

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR AUDIT MUTU INTERNAL	Kode/No.: 07.5.4.01-03.1	Q
	Tanggal : 02 Desember 2019	
	Revisi : 01	



Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	TandaTangan	
Dibuat	I Putu Agus Suwastawa, SE., MM.	Tim SPMI BPM		02/12/2019
Diperiksa	Ir. Gede Sumarda, MT.	Wakil Rektor I		02/12/2019
	Dr. Ade Maharini Adiandari, S.Sos., MM., RFP., CFP., AEPP.	Wakil Rektor II		02/12/2019
	Dewa Made Karsa, SH, MM.	Wakil Rektor III		02/12/2019
Pertimbangan	Ir. Gede Sumarda, MT.	Ketua Senat		02/12/2019
Ditetapkan	Dr. Drs. Nyoman Sura Adi Tanaya, M.Si.	Rektor UNR		02/12/2019
Dikendali-kan	Ir. Made Mariada Rijasa, ST., MT.	Ketua Badan Penjaminan Mutu		02/12/2019

UNIVERSITAS NGURAH RAI

Jl. Kampus Ngurah Rai – Padma – Penatih Denpasar
Phone : (0361) 462617 / Fax : (0361) 462617/ KodePos : 80238
Email :info@unr.ac.id / Website : unr.ac.id

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Distribusi
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badan Penjaminan Mutu (BPM UNR) 2. Gugus Penjaminan Mutu (GPM UNR)

1. TUJUAN

Prosedur ini akan digunakan sebagai pedoman dalam melaksanakan AMI pada seluruh unit kerja di lingkungan UNR, diantaranya pedoman mengenai kode etik, tugas dan tanggung jawab serta tata cara melaksanakan kegiatan AMI.

2. RUANG LINGKUP

Lingkup prosedur AMI ini mencakup mulai dari proses penjadwalan, pelaksanaan hingga pelaporan hasil audit internal yang akan dilaksanakan oleh Auditor Internal Universitas Negeri Rai.

3. ACUAN

- a. Buku Pedoman AMI
- b. Instrumen akreditasi Perguruan Tinggi dan Prodi

4. DEFINISI

- a. **Audit Mutu Internal** adalah proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di PT sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi.
- b. **Auditor Internal** adalah aktor yang menjalankan tugas audit mutu internal dan memiliki kemampuan khusus yang dibuktikan dengan sertifikasi pelatihan tentang pemahaman SPMI, Standar Perguruan Tinggi, instrumen BAN PT.
- c. **Auditee** adalah bidang atau unit yang diaudit oleh Auditor Internal yang diawali dengan surat tugas dari Ketua Badan Penjaminan Mutu UNR
- d. **Kode Etik Auditor Internal** adalah pola aturan, tata cara, tanda, pedoman etis bagi Auditor Internal dalam melakukan suatu kegiatan atau pekerjaan dan menjadi pedoman perilaku.
- e. **Bukti Audit** adalah rekaman/arsip pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.
- f. **Temuan audit** adalah hasil penilaian bukti audit yang terkumpulkan terhadap kriteria audit.
- g. **Tindakan Koreksi** adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan atau situasi yang tidak dikehendaki
- h. **Verifikasi** adalah penegasan, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi.
- i. **Bukti Obyektif (*Objective Evidence*)** adalah segala informasi kualitatif atau kuantitatif, dan catatan atau pernyataan fakta yang mendukung / membuktikan adanya atau kebenaran sesuatu.
- j. **Kriteria Audit** adalah sejumlah kebijakan, prosedur atau persyaratan yang dipakai sebagai rujukan.

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Distribusi
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badan Penjaminan Mutu (BPM UNR) 2. Gugus Penjaminan Mutu (GPM UNR)

5. PROSEDUR

- 1) Tim SPMI BPM UNR menyusun jadwal tahunan audit untuk seluruh unit kerja di UNR.
- 2) Auditor Internal dalam melaksanakan audit terhadap seluruh unit secara bertahap dengan dilengkapi berkas dokumen audit (*checklist*).
- 3) Tim auditor harus membuat laporan sesuai format laporan audit internal.
- 4) Tiap ketidaksesuaian yang ditemukan dalam pelaksanaan audit harus dibuatkan laporannya sesuai format yang sudah ditetapkan.
- 5) Pimpinan unit atau auditee harus melakukan tindakan revisi ketidaksesuaian dan menentukan durasi waktunya.
- 6) Pimpinan unit atau kegiatan yang diaudit harus itu dan menentukan tindakan revisi ketidaksesuaian apa yang akan dilakukan dan berapa lama tindakan revisi ketidaksesuaian terselesaikan.
- 7) Tiap ketidaksesuaian yang berpotensi mengganggu berjalannya sistem manajemen mutu perlu dilakukan suatu analisis dan kemungkinan penyebabnya, serta usulan rencana tindakan revisi ketidaksesuaiannya. Kerangka waktu dan tindakan revisi ketidaksesuaian disepakati bersama antara Auditor dan Auditee. Rencana tindakan revisi ketidaksesuaian menggunakan Form Rencana Tindakan Ketidaksesuaian
- 8) Apabila pimpinan unit atau kegiatan yang diaudit tidak dapat menentukan sendiri, maka masalah tindakan revisi ketidaksesuaiannya diangkat ke atas, yaitu ke rapat pimpinan antar unit.
- 9) Jika tindakan revisi ketidaksesuaian dan kerangka waktu penyelesaiannya telah disepakati, harus diusahakan adanya audit terhadap hasil (laporan tindakan revisi ketidaksesuaian) tersebut menggunakan Form Laporan Revisi Ketidaksesuaian.
- 10) Jika verifikasi ini menunjukkan hasil yang negatif, dapat dibuatkan laporan ketidaksesuaian tambahan.
- 11) Jika verifikasi ini menunjukkan hasil yang positif, maka Ketua Badan Penjaminan Mutu dapat menutup laporan tersebut. Penutupan hasil audit dilakukan dengan menggunakan form Penutupan hasil audit dengan menulis "*Closed*" pada kolom status.
- 12) Jadwal, pelaksanaan, laporan, verifikasi audit dibuatkan rangkumannya dalam formulir yang ditentukan.

6. DOKUMEN

- a. Formulir Jadwal Audit Internal
- b. Formulir Checklist Audit
- c. Laporan Audit Mutu Internal

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Distribusi
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	1. Badan Penjaminan Mutu (BPM UNR) 2. Gugus Penjaminan Mutu (GPM UNR)

7. DIAGRAM ALIR

