



**PEDOMAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALANGKA RAYA**

**TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

No Dokumen : P/DPM/AMI.01

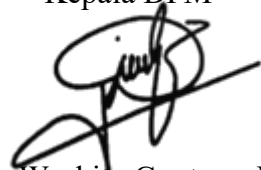
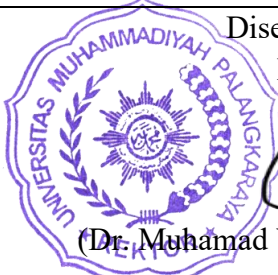
**DIREKTORAT PENJAMINAN MUTU  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALANGKA RAYA**

## HALAMAN PENGESAHAN



**DIREKTORAT PENJAMINAN MUTU**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALANGKA RAYA**  
**PEDOMAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)**

|                             |   |                       |
|-----------------------------|---|-----------------------|
| <b>Kode Dokumen</b>         | : | P/DPM/AMI-MONEV.01    |
| <b>Nomor Revisi</b>         | : | 03                    |
| <b>Tanggal Terbit</b>       | : | 10 Februari 2026      |
| <b>Jumlah Halaman</b>       | : | 21 halaman            |
| <b>Tanggal</b>              | : | 10 Februari 2026      |
| <b>Dibuat/Diajukan Oleh</b> | : | Tim Penyusun DPM UMPR |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">Diperiksa Oleh<br/>Wakil Rektor Bidang Akademik</p>  <p style="text-align: center;">Prof. Dr. Ir. Chandra Anugrah Putra, M.I.Kom</p>                                                      | <p style="text-align: center;">Dikendalikan Oleh<br/>Kepala DPM</p>  <p style="text-align: center;">Dibyو Waskito Guntoro, M.Pd</p> |
|  <p style="text-align: center;">Disetujui Oleh<br/>Rektor</p>  <p style="text-align: center;">(Dr. Muhammad Yusuf, S.Sos., M.A.P)</p> | <p style="text-align: center;">Ditetapkan di Palangka Raya<br/>Tanggal: 10 Februari 2026</p>                                                                                                                             |

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur ke hadirat Allah SWT karena Direktorat Penjaminan Mutu Universitas Muhammadiyah Palangka Raya dapat menyusun Pedoman Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI). Pedoman ini disusun sebagai acuan operasional bagi pimpinan, auditor, Gugus Kendali Mutu, program studi, fakultas, unit kerja, serta seluruh auditee dalam melaksanakan siklus penjaminan mutu internal secara sistematis, terdokumentasi, objektif, dan berkelanjutan.

Dokumen ini menggunakan format kelembagaan Universitas Muhammadiyah Palangka Raya dan mengadopsi pola pelaksanaan AMI Universitas Muhammadiyah Mataram, terutama pada tahapan perencanaan AMI, audit dokumen, asesmen/visitasi lapangan, pelaporan, rencana tindak lanjut, dan Rapat Tinjauan Manajemen. Isi pedoman disesuaikan dengan kebutuhan penerapan SPMI di lingkungan UMPR dan tetap perlu disinkronkan dengan Statuta, Renstra, standar mutu, manual SPMI, serta kebijakan internal UMPR yang berlaku.

Kami menyadari bahwa pedoman ini perlu dikembangkan secara berkala sejalan dengan perubahan regulasi, kebijakan akreditasi, serta kebutuhan peningkatan mutu institusi. Masukan dari seluruh pemangku kepentingan sangat diperlukan untuk menyempurnakan dokumen ini.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Palangka Raya, 10 Februari 2026

Kepala DPM UMPR

The image shows a circular official stamp of Universitas Muhammadiyah Palangka Raya. The outer ring contains the text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALANGKA RAYA' at the top and 'DIREKTORAT PENJAMINAN MUTU' at the bottom, separated by two stars. The center of the stamp features a stylized sunburst or star emblem. Overlaid on the right side of the stamp is a handwritten signature in black ink.

Dibyو Waskito Guntoro, M.Pd.

NIK. 21.0202.017

## **DAFTAR ISI**

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

BAB I PENDAHULUAN

BAB II KEBIJAKAN DAN ORGANISASI AMI

BAB III MEKANISME PELAKSANAAN AMI

BAB IV PELAPORAN, TINDAK LANJUT, DAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

BAB V PENUTUP

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA / RUJUKAN DOKUMEN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Dalam konteks UMPR, SPMI harus dilaksanakan pada tingkat universitas, fakultas, program studi, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, serta unit pendukung akademik dan non-akademik. Pelaksanaan SPMI dilakukan melalui siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP).

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan instrumen evaluasi dalam siklus PPEPP. AMI tidak dimaksudkan sebagai kegiatan mencari kesalahan, melainkan sebagai proses pencocokan antara standar yang telah ditetapkan dengan bukti pelaksanaan, capaian, dan mekanisme pengendalian yang dilakukan oleh auditee. Dengan demikian, AMI berfungsi sebagai alat diagnosis mutu, pemetaan risiko, penguatan akuntabilitas, dan dasar penyusunan rencana peningkatan mutu.

Pedoman ini disusun agar pelaksanaan AMI di lingkungan UMPR berjalan objektif, konsisten, terdokumentasi, dan dapat ditindaklanjuti. Pola dasar pelaksanaan mengacu pada praktik AMI UMMAT, yaitu dimulai dari perencanaan AMI, audit dokumen/self assessment, pengecekan lapangan/visitasi, pelaporan, penyusunan rencana tindak lanjut, dan pembahasan hasil dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

### **1.2 Pengertian AMI**

Audit Mutu Internal adalah proses sistematis, independen, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit serta mengevaluasinya secara objektif guna menentukan sejauh mana kriteria audit telah terpenuhi. Kriteria audit meliputi standar nasional pendidikan tinggi, standar pendidikan tinggi yang ditetapkan UMPR, manual SPMI, SOP, indikator kinerja utama, indikator kinerja tambahan, dokumen akreditasi, dan kebijakan internal lain yang berlaku.

AMI bukan asesmen akreditasi eksternal dan bukan inspeksi personal. AMI merupakan proses evaluasi kesesuaian sistem, proses, bukti, dan capaian mutu terhadap standar yang telah

ditetapkan, sekaligus mekanisme untuk menghasilkan rekomendasi perbaikan dan peningkatan mutu.

### **1.3 Prinsip Dasar AMI**

1. Profesional: audit dilaksanakan oleh auditor yang kompeten, memahami standar, dan bekerja sesuai etika audit.
2. Objektif: seluruh temuan dan kesimpulan didasarkan pada bukti sah, bukan asumsi atau opini personal.
3. Independen: auditor tidak mengaudit unit yang berada dalam konflik kepentingan langsung.
4. Terukur: setiap penilaian mengacu pada indikator, target, kriteria skor, dan bukti yang telah ditentukan.
5. Terdokumentasi: seluruh proses, bukti, temuan, rekomendasi, berita acara, dan tindak lanjut harus terdokumentasi.
6. Perbaikan berkelanjutan: hasil audit digunakan untuk pengendalian dan peningkatan standar melalui RTL dan RTM.

### **1.4 Tujuan AMI**

1. Memastikan implementasi SPMI UMPR memenuhi standar, regulasi, manual mutu, dan kebijakan internal.
2. Memeriksa kesesuaian antara standar yang ditetapkan dengan pelaksanaan, bukti, dan capaian mutu di unit kerja.
3. Mengidentifikasi kekuatan, praktik baik, risiko, ketidaksesuaian, dan peluang peningkatan mutu.
4. Menyediakan rekomendasi perbaikan bagi auditee dan pimpinan universitas/fakultas/program studi.
5. Mendukung kesiapan UMPR, fakultas, dan program studi dalam menghadapi akreditasi atau evaluasi eksternal.
6. Menjadi dasar penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL), pengendalian mutu, dan agenda Rapat Tinjauan Manajemen.

## **1.5 Manfaat AMI**

1. Memperoleh peta capaian mutu berdasarkan standar dan indikator kinerja.
2. Meningkatkan kepatuhan terhadap standar akademik dan non-akademik.
3. Memperkuat budaya mutu berbasis data, bukti, dan tindak lanjut.
4. Mengurangi risiko mutu, risiko kepatuhan, risiko reputasi, dan risiko tata kelola.
5. Mendorong konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan program kerja.
6. Menyediakan bahan pengambilan keputusan bagi pimpinan melalui RTM.

## **1.6 Landasan Hukum dan Rujukan**

1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
4. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
5. Pedoman Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan Tinggi yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi.
6. Statuta Universitas Muhammadiyah Palangka Raya.
7. Rencana Strategis Universitas Muhammadiyah Palangka Raya.
8. Kebijakan, Manual, Standar, SOP, dan Formulir SPMI UMPR yang berlaku.
9. Pedoman AMI dan Pedoman Penilaian AMI Universitas Muhammadiyah Mataram sebagai rujukan pola pelaksanaan.

## BAB II

### KEBIJAKAN DAN ORGANISASI AMI

#### 2.1 Kebijakan Umum Pelaksanaan AMI

AMI dilaksanakan secara periodik paling sedikit satu kali dalam satu tahun akademik atau sesuai kebutuhan strategis universitas. AMI dapat dilaksanakan pada level program studi, fakultas, lembaga, biro, unit pelaksana teknis, pusat studi, laboratorium, dan unit lain yang ditetapkan oleh Rektor melalui penugasan DPM.

Pelaksanaan AMI berada di bawah koordinasi DPM UMPR. Pada tingkat fakultas dan program studi, pelaksanaan didukung oleh Gugus Kendali Mutu (GKM) atau unit penjaminan mutu yang sejenis. Setiap auditee wajib menyediakan dokumen, data, akses informasi, dan narasumber yang diperlukan untuk pelaksanaan audit.

#### 2.2 Ruang Lingkup AMI

Ruang lingkup AMI dapat mencakup standar akademik, standar nonakademik, standar Al-Islam dan Kemuhammadiyah, standar tata kelola, standar kemahasiswaan, standar sumber daya manusia, standar keuangan, standar sarana dan prasarana, standar pendidikan, standar penelitian, standar pengabdian kepada masyarakat, serta standar kerja sama. Penetapan ruang lingkup dilakukan pada awal setiap siklus AMI berdasarkan prioritas mutu, hasil RTM sebelumnya, kebutuhan akreditasi, serta kebijakan pimpinan.

**Tabel 1. Ruang Lingkup Standar Audit**

| Kode UMPR | Area Standar                             | Fokus Audit                                                                              |
|-----------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.01      | Al-Islam dan Kemuhammadiyah              | Standar AIK, integrasi nilai, kegiatan pembinaan, dan bukti implementasi.                |
| B.01      | Tata Pamong, Tata Kelola, dan Kerja Sama | Struktur organisasi, GUG, manajemen risiko, kerja sama, dan efektivitas tata kelola.     |
| C.01      | Jati Diri/VMTS                           | Kesesuaian visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, dan keterlibatan pemangku kepentingan. |
| D.01-D.08 | Pendidikan                               | Kompetensi lulusan, isi, proses, penilaian, pengelolaan, dosen/tendik, serta sarana      |

| Kode UMPR | Area Standar                 | Fokus Audit                                                              |
|-----------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|           |                              | pembelajaran.                                                            |
| E.01      | Kerja Sama                   | Dokumen, pelaksanaan, evaluasi, dan luaran kerja sama.                   |
| F.01-F.08 | Penelitian                   | Hasil, pelaksana/peneliti, pendanaan, luaran, dan hilirisasi penelitian. |
| G.01-G.08 | Pengabdian kepada Masyarakat | Hasil, pelaksanaan, pendanaan, luaran, dan dampak PkM.                   |
| H.01      | Kemahasiswaan                | Animo, layanan mahasiswa, prestasi, kesejahteraan, dan tracer study.     |

### 2.3 Struktur Pelaksana AMI

Tabel 2. Peran dan Tanggung Jawab Pelaksana AMI

| Pelaksana             | Tanggung Jawab                                                                                                       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rektor                | Menetapkan kebijakan, jadwal makro, dan surat keputusan pelaksanaan AMI.                                             |
| DPM                   | Merencanakan, mengoordinasikan, mengendalikan, dan melaporkan pelaksanaan AMI.                                       |
| GKM/UPM Fakultas      | Mendukung koordinasi data, komunikasi dengan auditee, dan pemantauan tindak lanjut.                                  |
| Koordinator Tim Audit | Memimpin tim auditor, memastikan audit sesuai jadwal, dan mengesahkan laporan tim.                                   |
| Auditor               | Melakukan audit dokumen, visitasi, wawancara, verifikasi bukti, penyusunan temuan, dan rekomendasi.                  |
| Auditee               | Menyediakan dokumen, menjelaskan proses, memberikan klarifikasi, menyepakati temuan, dan melaksanakan tindak lanjut. |

### 2.4 Kriteria Auditor

1. Dosen atau tenaga kependidikan profesional yang memahami SPMI, standar mutu, dan mekanisme audit.

2. Memiliki sertifikat/pelatihan auditor internal atau telah mengikuti pembekalan auditor AMI yang diselenggarakan DPM.
3. Mampu membaca dokumen mutu, menilai bukti, melakukan wawancara, dan menyusun temuan secara objektif.
4. Tidak memiliki konflik kepentingan dengan unit yang diaudit.
5. Ditugaskan melalui surat tugas atau SK Rektor/Kepala DPM sesuai mekanisme internal UMPR.

## **2.5 Etika Auditor**

1. Menjaga kerahasiaan data dan dokumen auditee.
2. Menggunakan bahasa yang profesional dan tidak menghakimi.
3. Tidak meminta atau menerima fasilitas yang dapat memengaruhi independensi audit.
4. Menghindari interpretasi yang tidak didukung oleh bukti.
5. Menyampaikan temuan secara konstruktif dan berorientasi pada perbaikan.

## BAB III

### MEKANISME PELAKSANAAN AMI

#### 3.1 Alur Umum Pelaksanaan AMI

Alur AMI UMPR mengikuti pola perencanaan, audit dokumen/self assessment, visitasi lapangan, penyampaian temuan, pelaporan, tindak lanjut, dan RTM. Setiap tahapan harus menghasilkan bukti administrasi yang dapat ditelusuri.

Tabel 3. Alur Umum Pelaksanaan AMI

| No | Tahapan                       | Uraian                                                                                            |
|----|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Penetapan Siklus AMI          | DPM menetapkan periode, ruang lingkup, instrumen, jadwal, dan kebutuhan auditor.                  |
| 2  | Penugasan Auditor             | Rektor/Kepala DPM menetapkan koordinator dan anggota tim audit.                                   |
| 3  | Sosialisasi dan Pembekalan    | DPM menyosialisasikan jadwal, instrumen, kriteria penilaian, serta teknis pelaporan.              |
| 4  | Self Assessment Auditee       | Auditee mengisi instrumen evaluasi diri dan mengunggah/menyusun bukti dokumen.                    |
| 5  | Audit Dokumen/Desk Evaluation | Auditor memeriksa kelengkapan, kesesuaian, dan konsistensi bukti.                                 |
| 6  | Visitasi Lapangan             | Auditor melakukan wawancara, observasi, klarifikasi, dan verifikasi di lapangan.                  |
| 7  | Closing Meeting               | Auditor menyampaikan temuan awal dan menyepakati fakta temuan dengan auditee.                     |
| 8  | Laporan AMI                   | Tim audit menyusun laporan lengkap yang memuat capaian, temuan, analisis, rekomendasi, serta RTL. |
| 9  | Tindak Lanjut                 | Auditee melaksanakan perbaikan/koreksi sesuai dengan target waktu yang telah disepakati.          |
| 10 | RTM                           | Pimpinan membahas hasil AMI, menetapkan keputusan pengendalian dan peningkatan standar.           |

#### 3.2 Tahap Perencanaan AMI

Perencanaan AMI dilakukan oleh DPM dengan memperhatikan hasil RTM periode sebelumnya, kebutuhan akreditasi, prioritas strategis universitas, kesiapan instrumen, dan

ketersediaan auditor. Tahap ini menghasilkan dokumen jadwal, ruang lingkup, daftar auditor, daftar auditee, instrumen, serta surat tugas.

1. Menetapkan tema, sasaran, ruang lingkup, dan standar yang akan diaudit.
2. Menetapkan jadwal AMI mulai dari sosialisasi hingga RTM.
3. Menetapkan auditor dan komposisi tim audit; setiap unit idealnya diaudit oleh minimal 2 auditor.
4. Menyiapkan instrumen AMI, daftar tilik, format laporan, format temuan, dan format RTL.
5. Melaksanakan pembekalan/refreshment auditor.
6. Menyampaikan surat pemberitahuan AMI kepada fakultas, program studi, dan unit kerja.

Tabel 4. Contoh Jadwal Siklus AMI UMPR

| No | Waktu      | Agenda                                                          |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1  | Minggu 1   | Sosialisasi AMI dan distribusi instrumen/self assessment.       |
| 2  | Minggu 2-3 | Pengisian self assessment dan pengumpulan dokumen oleh auditee. |
| 3  | Minggu 4   | Audit dokumen/desk evaluation oleh auditor.                     |
| 4  | Minggu 5-6 | Visitasi lapangan dan klarifikasi bukti.                        |
| 5  | Minggu 7   | Finalisasi temuan dan penyusunan laporan unit.                  |
| 6  | Minggu 8   | Penyusunan laporan AMI universitas dan rekomendasi RTM.         |
| 7  | Minggu 9   | Rapat Tinjauan Manajemen dan penetapan tindak lanjut.           |

### 3.3 Tahap Audit Dokumen / Self Assessment

Self-assessment diisi oleh auditee untuk menjelaskan capaian standar, kondisi aktual, kendala, dan bukti pendukung. Auditor melakukan audit dokumen untuk menilai ketersediaan, kelengkapan, kesesuaian, konsistensi, dan validitas bukti.

1. Memeriksa ketersediaan dokumen kebijakan, manual, standar, SOP, formulir, laporan, dan bukti pelaksanaan.
2. Memeriksa kesesuaian dokumen dengan standar dan target indikator.
3. Menilai konsistensi antara rencana, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan.
4. Mengidentifikasi bukti yang perlu diklarifikasi saat visitasi.
5. Menyusun catatan awal temuan, risiko, dan potensi praktik baik.

### 3.4 Tahap Visitasi Lapangan

Visitasi lapangan dilakukan untuk memverifikasi bukti audit, menggali informasi tambahan, dan memastikan kondisi faktual pelaksanaan standar. Teknik audit dapat berupa wawancara, pemeriksaan dokumen, observasi proses, peninjauan fasilitas, dan triangulasi dengan pemangku kepentingan.

1. Opening meeting: tim audit menjelaskan tujuan, ruang lingkup, jadwal, dan metode audit.
2. Wawancara: auditor berdialog dengan pimpinan, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, alumni, mitra, atau pihak relevan lainnya.
3. Pemeriksaan dokumen: auditor memeriksa bukti fisik/digital yang belum lengkap pada tahap desk evaluation.
4. Observasi: auditor meninjau fasilitas, layanan, proses pembelajaran, laboratorium, atau aktivitas lain sesuai standar audit.
5. Klarifikasi: auditee diberikan kesempatan menjelaskan kondisi, kendala, dan bukti tambahan.
6. Closing meeting: auditor menyampaikan ringkasan temuan, kategori temuan, rekomendasi awal, dan kesepakatan tindak lanjut.

### 3.5 Bukti Audit

Bukti audit harus sah, relevan, terkini, dapat ditelusuri, dan sesuai dengan indikator yang diaudit. Bukti dapat berupa dokumen kebijakan, SK, SOP, laporan, notula rapat, daftar hadir, foto kegiatan, tautan sistem informasi, hasil survei, luaran tridharma, dokumen kerja sama, data PDDikti, dokumen keuangan, serta bukti lain yang relevan.

### 3.6 Temuan Audit

Temuan audit harus ditulis berdasarkan fakta, ringkas, jelas, dan tidak memuat opini personal. Temuan setidaknya memuat standar/indikator yang diaudit, kondisi aktual, bukti yang ditemukan, ketidaksesuaian atau potensi peningkatan, rekomendasi, penanggung jawab, dan target waktu penyelesaian.

**Tabel 5. Kategori Temuan AMI**

| Kategori | Deskripsi                                                                                                                                    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OB -     | Kondisi yang belum menjadi ketidaksesuaian, tetapi berpotensi menjadi masalah bila tidak dikendalikan. Dapat pula berupa peluang peningkatan |

| Kategori  | Deskripsi                                                                                                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Observasi | atau praktik baik yang perlu dipertahankan.                                                                                               |
| KTS Minor | Ketidaksesuaian terbatas pada sebagian bukti/proses dan tidak berdampak sistemik terhadap pencapaian standar, namun memerlukan koreksi.   |
| KTS Mayor | Ketidaksesuaian yang berdampak sistemik, berulang, tidak memiliki bukti utama, atau menyebabkan standar tidak tercapai secara signifikan. |
| PTK/RTL   | Permintaan Tindakan Koreksi atau Rencana Tindak Lanjut yang wajib disusun oleh auditee berdasarkan temuan audit.                          |

### 3.7 Kriteria Penulisan Temuan

1. Mengacu pada standar, indikator, dan target yang jelas.
2. Didukung bukti yang sah dan dapat diverifikasi.
3. Menghindari pernyataan normatif tanpa data.
4. Membedakan antara kondisi, akar penyebab, risiko/dampak, dan rekomendasi.
5. Memuat target waktu dan penanggung jawab tindak lanjut.

## **BAB IV**

### **PELAPORAN, TINDAK LANJUT, DAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN**

#### **4.1 Format Laporan AMI**

Laporan AMI disusun oleh tim auditor untuk setiap unit yang diaudit. Laporan tingkat universitas disusun oleh DPM berdasarkan konsolidasi seluruh laporan unit. Struktur laporan sekurang-kurangnya memuat bagian berikut:

1. Halaman sampul dan lembar persetujuan bersama.
2. Pendahuluan: latar belakang, tujuan, objek, ruang lingkup, dan jadwal audit.
3. Gambaran objek teraudit: profil singkat, VMTS, program prioritas, dan capaian kinerja.
4. Metode pelaksanaan AMI: mekanisme audit dokumen, visitasi, teknik pengumpulan bukti, dan narasumber.
5. Hasil audit: capaian standar, ketersediaan dokumen, temuan OB, KTS minor, KTS mayor, dan praktik baik.
6. Analisis hasil audit: akar penyebab, faktor pendukung, faktor penghambat, dan risiko mutu.
7. Rencana tindak lanjut: koreksi, perbaikan, peningkatan standar, penanggung jawab, sumber daya, target waktu, dan mekanisme kontrol.
8. Rekomendasi auditor dan rekomendasi untuk RTM.
9. Penutup dan lampiran bukti audit.

#### **4.2 Rencana Tindak Lanjut**

RTL disusun oleh auditee berdasarkan temuan AMI dan disepakati bersama auditor. RTL harus realistis, terukur, memiliki penanggung jawab, batas waktu, indikator keberhasilan, serta mekanisme verifikasi. Tindak lanjut dapat berupa koreksi langsung, tindakan korektif untuk akar masalah, tindakan preventif untuk mencegah pengulangan, atau peningkatan standar bila capaian telah melampaui target.

Tabel 6. Jenis Tindak Lanjut

| <b>Jenis</b>      | <b>Uraian</b>                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| Koreksi           | Perbaikan langsung atas bukti atau proses yang belum lengkap. |
| Tindakan Korektif | Perbaikan terhadap akar penyebab agar ketidaksesuaian tidak   |

| Jenis               | Uraian                                                                                      |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | berulang.                                                                                   |
| Tindakan Preventif  | Pengendalian risiko agar potensi ketidaksesuaian tidak terjadi.                             |
| Peningkatan Standar | Pengembangan target, prosedur, atau indikator jika standar telah tercapai secara konsisten. |

#### 4.3 Verifikasi Tindak Lanjut

DPM bersama GKM/UPM memantau pelaksanaan RTL. Verifikasi dilakukan dengan memeriksa bukti perbaikan, ketercapaian target waktu, serta efektivitas tindakan. Temuan yang belum selesai dibawa ke RTM untuk memperoleh keputusan pimpinan.

#### 4.4 Rapat Tinjauan Manajemen

RTM merupakan forum pimpinan untuk meninjau efektivitas SPMI berdasarkan hasil AMI, hasil monev, capaian indikator kinerja, umpan balik pemangku kepentingan, temuan audit eksternal, risiko mutu, dan status tindak lanjut. Keputusan RTM menjadi dasar pengendalian dan peningkatan standar pada siklus berikutnya.

1. Mengesahkan hasil AMI dan prioritas perbaikan.
2. Menetapkan tindak lanjut lintas unit yang memerlukan dukungan universitas.
3. Menetapkan alokasi sumber daya untuk perbaikan dan peningkatan mutu.
4. Menetapkan target mutu periode berikutnya.
5. Menentukan perubahan kebijakan, standar, SOP, atau instrumen bila diperlukan.

## **BAB V PENUTUP**

Pedoman Pelaksanaan AMI ini menjadi acuan kerja bagi DPM, GKM/UPM, auditor, dan auditee di lingkungan UMPR. Keberhasilan AMI tidak hanya diukur dari tersusunnya laporan, tetapi terutama dari terlaksananya tindak lanjut yang berdampak pada peningkatan mutu akademik dan nonakademik. Pedoman ini perlu ditinjau ulang secara berkala agar selalu selaras dengan perkembangan regulasi, standar pendidikan tinggi, kebijakan akreditasi, dan kebutuhan strategis UMPR.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Format Identitas Audit

#### Form 1. Identitas Audit

| Komponen                    | Isian |
|-----------------------------|-------|
| Nama Fakultas               |       |
| Nama Program Studi/Unit     |       |
| Jenjang                     |       |
| Nama Pimpinan Fakultas/Unit |       |
| Nama Pimpinan Prodi         |       |
| Tanggal Audit               |       |
| Koordinator Auditor         |       |
| Anggota Auditor             |       |
| Auditee/Narasumber          |       |

### Lampiran 2. Daftar Tilik Audit Dokumen

#### Form 2. Daftar Tilik Audit Dokumen

| No | Standar/Indikator | Dokumen/Bukti yang Diperiksa | Ada/Tidak | Catatan Auditor |
|----|-------------------|------------------------------|-----------|-----------------|
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |
|    |                   |                              |           |                 |

### Lampiran 3. Lembar Temuan Audit

#### Form 3. Lembar Temuan Audit

| No | Standar/Indikator | Kondisi/Temuan | Bukti | Kategori | Rekomendasi | Target Waktu |
|----|-------------------|----------------|-------|----------|-------------|--------------|
|    |                   |                |       |          |             |              |
|    |                   |                |       |          |             |              |
|    |                   |                |       |          |             |              |
|    |                   |                |       |          |             |              |
|    |                   |                |       |          |             |              |
|    |                   |                |       |          |             |              |

### Lampiran 4. Rencana Tindak Lanjut

#### Form 4. Rencana Tindak Lanjut

| No | Temuan | Akar Penyebab | Tindakan Perbaikan | Penanggung Jawab | Target | Status/Verifikasi |
|----|--------|---------------|--------------------|------------------|--------|-------------------|
|    |        |               |                    |                  |        |                   |
|    |        |               |                    |                  |        |                   |
|    |        |               |                    |                  |        |                   |
|    |        |               |                    |                  |        |                   |
|    |        |               |                    |                  |        |                   |
|    |        |               |                    |                  |        |                   |

### **Lampiran 5. Berita Acara Closing Meeting**

Pada hari ini \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_, telah dilaksanakan closing meeting AMI pada unit \_\_\_\_\_. Auditor dan auditee menyepakati bahwa temuan yang tertulis dalam lembar temuan telah diklarifikasi berdasarkan bukti yang tersedia dan akan ditindaklanjuti sesuai target waktu yang disepakati.

Auditee,

Koordinator Auditor,

(.....)

(.....)

## **DAFTAR PUSTAKA / RUJUKAN DOKUMEN**

- Republik Indonesia. (2003). Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- Republik Indonesia. (2012). Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi. (2023). Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2010). Buku Panduan Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan Tinggi.
- Universitas Muhammadiyah Mataram. (2023). Pedoman Panduan Audit Mutu Internal (AMI).
- Universitas Muhammadiyah Mataram. (2023). Pedoman Penilaian Monev dan Audit Mutu Internal.
- Universitas Muhammadiyah Palangka Raya. (2025). Formulir Laporan Audit Mutu Internal Tahun Akademik 2024/2025.