PROSEDUR MUTU PPM

PUSAT PENJAMIN MUTU
STIK SITI KHADIJAH

2024

Jl. Demang Lebar Daun, Lorok Pakjo, Kec. Ilir Barat I, Kota Palembang, Sumatera Selatan 30137
(0711) 315010
office@stik-sitikhadijah.ac.id

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH

Jln. Demang Lebar Daun Pakjo Palembang Telp. 0711-315010
Website : www.stik-sitikhadijah.ac.id

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

KEPUTUSAN KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH
No. 1469/BAUK/V.I.1/XII/2024
TENTANG
PENETAPAN PROSEDUR MUTU SPMI STIK SITI KHADIJAH

KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH

Menimbang : a. bahwa dalam rangka menjamin penyelenggaraan pendidikan tinggi yang bermutu, diperlukan prosedur mutu yang baku dan terdokumentasi di lingkungan STIK Siti Khadijah
b. Bahwa untuk menjamin konsistensi pelaksanaan penjaminan mutu, perlu menetapkan prosedurt sebagai pedoman pelaksanaan bagi seluruh unit kerja;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Surat Keputusan Ketua Sekolah Tinggi tentang Prosedur Mutu SPMI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah.

Mengingat :
1. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4301)
2. Undang-Undang RI No. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen
3. Undang-Undang No. 12/2012 tentang Pendidikan Tinggi
4. Peraturan Pemerintah RI No. 57 tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan
5. Peraturan Pemerintah RI No. 04 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan
6. Permendikbudristek RI No.53 Tahun 2023 tentang Penjamin Mutu Pendidikan Tinggi
7. Peraturan Pengurus Yayasan Islam Siti Khadijah Palembang Nomor: 126 Tahun 2023 tentang Statuta Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah
8. Surat Keputusan Pengurus Yayasan Islam Siti Khadijah Nomor : 085/B.1/SK/YISK/XII/2024 tentang Pengangkatan Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Periode 2024-2028

M E M U T U S K A N

Menetapkan :

PERTAMA : Menetapkan Prosedur Mutu SPMI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah

KEDUA : Prosedur mutu sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu menjadi pedoman bagi seluruh unit kerja Dalam pelaksanaan kegiatan di lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah

KETIGA : Setiap unit kerja wajib melaksanakan, mendokumentasikan, dan mengevaluasi penerapan mutu secara konsisten dan berkelanjutan

KEEMPAT : Biaya yang timbul sebagai akibat dari Keputusan ini sepenuhnya dibebankan pada anggaran Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah

KELIMA : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan, dengan ketentuan
Bahwa segala sesuatunya akan dirubah dan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini

Ditetapkan di : P a l e m b a n g
Pada Tanggal : 20 Desember 2024
KETUA,

Ns. Asih Fatriansari, S.Kep., M.Kep
NIK. 088545

Arsip

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH	KODE	
		STIK.SK-PM.A.04.000	
DOKUMEN	PROSEDUR MUTU PUSAT PENJAMIN MUTU	Halaman :	
		Tanggal :	
BAGIAN	PUSAT PENJAMIN MUTU	Revisi	

PROSEDUR MUTU PUSAT PENJAMIN MUTU

STIK SITI KHADIJAH

Dirumuskan oleh : **Tim Perumus**	Tanda Tangan **Helni Anggraini, S.ST., Bdn., M.Keb**
Diperiksa oleh : **Wakil Ketua I**	Tanda Tangan **Anur Rohmin, SST., MKM**
Disetujui : **Senat**	**Ns. Abdul Syafei, S.Kep., M.Kes**
Ditetapkan : **Ketua STIK Siti Khadijah**	Tanda Tangan **Ns. Asih Fatriansari, S.Kep., M.Kep**
Ditetapkan : **Ketua PPM**	Tanda Tangan **Ns. Sintiya Halisya P, S.Kep., M.Kes**

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH	**KODE**	
		STIK.SK-PM.A.04.000	
DOKUMEN	**PROSEDUR MUTU PUSAT PENJAMIN MUTU**	**Halaman :**	
		Tanggal :	
BAGIAN	**PUSAT PENJAMIN MUTU**	**Revisi**	

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PPM		
No	Nama Prosedur	No/Kode
1.	SPO Penetapan Standar SPMI	STIK.SK-PM.A.04.001
2.	SPO Pelaksanaan Standar SPMI	STIK.SK-PM.A.04.002
3.	SPO Audit Mutu Internal	STIK.SK-PM.A.04.003
4.	SPO Pengendalian Standar SPMI	STIK.SK-PM.A.04.004
5.	SPO Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)	STIK.SK-PM.A.04.005
6.	SPO Membuat SPO	STIK.SK-PM.A.04.006
7.	SPO Monitoring dan Evaluasi (Monev)	STIK.SK-PM.A.04.007
8.	SPO Survei Kepuasan	STIK.SK-PM.A.04.008
9.	SPO Rencana Tindak Lanjut AMI	STIK.SK-PM.A.04.009
10.	SPO Penerapan SPMI	STIK.SK-PM.A.04.010
11.	SPO Peningkatan Berkelanjutan	STIK.SK-PM.A.04.011
12.	SPO Pelaporan Penjaminan Mutu	STIK.SK-PM.A.04.012
13.	SPO Peninjauan dan Revisi Standar SPMI	STIK.SK-PM.A.04.013
14.	SPO Laporan Pertanggungjawaban Kegiatan (LPJ)	STIK.SK-PM.A.04.014
15.	SPO Pengelolaan Akreditasi Institusi	STIK.SK-PM.A.04.015
16.	SPO Pengendalian Dokumen Mutu	STIK.SK-PM.A.04.016
17.	SPO Pengendalian Rekaman Mutu	STIK.SK-PM.A.04.017
18.	SPO Permintaan Tindakan Koreksi	STIK.SK-PM.A.04.018
19.	SPO Pengendalian Proses Tidak Sesuai	STIK.SK-PM.A.04.019
20.	SPO Mitigasi Risiko	STIK.SK-PM.A.04.020
21.	SPO *Root Cause Analysis*	STIK.SK-PM.A.04.021
22.	SPO Pelaporan Insiden Patient Safety	STIK.SK-PM.A.04.022

1.	Tujuan	Mengatur proses penetapan standar yang memiliki legalitas dari pejabat yang berwenang di lingkungan STIK Siti Khadijah
2.	Ruang Lingkup	Penetapan standar yang berlaku pada sistem penjaminan mutu internal di STIK Siti Khadijah
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Sistem Penjaminan Mutu Internal adalah proses penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian dan peningkatan standar mutu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat secara konsisten dan berkelanjutan, untuk menjamin agar mutu lulusan sesuai dengan kompetensi yang ditetapkan/dijanjikan institusi. b. SWOT adalah metode perencanaan strategis yang digunakan untuk mengevaluasi kekuatan

		(strengths), kelemahan (weaknesses), peluang (opportunities), dan ancaman (threats). c. Rumus ABCD adalah *Audience, Behaviour, Competence dan Degree* adalah 4 aspek yang digunakan dalam Perancangan Standar.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Wakil Ketua c. Program Studi d. Pusat Penjaminan Mutu
6.	Rincian Kegiatan	a. PPM melakukan pengajuan kegiatan Rapat Tinjauan manajemen kepada Ketua untuk membahas penetapan standar SPMI b. Pembentukan Tim perumus standar c. Ketua menetapkan dan memberi tugas Tim Penyusun Dokumen Standar Mutu STIK Siti Khadijah untuk menyusun standar mutu. d. Tim perumus standar merancang dan menetapkan standar mutu SPMI mengacu pada peraturan perundangan, Statuta, Renstra dan Visi Misi STIK Siti Khadijah e. Tim perumus standar mempelajari kondisi factual STIK Siti Khadijah dan melakukan analisis SWOT f. Tim perumus standar menetapkan standar sesuai dengan rumus ABCD g. PPM melakukan uji publik atau sosialisasi draft stndar dengan mengundang pemangku kepentingan internal dan/atau eksternal untuk mendapatkan saran

		h. Hasil uji publik diserahkan ke Tim Perumus untuk dirumuskan kembali (revisi) pernyataan standar, sebelum ditetapkan a. PPM mengajukan standar yang telah disusun untuk dapat disahkan b. Sosialisasi standar yang telah ditetapkan kepada seluruh unit c. Dokumentasi
7.	Lampiran / Formulir Terkait	-

FLOW CHART
SPO PENETAPAN STANDAR SPMI

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Tim Perumus	PPM	Ketua	Waktu	Luaran	
1	PPM melakukan pengajuan kegiatan Rapat Tinjauan manajemen kepada Ketua untuk membahas penetapan standar SPMI				1 hari	Surat persetujaun	
2	Pembentukan Tim perumus standar				1 hari	Notulen Rapat	
3	Ketua menetapkan dan memberi tugas Tim Perumus Dokumen Standar Mutu STIK Siti Khadijah untuk menyusun standar mutu.				1 hari	SK Tim Perumus	
3	Tim perumus standar merancang dan menetapkan standar mutu SPMI mengacu pada peraturan perundangan, Statuta, Renstra dan Visi Misi STIK Siti Khadijah				1 Minggu	Notulen rapat	
4	Tim perumus standar mempelajari kondisi factual STIK Siti Khadijah dan melakukan analisis SWOT				1 Hari	Hasil Analisa SWOT	
6	Tim perumus standar menetapkan standar sesuai dengan rumus ABCD				10 Hari	Draf Standar SPMI	

7	PPM melakukan uji publik atau sosialisasi draft standar				1 Minggu	Draf standar SPMI	
	Hasil uji publik diserahkan ke Tim Perumus untuk dirumuskan kembali (revisi) pernyataan standar, sebelum ditetapkan		Ya		3 Hari	Dokumen standar SPMI	
7	PPM mengajukan standar yang telah disusun untuk dapat disahkan dan ditetapkan dengan SK				1 Hari	Pengesahan Dokumen standar SPMI	
8	Sosialisasi standar yang telah ditetapkan kepada seluruh unit				1 Minggu	Daftar hadir Notulen	
	Dokumentasi						

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan sebagai pedoman dalam melaksanakan standar SPMI di STIK Siti Khadijah
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini meliputi pelaksanaan standar SPMI sesuai dengan yang sudah ditetapkan
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Melaksanakan standar adalah ukuran, spesifikasi, patokan, sebagaimana dinyatakan dalam pernyataan standar harus dipatuhi, dikerjakan, dipenuhi pencapaiannya. b. SPO adalah uraian tentang urutan langkah untuk mencapai sesuatu yang ditulis secara sistematis, kronologis, logis dan koheren
5.	Tanggung Jawab dan wewenang	a. Ketua b. Wakil Ketua c. Pusat Penjaminan Mutu d. Auditor SPMI

6.	Rincian Kegiatan	a. PPM mensosialisasi isi standar kepada seluruh dosen, karyawan non dosen dan mahasiswa secara periodik dan konsisten. b. Siapkan dan tuliskan dokumen tertulis berupa prosedur kerja atau SPO sesuai dengan isi standar. c. Laksanakan kegiatan penyelenggaraan pendidikan dengan menggunakan standar sebagai tolak ukur pencapaian. d. Evaluasi pelaksanaan prosedur apakah sesuai dengan standar. e. Catat temuan-temuan apabila terdapat penyimpangan prosedur f. Dokumentasi.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Standar Mutu b. Prosedur Mutu c. Formulir pelaksanaan standar

FLOW CHART
SPO PELAKSANAAN STANDAR SPMI

No	Proses	Pelaksana		Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Unit Kerja	Waktu	Luaran	
1	Sosialisasi isi standar kepada seluruh dosen, karyawan non dosen dan mahasiswa secara periodik dan konsisten.				Daftar hadir Notulen Kegiatan	
2	Siapkan dan tuliskan dokumen tertulis berupa prosedur kerja atau SPO sesuai dengan isi standar.			1 hari	Dokumen SOP	
3	Laksanakan kegiatan penyelenggaraan pendidikan dengan menggunakan standar sebagai tolak ukur pencapaian.			Sepanjang tahun	Rekaman/bukti kegiatan	
3	Evaluasi pelaksanaan prosedur apakah sesuai dengan standar.			1 Minggu	Berita Acara,hasil evaluasi	
4	Catat temuan-temuan apabila terdapat penyimpangan prosedur			3 hari	Laporan AMI	
5	Dokumentasi				Arsip rekaman	

1.	Tujuan	Prosedur ini dibuat untuk mengatur tata cara pelaksanaan Audit Mutu Internal dalam upaya memverifikasi bahwa kegiatan Sistem Penjaminan Mutu Internal sesuai dengan aturan yang dibakukan dan menentukan keefektifan Sistem Manajemen Mutu. Antara lain: a) Memeriksa kesesuaian atau ketidaksesuaian unsur-unsur sistem mutu dengan standar yang telah ditentukan. b) Memeriksa keefektifan pencapaian tujuan mutu yang telah ditentukan. c) Menemukan akar penyebab dari suatu ketidaksesuaian yang ada. d) Memfasilitasi teraudit dalam penetapan langkah-langkah peningkatan mutu. e) Memfasilitasi teraudit memperbaiki mutu. f) Memenuhi syarat-syarat peraturan/perundangan. Sedangkan Tujuan AMI bagi Program Studi adalah: a) Untuk memastikan konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan spesifikasi program studi, tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan. b) Untuk memastikan konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus. c) Untuk memastikan kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.

		d) Untuk memastikan kecukupan penyediaan sarana prasarana dan sumberdaya pembelajaran.
2.	Ruang Lingkup	a. Prosedur ini mengatur pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal dari perencanaan audit, pemilihan auditor, pelaksanaan audit sampai dengan pelaporan hasil audit. b. Ruang lingkup Audit Mutu Internal dalam satu siklus sistem penjaminan mutu dimulai dengan memfokuskan pada kelengkapan dokumen stándar mutu yang meliputi dokumen akademik dan dokumen mutu, kemudian dikembangkan kepada kepatuhan dan ketertiban pelaksanaannya, meliputi butir-butir sebagai berikut: 1) Spesifikasi program studi, tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan. 2) Kurikulum, peta kurikulum, dan silabus. 3) Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses. 4) Sarana prasarana, dan sumber daya pembelajaran. 5) Indikator keberhasilan proses pembelajaran. 6) Upaya perbaikan mutu berkelanjutan.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.

		d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman AMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Audit Mutu adalah suatu pemeriksaan yang sistematis dan independent untuk menentukan apakah kegiatan menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan rencana yang ditetapkan untuk mencapai tujuan. b. Audit Produk/Pelayanan adalah audit berdasarkan karakteristik. c. Audit Mutu Proses adalah audit berdasarkan atas indikator kinerja kunci. d. Audit Mutu Sistem adalah audit berdasarkan pada elemen-elemen dari Sistem e. Auditor adalah orang yang bertugas untuk memverifikasi bahwa kegiatan sistem mutu sesuai dengan aturan yang dibakukan. f. Auditee adalah orang/bagian yang sedang diaudit dan bertanggung jawab terhadap area yang diaudit untuk memastikan bahwa sistem mutu berjalan sesuai dengan aturan yang dibakukan g. Bukti audit adalah rekaman/arsip pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.

		h. Temuan audit adalah hasil penilaian bukti audit yang terkumpulkan terhadap kriteria audit. i. Tindakan koreksi adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan. j. Verifikasi adalah penegasan, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi. k. Bukti obyektif *(Objective Evidence)* adalah segala informasi kualitatif atau kuantitatif, catatan atau pernyataan yang mendukung / membuktikan adanya atau kebenaran sesuatu
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. *Lead Auditor* bertanggung jawab dalam: 1) Menjamin kelancaran seluruh tahapan audit 2) Bersama Penjaminan Mutu memilih & menentukan tim Audit Mutu Internal 3) Menyiapkan rencana audit 4) Membuat laporan pelaksanaan Audit Mutu Internal b. *Auditor* bertanggung jawab dalam : 1) Membuat audit *check list* 2) Mengkomunikasikan & menjelaskan persyaratan audit kepada auditee. 3) Mendokumentasikan temuan audit. 4) Melaporkan hasil audit kepada *Lead Auditor* c. Auditee bertanggung jawab dalam: 1) Menyiapkan personel terkait untuk memberikan informasi mengenai lingkup yang diaudit

		2) Menunjuk personil yang bertanggung jawab mendampingi Auditor selama pelaksanaan audit. 3) Menyediakan sumber daya dan data pendukung yang diperlukan oleh Auditor agar audit dapat berjalan efektif dan efisien. 4) Menyediakan fasilitas dan bahan bukti yang diminta Auditor
6.	Rincian Kegiatan	Alur Proses Prosedur Audit Mutu Internal 1. Perencanaan Audit Audit Mutu Internal sedikitnya dilaksanakan sekali dalam 1 tahun, *Lead Auditor* menyusun Program Audit Mutu Internal dengan mempertimbangkan sebagai berikut: – Hasil Audit Mutu Internal sebelumnya. – Permintaan tindakan koreksi dan pencegahan yang cenderung meningkat. – Adanya metode atau proses yang baru. – Adanya perubahan personil yang cukup mempengaruhi mutu. 2. Pemilihan Auditor & Surat Tugas Untuk memastikan keobjektifan dan tidak berpihaknya dalam proses audit, pemilihan Auditor adalah dengan sistem silang. Pusat Penjaminan Mutu memastikan Auditor Internal harus independen dengan tidak mengaudit bagian yang menjadi tanggungjawabnya. Ketua PPM memberikan Surat Tugas kepada Auditor Internal. 3. Pertemuan Team Internal Audit

		Ketua PPM mengadakan pertemuan dengan Lead Auditor dan Auditor untuk membahas strategi audit dan dituangkan dalam Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Akademik Internal. Tim audit menyiapkan *check list Audit* untuk membuat pertanyaan berdasarkan dokumen yang akan diaudit dan juga dengan mempertimbangkan hal- hal berikut: a. Ketidaksesuaian yang cenderung ada/sering ditemui. b. Permintaan tindakan koreksi hasil audit sebelumnya 4. Pelaksanaan Audit Audit dilaksanakan dengan metode: a. Wawancara dengan mengacu kepada *checklist* yang telah dibuat. b. Observasi di lapangan untuk melihat penerapan secara langsung. c. Klarifikasi (Verifikasi rekaman, Investigasi, Pengambilan contoh secara random) Tahapan Audit. a. Pembukaan Audit. Dalam rapat pembukaan Ketua Tim Auditor memperkenalkan diri dan anggota timnya serta tugas-tugas yang akan dilaksanakan dan mengkomunikasikan apa saja yang akan dijadikan sebagai kriteria audit. b. Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi. Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi dilakukan oleh Tim Auditor dengan mengisi form *Chek List* Audit pada

kolom *"hasil observasi"* dan jika ditemukan ketidaksesuaian maka akan dicatat dalam form Temuan Audit

c. Penutupan Audit. Penutupan audit dilaksanakan untuk menjelaskan temuan-temuan selama audit disertai rekomendasi perbaikan serta target pelaksanaan untuk tindakan koreksi dan pencegahan. Ketua Tim Auditor secara resmi menyerahkan salinan laporan Audit kepada perwakilan auditee/klien sedangkan yang asli diberikan kepada Ketua PPM.

6. Pelaporan Hasil Audit

Ketua Tim auditor melaporkan hasil audit kepada Ketua PPM dengan menggunakan form Laporan Audit Mutu Internal untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan melaksanakan Rapat Tinjauan Manajemen yang mengacu pada Prosedur Mutu Rapat Tinjauan Manajemen.

7. Tindak Lanjut Hasil Audit

Auditee harus melakukan tindakan perbaikan terhadap temuan audit dengan terlebih dahulu mencari penyebab dari permasalahan tersebut. Tindakan koreksi dan pencegahan yang diperlukan ditetapkan beserta tanggal target penyelesaian.

8. Pemantauan Temuan Audit

PPM melakukan pemantauan pelaksanaan tindakan koreksi dan pencegahan terhadap hasil

		audit dengan menggunakan form Log Status Audit Mutu Internal. Laporan audit dianggap selesai bila sudah ditutup *(closed out)* dan ditandatangani oleh Ketua PPM atau yang mewakilinya pada laporan audit tersebut. Untuk penyelesaian temuan yang melewati target penyelesaian, akan diberikan peringatan kepada bagian yang terkait oleh Ketua PPM
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Daftar Tilik Audit. b. Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) c. Daftar Hadir Audit Mutu Internal d. Berita Acara Audit Mutu Internal e. Form Laporan Audit Mutu Interal f. Surat Tugas Auditor

FLOW CHART
SPO AUDIT MUTU INTERNAL

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Ketua	Auditor	Unit Kerja	Waktu	Luaran	
1	Perencanaan AMI					1 hari	Surat pengajuan kepada Ketua	
2	Pembentukan tim Audit					1 hari	Notulen rapat pembetukan tim audit	
3	Pengajuan SK Ketua tim audit					1 hari	SK pelaksanaan AM dan Surat tugas Auditor	
4	Pertemuan tim auditor untuk menentukan ruang lingkup, area dan jadwal audit					1 hari	Notulen rapat	
5	Audit dokumen oleh auditor dan pembuatan daftar tilik AMI					3 hari	Daftar Tilik Audit	
6	Audit lapangan					Kondisi oanl	Temuan Audit	
7	Permintaan Tindakan koreksi oleh auditor kepada auditee					3 hari	Pertmintaan Tindakan Koreksi	
8	Pelaporan hasil audit ke PPM					1 hari	Persetujuan Laporan AMI	
9	Penyampain laporan AMI kepada Ketua					1 hari	Pengesahan Laporan AMI	

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk memberikan data dan informasi rencana perbaikan yang didasarkan pada hasil analisis kondisi ketidaksesuaian dalam kegiatan Audit Mutu Internal.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mencakup pemantauan, pencatatan, pemeriksaan dan pelaporan pengendalian standar
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Pengendalian adalah pengawasan atas kemajuan (tugas) dengan membandingkan hasil dan sasaran secara teratur serta menyesuaikan usaha (kegiatan) dengan hasil pengawasan b. Standar adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai acuan.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. PPM bertanggung jawab untuk melakukan pemantauan, pencatatan dan melaporkan hasil pengendalian standar kepada pimpinan. b. GKM bertanggung jawab untuk memeriksa apabila ada penyimpangan standar dan membuat laporan tertulis pengendalian standar.
6.	Rincian Kegiatan	a. PPM melaksanakan pemantauan secara periodik terhadap pelaksanaan isi standar (dokumen ceklis/catatan monev) b. PPM melakukan pencatatan dan perekaman semua temuan berupa penyimpangan, kelalaian, kesalahan atau sejenisnya yang tidak sesuai

		dengan isi standar. (dokumen ceklis/catatan monev dokumen SOP) c. PPM melakukan pencatatan dan perekapan bila di temukan ketidaklengkapan dokumen seperti prosedur kerja, formulir dan bukti fisik dari setiap standar yang telah dilaksanakan (berita acara bukti kegiatan) d. GKM memeriksa dan mempelajari penyebab terjadinya penyimpangan dari sisi standar, atau bila isi standar gagal dicapai dan diambil tindakan korektif terhadap setiap pelanggaran atau penyimpangan dan isi standar (catatan monev) e. GKM membuat laporan tertulis secara periodik tentang semua hal yang menyangkut pengendalian standar (catatan dan ceklis) f. PPM melaporkan hasil dari pengendalian standar kepada pimpinan unit kerja dan pimpinan institusi disertai saran dan rekomendasi (Laporan hasil Pengendalian standar)
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir Monev b. Dokumen SPO c. Laporan Hasil Pengendalian Standar

FLOW CHART

SPO PENGENDALIAN STANDAR SPMI

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	UPM	Unit Kerja	Waktu	Luaran	
1	PPM melaksanakan pemantauan secara periodik terhadap pelaksanaan isi standar (dokumen ceklis/catatan monev)				10 hari	Hasil Monev	
2	PPM melakukan pencatatan dan perekaman semua temuan berupa penyimpangan, kelalaian, kesalahan atau sejenisnya yang tidak sesuai dengan isi standar. (dokumen ceklis/catatan monev dokumen SOP).				1 minggu	Dokumen SOP dan bukti penyimpangan	
3	PPM melakukan pencatatan dan perekapan bila di temukan ketidaklengkapan dokumen seperti prosedur kerja, formulir dan bukti fisik dari setiap standar yang telah dilaksanakan (berita acara bukti kegiatan)				Kondisional	Berita acara dan bukti kegiatan	
3	UPM memeriksa dan mempelajari penyebab terjadinya penyimpangan dari sisi standar, atau bila isi standar gagal dicapai dan diambil tindakan korektif terhadap setiap pelanggaran atau				3 hari	Hasil laporan monev	

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

	penyimpangan dan isi standar (catatan monev)						
4	UPM membuat laporan tertulis secara periodik tentang semua hal yang menyangkut pengendalian standar (catatan dan ceklis)				3 hari	Laporan hasil evaluasi pelaksanaan prosedur	
	PPM melaporkan hasil dari pengendalian standar kepada pimpinan unit kerja dan pimpinan institusi disertai saran dan rekomendasi (Laporan hasil Pengendalian standar)				1 hari	Laporan hasil pengendalian standar	

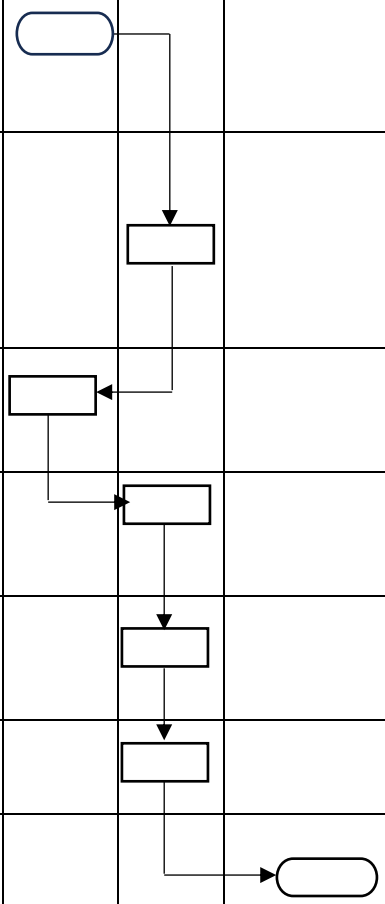
1.	Tujuan	Prosedur ini digunakan sebagai perwujudan komitmen manajemen untuk memastikan sistem mutu berjalan secara efektif, efisien dan berkesinambungan serta merupakan sarana dalam rangka melakukan perbaikan secara terus menerus.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mengatur tata cara tinjauan manajemen untuk membahas masalah-masalah yang berkaitan dengan penerapan sistem mutu atau masalah lain yang terkait dengan mutu pada STIK Siti Khadijah.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah j. Pedoman AMI STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	Tinjauan Manajemen adalah proses yang dilakukan oleh pimpinan untuk meninjau sistem manajemen mutu yang ada.
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua dan Wakil Ketua b. Ketua PPM c. Ketua Program Studi

		d. Pimpinan Unit Kerja e. Auditor
6.	Rincian Kegiatan	Alur Proses Rapat Tinjauan Manajemen 1. Perisiapan Rapat Tinjauan Manajemen Ketua STIK Siti Khadijah mengadakan Rapat Tinjauan Manajemen dengan mengundang semua Wakil Ketua, Ketua Program Studi, dan Semua Pimpinan Unit Kerja, apabila peserta rapat yang tidak hadir bila dipandang perlu menunjuk salah seorang wakilnya. Rapat Tinjauan Manajemen dipimpin oleh Ketua STIK Siti Khadijah. 2. Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen Para peserta rapat harus mengisi daftar hadir Rapat Tinjauan Manajemen sebagai bukti kehadirannya. Hasil Rapat Tinjauan Manajemen harus mencakup keputusan dan tindakan yang berkaitan dengan : a) *Improvement* pada efektifitas dan efisiensi Sistem Manajemen Mutu dan proses-prosesnya. b) *Improvement* pada layanan yang berkaitan dengan stakeholder. c) Sumberdaya yang diperlukan. 3. Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dihimpun dalam Notulen Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut Rapat Tinjauan Manajemen. – Notulen Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut didistribusikan kepada

		seluruh peserta rapat terkait serta ditindaklanjuti bila ada masalah yang harus diselesaikan. – Hasil Rapat didesiminasikan kepada seluruh bagian. – Tindak lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dijadikan dasar dalam Penyusunan rencana kerja oleh Lembaga/unit-unit terkait yang berkewajiban melakukan tindak lanjut penyelesaian masalah. – Penyusunan kerja di masing-masing program studi dan unit kerja diajukan sebagai dasar pembuatan RKAT (Rencana Kerja Anggaran Tahunan). – Pimpinan memonitor tindak lanjut hasil rapat tinjauan manajemen. – Arsip-arsip rapat tinjauan manajemen disimpan dan dipelihara di bagian PPM.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Daftar Hadir Rapat Tinjauan Manajemen. b. Notulen Rapat Tinjauan Manajemen. c. Formulir Rangkuman Hasil Rapat Tinjauan Manajemen d. Formulir Laporan Rapat Tinjauan Manajemen

FLOW CHART
SPO RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM)

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Ketua	PPM	Ka.Prodi/Ka.Unit	Waktu	Luaran	
1	Ketua berkoordinasi dengan PPM merencanakan Rapat Tinjauan Manajemen				1 hari		
2	PPM menyebarkan undangan RTM ke seluruh Wakil Ketua, Ketua Program Studi, dan Semua Pimpinan Unit Kerja				1 hari	Surat undangan	
3	Pelkasanaan Rapat Tinjauan Manajemen				1 hari	Notulen Daftar Hadir Ragkuman Hasil RTM	
4	Laporan hasil Rapat Tinjauan Manajemen				1 hari	Laporan hasil RTM beserta rencana tindak lanjut	
5	Penyamapaian laporan RTM ke Ketua untuk disahkan				1 hari	Dokumen RTM	
6	Pendistribusian hasil RTM kepada seluruh unit terkait				1 hari	Berita Acara	
6	Hasil RTM dijadikan dasar setiap prodi/unit untuk menysun rencana kerja dan RKAT				-		



Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk menjelaskan : a. Memberikan penjelasan bagaimana membuat SOP b. Membuat penjelasan Prosedur membuat SOP
2.	Ruang Lingkup	a. Ketentuan membuat SOP b. Prosedur membuat SOP
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman AMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	Standar Operasional Prosedur adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indicator-indikator teknis, administrasif dan procedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan system kerja pada unit kerja yang bersangkutan
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Wakil Ketua

		c. Unit-unit di lingkungan STIK Siti Khadijah
6.	Rincian Kegiatan	a. Semua unit kerja membuat SPO untuk keperluan operasional masing-masing unit b. Semua unit kerja mengirimkan draf SPO yang telah disusun ke Pusat Penjaminan Mutu c. PPM mengkaji SPO d. PPM mengirim Kembali SPO yang telah dikaji kepada unit e. Unit kerja mengembalikan SPO yang telah direvisi f. PPM mengeluarkan rekomendasi untuk disahkan Ketua g. Dokumen SPO disahkan oleh ketua
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Form SPO

FLOW CHART
SPO MEMEBUAT SPO

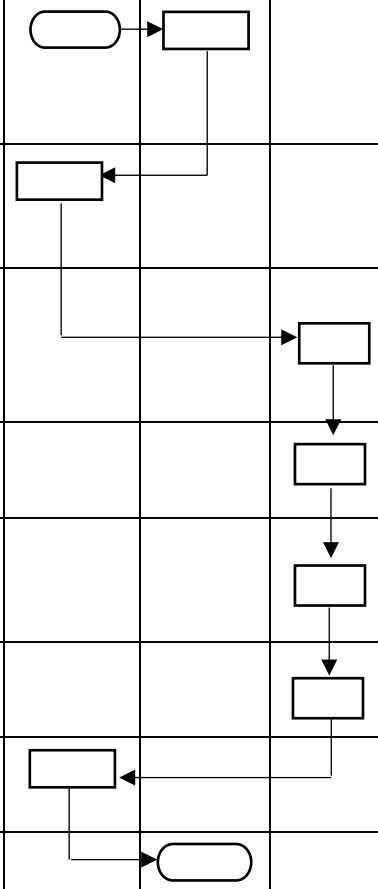
No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit Kerja	PPM	Wakil Ketua	Ketua	Waktu	Luaran	
1	Semua unit kerja membuat SPO untuk keperluan operasional masing-masing unit					1 hari	Draf SPO	
2	Semua unit kerja mengirimkan draf SPO yang telah disusun ke Pusat Penjaminan Mutu		tidak			1 hari	Draf SPO	
3	PPM mengkaji SPO					3 hari	Draft SPO	
4	PPM mengeluarkan rekomendasi untuk disahkan oleh pejabat terkait		ya			1 hari	SPO final	
6	Dokumen SPO disahkan Ketua						Dokumen SPO	

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk merancang, merumuskan, dan menetapkan tata cara pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi (Monev) pelaksanaan program, baik akademik maupun non-akademik secara berkesinambungan dan melaporkan hasilnya ke Ketua.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mencakup persiapan, pelaksanaan, penyusunan laporan monev sampai pembuatan laporan Tindakan perbaikan.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah j. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pembelajaran STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. Monitoring dan evaluasi adalah kegiatan pemantauan atau pengamatan yang berlangsung selama berjalannya suatu program untuk memastikan dan mengendalikan keserasian pelaksanaan program dan perencanaan yang telah ditetapkan.

		b. Monitoring adalah aktifitas yang dialkukan untuk memberikan infromasi tentang sebab akibat dari suatu kebijakan yang sedang dilaksanakan c. Evaluasi adalah proses memperhitungkan sesuatu yang berlandaskan kriteria atau tujuan yang ditetapkan yg selnajutnya diiringi dengan pengambilan Keputusan atas obyek yang dievaluasi
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. Tim Audit bertanggung jawab untuk persiapan dan pelaporan pelaksanaan monev b. Unit terkait bertanggung jawab untuk pelaksanaan tindakan perbaikan
6.	Rincian Kegiatan	a. PPM mengusulkan pelaksanaan kegiatan Monev dan tim Monev kepada Ketua b. PPM mempersiapkan instrument monev c. Tim Monev memberitahuan jadwal pelaksanaan Monev kepada unit terkait d. Tim Monev melaksanakan Monev e. Tim Monev melakukan rekapitulasi, analisis dan membuat laporan hasil monitoring f. Tim Monev menyerahkan laporan monev ke PPM untuk diteruskan ke ketua g. PPM melakukan pembahasan hasil monev yang dihadiri oleh Ketua, para Wakil Ketua, Kaprodi, dan kepala unit terkait untuk menentutukan tindakan perbaikan h. Ketua menerima laporan hasil monev
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Istrument Monitoring dan Evaluasi b. Dokumen Stnadar Mutu STIK Siti Khadijah

FLOW CHART
SPO MONITORING DAN EVALUASI

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Ketua	Tim Audit	Unit Kerja	Waktu	Luaran	
1	Pengusulan pelaksanaan monev dan tim monev kepada Ketua					1 hari	Surat pengajuan kepada Ketua SK tim monev	
2	Persiapan Instrument Monev					1 hari	Instrument Monev	
3	Pemberitahuan jadwal pelaksanaan Monev kepada unit terkait					1 hari	Surat pemberitahuan Monev	
4	Pelaksanaan Monev					Kondisional	Hasil Monev	
5	Rekapitulasi, analisis dan membuat laporan hasil monitoring					3 hari	Laporan Monev	
6	Penyerahan laporan Monev ke PPM					1 hari	Laporan monev	
7	Pembahasan hasil monev dan rencana perbaikan					1 hari	Laporan tindakan perbaikan	
8	Menerima laporan Monev						Dokumen Monev	



1.	Tujuan	Prosedur ini dibuat untuk mengukur tingkat kepuasan para pemangku kepentingan yaitu Dosen, Tenaga Kependidikan, Mahasiswa, Alumni, Pengguna Lulusan, dan Mitra Kerja sama terhadap layanan di STIK Siti Khadijah
2.	Ruang Lingkup	SPO ini berlaku untuk seluruh unit kerja di lingkungan perguruan tinggi yang terlibat dalam penyelenggaraan layanan akademik maupun non-akademik, dengan responden meliputi Mahasiswa, Dosen, Tenaga Kependidikan, Alumni, Pengguna Lulusan, Mitra Kerja sama.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Panduan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman Survei Kepuasan STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. Survei kepuasan layanan adalah suatu proses evaluasi internal terhadap layanan di STIK Siti Khadijah yaitu layanan Manajemen, Kemahasiswaan, Dosen, Tenaga Pendidik,

		Pembelajaran, Keuangan, Sarana Prasarana, Penelitian, Pengabdian Masyarakat dan Kerjasama b. Para pemangku kepentingan yaitu Dosen, Tenaga Kependidikan, Mahasiswa, Alumni, Pengguna Lulusan, dan Mitra Kerja sama
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. PPM bertanggung jawab atas terlaksananya survei kepuasan b. Tim survei bertanggung jawab untuk persiapan dan pelaporan pelaksanaan survei c. Unit terkait bertanggung jawab untuk pelaksanaan tindakan perbaikan
6.	Rincian Kegiatan	a. PPM mengusulkan pelaksanaan kegiatan survei kepuasan dan tim survei kepada Ketua sesuai jadwal/periode pengukuran kepuasan Layanan b. PPM mempersiapkan instrument survei kepuasan c. Tim survei melaksankan survei kepuasan dengan menyebarkan kuesioner baik secara online/ofline d. Tim survei melakukan rekapitulasi, analisis dan membuat laporan survei kepuasan e. Tim survei menyerahkan laporan survei ke PPM untuk diteruskan ke Ketua f. PPM melakukan pembahasan hasil survei kepuasan yang dihadiri oleh Ketua, para Wakil Ketua, Kaprodi, dan kepala unit terkait untuk menentutukan tindakan perbaikan g. Ketua menerima laporan hasil survei kepuasan

7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir survei kepuasan Dosen, Tendik, Mahasiswa, Alumni, Pengguna Lulusan, dan Mitra Kerja sama terhadap Layanan Manajemen b. Formulir survei kepuasan mahasiswa terhadap layanan kemahasiswaan c. Formulir survei kepuasan mahasiswa, dosen, tendik, lulusan/alumni, pengguna lulusan, dan mitra Kerjasama terhadap layanan keuangan d. Formulir survei kepuasan mahasiswa, dosen, tendik, lulusan/alumni, pengguna lulusan, dan mitra Kerjasama terhadap sarana prasarana e. Formulai survei kepuasan Dosen, Mahasiswa dan Mitra terhadap Proses Penelitian f. Formulir survei kepuasan Dosen, Mahasiswa, dan Mitra terhadap Proses PkM

FLOW CHART
SPO PENGUKURAN KEPUASAN

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Ketua	Tim survei	Unit Kerja	Waktu	Luaran	
1	PPM mengusulkan pelaksanaan kegiatan survei kepuasan dan tim survei kepada Ketua sesuai jadwal/periode pengukuran kepuasan Layanan Manajemen					1 hari	Surat pengajuan kepada Ketua SK tim survei	
2	Persiapan Instrument survei kepuasan					1 hari	Instrument Survei	
3	Tim survei melaksankan survei kepuasan dengan menyebarkan kuesioner online/ofline					Periode survey kepuasan	Hasil Survei Kepuasan	
4	Rekapitulasi, analisis dan membuat laporan hasil survei					7 hari	Laporan survei kepuasan	
5	Penyerahan laporan survei ke PPM					3 hari	Laporan survei kepuasan	
6	Pembahasan hasil survei dan rencana perbaikan					1 hari	Hasil tinjauan manajemen dan rencana perbaikan	
7	Menerima laporan survei					1 hari	Dokumen survei kepuasan	

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk merancang, merumuskan, dan menetapkan tata cara pelaksanaan rencana tindak lanjut hasil audit mutu internal (AMI)
2.	Ruang Lingkup	Prosedur inn mencakup pengajuan tindak lanjut hasil audit, pebahasan hasil temuan audit, pelaksanaan perbaikan sampai dengan pembuatan laporan tindkan perbaikan
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Audit Mutu adalah suatu pemeriksaan yang sistematis dan independent untuk menentukan apakah kegiatan menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan rencana yang ditetapkan untuk mencapai tujuan.

		b. Auditor adalah orang yang bertugas untuk memverifikasi bahwa kegiatan sistem mutu sesuai dengan aturan yang dibakukan. c. Auditee adalah orang/bagian yang sedang diaudit dan bertanggung jawab terhadap area yang diaudit untuk memastikan bahwa sistem mutu berjalan sesuai dengan aturan yang dibakukan d. Bukti audit adalah rekaman/arsip pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi. e. Temuan audit adalah hasil penilaian bukti audit yang terkumpulkan terhadap kriteria audit. f. Tindakan koreksi adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Tim audit bertanggung jawab untuk pengajuan tindak lanjut hasil AMI dan membuat laporan tindakan perbaikan b. Auditee bertanggung jawab untuk melaksanakan perbaikan sebagai tindak lanjut hasil AMI
6.	Rincian Kegiatan	a. Tim audit mengajukan tindak lanjut hasil temuan audit b. Tim audit dan auditee membahas hasil temuan audit c. Auditee menyampaikan rencana perbaikan d. Pelaksanaan perbaikan oleh auditee e. Auditee melaporkan tindkaan perbaikan yang telah dilakukan f. Tim audit memeriksa tindakan perbaikan

		g. Tim audit membuat laporan tindakan perbaikan h. Dokumentasi
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

FLOW CHART
SPO TINDAK LANJUT HASIL AUDIT MUTU INTERNAL

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Tim audit	Auditee	PPM	Waktu	Luaran	
1	Pengajuan tindak lanjut hasil temuan audit				1 hari	Surat pengajuan rapat	
2	Pambahasan hasil temuan audit				1 hari	Hasil temuan audit	
3	Penyampaian rencana perbaikan				1 hari	Rencana tindakan perbaikan	
4	Pelaksanakan perbaikan				Kondisional	Bukti perbaikan	
5	Laporan pelaksanaan tindakan perbaikan	tidak			1 hari	Laporan pelaksanaan tindakan perbaikan	
6	Pemeriksaan tindakan perbaikan				1 hari	Laporan tindakan perbaikan	
7	Membuat laporan tindakan perbaikan	ya			1 hari	Laporan tindakan perbaikan	
8	Dokumentasi				1 hari	Dokuemn RTL	

1.	Tujuan	Prosedur Mutu ini memberikan panduan dalam menerapkan Sistem Penjaminan Mutu Internal di STIK Siti Khadijah dalam upaya mewujudkan Visi, Misi sesuai dengan aturan yang distandarkan.
2.	Ruang lingkup	Prosedur Mutu ini berlaku di STIK Khadijah dalam hal penetapan Penanggung Jawab Pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu, Pembentukan Lembaga Perjamin Mutu Penyusunan Dokumen sampai dengan menitoring pelaksanaan dan pembuatan laporan.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah i. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah definisi	a. Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi (SPM Dikti) adalah kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. b. Kebijakan Mutu adalah pernyataan tertulis yang menjelaskan pemikiran, sikap, pandangan dari

		institusi tentang pengembangan dan implementasi Sistem Penjaminan Muta. c. Sasaran Mutu adalah target yang terukur, sebagai indikator tingkat keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan selama waktu tertentu. Sasaran mutu ini ditetapkan sesuai dengan persyaratan pelanggan dan kebijakan organisasi d. Kepuasan Pelanggan adalah persepsi pelanggan tentang derajat telah dipenuhinya persyaratan pelanggan e. Perencanaan Mutu adalah bagian dari manajemen mutu yang difokuskan ke penetapan sasaran muta dan merincikan proses operasional dan sumber daya terkait yang diperlukan untuk memenuhi sasaran mutu. f. Perbaikan berkesinambungan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk meningkatkan kemampuan memenuhi persyaratan g. Kesesuaian (conformity) didefinisikan sebagai dipenuhnya persyaratan h. Ketidak sesuaian didefinsisikan sebagai tidak dipenuhinya suatu persyaratan i. Tindakan Pencegahan didefinisikan sebagai tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang potensial atau situasi potensial lain yang tidak dikehendaki, j. Tindakan Korektif didefinisikan sebagai tindakan menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan atau situasi yang tidak dikehendaki.

		k. Koreksi didefinsisikan sebagai tindakan menghilangkan ketidaksesuaian. l. Pedoman Mutu didefinisikan sebagai dokumen yang merincıkan sistem manajemen mutu suatu organisasi. m. Prosedur didefinisikan sebagai cara tertentu untuk melaksanakan suatu kegiatan atau proses n. Rekaman didefinisikan sebagai dokumen yang menyatakan hasil yang dicapai atau memberi bukti pelaksanaan kegiatan
5.	Tanggung jawab dan wewenang	a. Ketua dan Pembantu Ketua b. Ketua Pusat Penjamin Mutu c. Ketua Program Studi d. Ketua Unit Kerja e. Dosen f. Tenaga Kependidikan g. Semua Civitas Akademika
6.	Rincian kegiatan	1. Ketua STIK Siti Khadijah menunjuk dan mengeluarkan SK pengangkatan untuk Ketua Pusat Penjamin Mutu (PPM), Sekretaris, dan Anggota 2. Ketua menetapkan Tim penyusun dokumen mutu 3. PPM bersama tim menyusun (a) Standar Mutu, (b) Manual Mutu, (c) Prosedur Mutu, dan dokumen-dokumen pendukung Sistem Penjaminan Mutu. Penyusunan dilakukan dengan mengacu pada SNPT Dikti 4. Ketua STIK Siti Khadijah mengesahkan Standar Mutu, Manual Mutu, Prosedur Mutu, dan dokumen-dokumen pendukung lain.

		5. Ketua PPM menugaskan Auditor melakukan Audit Mutu Internal (AMI) tahunan. 6. Hasıl audit dilaporkan oleh Ketua Tim Audit kepada Ketua PPM berkaitan dengan hasil temuan dan rencana perbaikan Hasil AMI di bawa ke Rapat Tinjauan Manajemen. 7. Pimpinan unit melakukan tindaklanjut meningkatkan mutu 8. PPM melakukan penyempurnaan SPMI di lingkungan STIK Siti Khadijah.
7.	Lampiran/formulir terkait	1. Surat Keputusan tentang pembentukan Pusat Penjamin Mutu

FLOW CHART
SPO PENERAPAN SPMI

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Ketua	PPM	Auditor	Unit/ prodi	Waktu	Luaran	
1	Pengankatan Ketua Pusat Penjamin Mutu (PPM), Sekretaris, dan Anggota					1 hari	SKpengangkatan ketua, sekretaris dan anggota PPM	
2	Ketua STIK menetapkan tim perumus dokumen mutu					1 hari	SK perumus dokumen mutu	
3	PPM bersama tim menyusun Standar Mutu, Manual Mutu, Prosedur Mutu, dan dokumen-dokumen pendukung Sistem Penjaminan Mutu.					1 bulan	Draf dokumen mutu	
4	Ketua STIK Siti Khadijah mengesahkan Standar Mutu, Manual Mutu, Prosedur Mutu, dan dokumen- dokumen pendukung lain.						Dokumen mutu	
5	Ketua PPM menugaskan Auditor melakukan Audit Mutu Internal (AMI) tahunan.					3 hari	Hasil temuan	
6	Hasıl audit dilaporkan oleh Ketua Tim Audit kepada Ketua PPM berkaitan dengan hasil temuan dan rencana perbaikan.					1 hari	Laporan audit	
7	Hasil AMI di bawa ke Rapat Tinjauan Manajemen					1 hari	Rencana tindak lanjut	

8	Pimpinan unit melakukan tindak lanjut meningkatkan mutu						Hasil tindak lanjut	
9	PPM melakukan penyempurnaan SPMI di lingkungan STIK Siti Khadijah						Peningkatan standar	

1.	Tujuan	Menetapkan mekanisme sistematis dan terukur dalam melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan pada seluruh kegiatan Tridharma perguruan tinggi melalui siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan).
2.	Ruang Lingkup	Seluruh standar mutu institusi dan program studi, meliputi: • Standar Pendidikan • Standar Penelitian • Standar Pengabdian kepada Masyarakat • Standar Non Akademik (VMTS, Tata Pamong, SDM, Sarpras, Keuangan, Kerjasaman, Kemahasiswaan, Sipensimaru)
3.	Referensi	a. UU No.12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud No. 3 Tahun 2020 tentang SN-Dikti c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Statuta STIK Siti Khadijah e. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah f. Manual Mutu STIK Siti Khadijah g. Standar Mutu STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. Peningkatan berkelanjutan: Upaya perbaikan mutu secara terus menerus, terencana, dan terukur berdasarkan hasil evaluasi dan pengendalian. b. PPEPP: Siklus SPMI yang meliputi penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan.

5.	Tangggung Jawab dan wewenang	a. Ketua dan Wakil Ketua b. Ketua PPM c. Ketua Program Studi d. Pimpinan Unit Kerja e. Gugus Kendali Mutu (GKM)
6.	Rincian Kegiatan	**Penetapan Standar (P)** 1. PPM meninjau standar mutu setiap tahun berdasarkan: a. Hasil AMI, TM, dan akreditasi b. Capaian IKU/IKT c. Perkembangan regulasi dan kebutuhan pemangku kepentingan 2. PPM menyusun revisi standar dan mengajukan kepada pimpinan untuk disahkan. 3. Standar yang disahkan didistribusikan ke semua unit. **Pelaksanaan Standar (P)** 1. Unit kerja menyusun rencana kerja dan anggaran berdasarkan standar. 2. Unit kerja melaksanakan kegiatan sesuai standar dan mencatat bukti pelaksanaannya. 3. UPM memantau konsistensi pelaksanaan standar. **Evaluasi Pelaksanaan Standar (E)** 1. PPM melaksanakan evaluasi melalui: a. Audit Mutu Internal (AMI) b. Survei kepuasan pemangku kepentingan c. Monitoring kinerja akademik dan non-akademik b. Auditor menyusun laporan temuan (KTS/OB/KS).

		2. Hasil evaluasi disampaikan pada rapat tinjauan manajemen (RTM) **Pengendalian Pelaksanaan Standar (P)** 1. Pimpinan unit menyusun rencana tindak lanjut (RTL) dari hasil evaluasi. 2. PPM melakukan pengendalian melalui monitoring implementasi RTL. 3. Jika RTL tidak berjalan, PPM memberikan rekomendasi atau intervensi perbaikan. 4. Hasil pengendalian didokumentasikan sebagai dasar peningkatan. **Peningkatan Standar (P)** 1. PPM menilai efektivitas tindakan perbaikan dan rekomendasi dari pengendalian. 2. Jika diperlukan peningkatan standar, PPM: a. Merevisi standar b. Menyusun SPO/Instruksi Kerja baru c. Menetapkan indikator kinerja baru 3. Revisi standar disahkan oleh pimpinan. 4. Peningkatan didokumentasikan sebagai rekam jejak continuous improvement.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Kebijakan SPMI b. Manual SPMI c. Standar SPMI d. SPO/Instruksi Kerja e. Formulir AMI f. Formulir RTL g. Laporan Tinjauan Manajemen

FLOW CHART
SPO PENINGKATAN BERKELANJUTAN

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Pimpinan	Ka.Prodi/Ka.Unit	Waktu	Luaran	
1	Penetapan • Review & tinjau standar • Revisi standar & pengesahan				Awal tahun akadmeik	Standar SPMI yang ditetapkan	
2	Pelaksanaan • Unit melaksananakan kegiatan sesuai standar • Mengumpulkan bukti kegiatan				Sepanjang tahun	Bukti/rekaman pelaksanaan standar	
3	Evaluasi • AMI • Survei Kepuasan • Monitoring kinerja				1 kali/tahun	Laporan AMI, Survei kepuasan, monev	
4	Pengendalian • RTL dari unit • Monitoring RTL oleh PPM				Maks 1 bulan setelah AMI	Laporan RTM, RTL	
5	Peningkatan • Revisi standar/SPO/Intruksi kerja • Pemyempurnaan indikator kinerja • Didsahkan dan didistribusikan kembali				Setelah pengendalian selesai	Standar baru, SPO baru, Intruksi kerja baru	

1.	Tujuan	a. Menjamin terlaksananya pelaporan penjaminan mutu secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan. b. Menyediakan informasi yang akurat sebagai dasar pengambilan keputusan pimpinan. c. Mendukung pelaksanaan siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan).
2.	Ruang Lingkup	Prosedur Mutu ini mengatur proses pelaporan penjaminan mutu internal yang meliputi: a. Audit Mutu Internal (AMI) b. Monitoring dan Evaluasi (Monev) c. Survei kepuasan pemangku kepentingan d. Evaluasi capaian standar SPMI e. Tindak lanjut hasil evaluasi
3.	Referensi	a. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu b. Pedoman SPMI Perguruan Tinggi c. Kebijakan Mutu d. Statuta STIK Siti Khadiijah
4.	Definisi Istilah	a. **SPMI** adalah Sistem Penjaminan Mutu Internal perguruan tinggi b. **PPM/UPM/GPM** adalah Lembaga/Unit/Gugus Penjaminan Mutu c. **AMI** adalah Audit Mutu Internal d. **Laporan Penjaminan Mutu** adalah Dokumen resmi hasil evaluasi mutu
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Waket I, II, III c. Ka.PPM d. Ka.Unit/Prodi e. GKM f. Auditor
6.	Rincian Kegiatan	**1. Pengumpulan Data**

		a. PPM Menyusun jadwal pelaporan penjaminan mutu b. Auditor/GKM mengumpulkan data dari : 1) Hasil AMI 2) Hasil Monev 3) Survei Kepuasan 4) Capaian Indikator Kinerja c. Data diverifikasi oleh PPM **2. Penyusunan Laporan** a. Auditor/GKM Menyusun laporan penjaminan mutu b. Draft laporan dikonsultasikan dengan pimpinan terkait **3. Validasi dan Pengesahan** a. Laporan divalidasi oleh pimpinan perguruan tinggi b. Laporan disahkan oleh ketua **4. Distribusi Laporan** a. Laporan disampaikan kepada Pimpinan Perguruan Tinggi, Program Studi, dan Unit Terkait. b. Laporan disimpan dalam arsip mutu (hardcopy dan/atau softcopy) **5. Tindak Lanjut** a. Menyusun rencana tindak lanjut (RTL). b. PPM memantau pelaksanaan RTL. c. Hasil tindak lanjut dilaporkan pada siklus berikutnya.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Kabijakan SPMI b. Manual Mutu c. Standar SPMI d. Form AMI e. Laporan Monev f. Instrumen Survei Kepuasan

FLOW CHART
PELAPORAN PENJAMINAN MUTU

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	GKM/Auditor	Ketua/Waket	Waktu	Luaran	
1	PPM Menyusun jadwal pelaporan				1 hari	Jadwal pelaporan	
2	GKM mengumpulkan Data Mutu (AMI, Monev, Surevi, Capaian Standar)				kondisional	Hasil AMI, monev, Surevei	
3	Verifikasi Data oleh PPM	Tidak	Ya		3 hari	Data terverifikasi	
4	Penyusunan Laporan Mutu			tidak ya	1 hari	Draf laporan mutu	
5	Validasi Pimpinan				1 hari	Laporan valid	
6	Pengesahan Ketua				1 hari	Dokumen laporan	
7	Distribusi Laporan Mutu				1 hari	Laporan terdistribusi	
8	Menyusun RTL				3 hari	RTL	
9	Monitoring RTL oleh PPM				kondisional	Monev RTL	
11	Arsip Dokumen Mutu					Arsip dokumen	

FLOW CHART
PENGENDALIAN REKAMAN MUTU

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit	PPM	Ketua/Waket	Waktu	Luaran	
1	Unit melaksanakan kegiatan dan mengahasilkan rekaman mutu					Rekaman mutu	
2	Pengumpulan rekaman mutu					Dokumen rekaman mutu	
3	Rekaman disimpan dalam folder/lemari arsip sesuai klasifikasi					Arsip rekaman mutu	
4	Backup dilakuakan (cloud/driev) secara berkala					Backup rekaman	
5	rekaman melewati masa retensi						
6	Pemusnahan rekaman					Berita Acara	

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk menjamin bahwa seluruh standar SPMI selalu relevan, mutakhir, dan efektif, serta sesuai dengan Perkembangan regulasi, Kebutuhan pemangku kepentingan, dan Hasil evaluasi dan Audit Mutu Internal (AMI)
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mengatur proses peninjauan berkala standar SPMI, revisi standar SPMI, dan penetapan ulang dan sosialisasi standar hasil revisi.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. SPMI adalah Sistem Penjaminan Mutu Internal b. Standar SPMI adalah Kriteria minimal mutu yang ditetapkan perguruan tinggi c. PPM adalah Unit pelaksana penjaminan mutu d. AMI adalah Audit Mutu Internal e. RTM adalah Rapat Tinjauan Manajemen f. Pimpinan adalah Ketua dan Wakil Ketua I, II, III
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Waket I, II,III c. PPM d. Unit Kerja/Program Studi e. Pemangku Kepentingan
6.	Rincian Kegiatan	a. PPM menyusun jadwal peninjauan dan revisi standar b. PPM mengajukan pembentukan Tim revisi pada Ketua

		c. PPM mengumpulkan data berupa hasil monev, laporan AMI, capaian indikator standar d. Tim revisi menganalisis kesenjangan antara standar dan pelaksanaan e. Tim revisi menyusun draft revisi standar dan dikonsultasikan dengan unit terkait f. Tim revisi melakukan perbaikan draft berdasarkan masukan g. Tim revisi mengajukan draft final kepada pimpinan h. Ketua menetapkan standar revisi i. PPM mensosialisasikan dan mendistribusikan standar hasil revisi kepada seluruh unit/program studi j. Unit kerja/program studi mengimplemantisikan standar
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir template standar b. SK Tim revisi c. Jadwal peninjauan standar d. Berita acara peninjauan e. Draft dan standar hasil revisi f. SK Penetapan Standar g. Daftar hadir sosialisasi

FLOW CHART
SPO PENINJAUAN DAN REVISI STANDAR

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Pimpinan	Tim revisi	Unit	Waktu	Luaran	
1	Identifikasi kebutuhan peninjauan					1 hari		
2	Penyusunan jadwal peninjauan dan revisi standar					1 hari	Jadwal peninjauan dan revisi	
3	Penetapan Tim revisi					1 hari	SK tim	
4	Pengumpulan dan analisis data					3 hari	Hasil analiss	
5	Penyusunan draft revisi					1 minggu	Draft standar	
6	Konsultasi unit kerja					1 minggu	Draft standar	
7	Finalisasi standar					3 hari	Standar revisi	
8	Penetapan standar revisi					1 hari	SK standar revisi	
9	Sosialisai dan distribusi standar revisi					kondisional	Bukti sosialisasi	
10	Implementasi standar revisi						Bukti pelaksanaan standar	

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

1.	Tujuan	Prosedur Mutu ini memberikan pedoman untuk penyusunan, pengesahan, dan pendokumentasian Laporan Pertanggungjawaban (LPJ) Kegiatan secara tertib, sistematis, transparan, dan akuntabel, sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan.
2.	Ruang Ligkup	Prosedur Mutu ini berlaku untuk seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh unit kerja/panitia, baik kegiatan akademik maupun non-akademik, yang menggunakan sumber daya institusi..
3.	Referensi	a. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2013 tentang Perubahan atas PP No.19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan. b. Peraturan Pemerintah No 4 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi. c. Permendikbudristek Nomor 53 tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah. e. Manual Mutu STIK Siti Khadijah. f. Standar Mutu STIK Siti Khadijah.
4.	Istilah Definisi	a. Laporan Pertanggungjawaban (LPJ) adalah dokumen resmi yang berisi laporan pelaksanaan kegiatan dan penggunaan anggaran. b. Panitia Kegiatan adalah Tim yang ditetapkan untuk melaksanakan kegiatan. c. Penanggung Jawab Kegiatan adalah Ketua panitia atau pejabat yang ditunjuk secara resmi.

5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Penanggungjawab Kegiatan b. Ketua Unit/Panitia c. Sekretaris Panitia d. BAUK e. PPM
6.	Rincian Kegiatan	a. Ketua panitia menginstruksikan penyusunan LPJ maksimal 7–14 hari setelah kegiatan selesai. b. Sekretaris mengumpulkan data kegiatan (proposal, absensi, dokumentasi, notulen). c. Bendahara menyiapkan laporan keuangan dan bukti pengeluaran. d. Penyusunan LPJ secara sistematis sesuai dengan format. e. LPJ diperiksa oleh Ketua Panitia. f. Revisi dilakukan apabila terdapat ketidaksesuaian isi atau data. g. LPJ disahkan dan ditandatangani oleh Ketua Panitia dan Penanggung jawab kegiatan. h. LPJ diarsipakn sebagai dokumen resmi kegiatan dan digunakan sebagai bahan evaluasi dan audit kegiatan.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	1. SK kepanitiaan 2. Proposal Kegiatan 3. Dokumentasi kegiatan 4. Laporan keuangan dan bukti pengeluaran 5. Berita acara pelaksanaan kegiatan 6. Formulir pengesahan LPJ

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

FLOW CHART
SPOLAPORAN PERTANGGUNGJAWABAN (LPJ) KEGIATAN

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen terkait
		Ketua Panitia/PJ Kegiatan	Sekretaris Kegiatan	Bendahara Kegiatan Tim Survei	Waktu	Luaran	
1	Ketua panitia menginstruksikan penyusunan LPJ maksimal 7–14 hari setelah kegiatan selesai.				1 hari		
2	Sekretaris mengumpulkan data kegiatan (proposal, absensi, dokumentasi, notulen).				3 hari	Bukti dokumen kegiatan	
3	Bendahara menyiapkan laporan keuangan dan bukti pengeluaran				3 hari	Bukti Penggunaan keuangan	
4	Penyusunan LPJ secara sistematis sesuai dengan format.	Tidak			3 hari	Draf LPJ	
5	LPJ diperiksa oleh Ketua Panitia.				1 hari	LPD valid	
6	LPJ disahkan dan ditandatangani oleh Ketua Panitia dan Penanggung jawab kegiatan.	Ya			1 hari	Dokumen LPJ	
7	LPJ diarsipakn					Arsip LPJ	

1.	Tujuan	Prosedur Mutu ini bertujuan untuk Menjamin Menjamin terselenggaranya pengelolaan akreditasi Institusi dan/atau Program Studi secara terencana, sistematis, terdokumentasi, berkelanjutan, dan sesuai dengan standar akreditasi yang berlaku.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mencakup seluruh tahapan pengelolaan akreditasi institusi/Program Studi, mulai dari persiapan, pengumpulan data dan dokumen, penyusunan laporan evaluasi diri (LED) dan laporan kinerja (LK), pengajuan akreditasi, asesmen lapangan, hingga tindak lanjut hasil akreditasi.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud No. 3 Tahun 2020 tentang SN-Dikti c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Standar Akreditasi Pendidikan Tinggi yang berlaku e. Statua STIK Siti Khadijah f. Kebijakan SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Akreditasi adalah kegiatan penilaian untuk menentukan kelayakan Program Studi dan Perguruan Tinggi. b. LED adalah Laporan Evaluasi Diri Institusi c. LK adalah Laporan Kinerja Institusi d. UPPS adalah Unit Pengelola Program Studi e. Tim Akreditasi adalah yim yang ditetapkan melalui SK ketua untuk mengelola proses akreditasi.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua STIK Siti Khadijah b. Wakil Ketua STIK Siti Khadijah c. Pusat Penjaminan Mutu d. Kepala Unit/ Prodi / Unit Terkait e. Tim Akreditasi
6.	Rinciang Kegiatan	1. Perencanaan Akreditasi

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

		a. Ketua STIK menetapkan kebijakan dan target peringkat akreditasi institusi b. Ketua STIK menerbitkan SK Tim Akreditasi Institusi/Program Studi c. PPM mensosialisasikan standar dan instrument akreditasi kepada seluruh unit terkait 2. Pengumpulan data dan dokumen a. Tim akreditasi mengumpulkan data dari seluruh unit kerja b. Data meliputi bidang : tata pamong dan tata Kelola, pendidikan,penelitian, pengabdian kepada masyarakat, sumber daya, luaran dan dapaian tridharma 3. Penyusunan Dokumen Akreditasi a. Tim Menyusun KED dan LKPS sesuai instrument akreditasi b. Dilakukan review internal oleh Pimpinan dan PPM c. Revisi dokumen berdasarkan hasil review 4. Pengajuan Akreditasi a. Dokumen final disahkan oleh pimpinan b. Tim mengunggah dokumen melalui sistem akreditasi yang ditetapkan 5. Pelaksanaan Asesmen Lapangan a. Tim menyiapkan dokumen pendukung dan sarana prasarana b. Pelaksanaan asesmen kecukupan dan/atau asesmen lapangan c. Pencatatan seluruh masukan dan temuan asesor 6. Tindak Lanjut dan Hasil Akreditasi a. PPM mendistribusikan hasil akreditasi kepada unit terkait b. Penyusunan rencana tindak lanjut (RTL)

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

		c. Monitoring dan evaluasi implementasu RTK secara berkala d. Integrasi hasil akreditasi ke dalam peningkatan mutu berkelanjutan
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Kebijakan, Standar dan Manual Mutu b. Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran, serta strategi pencapaian. c. Dokumen Tata Pamong, Kepemimpinan, Pengelolaan, dan Sistem Penjaminan Mutu. d. Dokumen mahasiswa dan lulusan. e. Dokumen sumber daya manusia. f. Dokumen kurikulum, pembelajaran, dan suasana akademik. g. Dokumen pembiayaan, sarana dan prasarana, serta sistem informasi. h. Dokumen penelitian, pengabdian masyarakat, dan kerjasama.

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

FLOW CHART
SPO PENINGKATAN BERKELANJUTAN

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Pimpinan	PPM	TIM	Asesor	Waktu	Luaran	
1.	Perencanaan akreditasi					1 minggu	roadmap dan jadwal akreditasi	
2.	Penetapan Tim akreditasi					1 hari	SK Tim Akreditasi	
3.	Sosialisasi standar dan instrument akreditasi					3 hari		
4.	Pengumpulan data dan dokumen pendukung					kondisional	Dokumen data dan dokumen pendukung	
5.	Validasi dan verifikasi data oleh PPM					3 hari	Dokumen data dan dokumen pendukung valid	
6.	Penyusunan LED dan LKPS		tidak			Kondisional	Draf LED dan LKPS	
7.	Review internal dokumen	ya						
8.	Pengesahan dokumen oleh pimpinan						LED dan LKPS valid	
9.	Pengajuan akreditasi						Bukti upload akreditasi melalui sistem akreditasi	
10.	Asesemen kecukupan/ asesmen lapangan						Berita Acara Daftar klasrifikasi	
11.	Hasil dan rekomendasi dari asesesor						Sertifikat akreditasi SK hasil akreditasi Rekomendasi asesor	
12.	Penyusunan RTL						RTL	
13.	Monev RTL						Laporan monev	
14.	Peingkatan mutu berkelanjutan							

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

1.	Tujuan	Menetapkan tata cara pengendalian dokumen mutu agar seluruh dokumen yang digunakan dalam pelaksanaan SPMI dan kegiatan akademik/non-akademik terjamin keaslian, keabsahan, kejelasan, kemutakhiran, serta mudah ditelusuri.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen mutu dan dokumen operasional yang digunakan pada unit kerja di lingkungan STIK Siti Khadijah, meliputi : a. Kebijakan mutu b. Manual mutu c. Standar mutu d. SOP/Instruksi kerja e. Borang/formulir f. Dokumen akademik (RPS, RPKPS, pedoman, dll.) g. Rekaman mutu (bukti kegiatan, laporan, notulen, hasil monitoring, evaluasi, AMI, dll.)
3.	Referensi	a. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu b. Pedoman SPMI Perguruan Tinggi c. Kebijakan Mutu Institusi
4.	Definisi Istilah	a. **Dokumen**: Informasi yang dikelola dan dikendalikan, seperti SPO, standar, pedoman, formulir. b. **Rekaman**: Bukti objektif pelaksanaan kegiatan, misalnya: daftar hadir, laporan, hasil evaluasi, foto kegiatan. c. **Pengendalian Dokumen**: Proses penetapan, verifikasi, persetujuan, distribusi, revisi, dan pemusnahan dokumen.

		d. **Pengendalian Rekaman**: Proses penyimpanan, pemeliharaan, keamanan, retensi, dan pemusnahan rekaman mutu
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Waket I, II, III c. Ka.PPM d. Ka.Unit/Prodi e. Admin dokumen mutu
6.	Rincian Kegiatan	**1. Pengusulan dokumen baru/revisi** **Dokumen Baru** a. Dokumen disusun oleh unit terkait sesuai kebutuhan proses *b.* Unit pengusul mengisi formulir *pengusulan dokumen* c. Dokumen diperiksa oleh PPM (kesesuain, format, redaksioanal) d. Dokumen diverifikasi dan diajukan untuk persetujuan pimpinan **Revisi Dokumen** a. Revisi dokumen mutu dilakukan ketika terdapat perubahan regulasi, struktur, atau kebutuhan operasional b. Unit pengguna dokumen mengajukan usulan revisi kepada PPM *c.* PPM meninjau revisi dan dicatat pada *log revisi dokumen* **2. Penetapan dokumen** a. Dokumen diperiksa dan disahkan oleh pejabat berwenang (Ketua/Waket) b. Admin dokumen melakukan 1) pengkodean dokumen 2) pencantuman nomor revisi dan tanggal berlaku 3) upload ke *google drive* SPMI **3. Distribusi dan Publikasi dokumen**

a. Dokumen versi terbaru dipublikasikan melalui sistem informasi penjaminan mutu (SIJAMU)
b. Setiap unit menerima dokumen terkendali (PDF, diberi *watermark*)

4. Pemusnahan dokumen tidak berlaku

a. Dokumen yang tidak berlaku ditarik dari seluruh unit
b. Dokumen digital dipindahkan ke folder *Dokumen Tidak Berlaku.*
c. Dokumen cetak dimusnahkan (dicacah/diguntinh) oleh admim dokumen PPM dengan berita acara.

Prosedur Pengendalian Rekaman Mutu

1. Setiap unit wajib mengumpulkan rekaman mutu yang diberi identitas : unit, jenis rekaman, kode rekaman
2. Setiap unit menyimpan rekaman dalam folder sesuai kode klasifikasi dan disimpan dalam lemari arsip. Rekaman digital disimpan pada drive resmi unit/institusi
   a. Rekaman yang berisfar rahasia diberi label CONFIDENTIAL
   b. Akses dibatasi sesuai kewenangan pejabat terkait
   c. Backup cloud dilakukan minimal setiap bulan
3. Setiap unit dapat memusnahkan rekaman yang melampui masa retensi

Masa retensi rekaman

Jenis Rekaman	Retensi
Dokumen akreditasi	5–10 tahun
AMI	5 tahun
RPS/RPKPS	3 tahun
Notulen rapat	3 tahun
Rekaman pembelajaran	1–3 tahun
Rekaman keuangan	sesuai kebijakan

7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir Pengusulan Dokumen Mutu b. Formulir Log Revisi Dokumen

		c. Berita Acara Pemusnahan Dokumen/rekaman

FLOW CHART
PENGENDALIAN DOKUMEN MUTU

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit	PPM	Ketua/Waket	Waktu	Luaran	
1	Pegusulan dokumen baru/revisi				1 hari	Formulir pengusulan dokumen	
2	Memeriksa dan memverikasi dokumen baru/revisi				1 hari	Draft dokumen terverifikasi	
3	Pengesahan dokumen baru/revisi				1 hari	Dokumen final	
4	Pengkodean dokumen				1 hari	Dokumen final Log revisi dokumen	
5	Distribusi dan publikasi dokumen				1 hari	Daftar peneriman dokumen	
6	Pemusnahan dokumen				1 hari	Berita Acara	

FLOW CHART
PENGENDALIAN REKAMAN MUTU

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit	PPM	Ketua/Waket	Waktu	Luaran	
1	Unit melaksanakan kegiatan dan mengahasilkan rekaman mutu					Rekaman mutu	
2	Pengumpulan rekaman mutu					Dokumen rekaman mutu	
3	Rekaman disimpan dalam folder/lemari arsip sesuai klasifikasi					Arsip rekaman mutu	
4	Backup dilakuakan (cloud/drive) secara berkala					Backup rekaman	
5	rekaman melewati masa retensi						
6	Pemusnahan rekaman					Berita Acara	

1.	Tujuan	Menetapkan tata cara pengendalian, penyimpanan, perlindungan, kemudahan temu balik, retensi, dan pemusnahan rekaman mutu agar setiap rekaman yang dihasilkan akurat, terjaga autentisitasnya, serta tersedia saat dibutuhkan untuk pembuktian pemenuhan standar mutu.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini berlaku untuk seluruh unit kerja di lingkungan STIK Siti Khadijah yang menghasilkan rekaman mutu atas pelaksanaan kegiatan sesuai standar SPMI.
3.	Referensi	a. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu b. Pedoman SPMI STIK Siti Khadijah c. Standar Mutu STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. Pengendalian Rekaman adalah kegiatan memastikan rekaman diidentifikasi, disimpan, dipelihara, dilindungi, ditelusuri, dan dimusnahkan sesuai ketentuan. Rekaman Mutu adalah dokumen hasil pelaksanaan kegiatan yang digunakan sebagai bukti pemenuhan standar mutu (contoh: daftar hadir, berita acara, evaluasi, laporan, instrumen survei, lembar penilaian). b. Pemilik Rekaman adalah unit yang menghasilkan dan bertanggung jawab atas penyimpanan rekaman. c. Retensi adalah masa simpan rekaman sebelum dimusnahkan atau diarsipkan permanen.
5.	Tangggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Waket I, II, III c. Ka.PPM d. Ka.Unit/Prodi

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

		e. Admin dokumen mutu
6.	Rincian Kegiatan	1. Identifikasi Rekaman 2. Penomoran 3. Penomoran dan Pengkodean 4. Penyimpanan dan Perlindungan 5.
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir Pengusulan Dokumen Mutu b. Formulir Log Revisi Dokumen c. Berita Acara Penarikan/Pemusnahan Dokumen d. Berita Acara Pemusnahan Rekaman

FLOW CHART
PENGENDALIAN REKAMAN MUTU

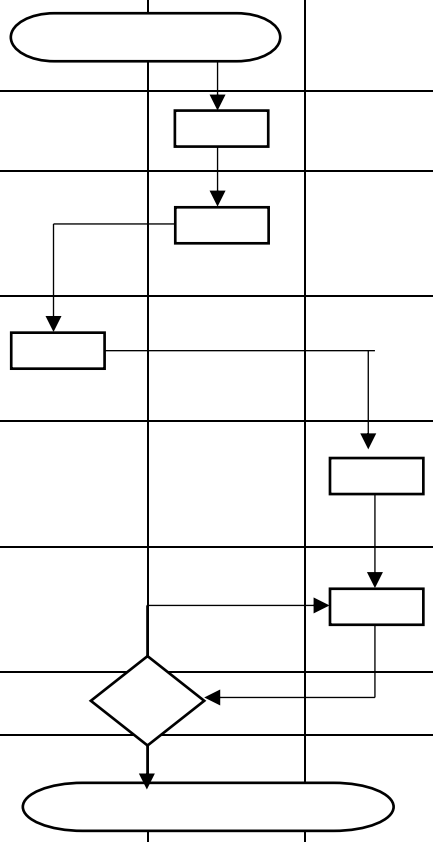
No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit	PPM	Ketua/Waket	Waktu	Luaran	
1	Pegusulan dokumen baru/revisi				1 hari	Formulir pengusulan dokumen	
2	Memeriksa dan memverikasi dokumen baru/revisi				1 hari	Draft dokumen terverifikasi	
3	Pengesahan dokumen baru/revisi				1 hari	Dokumen final	
4	Pengkodean dokumen				1 hari	Dokumen final Log revisi dokumen	
5	Distribusi dan publikasi dokumen				1 hari	Daftar peneriman dokumen	
6	Pemusnahan dokumen				1 hari	Berita Acara	

1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk memberikan pedoman dalam pengajuan, pelaksanaan, pemantauan, dan verifikasi tindakan koreksi atas temuan Audit Mutu Internal (AMI) agar ketidaksesuaian dapat diperbaiki secara sistematis dan berkelanjutan.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini berlaku untuk seluruh unit kerja/program studi di lingkungan perguruan tinggi yang menerima temuan AMI, baik berupa Ketidaksesuaian (Mayor/Minor), Observasi, dan Rekomendasi peningkatan mutu.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah a. Pedoman AMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Audit Mutu Internal (AMI) adalahAudit yang dilakukan secara sistematis untuk memastikan penerapan SPMI. b. Temuan AMI adalah Ketidaksesuaian atau peluang perbaikan hasil audit. c. Tindakan Koreksi adalah Langkah perbaikan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian. d. Auditee adalah Unit kerja yang diaudit. e. Auditor adalah Tim pelaksana AMI.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua dan Waket b. PPM c. Auditor AMI d. Pimpinan Unit Kerja e. Penanggung Jawab Tindak Lanjut
6.	Rincian Kegiatan	1. Penyampaian Temuan AMI oleh auditor yang dituangkan dalam laporan hasil AMI 2. PPM mengirimkan Formulir Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) kepada auditee.

		3. Auditee Menyusun Rencana Tindakan Koreksi dan disampaikan ke PPM sesuai batas waktu 4. Auditee melaksanakan tindakan koreksi sesuai rencana dan dibuktikan dengan bukti pelaksanaan 5. PPM memverifikasi terhadap bukti tindakan koreksi 6. Jika memenuhi, temuan dinyatakan ditutup (closed) dan jika belum memenuhi, auditee diminta melakukan perbaikan lanjutan 7. Hasil verifikasi dicatat dalam form Pemantauan PTK 8. Seluruh dokumen diarsipkan oleh PPM sebagai bahan evaluasi mutu berkelanjutan.
7.	Laporan / Formulir Terkait	a. Standar SPMI b. SPO AMI c. Laporan Temuan AMI d. Formulir PTK e. Formulir Pemantauan PTK

FLOW CHART
SPO PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Auditor	Auditee	Waktu	Luaran	
1.	Pelaksanaan AMI				Kondisional	Berita Acara Temuan AMI Dokumentasi	
2.	Penyusunan laporan AMI				3 hari	Laporan AMI	
3.	Penyampaian temuan AMI kepada Auditee				1 hari	Uraian temuan AMI	
4.	Pengiriman formulir PTK				1 hari	PTK	
5.	Menyusun rencana tindakan koreksi				1 hari	Rencana tindakan koreksi	
6.	Pelaksanaan tindakan koreksi				Kondisional	Bukti tindakan koreksi	
7.	Verifikasi tindakan korektif				1 hari		
8.	Pelaporan dan arsip dokumen AMI					Arsip AMI	

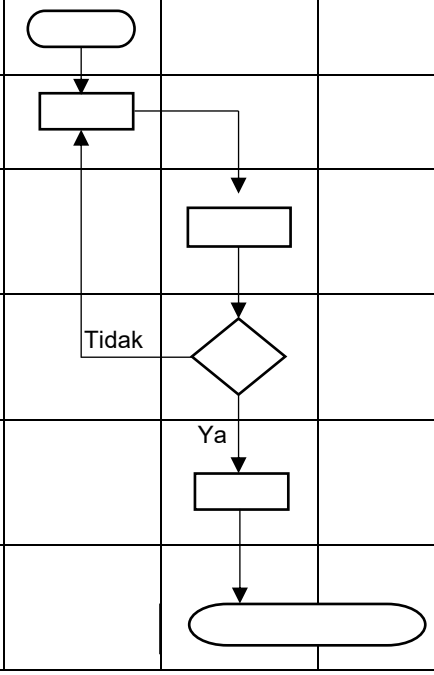


1.	Tujuan	Prosedur ini bertujuan untuk menjamin bahwa tindakan koreksi atas temuan Audit Mutu Internal (AMI) dilaksanakan secara tepat waktu, efektif, dan berkelanjutan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi.
2.	Ruang Lingkup	Prosedur ini mencakup pemantauan tindakan koreksi atas temuan ketidaksesuaian mayor dan minor, temuan observasi, rekomendasi peningkatan mutu hasil AMI pada seluruh unit kerja di lingkungan perguruan tinggi.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) c. Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. d. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Pedoman Implemnetasi Penyusunan Dokumen SPMI Perguruan Tinggi e. Statuta STIK Siti Khadijah f. Kebijakan Mutu STIK Siti Khadijah g. Manual Mutu STIK Siti Khadijah h. Standar Mutu STIK Siti Khadijah a. Pedoman AMI STIK Siti Khadijah
4.	Istilah Definisi	a. Audit Mutu Internal (AMI) adalahAudit yang dilakukan secara sistematis untuk memastikan penerapan SPMI. b. Temuan AMI adalah Ketidaksesuaian atau peluang perbaikan hasil audit. c. Tindakan Koreksi adalah Langkah perbaikan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian. d. Pemantauan adalah kegiatan menilai progres, efektivitas, dan bukti pelaksanaan tindakan koreksi e. Auditee adalah Unit kerja yang diaudit. f. Auditor adalah Tim pelaksana AMI.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua dan Waket b. PPM c. GKM d. Auditor AMI e. Pimpinan Unit Kerja f. Penanggung Jawab Tindak Lanjut
6.	Rincian Kegiatan	1. Penetapan rencana tindakan koreksi dari hasil AMI

		2. Auditee melaksanakan tindakan koreksi sesuai rencana dan dibuktikan dengan bukti pelaksanaan 3. Auditor melakukan pemantauan berkala (bulanan/triwulan) terhadap tindakan koreksi auditee dan hasilnya dituangkan dalam formulir pemantauan PTK. 4. Auditor memverifikasi kesesuaian tindakan dengan PTK, kelengkapan bukti, dan efektfitas penyelesaian temuan. Status temuan ditetapkan Tertutup (*Closed*), Belum Tertutup (*Open*), Perlu tindkan lanjutan 5. Auditor melaporkan hasil pemantauan kepada PPM 6. Temuan yang belum tertutup menjadi input AMI siklus berikutnya.
7.	Laporan / Formulir Terkait	a. Standar SPMI b. SPO AMI c. Laporan Temuan AMI d. Formulir PTK e. Formulir Pemantauan PTK

FLOW CHART
SPO PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI

No	Proses	Pelaksana			Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Auditee	Auditor	PPM	Waktu	Luaran	
1.	Penetapan rencana tindakan koreksi				1 hari	Rencana tindakan koreksi	
2.	Pelaksanaan tindakan koreksi				Kondisional	Bukti pelaksanaan tindakan koreksi	
3.	Pemantauan tindakan koreksi				1 hari	Hasil pemantauan PTK	
4.	Verifikasi tindakan koreksi				1 hari	Tindakan koreksi terverifikasi	
5.	Hasil pemantauan dilaporkan kepada PPM				1 hari	Rekaman pemantauan PTK	
6.	Temuan yang belum tertutup menjadi input AMI siklus berikutnya.				Kondisional		



1.	Tujuan	Prosedur mutu ini bertujuan untuk memberikan pedoman sistematis dalam mengidentifikasi, menganalisis, menilai, menangani, dan memantau risiko agar dampak negatif dapat diminimalisir dan peluang positif dapat dimaksimalkan dalam pencapaian tujuan organisasi.
2.	Ruang Lingkup	Ruang lingkup prosedur mutu berikut ini berlaku untuk seluruh unit kerja di lingkungan STIK Siti Khadijah dalam pengelolaan risiko operasional, akademik, keuangan, SDM, teknologi, hukum, maupun reputasi
3.	Referensi	a. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi b. ISO 31000:2018 tentang Manajemen Risiko c. Pedoman Mitigasi Risiko STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. **Risiko** adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa atau kejadian yang berdampak negatif pada pencapaian tujuan b. **Mitigasi Risiko** merupakan tindakan terencana dan berkelanjutan yang dilakukan oleh pemilik risiko agar bisa mengurangi dampak dari suatu kejadian yang berpotensi atau telah merugikan atau membahayakan pemilik risiko c. **Kemungkinan kejadian/probabilitas** (*likelihood*) risiko adalah kemungkinan terjadinya risiko. d. **Risk Owner adalah** Penanggung jawab utama terhadap suatu risiko. e. **Unit Pemilik Risiko (UPR)** adalah unit/Prodi/bagian di lingkungan STIK Siti Khadijah f. **Register risiko (*Risk Register*)** adalah suatu daftar yang menunjukkan seluruh risiko yang dihadapi termasuk informasi tambahan atas masing-masing risiko tersebut seperti probabilitas risiko, dampak risiko, penanggung jawab risiko,

		dan mitigasi/pengendalian risiko.. g. **Identifikasi Risiko** merupakan proses menentukan apa yang dapat terjadi, mengapa dan bagaimana h. **Analisis risiko** merupakan sebuah sistematika yang menggunakan informasi yang didapat untuk menentukan seberapa sering kejadian tertentu dapat terjadi dan besarnya konsekuensi tersebut. i. **Evaluasi risiko** adalah proses yang biasa digunakan untuk menentukan manajemen risiko dengan membandingkan tingkat risiko terhadap standar yang telah ditentukan, target tingkat risiko dan kriteria lainnya. j. **Penerimaan Risiko (*acceptable risk*)** merupakan keputusan untuk menerima konsekuensi dan kemungkinan risiko tertentu. k. **Penghindaran risiko** merupakan keputusan yang diberitahukan tidak menjadi terlibat dalam situasi risiko. l. **Pengendalian risiko** merupakan bagian dari manajemen risiko yang melibatkan penerapan kebijakan, standar, prosedur perubahan fisik untuk menghilangkan atau mengurangi risiko yang kurang baik. m. **Pengurangan Risiko** adalah penggunaan/ penerapan prinsip-prinsip manajemen dan teknik-teknik yang tepat secara selektif, dalam rangka mengurangi kemungkinan terjadinya suatu kejadian atau konsekuensinya, atau keduanya. n. **Pemindahan Risiko (*risk transfer*)** merupakan mendelegasikan atau memindahkan suatu beban kerugian ke suatu kelompok/ bagian lain melalui jalur hukum, perjanjian/ kontrak, asuransi, dan lain-lain. Pemindahan risiko mengacu pada pemindahan risiko fisik dan bagiannya ke tempat lain.

5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua STIK Siti Khadijah b. Wakil Ketua STIK Siti Khadijah c. Pusat Penjaminan Mutu/ Tim Manajemen Risiko d. Kepala Unit/ Prodi / Unit Terkait
6.	Rincian Kegiatan	a. Pusat Penjaminan Mutu membentuk Tim Mitigasi Risiko yang ditetapkan dengan SK Ketua b. Setiap Unit melakukan identifikasi probability/risiko yang mungkin terjadi di setiap Unit/Prodi masing-masing. c. Tim Mitigasi Risiko melakukan analisis dan penilaian risiko untuk mengukur tingkat risiko di setiap unit/Prodi d. Tim Mitigasi Risiko menentukan prioritas mitigasi dari hasil analisis risiko e. *Risk Owner* dan Tim Mitigasi Risiko menyusun rencana mitigasi setiap risiko prioritas dan menentukan strategi mitigasi : 1) **Avoidance** (menghindari risiko) 2) **Reduction** (mengurangi dampak/kemungkinan) 3) **Sharing** (berbagi risiko, misalnya dengan asuransi/kerjasama) 4) **Acceptance** (menerima risiko dengan monitoring ketat) f. Setiap unit/UPR melaksanakan rencana aksi mitigasi sesuai jadwal g. Setiap unit/UPR mencatat hasil pelaksanaan dalam log mitigasi risiko h. PPM melakukan monitoring dan evaluasi periodik efektivitas mitigasi

		i. TIM Mitigasi Risiko menyesuaikan rencana mitigasi bila terjadi perubahan signifikan j. PPM melaporkan hasil mitigasi ke ketua
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Berita Acara b. Formulir *Risk Register* c. Formulir Log Penanganan Risiko d. Laporan Mitigasi Risiko e. Notulen Rapat Evaluasi Risiko

FLOW CHART
SPO MITIGASI RISIKO

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		PPM	Ketua	Tim Mitigasi Risiko	Unit terkait (*Risk owner*)	Waktu	Luaran	
1	Pembentukan Tim Mitigasi Risiko					1 hari	Draf tim mitigasi risiko	
2	Penetapan Tim Mitigasi Risiko					1 hari	SK tim mitigaris risiko	
3	Setiap Unit melakukan identifikasi probability/risiko yang mungkin terjadi di setiap Unit/Prodi masing-masing.					2 hari	Dokumen identifikasi risiko	
4	Melakukan analisis dan penilaian risiko untuk mengukur tingkat risiko di setiap unit/Prodi					2 hari	Dokumen Risk Register	
5	Menentukan prioritas mitigasi dari hasil analisis risiko					1 hari	Dokumen Risk Register	
6	Menyusun rencana mitigasi setiap risiko prioritas dan menentukan strategi mitigasi					1 hari	Dokumen Rencana Mitigasi Risiko	
7	Pelaksanakan rencana aksi mitigasi sesuai jadwal						Dokumen Log Penangagan Risiko	
8	Mencatat hasil pelaksanaan dalam log mitigasi risiko						Dokumen Log Penangagan Risiko	
9	Monitoring dan evaluasi periodik efektivitas mitigasi						Laporan Monev Mitigasi Risiko	

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

10	Menyesuaikan rencana mitigasi bila terjadi perubahan signifikan							
11	Pelaporan hasil mitigasi ke ketua						Laporan Mitigasi Risiko	

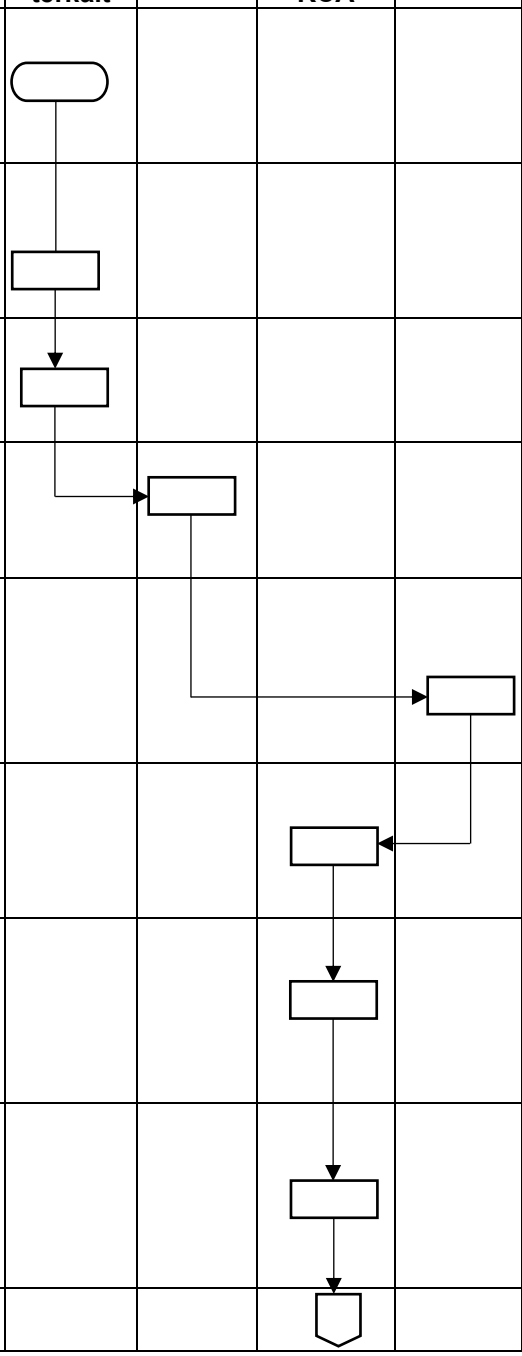
1.	Tujuan	Prosedur mutu ini bertujuan untuk memberikan panduan yang sistematis untuk melaksanakan *Root Cause Analysis* (RCA) dalam rangka mengidentifikasi penyebab akar masalah, mencegah terulangnya kembali, dan meningkatkan mutu proses/layanan di lingkungan perguruan tinggi.
2.	Ruang Lingkup	Ruang lingkup prosedur mutu berikut ini berlaku untuk seluruh unit kerja di lingkungan STIK Siti Khadijah dalam proses Audit Mutu Internal (AMI),Penanganan keluhan dan masukan pemangku kepentingan, Insiden/kasus akademik dan non-akademik dan Evaluasi pencapaian standar SPMI.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi b. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi c. Permendikbud No. 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) d. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi e. Dokumen SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. **RCA (*Root Cause Analysis*)** merupakan metode untuk menemukan penyebab mendasar dari suatu masalah atau insiden sehingga dapat diberikan solusi permanen. b. **Penyebab Akar (*Root Cause*)** merupakan faktor utama yang apabila diatasi akan mencegah masalah muncul kembali. c. **Tindakan Korektif** merupakan langkah untuk menghilangkan penyebab terjadinya masalah d. **Tim RCA** merupakan Tim yang dibentuk untuk

		melakukan proses RCA meliputi, ketua, sekretaris dan anggota.
5.	Tanggung Jawab dan Wewenang	a. Ketua b. Pusat Penjaminan Mutu c. Tim RCA d. Kepala Unit/ Program Studi
6.	Rincian Kegiatan	a. Kepala unit/Program Studi mengindetifikasi masalah melalui laporan audit, keluhan, insiden, atau monitoring. b. Ketidaksesuaian/insiden dilaporkan melalui Formulir Laporan Masalah kepada PPM c. PPM melakukan verifikasi laporan masalah d. PPM mengajukan pembentukan TIM RCA kepada Ketua e. Mendisposisi peneribitan surat tugas Tim RCA ke PPM untuk diteruskan ke TIM RCA f. Menerima Surat Tugas yang telah ditandatangani Ketua dan mengadakan rapat Tim RCA g. Tim RCA mengumpulkan data dan infromasi (observasi, dokumentasi, dan *interview*) tekait masalah h. Tim RCA melakukan analisis akar penyebab menggunakan metode: 1) **5 Whys** (tanya “mengapa” hingga menemukan akar masalah) 2) **Fishbone Diagram/Ishikawa** (mengelompokkan penyebab: manusia, metode, material, mesin, lingkungan, kebijakan). 3) **Fault Tree Analysis** (pohon sebab-akibat).

		i. TIM RCA mengidentifikasi kemungkinan akar penyebab masalah (*root cause*) j. Tim RCA dan Kepala Unit/Program Studi menentukan rencana tindakan korektif dan preventif k. Tim RCA membuat laporan RCA berserta rencana tindakan korektif kepada Ketua l. Ketua menerima laporan dari Tim RCA dan mendisposisi pelaksanaan tindakan korektif kepada unit kerja/Program Studi m. Unit Kerja/Program Studi mengimplementasikan tindakan korektif n. Tim RCA melakukan evaluasi dan Monitoring pelaksanaan tindakan korektif o. Tim RCA melaporakn hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan tindakan korektif kepada Ketua
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Formulir Laporan Masalah b. Formulir RCA c. Laporan Hasil RCA d. Laporan Monitroing dan Evaluasi Pelaksanaan Tindakan Korektif

FLOW CHART
ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Unit terkait	PPM	Tim RCA	Ketua	Waktu	Luaran	
1	Mengindetifikasi masalah melalui laporan audit, keluhan, insiden, atau monitoring.					2 hari	Formulir temuan	
2	Ketidaksesuaian/insiden dilaporkan melalui Formulir Laporan Masalah kepada PPM					1 hari	Laporan Insiden	
3	Melakukan verifikasi laporan insiden					1 hari	Laporan insiden terverifikasi	
4	Mengajukan pembentukan TIM RCA kepada Ketua					1 hari	Draft TIM RCA	
5	Mendisposisi peneribitan surat tugas Tim RCA ke PPM untuk diteruskan ke TIM RCA					1 hari	Surat Tugas TIM RCA	
6	Menerima Surat Tugas yang telah ditandatangani Ketua dan mengadakan rapat Tim RCA					1 hari	Notulensi Rapat Berita Acara	
7	Mengumpulkan data dan informasi (observasi, dokumentasi, dan interview) tekait masalah					14 hari	Bukti Pendukung	
8	Melakukan analisis akar penyebab menggunakan metode 5 Why, Fishbone, Fault Tree Analysis					5 hari	Hasil Analisis RCA	
9	Mengidentifikasi kemungkinan akar					3 hari	Daftar akar	



Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

	penyebab masalah (*root cause*						penyebab masalah	
10	Menentukan rencana tindakan korektif dan preventif					2 hari	Rencana tindakan korektif	
11	Membuat laporan RCA berserta renacana tindakan kkorektfi kepada Ketua					3 hari	Laporan RCA	
12	Ketua menerima laporan dari Tim RCA dan mendisposisi pelaksanaan tindakan korektif kepada unit kerja/Program Studi					1 hari	Laporan RCA telah diterima Ketua	
13	Mengimplementasikan tindakan korektif					Kondisional	Bukti Pelaksanaan	
14	Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tindakan korektif					3 hari	Hasil Monev	
15	Melaporakn hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan tindakan korektif kepada Ketua					1 hari	Laporan Monev	

1.	Tujuan	Sebagai pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien secara sistematis, cepat, akurat, dan non-punitif dalam rangka pencegahan kejadian berulang serta peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan institusi pendidikan kesehatan.
2.	Ruang Lingkup	SOP ini berlaku untuk seluruh kegiatan Pembelajaran praktik laboratorium, Praktik klinik dan lapangan, Penelitian yang melibatkan pasien/subjek manusia, dan Pengabdian kepada masyarakat yang melibatkan mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan, dan mitra lahan praktek.
3.	Referensi	a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Keselamatan Pasien d. Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) e. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi f. Dokumen SPMI STIK Siti Khadijah
4.	Definisi Istilah	a. Insiden Patient Safety adalah setiap kejadian yang berpotensi atau telah mengakibatkan cedera pada pasien akibat proses pendidikan atau pelayanan kesehatan. b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah insiden yang mengakibatkan cedera atau kerugian pada pasien. c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah insiden yang hampir mencederai pasien tetapi tidak terjadi cedera. d. Pelaporan Insiden adalah proses pencatatan dan penyampaian informasi terkait insiden

		keselamatan pasien.
	Tanggung Jawab	a. Ketua dan Waket b. PPM c. Dosen Pembimbing/Preseptor d. Mahasiswa
6.	Rincian Kegiatan	1. Identifikasi Insiden a. Mahasiswa/dosen/tenaga kependidikan mengidentifikasi terjadinya insiden keselamatan pasien b. Mengutamakan keselamatan pasien sebagai tindakan pertam 2. Penangan Awal a. Menghentikan tindakan yang berisiko b. Melakukan tindakan sesuai SOP lahan praktik c. Melaporkan secara lisan kepada dosen pembimbing/preceptor 3. Pelaporan Tertulis *a.* Mengisi Formulir Pelaporan Insiden *Patient Safety* b. Pelaporan dilakukan maksimal 1 × 24 jam setelah kejadian c. Laporan disampaikan kepada Dosen pembimbing dan Tim Keselamatan Pasien Institusi 4. Penerimaan dan Verifikasi a. Tim Keselamatan Pasien menerima laporan b. Melakukan verifikasi dan klarifikasi data insiden 5. Analisis Insiden a. Melakukan analisis akar masalah (*root cause analysis*)

		b. Menentukan tingkat risiko insiden 6. Tindak Lanjut a. Menetapkan tindakan korektif dan preventif b. Melaksanakan tindak lanjut perbaikan c. Menyampaikan hasil tindak lanjut kepada pihak terkait 7. Dokumentasi dan Arsip a. Seluruh laporan dan hasil analisis didokumentasikan b. Dokumen disimpan oleh Unit Penjaminan Mutu/Tim *Patient Safety*
7.	Lampiran / Formulir Terkait	a. Pedoman Patient Safety b. SPO Praktik Klinik c. SPO Manajemen Risiko d. Formulir Pelaporan Insiden Patient Safety e. Laporan Audit Mutu Internal

FLOW CHART
PELAPORAN INSIDEN *PATIENT SAFETY*

No	Proses	Pelaksana				Mutu Baku		Dokumen Terkait
		Mahasiswa/ dosen/tendik	Dosen pembimbing / Preseptor	Tim Patient Safety	Unit terkait/dosen/lahan praktik	Waktu	Luaran	
1	Terjadi insiden/KNC/ KCP					≤ 0 menit sejak kejadian	Insiden teridentifikasi	
2	Tindakan segera keselamatan pasien sesuai SOP lahan praktik					≤ 10 menit	Tindakan sesuai SOP	
3	Pelaporan lisan awal					≤ 30 menit	Laporan lisan kepada dosen/preseptor	
4	Pengisian formulir laporan insiden					≤ 1 x 24 jam	Formular terisi lengkao	Form pelaporan insiden
5	Verifikasi awal laporan					≤ 1 x 24 jam	Verifikasi kebenaran data	form verifikasi
6	Penyampaian ke tim patient safety					≤ 2 x 24 jam	Laporan diteriman tim	
7	Verifikasi dan klarifikasi insiden (KTD/KNC/KTC/KPC)					≤ 3 hari kerja	Klarifikasi tepat	lembar klarifikasi insiden
8	Analisis akar masalah (RCA)					≤ 7 hari kerja	Hasil Analisis RCA	

Dokumen Mutu ini milik **STIK Siti Khadijah** dan **TIDAK DIPERBOLEHKAN** dengan cara dan alasan apapun membuat Salinan tanpa seizin Ketua Pusat Penjamin Mutu	Paraf PPM

8	Penetapan tindakan korektif dan preventif					≤ 5 hari kerja	Rekomendasi disetujui	RTL
9	Pelaksanaan tindak lanjut					Kondisional	Laporan pelaksanaan	
10	Dokumentasi dan Arsip						Dokumen lengkap	