PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

STIE WIDYA WIWAHA

YOGYAKARTA

2024

SURAT KEPUTUSAN
KETUA STIE WIDYA WIWAHA
Nomor : 89/STIEWW/SK/VI/2024

TENTANG

PENETAPAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL
SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA

Menimbang :

a. Bahwa untuk melakukan penjaminan mutu internal secara konsisten dan berkelanjutan sebagai pertanggungjawaban kepada pemangku kepentingan di lingkungan STIE Widya Wiwaha;
b. Bahwa agar terlaksananya kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) di STIE Widya Wiwaha berjalan dengan lancar;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan yang dimaksud dalam huruf a dan b, perlu diterbitkan Keputusan Ketua STIE Widya Wiwaha

Mengingat :

a. Undang-undang No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
b. Undang-undang No. 19 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan;
c. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
d. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
e. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2023;

Memperhatikan :

1. Statuta STIE Widya Wiwaha;
2. Renstra STIE Widya Wiwaha tahun 2021 – 2025

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Kesatu MENETAPKAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

Kedua : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan baku bagi seluruh Unit Pengelola Program Studi (UPPS), Program Studi (S1 Manajemen, S1 Akuntansi, S2 Magister Manajemen), Lembaga Penjaminan Mutu (LPM), dan seluruh unit kerja non-akademik di lingkungan STIE Widya Wiwaha dalam Pelaksanaan PPEPP;

Ketiga : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan atau kekurangan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : Yogyakarta

pada tanggal :17 Juni 2024

Ketua STIE Widya Wiwaha



Dr. Nur Widiastuti, S.E., M.Si

DAFTAR ISI

SURAT KEPUTUSAN ii
DAFTAR ISI iv
BAB I. PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Definisi Istilah 2
C. Tujuan AMI 2
D. Prinsip AMI 3
E. Dasar Hukum dan Acuan 3
BAB II. KRITERIA AUDITOR DAN TANGGUNG JAWAB 4
A. Kualifikasi dan kompetensi auditor 4
B. Tugas dan tanggung jawab 4
BAB III. KLASIFIKASI TEMUAN AUDIT 5
A. Kriteria Observasi (OB) 5
B. Kriteria Ketidaksesuaian Minor (KTS-M) 5
C. Kriteria Ketidaksesuaian Mayor (KTS-MJ) 5
D. Matriks pembeda OB, Minor, dan Mayor 6
E. Aturan pengambilan keputusan 7
BAB IV. PELAKSANAAN AUDIT 8
A. Perencanaan dan ruang lingkup 8
B. Tahapan audit 8
C. Metode pengumpulan bukti 9
D. Laporan audit 9
BAB V. TINDAK LANJUT DAN PENUTUPAN TEMUAN 10
A. Ketentuan umum 10
B. Tenggat tindak lanjut rekomendatif 10
C. Tahapan PTK 11
D. Eskalasi 11
BAB VI. RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN DAN PENINGKATAN 12
BAB VII. PEMETAAN KRITERIA AUDIT TERHADAP STANDAR SPMI 13
BAB VIII. PENUTUP 14

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

STIE Widya Wiwaha melaksanakan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) sebagai bagian dari tanggung jawab perguruan tinggi untuk menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu. SPMI dilaksanakan secara sistemik melalui siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP). Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu mekanisme evaluasi yang dilakukan secara objektif, sistematis, terdokumentasi, dan independen untuk menilai kesesuaian serta efektivitas pelaksanaan standar pendidikan tinggi.

Pedoman AMI Tahun 2021 perlu disesuaikan dengan perkembangan kebijakan penjaminan mutu pendidikan tinggi, khususnya Permendikbudristek No 53 tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. Penyesuaian dilakukan agar kriteria audit tidak hanya memeriksa keberadaan dokumen, tetapi juga keterlaksanaan, ketercapaian, dampak, pengendalian, dan peningkatan mutu berdasarkan data serta bukti yang sahih.

AMI bukan kegiatan mencari kesalahan individu, melainkan instrumen evaluasi dan perbaikan sistem. Hasil audit digunakan untuk memastikan pemenuhan standar, mengidentifikasi risiko dan akar masalah, menetapkan tindakan korektif, serta mendorong peningkatan mutu berkelanjutan.

Ringkasan Perubahan Utama

Bagian pedoman 2021	Penyesuaian
Dasar hukum (Bab I.F) masih memuat regulasi lama, termasuk Permendikbud No. 3 Tahun 2020 dan Permendikbud No. 50 Tahun 2014	Memutakhirkan rujukan utama ke Permendikbudristek No 53 tahun 2023 ; regulasi lama hanya dicantumkan jika masih relevan dan belum dicabut.
Definisi OB, KTS Minor, KTS Mayor masih umum	Membuat kriteria, ambang penilaian, contoh, dan aturan eskalasi yang dapat diterapkan seragam.
Alur audit dan tindak lanjut belum menetapkan tenggat yang rinci	Menetapkan tenggat operasional rekomendatif, analisis akar masalah, bukti perbaikan, verifikasi, dan penutupan.
Daftar 35 standar pada Bab V.C mengacu pada struktur lama	Menegaskan bahwa kriteria audit harus menggunakan standar SPMI institusi yang telah dipetakan terhadap SN Dikti dan standar perguruan tinggi yang berlaku; daftar 35 standar harus ditelaah ulang.
Pelaporan dan RTM	Menghubungkan hasil AMI dengan pengendalian dan peningkatan standar dalam PPEPP serta keputusan pimpinan.

B. Definisi Istilah

Istilah	Definisi
Audit Mutu Internal (AMI)	proses evaluasi sistematis, independen, terdokumentasi, dan berbasis bukti terhadap pemenuhan serta efektivitas standar SPMI.
Kriteria audit	kebijakan, standar, indikator, target, prosedur, ketentuan peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lain yang disepakati sebagai acuan audit.
Bukti audit	rekaman, dokumen, data, hasil wawancara, hasil pengamatan, atau informasi lain yang relevan, dapat diverifikasi, dan cukup untuk mendukung kesimpulan.
Temuan audit	hasil evaluasi bukti audit terhadap kriteria, yang dapat berupa kesesuaian, observasi, ketidaksesuaian minor, atau ketidaksesuaian mayor.
Observasi (OB)	catatan auditor atas kondisi yang belum terbukti sebagai pelanggaran persyaratan, tetapi menunjukkan risiko, gejala kelemahan, ketidakcukupan awal, atau peluang perbaikan yang perlu dipantau.
Ketidaksesuaian Minor (KTS-M)	ketidakpatuhan terhadap satu atau beberapa persyaratan yang bersifat terbatas, tidak sistemik, tidak berdampak signifikan terhadap pencapaian hasil/standar, dan dapat diperbaiki tanpa perubahan mendasar pada sistem.
Ketidaksesuaian Mayor (KTS-MJ)	kegagalan memenuhi persyaratan yang bersifat sistemik atau berdampak signifikan, kegagalan proses inti, tidak adanya pengendalian yang diperlukan, atau ketidakpatuhan yang menimbulkan risiko serius terhadap mutu, hak pemangku kepentingan, integritas akademik, keselamatan, atau kepatuhan hukum.
Akar masalah	penyebab mendasar yang memungkinkan ketidaksesuaian terjadi atau berulang; bukan sekadar gejala atau kesalahan sesaat.
Koreksi	tindakan segera untuk memperbaiki kondisi ketidaksesuaian yang ditemukan.
Tindakan korektif	tindakan untuk menghilangkan akar penyebab ketidaksesuaian dan mencegah terulangnya.
Verifikasi efektivitas	pemeriksaan auditor/LPM terhadap bukti bahwa tindakan korektif telah dilaksanakan dan efektif mencegah pengulangan.
Peluang peningkatan	saran perbaikan terhadap proses yang telah memenuhi persyaratan tetapi masih dapat ditingkatkan.

C. Tujuan AMI

1. Menilai kesesuaian pelaksanaan kegiatan tridarma dan tata kelola dengan standar SPMI, SN Dikti, serta ketentuan internal dan peraturan perundang-undangan yang relevan.
2. Menilai ketercapaian indikator dan target mutu berdasarkan data yang valid, terukur, dan dapat ditelusuri.
3. Menilai efektivitas penerapan siklus PPEPP, termasuk pengendalian dan peningkatan standar.

4. Mengidentifikasi risiko, ketidaksesuaian, akar masalah, praktik baik, dan peluang peningkatan.
5. Memastikan tindak lanjut hasil evaluasi sebelumnya berjalan dan terbukti efektif.
6. Menyediakan informasi objektif bagi pimpinan dalam pengambilan keputusan dan RTM.

D. Prinsip AMI

1. Integritas dan profesionalitas;
2. Penyajian yang objektif, adil, dan tidak memihak;
3. Kecermatan profesional dan kehati-hatian;
4. Kerahasiaan informasi;
5. Independensi dan bebas konflik kepentingan;
6. Pendekatan berbasis bukti dan risiko;
7. Orientasi pada perbaikan berkelanjutan;
8. Konsistensi penerapan kriteria antarunit dan antarperiode.

E. Dasar Hukum dan Acuan

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, sepanjang masih berlaku.
4. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, sepanjang relevan.
5. Permendikbudristek No 53 tahun 2023tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
6. Statuta STIE Widya Wiwaha dan peraturan internal yang berlaku.
7. Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, standar operasional prosedur, serta dokumen akademik dan nonakademik STIE WW yang berlaku.
8. Ketentuan lain yang relevan dan masih berlaku.

Catatan: LPM wajib menyusun daftar kendali regulasi (legal register) yang memuat judul, nomor, tahun, status berlaku/perubahan/pencabutan, tanggal pemeriksaan, dan tautan/sumber naskah resmi. Rujukan regulasi lama dalam pedoman 2021 tidak otomatis dipertahankan; statusnya harus diperiksa terlebih dahulu.

BAB II. KRITERIA AUDITOR DAN TANGGUNG JAWAB

A. Kualifikasi dan kompetensi auditor

1. Memahami SPMI, PPEPP, SN Dikti, standar internal, dan konteks pendidikan tinggi.
2. Telah mengikuti pelatihan AMI atau pembekalan auditor yang ditetapkan perguruan tinggi.
3. Mampu menyusun rencana audit, daftar tilik, melakukan wawancara, menelusuri bukti, menguji data, dan merumuskan temuan.
4. Memahami teknik analisis akar masalah dan verifikasi tindakan korektif.
5. Menjaga kerahasiaan, objektivitas, integritas, dan komunikasi profesional.
6. Auditor tidak mengaudit pekerjaan yang menjadi tanggung jawab langsungnya dan wajib mengungkap potensi konflik kepentingan.

Ketentuan pendidikan minimal dan status kepegawaian auditor yang tercantum dalam pedoman 2021 (antara lain minimal S2 dan dosen tetap) dapat dipertahankan atau ditinjau kembali melalui keputusan pimpinan. Persyaratan tersebut merupakan kebijakan institusi, bukan disajikan sebagai ketentuan yang secara otomatis diwajibkan oleh Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025.

B. Tugas dan tanggung jawab

Pihak	Tanggung jawab utama
Pimpinan perguruan tinggi	Menetapkan kebijakan/program AMI; menyediakan sumber daya; memerintahkan tindak lanjut; memastikan RTM dan keputusan peningkatan.
LPM	Mengoordinasikan program AMI; menetapkan metodologi dan instrumen; menjaga kompetensi auditor; memantau tindak lanjut; menyimpan rekaman.
Ketua tim auditor	Menyusun rencana audit; membagi tugas; memimpin pembukaan/penutupan; memastikan validitas temuan; menyampaikan laporan.
Auditor	Menelaah dokumen; mengumpulkan dan menguji bukti; menyusun temuan berbasis kriteria; menjaga objektivitas dan kerahasiaan.
Auditee/pimpinan unit	Menyediakan akses dan bukti; memberi klarifikasi; menyepakati fakta temuan; menyusun dan melaksanakan koreksi/tindakan korektif; menyediakan bukti.
Penanggung jawab tindakan korektif	Menganalisis akar masalah, menetapkan tindakan, jadwal, sumber daya, indikator keberhasilan, dan bukti pelaksanaan.

BAB III. KLASIFIKASI TEMUAN AUDIT

Klasifikasi temuan ditetapkan berdasarkan persyaratan yang dilanggar, keluasan dan sifat masalah, dampak/risiko, keberulangan, serta efektivitas pengendalian. Auditor tidak boleh menetapkan kategori hanya berdasarkan kesan, opini, atau berat-ringannya redaksi dokumen.

A. Kriteria Observasi (OB)

- Tidak ditemukan bukti yang cukup untuk menyatakan adanya pelanggaran persyaratan audit pada saat audit.
- Terdapat gejala awal, potensi risiko, kelemahan dokumentasi yang belum menyebabkan persyaratan tidak terpenuhi, atau peluang perbaikan.
- Temuan bersifat preventif dan tidak boleh digunakan untuk menggantikan KTS apabila bukti ketidakpatuhan telah nyata.
- Tidak terdapat dampak signifikan yang telah terjadi terhadap pemenuhan standar atau hak pemangku kepentingan.
- Perlu pemantauan atau penyempurnaan dalam waktu yang ditentukan agar tidak berkembang menjadi ketidaksesuaian.

B. Kriteria Ketidaksesuaian Minor (KTS-M)

- Persyaratan/indikator tertentu tidak terpenuhi, tetapi kasusnya terlokalisasi dan tidak menunjukkan kegagalan sistem secara menyeluruh.
- Ketidaksesuaian terjadi secara insidental, tidak meluas, dan pengendalian utama masih berjalan.
- Dampak terhadap mutu atau pencapaian standar terbatas serta dapat dipulihkan dalam waktu relatif singkat.
- Bukti pelaksanaan tersedia, tetapi terdapat kekurangan terbatas pada konsistensi, ketepatan waktu, kelengkapan, atau penerapan prosedur.
- Temuan tidak menyangkut pelanggaran serius terhadap ketentuan hukum, keselamatan, integritas akademik, atau hak dasar mahasiswa/pemangku kepentingan.

C. Kriteria Ketidaksesuaian Mayor (KTS-MJ)

- Tidak ada proses/pengendalian utama yang diwajibkan, atau proses inti tidak dilaksanakan.
- Ketidaksesuaian bersifat sistemik, meluas, berulang, atau terjadi pada banyak sampel/unit sehingga menunjukkan kegagalan sistem.

- Target/standar wajib tidak tercapai secara signifikan tanpa analisis, pengendalian, atau tindakan yang memadai.
- Terdapat bukti ketidakpatuhan serius terhadap peraturan perundang-undangan atau standar wajib.
- Menimbulkan atau berpotensi kuat menimbulkan dampak serius terhadap mutu lulusan, validitas hasil pembelajaran, keselamatan, integritas akademik, hak mahasiswa, keuangan, data, atau reputasi institusi.
- Temuan minor berulang yang tidak ditindaklanjuti secara efektif dapat dinaikkan menjadi mayor.

D. Matriks pembeda OB, Minor, dan Mayor

Aspek	Observasi (OB)	KTS Minor	KTS Mayor
Status terhadap kriteria	Belum terbukti melanggar; ada indikasi/risiko/peluang perbaikan.	Ada persyaratan yang tidak terpenuhi secara terbatas.	Persyaratan tidak terpenuhi secara mendasar/sistemik atau sangat signifikan.
Cakupan	Potensial atau preventif; belum ada kegagalan nyata.	Terbatas pada satu kasus/proses/sampel.	Meluas, sistemik, proses inti gagal, atau lintas unit.
Dampak	Belum ada dampak nyata; risiko masih terkendali.	Dampak terbatas dan dapat dipulihkan.	Dampak/risiko serius pada mutu, kepatuhan, hak, atau keberlangsungan.
Keberulangan	Belum ada pola kegagalan.	Insidental atau tidak menunjukkan pola sistemik.	Berulang, tidak terkendali, atau kegagalan pengendalian.
Respons	Pencegahan/penyempurnaan dan pemantauan.	Koreksi, analisis sebab proporsional, tindakan korektif, verifikasi.	Tindakan segera, analisis akar masalah mendalam, rencana pemulihan, tindakan korektif prioritas, verifikasi ketat.
Contoh	Risiko keterlambatan evaluasi kurikulum mulai terlihat, tetapi jadwal dan proses evaluasi masih terpenuhi.	Satu rekaman evaluasi pembelajaran terlambat diunggah, sementara proses evaluasi terlaksana dan bukti lain lengkap.	Tidak ada evaluasi kurikulum sesuai siklus; atau proses penilaian tidak dapat dipertanggungjawabkan pada banyak mata kuliah.

E. Aturan pengambilan keputusan

- Setiap temuan harus menyebutkan kriteria/acuan yang spesifik, kondisi faktual, bukti objektif, lokasi/proses, dan alasan klasifikasi.
- Jika satu temuan memenuhi lebih dari satu kategori, gunakan kategori dengan tingkat risiko dan dampak tertinggi yang didukung bukti.
- Jumlah temuan bukan dasar tunggal penetapan mayor. Satu kejadian dapat menjadi mayor apabila dampaknya sangat serius atau menunjukkan kegagalan pengendalian inti.
- Beberapa temuan minor yang memiliki akar masalah sama dan secara agregat menunjukkan kegagalan sistem dapat dikonsolidasikan atau dinaikkan menjadi mayor.
- Ketidaksepakatan auditee dicatat dalam laporan. Auditor tetap bertanggung jawab atas kesimpulan profesional berbasis bukti; keberatan auditee tidak menghapus temuan.
- Observasi tidak boleh dipakai untuk menurunkan klasifikasi ketidaksesuaian yang telah terbukti.

BAB IV. PELAKSANAAN AUDIT

A. Perencanaan dan ruang lingkup

- Program AMI disusun sekurang-kurangnya satu kali dalam satu tahun akademik, dengan frekuensi tambahan berdasarkan risiko, perubahan signifikan, hasil audit sebelumnya, keluhan, atau arahan pimpinan.
- Ruang lingkup mencakup pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, tata kelola, sumber daya, kemahasiswaan, kerja sama, sistem informasi, dan area lain sesuai standar SPMI.
- Kriteria audit ditetapkan sebelum audit dan diinformasikan kepada auditee.
- Pemilihan sampel dilakukan secara proporsional berbasis risiko, dengan memperhatikan keterwakilan program studi, periode, mata kuliah, dosen, mahasiswa, dan proses.
- Rencana audit memuat tujuan, ruang lingkup, kriteria, metode, jadwal, tim, kebutuhan akses, dan mekanisme pelaporan.

B. Tahapan audit

Tahap	Kegiatan minimum	Keluaran
1. Penugasan	Program audit, penetapan tim, pemeriksaan independensi dan konflik kepentingan.	SK/surat tugas.
2. Persiapan	Telaah standar, evaluasi diri, audit dokumen, rencana audit	Rencana audit
3. Pembukaan	Konfirmasi tujuan, ruang lingkup, metode, jadwal, personel, dan aturan komunikasi.	Notulen pembukaan.
4. Pengumpulan bukti	Wawancara, pemeriksaan dokumen/data, observasi proses, penelusuran sampel dan triangulasi.	Catatan dan bukti audit.
5. Validasi temuan	Uji kecukupan bukti, pemetaan ke kriteria, penentuan kategori, klarifikasi auditee.	Daftar temuan tervalidasi.
6. Penutupan	Penyampaian temuan, klasifikasi, kesimpulan, dan batas waktu tindak lanjut.	Notulen dan daftar temuan.
7. Pelaporan	Penerbitan laporan yang memuat temuan, bukti, kategori, risiko, dan rekomendasi.	Laporan AMI.

8. Tindak lanjut	Koreksi, analisis akar masalah, tindakan korektif, verifikasi efektivitas.	Formulir PTK dan bukti penutupan.
9. RTM	Analisis tren, isu lintas unit, sumber daya, keputusan pengendalian dan peningkatan.	Notulen/keputusan RTM.

C. Metode pengumpulan bukti

- Pemeriksaan dokumen dan rekaman yang sah serta terkendali versinya.
- Wawancara dengan pihak yang memahami dan menjalankan proses.
- Pengamatan langsung terhadap pelaksanaan kegiatan dan kondisi fasilitas.
- Penelusuran data sumber, konsistensi data, dan rekonsiliasi dengan sistem informasi.
- Triangulasi: menguji informasi dari lebih dari satu sumber/metode bila diperlukan.
- Pengambilan sampel yang dijelaskan dasar dan cakupannya; keterbatasan sampel dinyatakan dalam laporan.

D. Laporan audit

Laporan AMI sekurang-kurangnya memuat identitas audit, tujuan dan ruang lingkup, kriteria, tanggal dan tim, ringkasan pelaksanaan, metodologi/sampel, kesimpulan, praktik baik, daftar temuan lengkap, klasifikasi OB/KTS-M/KTS-MJ, bukti objektif, risiko/dampak, unit penanggung jawab, serta tenggat tindak lanjut. Laporan disampaikan kepada pimpinan dan unit terkait dengan tetap menjaga kerahasiaan.

BAB V. TINDAK LANJUT DAN PENUTUPAN TEMUAN

A. Ketentuan umum

Setiap temuan yang memerlukan tindak lanjut dicatat dalam Permintaan Tindakan Korektif (PTK). Auditee bertanggung jawab melaksanakan tindakan; LPM memantau; auditor atau personel yang ditunjuk melakukan verifikasi. Penutupan tidak cukup hanya dengan pernyataan bahwa tindakan telah dilakukan, tetapi harus didukung bukti dan penilaian efektivitas.

B. Tenggat tindak lanjut rekomendatif

Kategori	Rencana tindak lanjut	Penyelesaian yang disarankan	Verifikasi
Observasi	Rencana pencegahan/penyempurnaan dan penanggung jawab.	Maksimal 60 hari kalender atau sesuai risiko/siklus kegiatan. Atau Pelaksanaan maksimal sebelum Evaluasi Diri pada periode berikutnya.	Dapat diverifikasi melalui pemantauan periode berikutnya; status dicatat.
KTS Minor	Koreksi, analisis penyebab proporsional, tindakan korektif, bukti pelaksanaan.	Rencana maksimal 15 hari kerja; pelaksanaan maksimal Pelaksanaan maksimal sebelum Evaluasi Diri pada periode berikutnya.	Verifikasi dokumen dan/atau sampel pelaksanaan.
KTS Mayor	Tindakan pengamanan/pemulihan segera, analisis akar masalah, rencana korektif terukur dan dukungan pimpinan.	Tindakan pengamanan segera; rencana maksimal 10 hari kerja; penyelesaian Pelaksanaan maksimal sebelum Evaluasi Diri pada periode berikutnya. sesuai kompleksitas dan risiko.	Verifikasi prioritas; dapat dilakukan audit tindak lanjut khusus dan uji efektivitas.

Tenggat di atas merupakan standar operasional internal yang diusulkan, bukan tenggat yang dinyatakan secara eksplisit dalam Permendikbudristek No 53 tahun 2023. Pimpinan dapat

menetapkan tenggat lebih singkat berdasarkan tingkat risiko. Perpanjangan harus diajukan sebelum tenggat, disertai alasan, mitigasi risiko, dan persetujuan LPM/pimpinan.

C. Tahapan PTK

1. Koreksi: mengatasi kondisi yang ditemukan dan, bila diperlukan, memulihkan dampak yang sudah terjadi.
2. Analisis akar masalah: menggunakan metode 5 Why, diagram sebab-akibat, analisis proses, atau metode lain yang sesuai.
3. Rencana tindakan korektif: menetapkan tindakan, penanggung jawab, sumber daya, target waktu, indikator keberhasilan, dan bukti yang akan dihasilkan.
4. Pelaksanaan: auditee menjalankan tindakan dan menyimpan rekaman.
5. Verifikasi: pemeriksa menilai kesesuaian tindakan dengan akar masalah, kecukupan bukti, dan hasil uji efektivitas.
6. Penutupan: dilakukan hanya jika tindakan memadai dan efektif. Jika belum efektif, PTK dibuka kembali atau dinaikkan eskalasinya.

D. Eskalasi

- KTS mayor yang tidak ditangani sesuai jadwal dilaporkan segera kepada pimpinan perguruan tinggi.
- KTS minor yang berulang atau tidak efektif ditindaklanjuti dapat dinaikkan menjadi KTS mayor.
- Temuan yang berpotensi melanggar hukum, membahayakan keselamatan, merugikan mahasiswa, atau mengganggu integritas akademik harus segera dieskalasikan tanpa menunggu siklus audit berikutnya.
- Jika tindakan korektif membutuhkan perubahan kebijakan, standar, anggaran, atau struktur, LPM mengusulkan keputusan kepada pimpinan melalui mekanisme yang berlaku.

BAB VI. RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN DAN PENINGKATAN

RTM merupakan forum pimpinan untuk mengevaluasi kesesuaian, kecukupan, dan efektivitas SPMI serta menetapkan keputusan pengendalian dan peningkatan. RTM sekurang-kurangnya membahas:

- Status tindak lanjut temuan AMI periode berjalan dan sebelumnya, termasuk temuan mayor yang belum ditutup.
- Tren temuan berdasarkan kategori, unit, standar, akar masalah, dan periode.
- Ketercapaian indikator kinerja dan target standar.
- Perubahan regulasi, kebutuhan pemangku kepentingan, risiko, dan perubahan konteks institusi.
- Keluhan/umpan balik mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan, alumni, pengguna lulusan, dan mitra.
- Kecukupan sumber daya, kompetensi, sarana prasarana, pendanaan, dan sistem informasi.
- Efektivitas tindakan korektif dan peluang peningkatan standar.
- Keputusan, penanggung jawab, tenggat, serta indikator keberhasilan.

Keputusan RTM harus terdokumentasi dan menjadi masukan bagi tahap Pengendalian dan Peningkatan dalam siklus PPEPP. LPM memantau pelaksanaan keputusan sampai dinyatakan selesai.

BAB VII. PEMETAAN KRITERIA AUDIT TERHADAP STANDAR SPMI

Daftar 35 standar yang dicantumkan pada Pedoman AMI 2021 (halaman 22–24) tidak boleh langsung dianggap sebagai daftar final untuk audit setelah berlakunya Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025. LPM perlu melakukan pemetaan ulang terhadap standar SPMI yang berlaku, memastikan cakupan SN Dikti terbaru, serta menetapkan standar perguruan tinggi yang melampaui atau melengkapi SN Dikti sesuai visi, misi, dan karakteristik institusi.

Pemetaan minimal dilakukan pada kelompok berikut, dengan rincian indikator mengikuti naskah regulasi dan standar SPMI institusi yang telah disahkan:

- Standar pendidikan: kompetensi/hasil pembelajaran lulusan, isi, proses, penilaian, dosen dan tenaga kependidikan, sarana prasarana, pengelolaan, serta pembiayaan sesuai pengelompokan yang berlaku.
- Standar penelitian: luaran/hasil, isi, proses, penilaian, pelaksana/peneliti, sarana prasarana, pengelolaan, dan pendanaan sesuai ketentuan yang berlaku.
- Standar pengabdian kepada masyarakat: luaran/hasil, isi, proses, penilaian, pelaksana, sarana prasarana, pengelolaan, dan pendanaan sesuai ketentuan yang berlaku.
- Standar perguruan tinggi: visi-misi-strategi, tata pamong, tata kelola, kerja sama, kemahasiswaan, SDM, keuangan, sarana prasarana, sistem informasi, suasana akademik, dan layanan pendukung.

Untuk setiap standar, instrumen AMI wajib mencantumkan: kode dan versi standar; rumusan standar; indikator dan target; sumber data; metode verifikasi; bukti minimal; serta aturan klasifikasi temuan. Jika regulasi terbaru mengubah nomenklatur atau substansi standar, LPM harus memperbarui instrumen dan mengendalikan versi dokumen.

BAB VIII. PENUTUP

Pedoman ini menjadi acuan bagi LPM, auditor, pimpinan unit, program studi, dan seluruh auditee dalam melaksanakan AMI. Pelaksanaan AMI harus konsisten, independen, berbasis bukti, dan berorientasi pada peningkatan mutu. Hal-hal teknis yang belum diatur dalam pedoman ini ditetapkan lebih lanjut melalui prosedur operasional atau keputusan pimpinan sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Pedoman mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan menggantikan ketentuan dalam Pedoman AMI Tahun 2021 yang dinyatakan tidak berlaku atau diubah melalui keputusan penetapan revisi.