



POLITEKNIK NEGERI PONTIANAK

LAPORAN AUDIT

Audit Mutu Internal

Program Studi D-III Teknik Mesin

Politeknik Negeri Ketapang

Alamat Auditee : Kampus Politeknik Negeri Ketapang

**Jl. Rangge Sentap, Dalong, Sukaharja, Delta Pawan,
Kabupaten Ketapang, Kalimantan Barat**

Tanggal Audit : 30 Maret – 1 April 2017

Latar Belakang

Unit Penjaminan Mutu (UPM) Politeknik Negeri Pontianak (Polnep) dengan Auditor Internalnya telah melakukan audit di Politeknik Negeri Ketapang, khususnya di Program Studi D-III Teknik Mesin pada tanggal 30 - 31 Maret 2017.

Tujuan dari kegiatan audit internal tersebut adalah untuk mengikhtisarkan tingkat kesesuaian dengan beberapa kriteria relevan, berdasarkan bukti yang diperoleh selama kegiatan audit di institusi Politeknik Negeri Ketapang, khususnya di Program Studi D-III Teknik Mesin. Kegiatan ini juga dimaksudkan guna mempersiapkan Program Studi yang diaudit dalam kegiatan visitasi akreditasi program studi oleh Badan Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi (BAN-PT). Laporan audit ini mempertimbangkan kebijakan, tujuan, serta proses perbaikan yang berkelanjutan di Politeknik Negeri Ketapang. Program studi yang telah diaudit ada 3 (tiga) yaitu Program Studi D-III Teknik Mesin, Program Studi D-III Teknik Pertambangan dan Program Studi D-III Teknologi Pengolahan Hasil Perkebunan. Dalam laporan ini, dibahas hasil audit khusus pada Program Studi D-III Teknik Mesin. Komentar yang diberikan termasuk bagaimana ketercapaian tujuan yang ingin dicapai oleh masing - masing unit dalam rangka menjaga kepuasan pelanggan dan menyediakan manfaat lain dengan melihat kebijakan dan kebutuhan internal dan eksternal lainnya. Auditor dalam kegiatan ini, juga berkesempatan untuk memberikan komentar terhadap perkembangan pengukuran terget yang sudah dicapai dalam rangka perbaikan.

Pelaksanaan audit internal mengacu pada pedoman pernyataan (Cheklist Audit) yang disesuaikan dengan kebutuhan akreditasi program studi dari BAN-PT. Laporan ini dipersiapkan oleh Auditor Mutu Internal dengan tujuan untuk memastikan, menyimpulkan dan memberikan komentar terhadap bukti kepatuhan masing - masing unit terhadap standar atau kriteria yang telah ditetapkan.

Standar : ISO 9001:2008
Lama audit : 2 hari
Pimpinan Tim Auditor : Syarifah Novieyana, S.E., M.M.
Auditor : Mohd. Ilyas Hadikusuma, S.T., M.Eng

Executive Overview

Tujuan dari audit internal ini adalah untuk mengukur dan memastikan kepatuhan sistem manajemen mutu dari program studi yang ada di Politeknik Negeri Ketapang terhadap beberapa kriteria audit dan derajat efektivitasnya dalam mencapai perbaikan berkelanjutan dan tujuan sistem.

Internal Audit

Actions taken on previous audit issues

Tindakan yang diambil pada temuan audit sebelumnya belum ada karena kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) yang berlangsung ini merupakan kegiatan yang dilakukan pertama kalinya untuk Program Studi D-III Teknik Mesin, Politeknik Negeri Ketapang.

Management Responsibilities, Commitment and Performance Monitoring Management Review

Berdasarkan bukti yang ditemukan dari hasil penelusuran serta identifikasi di lapangan, secara umum dapat dikatakan bahwa sistem manajemen di tingkat program studi belum dijalankan sesuai standar operasional yang telah ditetapkan oleh institusi Politeknik Negeri Ketapang. Sebagian temuan yang masuk kategori *area of concern* sudah diidentifikasi dan perlu penanganan yang khusus. Beberapa dokumen yang perlu dijadikan rujukan dalam pengelolaan dan pengembangan program studi, tidak dapat ditemukan.

Oleh karena itu, pengelola program studi berkomitmen untuk menjalin kolaborasi serta kerjasama dengan pihak top manajemen dalam rangka memperbaiki temuan-temuan yang ada dalam waktu yang sudah disepakati bersama dengan auditor.

Tindakan perbaikan ini akan dimonitoring pada kegiatan audit selanjutnya sehingga dapat dipastikan tindakan pencegahan dan penanganan yang tepat. Laporan audit ini harus benar – benar direview secara keseluruhan untuk mengetahui peluang sistem perbaikan yang bisa dilakukan pihak manajemen.

Program Studi D-III Teknik Mesin

Areas of concern

1. Tidak ditemukan sasaran mutu program studi.
2. Tidak ditemukan dokumen kebijakan penjaminan mutu secara lengkap.
3. Tidak ditemukan dokumen pengembangan program studi.
4. Tidak ditemukan dokumen SOP pembelajaran teori dan praktik.
5. Belum dilakukannya tracer study/alumni padahal sudah program studi sudah memiliki alumni.
6. Tidak ditemukan dokumen penyusunan kurikulum pertama kali.
7. Tidak ditemukan buku pedoman akademik.
8. Tidak ditemukan dokumen pengelolaan anggaran/dana serta data dana operasional secara lengkap.
9. Tidak teridentifikasi dengan jelas mekanisme penanganan keluhan pelanggan.

Internal Audit

Semua *area of concern* dalam kegiatan audit mutu internal di Program Studi Teknik Mesin ini, belum dapat dilakukan tindakan *closing*. Semua temuan diidentifikasi dengan menggunakan form tindakan koreksi (*Corrective Action Form*) dan direkapitulasi dalam status monitoring audit.

Complaint Handling and Customer Satisfaction

Berdasarkan penelusuran dan indentifikasi, tidak ditemukan keluhan pelanggan yang dalam hal ini terwakili oleh mahasiswa pada tiap penyelenggaraan kegiatan. Meskipun demikian, wawancara yang dilakukan menunjukkan indikasi ketidakpuasan pengelola program studi terhadap pihak top manajemen. Informasi dan perlibatan pihak top manajemen tidak dilakukan secara berkelanjutan sehingga menyulitkan pengelola program studi untuk menyinergikan upaya pengembangan program studi dengan visi, misi, tujuan dan sasaran institusi Politeknik Negeri Ketapang.

Continual Improvement

Dengan adanya beberapa temuan dan diidentifikasi dengan tindakan koreksi, maka diharapkan peluang untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dapat dilakukan dengan baik, terutama pada *areas of concern* yang sifatnya *significant* dan perlu penanganan yang bersifat khusus.

Review of functions, processes, departments audited

Fungsi serta proses yang diidentifikasi dan diverifikasi adalah beberapa kegiatan yang berhubungan dengan Tri Dharma Perguruan Tinggi berdasarkan SOP yang ada dan mengacu pada rujukan borang akreditasi program studi yang dikeluarkan oleh BAN-PT. Audit internal termasuk mereview pengawasan dan interaksi antara fungsi serta dampak dari proses tersebut baik bagi pelanggan internal maupun eksternal.

Planning, Realization, monitoring and evaluation of education services including management of laboratory/workshop : Teknik Mesin

Di luar dari lingkup SOP, secara garis besar proses belajar mengajar yang dilaksanakan dalam lingkup program studi teknik mesin sudah berlangsung dengan baik. Perencanaan pembelajaran sudah dilakukan sebelum awal semester dimulai. Kelengkapan SAP/GBPP juga sudah terpenuhi. Realisasi pembelajaran juga sudah sesuai dengan kebutuhan minimum sks tenaga pendidik. Proses monitoring dilakukan melalui absensi, dan surat peringatan bagi mahasiswa dengan tingkat ketidakhadiran tertentu. Mekanisme evaluasi, juga sudah disesuaikan dengan pedoman yang berlaku dan disepakati bersama. Sarana dan prasarana pendukung pembelajaran baik kelas maupun bengkel dapat dikatakan sudah baik. Pengelolaan kegiatan pembelajaran sudah dilaksanakan dengan teratur. Hanya saja perlu penyempurnaan terhadap temuan-temuan minor yang diperoleh di lapangan. Beberapa temuan tersebut meliputi berita acara perkuliahan yang belum terekap sempurna, jumlah buku ajar yang relatif kurang, kondisi kartu penggunaan peralatan, penggunaan APD dan lain-lain. Dengan adanya kegiatan audit serta monitoring internal dari pengelola program studi secara berkelanjutan, temuan-temuan minor tersebut akan dapat ditekan ke titik minimum atau dicegah bahkan dihilangkan.

Audit Report

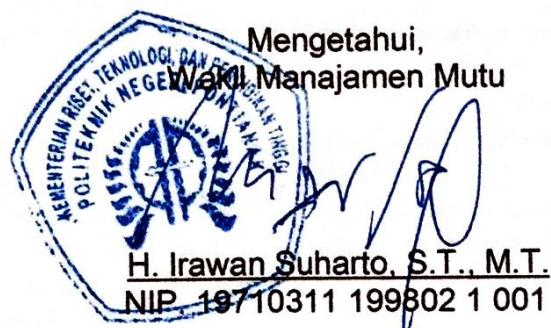
Demikian laporan audit ini disampaikan. Terima kasih atas kerjasama dan keramahan yang diberikan selama proses audit ini.

Penanggung Jawab
Kasub. Audit Mutu Internal

Auditor

Syarifah Novieyana., S.E., M.M.
NIP. 197706102001122001

Mohd. Ilyas Hadikusuma, S.T., M.Eng
NIP. 19790719 200501 1 001



**HASIL AUDIT MUTU INTERNAL
POLITEKNIK KETAPANG
TGL 30 MARET 2017 s.d 1 APRIL 2017**

1. Prodi D3 Teknik Pertambangan
Auditor : Marsela Diaz, SE,MSA,Ak,CA

No.	Sumber Ketidaksesuaian	Analisa Akar Penyebab Ketidaksesuaian
1.	Tidak ada kotak saran sebagai upaya penanganan keluhan pelanggan dan belum tersedianya SOP untuk menangani keluhan pelanggan, tindakan koreksi dan tindakan pencegahan.	Selama ini keluhan dan masukan dari mahasiswa hanya dilakukan secara lisan sehingga belum ada bukti tertulis.
2.	Belum pernah dilaksanakan pengumpulan umpan balik kepada mahasiswa, alumni dan pengguna	Keterbatasan waktu dan dana
3.	Sasaran mutu prodi belum pernah diukur	Sudah dilakukan namun dalam dokumen yang terpisah-pisah dan belum direkomendasikan
4.	Semua prosedur layanan (SOP) belum disahkan dan dicap terkendali serta belum ada daftar SOP	Ada rencana untuk menyeragamkan SOP di lingkungan Politap sehingga SOP lama dibiarkan sementara
5.	Kurikulum yang ada disusun tahun 2008 dan belum pernah direvisi atau diperbaharui sehingga terdapat komposisi mata kuliah teori 53,4 % dan praktik 46,6 %	Akan dilaksanakan revisi kurikulum berdasarkan SKKNI dan komposisi mata kuliah akan disesuaikan dengan level 5 KKNI
6.	Belum semua instruksi kerja dan daftar inventaris tersedia di laboratorium	Sebagian peralatan lab sedang dibersihkan
7.	Belum ada upaya untuk meningkatkan suasana akademik	Saat ini upaya yang dilakukan baru sebatas mengirim mahasiswa diskusi nasional tentang isu dunia pertambangan
8.	Belum tersedianya prasarana penunjang seperti tempat olahraga, ruang himpunan dan poliklinik	Untuk sapras olahraga masih menyewa milik swasta, untuk ruang HMJ masih belum tersedia ruang kosong. Sedangkan poliklinik tidak ada karena sudah terdapat puskesmas di dekat Politap.
9.	Terdapat 5 SOP yang belum dilaksanakan sesuai dengan formulir yang ada yaitu : <ol style="list-style-type: none"> Panduan dosen pembimbing akademik Pedoman penyusunan silabus mata kuliah Prosedur layanan beasiswa Pedoman penyusunan SAP/AP/Jobsheet SOP Tugas Akhir 	<ul style="list-style-type: none"> - Belum ada buku bimbingan PA - Terdapat perbedaan antara pedoman silabus dengan silabus yang ada - Belum ada surat usulan dari jurusan perihal mahasiswa yang berhak menerima beasiswa - Dari 49 mata kuliah , hanya 16 mata kuliah yang memiliki SAP dan RMP - Form yang digunakan berbeda dengan SOP yang ada.
10.	Belum ada matriks kompetensi untuk	Sebenarnya data sudah tersedia, namun

	dosen dan tenaga kependidikan serta belum lengkap data ijazah, sertifikat kompetensi dosen dan tenaga kependidikan.	disimpan oleh masing-masing staf dan belum direkapitulasi karena ketidaktahuan staf dan jurusan.
11.	Belum tersedianya jurnal ilmiah dan buku teks yang memadai untuk menunjang perkuliahan	Selama ini, dosen yang sesuai dengan program studi masih sedikit sehingga belum banyak penelitian dan PKM yang dilakukan.
12.	Belum terdapatnya data penelitian dan PKM dosen dalam 3 tahun terakhir.	Selama ini, dosen yang sesuai dengan program studi masih sedikit sehingga belum banyak penelitian dan PKM yang dilakukan.
13.	Belum ada SOP Perbaikan nilai, SO, DO, SP dan SOP Pelaksanaan UTS dan UAS	SOP nya dalam tahap penyusunan
14.	Pedoman Tugas Akhir berbeda dengan pelaksanaannya	Terdapat perubahan dalam RKA untuk pengujian TA sehingga saat ini TA diuji oleh 2 pengudi.

2. Prodi D3 TPHP

Auditor : Syarifah Novieyana.,SE,MM

No.	Sumber Ketidaksesuaian	Analisa Akar Penyebab Ketidaksesuaian
1.	Ditemukan perbedaan antara format bukti rekaman beberapa kegiatan dengan SOP yang digunakan.	Menggunakan format SOP dari program studi yang lain
2.	Prodi belum memiliki beberapa SOP yang menjadi bagian penting dalam proses PBM antara lain :	Beberapa SOP masih menggunakan format SOP dari program studi yang lain
a.	SOP Pembimbingan Akademik	
b.	SOP Surat Peringatan	
c.	SOP Kompensasi	
d.	SOP Penyusunan RMP dan SAP	
e.	SOP Perbaikan Nilai	
3.	Belum dilakukan pengukuran sasaran mutu prodi	Karena selalu ada mahasiswa yang mengajukan SO bahkan mahasiswa yang di DO
4.	Belum menetapkan target nilai rata-rata IPK mahasiswa dan target IPK rata-rata lulusan.	Belum ditetapkan secara tertulis, namun dalam rapat internal prodi sudah diinformasikan.
5.	Prodi belum melakukan monitoring dan evaluasi secara konsisten terhadap kinerja dosen dan staf kependidikan.	Hanya permasalahan yang sangat mengganggu proses PBM saja yang harus segera ditindaklanjuti. Sedangkan yang belum terlalu mengganggu dapat dikomunikasikan dengan staf yang bersangkutan.
6.	Tidak ada umpan balik dari mahasiswa, dosen, pengguna lulusan terhadap proses pembelajaran dan pelayanan di prodi	Karena keterbatasan anggaran.
7.	Belum pernah dibuatkan matriks kompetensi dosen dan staf lainnya.	Belum ada form pembuatan matriks kompetensi pegawai dan dosen.
8.	Belum pernah dilakukan revisi kurikulum padahal kurikulum yang digunakan sekarang adalah kurikulum tahun 2008 dengan jumlah SKS sebanyak 118 sks dalam komposisi	<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan anggaran - Belum adanya aturan/panduan untuk melakukan revisi kurikulum

	mata kuliah Teori 55 sks dan mata kuliah praktik 63 sks	
9.	Belum ada SOP Penanganan Keluhan Konsumen	Selama ini dilakukan secara informal / lisan untuk staf pengajar dan mahasiswa.

3. Prodi D3 Teknik Mesin

Auditor : Moch.Ilyas Hadikusuma.,ST.,M.Eng

No.	Sumber Ketidaksesuaian	Analisa Akar Penyebab Ketidaksesuaian
1.	Tidak ada sasaran mutu prodi	Visi, Misi , Tujuan dan Sasaran belum direvisi
2.	Kebijakan penjaminan mutu dan sistem dokumentasi tidak ada	Lembaga tidak mengeluarkan / mengedarkan kebijakan penjaminan mutu ke prodi.
3.	Pedoman tertulis tentang Monev dosen bidang Tri Dharma Perguruna Tinggi tidak ada	Tidak ada staf khusus yang menangani Monev di bidang Tri Dharma
4.	SOP Pengembangan Prodi (rencana) tidak ada	Teknis pembuatan SOP tidak difahami.
5.	Prodi tidak melakukan tracer alumni/study	Tidak diketahui siapa yang berwenang dalam kegiatan tracer alumni/study
6.	Tidak ada tracer alumni	Belum ada pedoman dan dana
7.	Dokumen penyusunan kurikulum belum ada	Tidak ada serah terima laporan pendirian dan penyusunan kurikulum dari lembaga ke jurusan.
8.	Tidak ditemukan pedoman akademik	Lembaga belum mengedarkan panduan akademik yang baru.
9.	Data dana operasional dalam 5 tahun tidak terdeteksi	Tidak ada informasi yang lengkap tentang dana operasional.
10.	Dokumen pengelolaan dana belum ada	Belum dicetak
11.	SOP Pembelajaran teori dan praktikum belum ada	Mekanisme pembuatan dan penyeragaman SOP pembelajaran Teori dan Praktikum tidak difahami.
12.	Mekanisme Penanganan Keluhan Pelanggan tidak ada	Informasi tentang mekanisme pembuatan dan penyeragaman penanganan keluhan pelanggan belum disampaikan P4MP

Ketapang, 1 April 2017

Mengetahui,
Kepala P4MP Politap

Tardi Kurniawan.,S.Sos.,M.Si
NIK. 161180108005

Lead Auditor,

Syarifah Novieyana.,SE.,MM
NIP. 197706102001122001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
POLITEKNIK NEGERI PONTIANAK

Jalan Jenderal Ahmad Yani – Pontianak 78124, Kalimantan Barat
Telepon: (0561)736180, Faksimile: (0561) 740143, Kotak Pos 1286
Laman: www.polnep.ac.id

Audetee :
Lingkup Audit :
Tgl :

Auditor:
Waktu :

No.	Pernyataan	Dokumen yang diaudit	Y/T	Ket
1.	Kejelasan, kerealistik dan keterkaitan antara vis, misi, tujuan dan sasaran prodi serta pemangku jabatan	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Prodi		Std 1
2.	Dilihat buktinya, strategi pencapaiannya, pemahaman pemangku kepentingan dan kesesuaian dengan poin pernyataan	Borang Akreditasi prodi		Std 2
3.	Sistem Pengelolaan fungsional dan operasional prodi	Rencana Pengembangan Prodi ; SOP		Std 2
4.	Dari identifikasi proses dan produk unit kerja bisa didapatkan SOP apa yang dibutuhkan oleh prodi	SOP yang ada di prodi sudah cukup/belum cukup		Std 2
5.	SOP diberi cap terkendali	SOP yang ada diprodi		Std 2
6.	Implementasi SOP yang sudah ada	SOP yang ada di prodi		Std 2
7.	Pelaksanaan penjaminan mutu di prodi	Kebijakan penjaminan mutu, sistem dokumentasi		Std 2
8.	Sasaran mutu prodi	Berkas sasaran mutu		Std 2
9.	Penetapan target nilai IPK mahasiswa dan lulusan (siapa dan bagaimana)	Sasaran mutu prodi, Renja Prodi		Std 2
10.	Upaya untuk menjamin keberlanjutan prodi	Berkas kegiatan prodi untuk menjamin keberlanjutan prodi		Std 2
11.	Layanan kepada mahasiswa	Buku bimbingan dan konseling ; Daftar mhs yang mendapatkan beasiswa		Std 3
12.	Usaha penempatan lulusan	Lima jenis upaya yang dilakukan prodi		Std 3
13.	Upaya pelacakan dan perekaman data lulusan	Borang tracer alumni		Std 3
14.	Kompetensi yang dibutuhkan dari hasil tracer study	Rekapitulasi/rangkuman dari tracer study		Std 3
15.	Hasil dari tracer study dirapatkan/tidak	Absen rapat ; Risalah rapat		Std 3
16.	Partisipasi alumni dalam pengembangan prodi	Data partisipasi alumni		Std 3
17.	Sistem rekrutmen, penempatan, pengembangan, retensi, pemberhentian dosen dan tenaga kependidikan	Pedoman tertulis		Std 4
18.	Sistem monitoring dan evaluasi kinerja dosen dan tenaga kependidikan.	Pedoman tertulis tentang monev dosen bidang Tri Dharma PT.		Std 4
19.	Kualifikasi akademik dosen	Berkas dosen tetap dan tidak tetap ; berkas kehadiran perkuliahan		Std 4
20.	Matriks kompetensi pegawai/dosen dan update matriks kompetensi	Matriks kompetensi pegawai/dosen		Std 4
21.	Upaya peningkatan SDM dalam 3 tahun terakhir	Sertifikat/daftar hadir, modul, ijazah.		Std 4
22.	Prestasi dosen tingkat internasional, nasional dan lokal dalam 3 thn terakhir	Sertifikat, artikel, jurnal		Std 4

23.	Kualifikasi pustakawan, laboran, teknisi, staf admin, operator programer atau staf pendukung lainnya	Ijazah, sertifikat		Std 4
24.	Upaya peningkatan SDM dalam 3 tahun terakhir	Sertifikat/daftar hadir, modul, ijazah.		Std 4
25.	Struktur Kurikulum, kesesuaian mata kuliah dengan standar kompetensi	Kurikulum prodi		Std 5
26.	Prodi mempunyai dokumen komponen kurikulum (penyusunan kurikulum); input, survei, bagaimana penyusunannya, siapa saja, hasil survei, informasi yang digali.	Dokumen komponen kurikulum (penyusunan kurikulum)		Std 5
27.	Kompetensi Lulusan dalam kurikulum	Kurikulum prodi		Std 5
28.	Peninjauan kurikulum	Hasil peninjauan		Std 5
29.	Mata kuliah dilengkapi deskripsi mata kuliah	Silabus, SAP		Std 5
30.	Silabus, SAP & GBPP, modul ajar/buku ajar/jobsheet sesuai dengan mata kuliah yang ada	Silabus, SAP, GBPP, modul ajar/buku ajar/jobsheet		Std 5
31.	Perencanaan kegiatan PBM	SOP Perencanaan PBM		Std 5
32.	Pelaksanaan kegiatan PBM (Teori, praktik, PL, UTS, UAS, Remidi, pengumpulan nilai)	SOP Pembelajaran Teori dan Praktik		Std 5
33.	Mekanisme monitoring perkuliahan	Daftar hadir mahasiswa, dosen, materi kuliah		Std 5
34.	Tindakan koreksi untuk mahasiswa yang jumlah kehadiran tidak sesuai aturan	Daftar hadir mahasiswa (teori dan praktik), Bukti kompensasi SP 1, 2, 3		Std 5
35.	SO/DO mahasiswa per semester (kategori produk tidak sesuai)	Daftar SO/DO mahasiswa		Std 5
36.	Pelaksanaan UTS/UAS dan sesuai jadual yang ditetapkan prodi	Jadual kuliah, kalender akademik		Std 5
37.	Penilaian mata kuliah sesuai dengan pedoman yang ada	Pedoman Akademik		Std 5
38.	Pelaksanaan remidi sesuai SOP Perbaikan nilai	SOP perbaikan Nilai		Std 5
39.	Ketepatan waktu dosen memasukkan nilai ke prodi	Daftar Penyerahan nilai mata kuliah		Std 5
40.	Pelaksanaan verifikasi soal UTS/UAS	SOP UTS/UAS		Std 5
41.	Laporan hasil evaluasi PBM setiap semester	Laporan hasil evaluasi semester		Std 5
42.	Mekanisme pengevaluasian materi kuliah sesuai dengan SAP	SAP mata kuliah, soal UTS/UAS		Std 5
43.	Mekanisme PI/PL yang dilaksanakan prodi	SOP PI/PL		Std 5
44.	Sistem Pembimbingan Akademik	Panduan dosen PA, SK Direktur, Buku Konsultasi		Std 5
45.	Tugas Akhir	Panduan TA, SK Direktur, Panduan kualifikasi akademik dosen pembimbing TA		Std 5
46.	Upaya perbaikan sistem pembelajaran selama 3 thn terakhir untuk meningkatkan mutu lulusan	Bahan kuliah, Teknologi pembelajaran		Std 5
47.	Peningkatan suasana akademik	Sarpras, program dan kegiatan akademik (seminar, simposium, lokakarya, bedh buku, penelitian bersama).		Std 5
48.	Etika Profesi dan Budaya K3 dalam kegiatan praktik	Kurikulum, mata kuliah etika profesi, pedoman K3		Std 5
49.	Pengelolaan dana	Perencanaan target kinerja dan alokasi pengelolaan dana		Std 6
50.	Biaya operasional dalam 5 tahun terakhir	Data dana operasional per mhs per thn, dana penelitian, dana PKM		Std 6

51.	Prasarana program studi dalam proses pembelajaran	Ruang kerja dosen, kantor, ruang kelas, laboratorium, studio, perpustakaan, kebun percobaan		Std 6
52.	Prasarana lain yang menunjang	Tempat olahraga, ruang bersama, ruang himpunan mahasiswa, poliklinik		Std 6
53.	Aksesibilitas data dalam sistem informasi	Komputer dengan jaringan, LAN, WAN		Std 6
54.	Akses dan daya gunaan sarana prodi	Buku teks, modul praktik, majalah ilmiah, jurnal terkreditasi dikt, jurnal internasional, prosiding seminar, bukti akses ke perpustakaan di luar PT atau sumber pustaka lainnya		Std 7
55.	Akses dan daya gunaan sistem informasi dalam pengelolaan data dan informasi prodi	Sistem informasi dan fasilitas dalam proses pembelajaran (hardware, software, e-learning, akses on line ke perpustakaan)		Std 7
56.	Produktivitas dan mutu hasil penelitian, PKM dosen, kerjasama, keterlibatan mhs	Data jumlah penelitian, PKM, sesuai bidang keilmuan, PKM oleh dosen tetap dalam 3 thn terakhir, artikel ilmiah dari dosen tetap, karya paten/HAKI/pengakuan/peghargaan nasional atau internasional, kegiatan kerjasama dgn instansi luar negeri		Std 7
57.	Mekanisme penanganan keluhan/ rencana tindakan koreksi hasil risalah rapat	SOP Penanganan Keluhan Pelanggan ; Rencana tindakan koreksi		PS
58.	Prosedur Sistem (PS) tindakan pencegahan telah dilakukan prodi	PS Tindakan Pencegahan		PS
59.	Prosedur Sistem (PS) pengendalian rekaman telah dilakukan prodi	Daftar pengendalian rekaman		PS
60.	Dokumen dan rekaman (arsip) tersusun dan tersimpan dengan baik dan rapi (ada label)	Lemari arsip dan penamaan (label)		PS
61.	Prodi mempunyai ruang arsip	Ruang arsip		PS

Ketapang,
Lead Auditor/Auditor,

.....
NIP.



AUDIT INTERNAL

6.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

- Tidak ada sasaran mutu produksi

Di satuan kerja/unit :

Ditandatangani/Diketahui oleh
Nama & Peran

M. Ilman Al
Tanggal 30/03/2017

Diketahui
Nama & Peran

Helmiyanto
Tanggal

2. Analisa akhir penyebab ketidaksesuaian:

Unit Min Tujuan Sasaran
blm direncanakan

3. Usulan tindakan koreksi:

Koreksir VMTS stg. sasaran
mutu jelas

Disatuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Peran

Helmiyanto
Tanggal

Diketahui
Nama & Peran

M. Ilman Al
Tanggal 30/3/2017

Dicatat oleh Pimpinan
Unit Kerja

Helmiyanto
Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

2 Mei 2017

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit teknik
Peran

Tanggal

Pelanggaran/WMM
peran

Tanggal

Direktur
Peran

Tanggal

WMM
peran

Tanggal



AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E026.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Kebijakan penjaminan mutu, sistem dokumentasi tidak ada

Di satuan kerja/unit :

Ditandatangani/Dilengkapi oleh
Nama & Peruf

M. Riyas Hc
30/3/2017

Diketahui
Nama&Peruf

Hatanianto
Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Lembaga tidak mengeluarkan /
mengedarkan kebijakan penjaminan
mutu ke prod

3. Usulan tindakan koreksi:

Membuat surat ke lembaga /
mengedarkan kebijakan penjaminan
mutu

Di satuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Peruf

Hatanianto
Tanggal

Diketahui
Nama&Peruf

M. Riyas Hc
30/3/17

Disetujui Pimpinan
Unit Kerja

Hatanianto
Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

2 Mei '2017

Oleh (yang ditugasi)
Nama&Peruf

Tanggal

Disetujui Kabag
namu & peruf

Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit kerjait
Peruf

Tanggal

Pelecayan/WMM
peruf

Tanggal

Direktur
Peruf

Tanggal

WMM
peruf

Tanggal



AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E026.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Pedoman tertulis ttg Monev dosen
bidang Tri Dharma PT
tidak ada

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Tidak staf khusus yg menangani
monev di bidang Tri Dharma

Di satuan kerja/unit :

Ditandai/Dilaporkan oleh

Nama & Paraf

M. Ilyas HK

Tanggal

30/3/2017

Diketahui

Nama&Paraf

Halanianto

Tanggal

Oleh (yang menemukan/ditugasi)

Nama&Paraf

M. Ilyas HK

Tanggal

30/3/2017

Diketahui

Nama&paraf

Halanianto

Tanggal

3. Usulan tindakan koreksi:

Menyediakan staf khusus yg
menangani

Disatuan kerja/unit :

Oleh

Nama & Paraf

Halanianto

Tanggal

Diketahui

Nama&Paraf

M. Ilyas HK

Tanggal

Diresmui Pimpinan

Unit Kerja

Halanianto

Tanggal

Oleh (yang ditugasi)

Nama&Paraf

Disetujui Kabag

nama & paraf

Halanianto

Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit terkait

Paraf

Penyetujuan/WMM

paraf

Direktur

Paraf

WMM

paraf

Tanggal

Tanggal

Tanggal

Tanggal



AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E02

6.9 TINDAKAN KOREKSI

No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Sop pengembangan prodi (rencana)
tidak ada

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh
Nama & Paraf

M. Ilyas HK

Tanggal 30/3/2017

Diketahui
Nama&Paraf

Helanianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Teknis pembuatan SOP tidak
dipahami

3. Usulan tindakan koreksi: 30 Mar 2017

Buat surat tugas pembuatan SOP
/ tentang

Disatuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Paraf

Helanianto

Tanggal

Diketahui
Nama&Paraf

M. Ilyas HK

Tanggal 30/3/17

Disetujui Pimpinan
Unit Kerja

Helanianto

Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

30 15 April 2017

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit terkait
Paraf

Tanggal

Pelanggar/WMM
paraf

Tanggal

Direktur
Paraf

Tanggal

WMM
paraf

Tanggal



AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E026.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

- Prod. Ide melalui la bracer
study/alumun

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh
Nama & Peruf
M. Ilyas HK
Tanggal 30/3/2017

Diketahui
Nama&Peruf
Helanianto
Tanggal

3. Usulan tindakan koreksi:

Peminta ketegasan lembaga
diri petugasannya bracer study

Disatuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Peruf
Helanianto
Tanggal

Diketahui
Nama&Peruf
M. Ilyas HK
Tanggal 30/3/17

Dicatat oleh Pimpinan
Unit Kerja
Helanianto
Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

- Tdk diberikan wewenang
tiapa

Oleh (yang menuntut/ditugasi)
Nama&Peruf
M. Ilyas HK
Tanggal 30/3/2017

Diketahui
Nama&peruf
Helanianto
Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

- 15 Mei '2017

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

Pimpinan Unit teknik
Peruf

Tanggal

Penanggung WMM
peruf

Tanggal

6. Komentar Manajemen :

Direktur
Peruf

Tanggal

WMM
peruf

Tanggal

AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E026.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Tidak ada tracer alumni

.....

.....

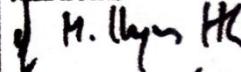
.....

.....

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh

Nama & Paraf



H. Ilyas HC

Tanggal 30/3/2017

Diketahui

Nama & Paraf



Helanianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Blm. pedoman dan dana
alih

.....

.....

.....

.....

3. Uraian tindakan koreksi:

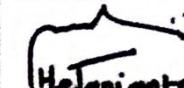
1. Membuat pdoman ttg tracer alumni

2. Mengajukan anggaran

Disatuan kerja/unit :

Oleh

Nama & Paraf

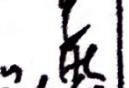


Helanianto

Tanggal

Diketahui

Nama & Paraf

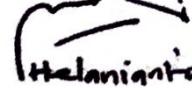


H. Ilyas HC

Tanggal 30/3/17

Ditunjuk Pimpinan

Unit Kerja

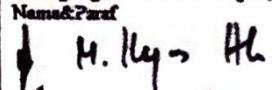


Helanianto

Tanggal

Oleh (yang ditugasi)

Nama & Paraf

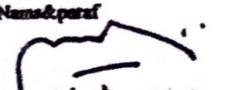


H. Ilyas HC

Tanggal 30/3/2017

Diketahui

Nama & paraf



Helanianto

Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

1. 2 Mei '2017

2. 2 Mei

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit terkait

Paraf

Tanggal

Penanggung WMM

paraf

Tanggal

Direktur

Paraf

Tanggal

WMM

paraf

Tanggal



AUDIT INTERNAL

6.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Dokumen penyusunan kurikulum
blm ada

Di satuan kerja/unit :

Ditandatangani/Dituliskan oleh

Nama & Peruf

M. Illyas Hl
31/03/2017

Tanggal

Diketahui

Nama&Peruf

Hatemianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Tidak ada surat terima taporan pendirian & penyusunan kurikulum dari tembaga ke jurusan

3. Usulan tindakan koreksi:

Membuat surat permintaan dokumen kurikulum pertama dari tembaga

Disatuan kerja/unit :

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

5 Jun 2017

Oleh

Nama & Peruf

Hatemianto

Tanggal

Diketahui

Nama&Peruf

M. Illyas Hl

Tanggal

Dicatat Pimpinan

Unit Kerja

Hatemianto

Tanggal

Oleh (yang dilakukan/ditugasi)

Nama&Peruf

M. Illyas Hl

Tanggal 31/03/2017

Dicatat Kabag

nama & peruf

Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit terkait
Peruf

Pelajaran/WMM
peruf

Direktur
Peruf

WMM
peruf

Tanggal

Tanggal

Tanggal

Tanggal

AUDIT INTERNALNo. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E02**6.9 TINDAKAN KOREKSI**

No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

- Pedoman akademik tidak ditemukan

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh
Nama & Peran
M. Riyas Hk
Tanggal 31/03/2017

Diketahui
Nama & Peran
Helianto
Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

- Lembaga blm mendedarkan Panduan Akademik baru

3. Usulan tindakan koreksi:

Membuat surat agar tembaga mengedarkan Bk Panduan Akademik ke jurusan

Disatuan kerja/unit :

4. Pelaksanaan tindakan koreksi15 April 2017

Oleh
Nama & Peran
Helianto
Tanggal

Diketahui
Nama & Peran
M. Riyas Hk
Tanggal 31/03/17

Ditunjuk Pimpinan
Unit Kerja
Helianto
Tanggal

Oleh (yang ditugasi)
Nama & Peran
Tanggal

Ditunjuk Kabag
nama & peran
Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi**6. Komentar Manajemen :**Pimpinan Unit kerja
PeranPelaksana/WMM
peranDirektur
PeranWMM
peran

Tanggal

Tanggal

Tanggal

Tanggal

AUDIT INTERNAL**6.9 TINDAKAN KOREKSI**
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02**1. Sumber Ketidaksesuaian:**

Data dana operasional di m
5 thn tidak terdeteksi

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh Nama & Peran	Diketahui Nama & Peran
M. Illyes Hk.	Helmianto
Tanggal	Tanggal
31/03/2017	

3. Usulan tindakan koreksi:

Membuat surat ke Wadir 2
u/ menginformasikan dgn lengkap
Disatuan kerja/unit : ttg dana operasional

Oleh Nama & Peran	Diketahui Nama & Peran	Dicantui Pimpinan Unit Kerja
Helmianto	M. Illyes Hk	Helmianto
Tanggal	Tanggal	Tanggal
31/03/17		

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

Pimpinan Unit terkait Peran	Pelanggar/WMM peran
Tanggal	Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Tidak ada informasi yang lengkap
tentang dana operasional

Oleh (yang menemukan/ditugasi) Nama & Peran	Diketahui Nama & peran
M. Illyes Hk	Helmianto
Tanggal	Tanggal
31/03/2017	

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

7 April 2017

Oleh (yang ditugasi) Nama & Peran	Dicantui Kabag nama & peran
Tanggal	Tanggal

6. Komentar Manajemen :

Direktur Peran	WMM peran
Tanggal	Tanggal

AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E02

6.9 TINDAKAN KOREKSI

No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Dokumen

Pengelolaan dana blm ada

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Di satuan kerja/unit :

Ditandatangani/Dilampirkan oleh
Nama & Paraf

M. Ilyas Hk

Tanggal 30/03/2017

Diketahui
Nama&Paraf

Halanianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Blm dicetak

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Usulan tindakan koreksi:

Mencetak dokumen pengelolaan
dana

Disatuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Paraf

Halanianto

Tanggal

Diketahui
Nama&Paraf

M. Ilyas Hk

Tanggal 30/03/17

Disetujui Pimpinan
Unit Kerja

Halanianto

Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

15 Juni 2017

Oleh (yang ditugasi)
Nama&Paraf

Tanggal

Disetujui Kabag
nama & paraf

Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit kerja
ParafPelanggar/WMM
paraf

Tanggal

Direktur
ParafWMM
paraf

Tanggal

Tanggal



AUDIT INTERNAL

6.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

SOP pembelajaran teori dan praktikum blm ada

Di satuan kerja/unit :

Diketahui/Dilaporkan oleh

Nama & Pang.

M. Ilyas Hk

Tanggal 31 /03/2017

Diketahui

Nama & Pang.

Helianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Mekanisme pembuatan & perangaman SOP Pembelajaran teori dan praktikum tidak dipahami

3. Usulan tindakan koreksi:

Buat kegiatan pembuatan SOP
dari teori-teori

Disatuan kerja/unit :

Oleh

Nama & Pang.

Helianto

Tanggal

Diketahui

Nama & Pang.

M. Ilyas Hk

Tanggal 31/03/17

Ditetapkan Pimpinan

Unit Kerja

Helianto

Tanggal

Oleh (yang ditugasi)

Nama & Pang.

Tanggal

Ditetapkan Kabag

nama & pang.

Tanggal

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit kerja

Tanggal

Pelancyan/WMM

Tanggal

Direktur

Tanggal

WMM

Tanggal



AUDIT INTERNAL

No. Dokumen:
PS/10/8.2.2/WMM/006/E026.9 TINDAKAN KOREKSI
No. : FM/10/8.2.2/WMM/009/E02

1. Sumber Ketidaksesuaian:

Mekanisme Penanggaman Keluhan pelanggaran tidak ada

Di satuan kerja/unit :

Disusun/Diketahui oleh
Nama & Peran

M. Ilgas Hl

Tanggal 31/03/2017

Diketahui
Nama & Peran

Helanianto

Tanggal

2. Analisa akar penyebab ketidaksesuaian:

Informer ff,

Mekanisme pembantuan & penyerangaman penanggaman keluhan pelanggaran belum disampaikan P4MP

3. Uraian tindakan koreksi:

Membuat surat ke P4MP yg menyertai form dokument penanggaman ketuhanan pelanggaran.

Disatuan kerja/unit :

Oleh
Nama & Peran

Helanianto

Tanggal

Diketahui
Nama & Peran

M. Ilgas Hl

Tanggal 31/03/17

Disusul/Pimpinan
Unit Kerja

Helanianto

Tanggal

Oleh (yang menyeleksi/ditugasi)
Nama & peran

M. Ilgas Hl

Tanggal 31/03/2017

Dikendali
Nama & peran

Helanianto

Tanggal

4. Pelaksanaan tindakan koreksi

15 Mei '2017

5. Verifikasi pelaksanaan tindakan koreksi

6. Komentar Manajemen :

Pimpinan Unit terkait
PeranPelanggaran/WMM
peranDirektur
PeranWMM
peran

Tanggal

Tanggal

Tanggal

Tanggal