

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm

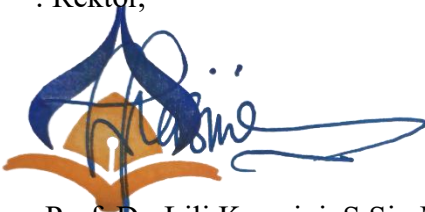
HALAMAN PENGESAHAN



UNIVERSITAS BINA BANGSA GETSEMPENA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) AUDIT MUTU INTERNAL

Kode Dokumen	:	
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	01 Agustus 2025
Jumlah Halaman	:	8 Halaman
Tanggal Dibuat/Diajukan Oleh	:	17 Juli 2025 Tim LAMI
		 Dzikrul Rizki, M.Pd
Tanggal Diperiksa Oleh	:	18 Juli 2025 Wakil Rektor III
		 Fitriati, S.Pd.I, M.Ed, PhD
Tanggal Dikendalikan Oleh	:	20 Juli 2025 Ketua LAMI

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm

 Intan Kemala Sari, M.Pd		
Tanggal Disetujui Oleh	: 30 Juli 2025 : Rektor,	 Prof. Dr. Lili Kasmini, S.Si., M.Si

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025 No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	

A. DEFINISI

1. Audit Mutu Internal (AMI) UBBG adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UBBG Banda Aceh.
2. Audit Bidang Akademik (ABA) adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi bidang akademik yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UBBG.
3. Audit Bidang Non Akademik (ABNA) UBBG adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi bidang non akademik yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UBBG.
4. Sistem Mutu adalah sistem yang mencakup struktur organisasi, tanggungjawab, prosedur, proses, dan sumberdaya untuk melaksanakan manajemen mutu.
5. Unit Pelaksana Akademik UBBG adalah Fakultas, Jurusan/Program Studi, Lembaga dan Pusat Studi yang bertugas menjalankan fungsi Tri Dharma Perguruan Tinggi.
6. Auditor adalah orang yang mempunyai kualifikasi untuk melakukan audit mutu.
7. Klien adalah orang atau organisasi yang meminta audit. Klien dalam kegiatan AMI ini dapat berupa: permintaan Audit terhadap mutu Akademik dan pelaksanaan Audit-audit di lingkungan Universitas/Fakultas/Jurusan/Prodi dan Bagian.
8. Teraudit (auditee) adalah organisasi yang diaudit.
9. Ketidaksesuaian (KTS) adalah tidak terpenuhinya persyaratan karakteristik mutu atau unsur sistem mutu yang telah ditetapkan.
10. Observasi (OB) adalah pernyataan tentang temuan selama audit, didasarkan atas bukti objektif yang menunjukkan ketidaklengkapan atau ketidakcukupan yang memerlukan penyempurnaan dalam waktu singkat.
11. Ketidaksesuaian Minor adalah bila penerapan sistem penjaminan mutu oleh auditee belum sesuai (menyimpang) dengan ketentuan yang ada dalam dokumen sistem mutu, ketidaksesuaian yang ditemukan dapat segera diperbaiki, dan/tidak merugikan pelanggan.

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025 No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	

12. Ketidaksesuaian Major adalah bila auditee tidak melaksanakan/menerapkan system penjaminan mutu sebagaimana ditentukan dalam dokumen sistem penjaminan mutu.
13. Bukti Objektif adalah informasi yang bersifat kualitatif ataupun kuantitatif, catatan ataupun pernyataan tentang fakta mengenai mutu pelayanan, eksistensi dan implementasi elemen-elemen sistem mutu, yang didasarkan pada pengamatan, pengukuran, dan dapat diverifikasi.

B. TUJUAN

1. Menetapkan tata cara Audit Mutu Internal di lingkungan Universitas Bina Bangsa Getsempena (UBBG Banda Aceh), sebagai upaya perbaikan efektifitas sistem manajemen mutu, penilaian peluang perbaikan serta peningkatan performa organisasi.
2. Menjamin bahwa WR III akan melaksanakan Audit Internal sesuai dengan jadwal dan standar mutu yang telah ditetapkan.
3. Memastikan bahwa upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan standar mutu telah berjalan dengan tepat dan efektif.berjalan dengan tepat dan efektif.
4. Memberikan panduan operasional dalam pelaksanaan tugas Lembaga Audit Mutu Internal (LAMI) dalam mendampingi unit kerja di lingkungan universitas dalam penyusunan dan pelaksanaan Audit serta evaluasi mutu internal.

C. RUANG LINGKUP

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan audit sistem dan audit kepatuhan yang ruang lingkupnya meliputi:

1. Audit Sistem, antara lain: kecukupan dokumen (kebijakan, manual, standar, SOP, formulir) dan organisasi manajemen (OTK, Tupoksi) unit kerja
2. Audit Kepatuhan, antara lain: kesesuaian antara isi dokumen yang ditetapkan dan aktivitas yang dilakukan oleh setiap unit kerja.

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025 No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	

D. REFERENSI

1. Permendikbud No. 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
2. Instrumen Audit Program Studi (IAPS 4.0)
3. Kebijakan Penjaminan Mutu Internal Universitas
4. Panduan SPMI (Direktorat Jenderal Dikti)

E. URAIAN PROSEDUR

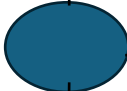
1. Rektor/pimpinan unit kerja meminta WR III melakukan audit internal melalui surat perintah Rektor
2. WR III bersama Divisi Audit (LAMI) melakukan evaluasi dan memilih auditor internal sesuai kompetensi dan kepemilikan sertifikat sebagai Tim LAMI yang akan diusulkan kepada Rektor.
3. WR III mengajukan Tim LAMI untuk meminta persetujuan dan penetapan Rektor.
4. Rektor menerbitkan surat tugas Tim LAMI yang diserahkan kepada WR III
5. WR III mengundang LAMI sesuai surat tugas Rektor untuk melakukan pembekalan.
6. LAMI menyusun jadwal program, rencana, dan daftar pemeriksaan (checklist) sebelum pelaksanaan AMI untuk diserahkan kepada WR III
7. WR III menerima jadwal program, rencana, dan daftar pemeriksaan (checklist) untuk disosialisasikan kepada Auditee.
8. WR III mengundang Auditee untuk sosialisasi AMI
9. Auditee melakukan persiapan AMI dengan melengkapi dokumen yang diperlukan.
10. WR III mengirim surat pemberitahuan pelaksanaan AMI kepada LAMI dan Auditee
11. LAMI melaksanakan AMI di tempat Auditee sesuai jadwal.
12. Auditee merencanakan tindakan perbaikan hasil temuan sesuai kesepakatan dengan LAMI.
13. LAMI melakukan verifikasi temuan sesuai batas waktu yang telah disepakati Auditee.
14. LAMI membuat laporan AMI dengan melengkapi semua formulir/rekaman hasil Audit (Formulir Temuan, Formulir laporan)
15. WR III menerima berkas hasil AMI dari Tim LAMI untuk dilaporkan kepada Rektor.

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm

16. Rektor menerima laporan AMI dan mengkoordinir tindak lanjut hasil temuan pada masing masing auditee yang akan dimonitor oleh WR III sesuai waktu yang ditentukan.

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025
	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	No. Revisi : 01 Halaman : 8 hlm

BAGAN ALIR
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
LEMBAGA AUDIT MUTU INTERNAL (LAMI)

URAIAN PROSEDUR	PIHAK YANG TERLIBAT/PELAKSANA				WAKTU	KET
	Rektor	WR III	Tim LAMI	Auditee		
Rektor/pimpinan unit kerja meminta WR III melakukan audit interna						
WR III bersama LAMI melakukan evaluasi dan memilih auditor internal sesuai kompetensi dan kepemilikan sertifikat sebagai Tim AMI (Auditor Internal)						
WR III mengajukan Tim Auditor Internal untuk meminta persetujuan dan penetapan Rektor.						
Rektor menerbitkan surat tugas Tim LAMI yang diserahkan kepada WR III						
WR III Mengundang Tim LAMI sesuai surat tugas Rektor untuk melakukan pembekalan.						
Tim Auditor Internal menyusun jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list) sebelum Pelaksanaan AMI						
WR III Menerima jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list)						



STANDAR OPERASIONAL
PROSEDUR (SOP)

AUDIT MUTU INTERNAL
(AMI)

Tanggal Terbit : 01 Agustus 2025

No. Revisi : 01
Halaman : 8 hlm

