemukan)

Location (lokasi ditemukan problem)

Obyektive (bukti temuan)

Reference (dokumen yang mendasari)

Bentuk contoh pengisian formulir laporan ketidaksesuaian (NCR) ditunjukkan dalam tabel berikut.

LAPORAN KETIDAKSESUAIAN (NCR)

PROGRAM STUDI/UNIT _____

No NCR : 1		Tanggal :
Klausul/Dokumen : 8.5.1		Divisi/Lokasi :
Auditor :		Auditee :
URAIAN KETIDAKSESUAIA	N	KATEGORI TEMUAN :
Efektifitas perkuliahan tidak (P), karena di Prodi Keperav ketidaksesuaian antara pere dengan realisasi perkuliahar Keperawatan pada smt 3, ar SAP tertera 14 x TM tetapi d mengajar hanya 8 x TM) (O) matrik buku VI Akreditasi kla	vatan (L) ditemukan ncanaan SAP n (MK Etika n. dosen Susana, di alam jurnal n, hal ini tidak sesuai usul 8.5.1 (R).	■ MAYOR
PLOR		
dirumuskan A	uditor	
URAIAN FAKTOR I KETIDAKSESI		KOREKSI: - Mengisi jurnal mengajar pada daftar
- Dosen mengajar lupa me pada pertemuan, ke-3, ke Auditee		hadis yang kosong pada lembar jurnal semester sudah berjalan. Auditee
TTD Auditor	TTD Auditee	TINDAKAN KOREKSI :
(Nama Ketua Tim Auditor)	(Nama Auditee)	 Setiap mengajar dipastikan dosen mengisi jurnal kuliah, atau meminta mahasiswa mengingatkan dosen untuk mengisi jurnal Auditee
Tanggal Mulai :	Tanggal :	
Tanggal Selesai :		
TTD Audi	tor	VERIFIKASI PELAKSANAAN TINDAKAN KOREKSI DAN PENCEGAHAN
		Diisi auditor
Tanggal :		

Bentuk contoh temuan audit ditunjukkan dalam tabel berikut.

Formulir Ketidaksesuaian

Initial Auditor	Referensi (butir mutu)	Pernyataan

Formulir Saran Perbaikan/Peluang Perbaikan

No	Bidang	Rekomendasi untuk peluang perbaikan	

Formulir Observasi

No	Discussed with	Recommendations and improvement	
		suggestions	

Daftar temuan yang dituliskan dalam formulir di atas, harus disetujui oleh proses owner (auditee) dan berdasarkan bukti. Klasifikasi Temuan Audit dalam formulir di atas, ada 3 yaitu :

- a. Temuan Positif merupakan sebuah prestasi dan juga bisa sebagai kesesuaian terhadap persyaratan/standar. Prestasi/keberhasilan/kesuksesan/kesesuaian yang ditemukan pada prodi/unit terkait 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 yaitu (1) Penjelasan, (2) Referensi, (3) Bukti-bukti obyektif. Dalam OB merupakan kondisi diketemukan peluang untuk perbaikan. OB dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.

- c. Ketidaksesuaian (KTS) atau Ketidakpatuhan yaitu tidak memenuhi persyaratan/ standar yang ditentukan atau temuan yang belum mencapai, menyimpang dengan standar atau persyaratan yang telah ditentukan PT. Terdapat 2 jenis KTS, yaitu KTS MINOR dan KTS MAJOR.
 - 1) KTS MINOR (ringan) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terbatas terhadap sistem penjaminan mutu mutu.
 - 2) KTS MAJOR (berat) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak luas terhadap sistem penjaminan mutu.

Beberapa KTS dalam kategori Mayor, antara lain

- a) KTS yang mengancam sertifikasi, akreditasi atau registrasi.
- b) KTS yang berpengaruh besar terhadap kualitas produk/pelayanan PT
- KTS yang menyebabkan resiko kehilangan mahasiswa (misalkan kenaikan DO, penurunan jumlah peminat)
- d) KTS yang merupakan ancaman/ gangguan terhadap kegiatan atau pelaksana dalam organisasi.

Beberapa contoh KTS Mayor antara lain

- 1) Sejumlah besar piranti/alat pengukuran yang penting dan standar di laboratorium tidak dikalibrasi secara mutakhir
- Laporan audit mutu internal tentang kelemahan sistem dibiarkan tanpa tindak lanjut
- 3) Hasil kaji ulang manajemen/management reviews tidak ditindaklanjuti secara memadai

Beberapa KTS dalam kategori Minor/ringan, antara lain

- a) KTS yang mudah diperbaiki/diralat
- b) KTS yang tidak secara langsung mempengaruhi kualitas produk/ pelayanan
- c) KTS yang tidak menghambat perolehan sertifikasi/akreditasi/registrasi.

Beberapa contoh KTS Minor, antara lain

- 1) Catatan kaji ulang kurang lengkap
- 2) Instrumen/alat-alat utama tidak memuat tanggal kalibrasi
- 3) Tindak lanjut yang masih dalam proses (belum selesai) tetapi sudah dimuat dalam laporan tindakan koreksi audit internal.
- 4) Ketidaklengkapan dokumentasi tentang pelatihan-pelatihan yang dilakukan

Pembuatan laporan KTS, berisi hal-hal sebagai berikut.

- a. Tanggal pelaksanaan audit
- b. Nomor/identifikasi audit
- c. Lingkup/bidang yang diaudit
- d. Deskripsi/uraian temuan KTS
- e. Informasi tentang acuan standar yang diacu. Hal ini untuk menunjukkan dasar/landasan temuan audit.
- f. Identifikasi nama auditor dan wakil teraudit
- g. Tindakan yang disepakati untuk memperjelas/menganalisis KTS
- h. Tindakan nyata yang diambil untuk mengatasi/ menyelesaikan KTS. (agar tidak terulang lagi dimasa yang akan datang)

4.5 Tahap Akhir dalam Audit Lapangan

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.

- 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

Dalam rapat penutupan kegiatan audit lapangan, antara lain

- 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 auditee

4.6 Laporan Audit Internal

Laporan audit internal, harus memuat berikut.

a. Identifikasi laporan

- b. Maksud, tujuan dan ruang lingkup audit
- c. Rincian program audit, auditor, tanggal dan area audit
- d. Identifikasi dokumen referensi (standar, quality, manual, prosedur, kontrak, dll)
- e. Ringkasan temuan
- f. Pengamatan ketidaksesuaian dan bukti pendukung Format laporan audit ditunjukkan dalam Lampiran dokumen ini.

4.7 Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

Tindakan koreksi adalah tindakan untuk meniadakan sebab-sebab ketidaksesuaian terhadap standar/rencana dan mencegah pengulangan ketidaksesuaian di kemudian 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).

Rapat Tinjauan Manajemen adalah suatu rapat dengan periode waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen.

Perbedaan antara tindakan koreksi, tindakan pencegahan, dan verifikasi adalah sebagai berikut.

- a. Tindakan Koreksi merupakan tindakan untuk menghilangkan **penyebab** dari ketidaksesuaian yang dikenali/situasi lain yang tidak dikehendaki.
- b. Tindakan Pencegahan merupakan tindakan untuk menghilangkan kemungkinan penyebab ketidaksesuaian/kemungkinan situasi yang tidak dikehendaki.
- c. Verifikasi untuk tindakan memastikan melalui ketetapan tentang bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi.

Formulir yang dapat digunakan Permintaan Tindakan Koreksi, harus memuat unsusr-unsur sebagai berikut.

- a. Deskripsi tentang Ketidaksesuaian (KTS)
- b. Tindakan perbaikan yang akan dilaksanakan oleh auditee
- c. Waktu tindakan perbaikan
- d. Penanggung jawab yang akan melakukan perbaikan.

BAB V RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

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 effisien. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu.

Dalam melakukan rapat tindak lanjut temuan audit dilakukan dengan pembahasan tentang kegiatan secara bertahap yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1 Rapat Pembahasan Tindak Lanjut Temuan Audit dalam Rapat Tinjauan Manajemen

No	Kegiatan	PIC
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 " <i>close</i> " (selesai)	Auditor

BAB VI PENUTUP

Pelaksanaan audit mutu internal dilaksanakan melalui desk evalution dan audit kepatuhan dengan cara visitasi ke program studi/unit terkait dan mengevaluasi apakah seluruh standar SPMI telah dicapai/dipenuhi oleh setiap program studi/unit terkait di lingkungan Poltekkes Kemenkes Surakarta. AMI diharapkan mampu untuk memberikan rekomendasi untuk perbaikan mutu selanjutnya dan akan membantu Poltekkes Kemenkes Surakarta dalam mempersiapkan audit eksternal atau akreditasi, baik oleh BAN-PT atau LAM-PTKes maupun badan sertifikasi lainnya.

Penjaminan mutu akademik maupun non akademik di Poltekkes Kemenkes Surakarta harus selalu dilaksanakan demi terjaganya mutu pendidikan yang unggul. Oleh karena itu kesungguhan auditor maupun *auditee* dalam menjalankan tugasnya masing masing akan sangat berdampak pada hasil pendidikan di Poltekkes Kemenkes Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- 1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- 4. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI).
- 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 6. Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2015 tentang Organisasi Kementerian Negara
- 7. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 32 Tahun 2016 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi.
- 8. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal.
- 9. Panduan Audit Mutu Internal, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi, 2017.
- 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2018 Tentang Klasifikasi Politeknik Kesehatan di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan
- 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan
- 12. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- 13. Visi dan Misi Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta
- 14. Statuta Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta



PUSAT PENJAMINAN MUTU POLTEKKES KEMENKES SURAKARTA TAHUN 2021

POLTEKKES KEMENKES SURAKARTA JL. LETJEN SUTOYO MOJOSONGO, JEBRES 57127 TELP. (0271) 856929 FAX. (0271) 855388