

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI 15)

November 2019

SMM ISO 9001:2015

2019

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT pelaksanaan Audit Mutu Internal SMM ISO 9001:2015 di Politeknik STMI Jakarta telah selesai dilaksanakan. Semua hasil audit internal SMM ISO 9001:2015 di Politeknik STMI Jakarta dituangkan dalam laporan ini.

Kami menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih belum sempurna, oleh karena itu kami mohon maklum dan masukan konstruktif untuk perbaikan laporan ini maupun untuk perbaikan di tahun –tahun yang akan datang.

Semoga laporan hasil kegiatan ini dapat menjadi salah satu bahan perbaikan pelaksanaan Audit Mutu Internal SMM ISO 9001:2015 di Politeknik STMI Jakarta.

Jakarta, November 2019

Wakil Manajemen Mutu

DAFTAR ISI

Cover	I
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	lii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Maksud dan Tujuan.....	1
1.3 Manfaat Kegiatan.....	2
1.4 Alur dan Logika Pelaksanaan.....	2
1.5 Sistematika Penulisan.....	2
BAB 2 PELAKSANAAN.....	3
2.1 Metode.....	3
2.2 Jadwal Audit.....	3
2.3 Auditor.....	3
2.4 Hasil Kegiatan.....	3
BAB 3 PENUTUP.....	20
LAMPIRAN.....	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Audit Mutu Internal (AMI) dilaksanakan dengan tujuan untuk (1) mengukur tingkat kesesuaian pelaksanaan prosedur mutu SMM ISO 9001:2015 pada tingkat Program Studi dan Unit – unit Pendukung Akademik, (2) mengetahui pencapaian sasaran mutu yang dilakukan Program Studi , dan Unit-unit Pendukung akademik, (3) mengukur kepuasan stakeholder internal terhadap layanan (Dosen), dan (4) mengukur kinerja layanan Politeknik STMI Jakarta.

AMI tahun 2019 telah dilaksanakan Wakil Manajemen Mutu (WMM) Politeknik STMI Jakarta pada tanggal 31 Oktober s.d 1 November 2019 dengan dua belas ruang lingkup audit yang meliputi: (1) Direktur, (2) *PR and Admission*, (3) Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (P2M), (4) Program Studi Teknik Industri Otomotif (TIO), (5) Program Studi Sistem Informasi Industri Otomotif (SIIO), (6) Program Studi Teknik Kimia Ploimer (TKP), (7) Program Studi Administrasi Bisnis Otomotif (ABO), (8) Administrasi Akademik dan kemahasiswaan, (9) Administrasi Keuangan dan Umum, (10) Unit Penunjang dan (12) Lembaga Sertifikasi Profesi dan (13) Program Studi Teknik Rekayasa Otomotif dilingkungan Politeknik STMI Jakarta dengan melibatkan 10 orang Auditor Internal ISO dan 2 Observer Internal.

Penilaian Kinerja Unit diukur melalui implementasi Program Studi terhadap prosedur mutu dan Prosedur Kerja yang telah ditetapkan sesuai proses bisnis. AIM ISO tahun ini merupakan audit kepatuhan (*Compliance Audit*) terhadap prosedur mutu yang telah ditetapkan dan Audit Kinerja ketercapaian sasaran mutu yang telah ditetapkan masing-masing Program Studi dan unit pendukung.

Hasil analisis laporan AMI ISO yang dilakukan berdasarkan pengumpulan data temuan audit dimasing-masing Program Studi, dan unit pendukung dapat dilaporkan sebagai berikut:

1.2 Maksud dan Tujuan

Adapun maksud dan tujuan kegiatan ini adalah:

- Menilai sejauh mana penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001: 2015 di lingkungan Politeknik STMI Jakarta

1.3 Manfaat Kegiatan

Manfaat yang diharapkan dari kegiatan ini adalah:

- a. Menindaklanjuti temuan Audit Eksternal yang telah dilakukan pada Januari 2019
- b. Memperoleh manajerial dengan kualitas yang lebih baik dan konsisten.

1.4 Alur Logika Pelaksanaan

Sebagai gambaran alur kegiatan ini adalah sesuai flowchart berikut:



Gambar 1. Alur Logika Pelaksanaan AMI

1.5. Sistematika Pelaporan

Adapun laporan kegiatan audit ini disusun secara tertulis dan dilengkapi dengan lampiran sebagai bukti fisik pendukung, yang kemudian diserahkan kepada Direktur Politeknik STMI.

BAB 2

PELAKSANAAN

2.1 Metode

Metode yang dilakukan adalah audit kecukupan/ kepatuhan dan audit kinerja melalui dokumen dan audit remote (audit jarak jauh) surve untuk melihat penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001 : 2015 di lingkungan Politeknik STMI Jakarta

2.2 Jadwal Audit

Kegiatan audit direncanakan dari tanggal Oktober - November 2019 , namun karena satu dan lain hal ada beberapa unit yang diaudit di luar tanggal tersebut.

2.3 Auditor

Auditor yang melaksanakan AMI adalah yang sudah pernah mengikuti pelatihan auditor internal dan memiliki sertifikat kompetensi sebagai auditor internal, auditor berjumlah 10 orang dan dibantu oleh 2 observer . (Terlampir)

2.4 Laporan AMI Kinerja Politeknik STMI Jakarta

Laporan AMI Implementasi SMM ISO 9001:2015

Laporan AMI ini mengukur kinerja implementasi sistem manajemen mutu ISO 9001:2015 dalam mencapai sasaran mutu Politeknik STMI Jakarta yang telah ditetapkan ditahun 2020. Dari hasil audit ada beberapa temuan kesesuaian dan ketidaksesuaian terhadap kinerja capaian sasaran mutu dibandingkan dengan targetnya, dimana temuan ketidaksesuaian menunjukkan adanya capaian yang masih dibawah target yang telah ditetapkan dan juga adanya temuan ketidakcukupan bukti atau data yang mendukung capaian kinerja sasaran mutu masing-masing indikator, secara lengkap temuan masing-masing Prodi dan unit penunjang dapat ditunjukkan dalam Tabel 1.

Tabel 1 Hasil Audit Internal Mutu 2019

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
1.	Bagian : Direktur Politeknik Auditi : Mustofa Sonny Taufan Ahlan Ismono Emi Rusmiati Lucyana Tresia Auditor : Fitria Ika A Angelia Merdiyanti	1. Didapat bahwa tidak adanya tindak lanjut atas tidak tercapainya sasaran mutu 2019 (klausul 10.1.2), seperti: a. Serapan lulusan dari target 50%, yang tercapai hanya 14,5%. Belum ada unut yang bertanggung jawab untuk melakukan <i>tracer study</i> . Selama ini hanya dilakukan oleh prodi. b. Masa tunggu lulusan dari target 100%, yang tercapai hanya 26,5% c. Indeks kepuasan pelanggan dari target nilai 3,5 hanya mendapatkan nilai 3,09 2. Ditemukan bahwa terdapat materi yang diajarkan tidak sesuai RPS 3. Tidak tersedianya pedoman PKL yang telah ditetapkan untuk semua Prodi.	1. Sasaran Mutu a. Pembentukan unit khusus untuk melaksanakan survey lulusan b. Peningkatan pelayanan, sarana, dan prasarana 2. Tindakan pengurangan jadwal mengajar	1. Sasaran Mutu a. Perkuat kerjasama internal 2. Membuat peraturan reward dan punishment	Minggu ke-2 Desember 2019 Awal Januari 2020	Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
2	Bagian : PR and Admission Auditi : Pasti Immanuel B Auditor : Indah Kurnia ML Choir	<u>Prosedur Kerja</u> SOP di bagian PR & Admission tidak berlaku lagi seiring dengan adanya SOP yang baru. Namun, SOP yang baru tersebut karena belum disahkan, maka belum bisa ditunjukkan kepada Auditor sehingga Auditor tidak dapat melaksanakan Audit Prosedur kerja di bagian PR & Admission.				Open
3	Bagian : Unit P2M Auditi : Siti Aisyah Auditor : Emi Rusmiati Observer : Gita Mustika Rahmah	<u>Sasaran Mutu</u> 1. Jurnal P2M baru terbit 1 kali untuk bulan Februari 2019 2. Jumlah penelitian terapan target 30% (18 dari total), capaian 17 judul 3. Jumlah publikasi yang masuk jurnal internasional target 4, capaian 1 4. Jumlah laporan kegiatan PKM yang berkaitan dengan dunia industri dan melibatkan mahasiswa belum dapat dihitung (baru masuk 2 laporan) target 10 kegiatan yang melibatkan mahasiswa. <u>Prosedur Kerja PK-D-01</u> 3. Tidak terdapat SK Drekur tentang penunjukkan tim ahli dari dosen yang	<u>Sasaran Mutu (LM-S-02)</u> Target capain 2019 sampai dengan Desember 2019. Beberapa yang belum tercapai akan diusahakan melalui: 1. Komunikasi dengan dosen yang melaksanakan penelitian, pengabdian masyarakat dan publikasi internasional 2. Yang berkaitan dengan anggaran, akan dikomunikasikan dengan Subab Keuangan <u>Prosedur Kerja</u>	<u>Sasaran Mutu (LM-S-02)</u> Akan dikomunikasikan dengan pimpinan termasuk kemungkinan revisi SOP <u>Prosedur Kerja</u>	Desember 2019	LM-S-02 Open PK-D-01 Closed PK-D-02 Open PK-D-03 Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>melakukan seleksi proposal, hal ini tidak sesuai dengan SOP Penelitian</p> <p>4. Tidak ada berita acara kegiatan seleksi proposal penelitian, hal ini tidak sesuai dengan Penelitian</p> <p>5. Tidak ada kegiatan seminar untuk membahas hasil penelitian dosen/kelompok dosen yang dihadiri oleh penelaah, hal ini tidak sesuai dengan SOP Penelitian</p> <p><u>Prosedur Kerja PK-D-02</u></p> <p>1. Tidak ada bukti SK Dewan Redaksi yang akan memeriksa tulisan yang akan masuk di jurnal, hal ini tidak sesuai dengan SOP Penerbitan Jurnal</p> <p>2. Tidak ada berita acara pelaksanaan kegiatan pemeriksaan tulisan yang masuk ke dalam jurnal teknologi dan manajemen, hal ini tidak sesuai dengan SOP Penerbitan Jurnal</p> <p><u>Prosedur Kerja PK-D-03 & PK-D-04</u></p>				<p>PK-D-04 Open</p>

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>Terdapat SOP PK-D-03 Seminar atau simposium dan PK-D-04 Pelatihan dan evaluasi yang tidak dilakukan</p> <p>Daftar Risiko</p> <p>Kegiatan pengendalian risiko masih dilakukan secara informal dalam bentuk mengingatkan kepada Dosen atau Pengelola prodi, namun pada kenyataannya menjadi kurang efektif hal ini dibuktikan dengan lapoan kegiatan yang terlambat masuk</p>	<p>Daftari Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengendalian risiko: Jadwal yang telah ditetapkan harus lebih dipatuhi Peninjauan risiko: Koordinasi dengan pihak manajemen 	<p>Daftar Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengendalian risiko: memberikan peringatan Peninjauan risiko: mengikuti jadwal yang telah ditetapkan 		
4	<p>Bagian : Prodi TIO</p> <p>Auditi : M. Agus Dianasanti Salati</p> <p>Auditor : Erfina Oktariani Angelia Merdiyanti</p>	<p>Prosedur Kerja PK-B-02 Penyusunan silabus belum dilaksanakan.</p> <p>PK-B-03 Penetapan dosen pengajar mata kuliah setiap semester belum berjalan sesuai dengan SOP, terutama poin no. 7</p> <p>PK-B-04 Penentuan koordinator mata kuliah hanya ada untuk semester genap 2018/2019, tetapi tidak disosialisasikan ke para dosen. Sementara untuk semester ganjil</p>	<p>Prosedur Kerja Perlu pembahasan mendetail (evaluasi) prosedur kerja (SOP) bersama semua prodi.</p>		2 Des 2019	Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>2019/2020 tidak ada SK dosen koordinator. Hal ini tidak sesuai dengan SOP.</p> <p>PK-B-05 Pengesahan RPS hanya oleh Kaprodi. Hal ini tidak sesuai dengan SOP, poin no. 4.</p> <p>PK-B-07 Pembuatan soal ujian belum sesuai dengan SOP, terutama poin no. 1-2.</p> <p>PK-B-08 Penyusunan TA belum sesuai dengan SOP, terutama poin no. 5-6.</p> <p>PK-B-09 Pelaksanaan seminar TA belum sesuai dengan SOP, terutama poin no. 4, 7, 12. Begitupun untuk poin no. 5, 6, 8, 9, 10 tidak dilakukan.</p> <p>PK-B-10 Pelaksanaan ujian sidang TA belum sesuai dengan SOP terutama poin no. 3, 6, 10. Begitupun untuk poin no. 4, 5, 7, 8 tidak dilakukan.</p> <p>PK-B-11</p>				

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>Pembuatan modul belum dilaksanakan.</p> <p>PK-B-12 Pelaksanaan PKL belum sesuai dengan SOP, terutama poin no. 13 dan 21.</p> <p>PK-B-14 Proses rekrutmen dosen luar belum sesuai dengan SOP, terdapat beberapa kasus di mana pengajuan dosen luar berasal dari Pudir 1.</p> <p>Daftar Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pengendalian risiko belum semua dilaksanakan. Hal ini tidak sesuai dengan formulir identifikasi risiko yang telah ditetapkan. – Peninjauan risiko yang sudah ditetapkan belum dilakukan. <p>Sasaran Mutu Serapan lulusan yang bekerja di sektor industri otomotif belum memenuhi target, yaitu 75% dari lulusan.</p>	<p>Sasaran Mutu Pembahasan serapan lulusan dan masa tunggu kerja di MR</p>	<p>Daftar Risiko: Perlu money bulanan/tri wulan dari WMM untuk pengendalian dan pemantauan sasaran mutu dan risiko</p>		

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
5	Bagian : Prodi SIIO Auditi : Lucky Heriyanti Gita Mustika Rahmah Auditor : Lucyana Tresia Emi Rusmiati	Sasaran Mutu: 1. Dokumen LM-S-02 (Sasaran Mutu) tidak mencapai sasaran untuk: Poin 1: persentase serapan di industri otomotif; dan Poin 5: persentase lulusan tepat waktu.	Sasaran Mutu Poin 1: a. Evaluasi kurikulum dengan melibatkan industry otomotif b. menjajaki kerjasama proyek pengembangan system yang melibatkan dosen, mahasiswa dan pihak industri otomotif. Poin 5: a. Evaluasi kurikulum, panduan KL dan TA yang dapat mengakomodir masa studi mahasiswa tidak lebih dari 4 tahun. b. Mendorong Himpunan Mahasiswa SI untuk membentuk kelompok belajar yang melibatkan dosen.	Sasaran Mutu Poin 1: a. Mengusulkan SOP kerjasama antara prodi dengan pihak industri otomotif terkait proyek pengembangan system informasi bersama. b. Mengusulkan penyesuaian sasaran mutu terkait serapan industri. Poin 5: a. Mengintensifkan peran dosen wali untuk memantau <i>progress</i> kegiatan mahasiswa secara rutin.		Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<u>Prosedur Kerja</u>	<u>Prosedur Kerja</u> mengusulkan penyesuaian SOP	Mensosialisasikan SOP yang sudah disesuaikan ke Prodi		
6.	Bagian : Prodi TKP Auditi : Fitria Ika A Ella Melyna Auditor : Lucyana Tresia Yulius Jatmiko N	<u>Prosedur Kerja</u> <u>PK-B-02</u> Didapatkan bahwa penyusunan silabus tidak dilaksanakan sesuai dengan PK-B-02 <u>PK-B-04</u> Didapatkan bahwa semester gasal 2019/2020 tidak ada SK koordinator Mata Kuliah, Penentuan Koordinator mata kuliah belum dilaksanakan sesuai dengan PK-B-04 <u>PK-B-05</u> Didapatkan bahwa penyusunan RPS tidak ada pengesahan Pudir 1 sesuai dengan PK-B-05 <u>PK-B-07</u> Didapatkan bahwa pembuatan soal ujian untuk dosen pararel tidak seragam sesuai dengan PK-B-07.	<u>Prosedur Kerja</u> Mengajukan perbaikan SOP	<u>Prosedur Kerja</u> Melaksanakan kegiatan sesuai dengan SOP		Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p><u>PK-B-08</u> Didapatkan bahwa tidak ada konfirmasi kesediaan dosen pembimbing/asisten pembimbing TA sesuai dengan PK-B-08.</p> <p><u>PK-B-09</u> Didapatkan bahwa pelaksanaan seminar TA tidak melibatkan Pudir I dan Direktur sesuai dengan PK-B-09.</p> <p><u>PK-B-10</u> Didapatkan bahwa pelaksanaan sidang TA tidak melibatkan Pudir I dan Direktur sesuai dengan PK-B-10.</p> <p><u>PK-B-11</u> Didapatkan bahwa buku wajib pada modul tidak dijelaskan; tidak ada dewan pakar; belum ada standar petunjuk penayangan materi dan kunci soal sesuai dengan PK-B-11.</p> <p><u>Sasaran Mutu:</u> Didapatkan bahwa beberapa sasaran mutu prodi belum tercapai sesuai target pada dokumen LM-S-02, seperti :</p>	<p><u>Sasaran Mutu:</u> Pelaksanaan <i>tracer study</i> oleh unit khusus untuk mengetahui serapan lulusan dan masa tunggu lulusan</p>			

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>a. Serapan lulusan di sektor industri otomotif 20%</p> <p>b. Masa tunggu kerja lulusan 6 bulan hanya 54%</p> <p>Daftar Risiko: Didapatkan bahwa kegiatan pengendalian risiko masih belum dilaksanakan sesuai dengan dokumen Identifikasi Risiko, seperti:</p> <p>a. Belum pernah melaksanakan workshop penyusunan silabus</p> <p>b. Monitoring penyusunan modul belum dilaksanakan</p>				
7.	Bagian : Prodi ABO Auditi : Yulius Jatmiko : Angelia Merdiyanti Auditor : Emi Rusmiati : Erfina Oktariani	<p><u>Prosedur Kerja</u></p> <p><u>PK-B-01</u> Didapatkan bahwa penyusunan kurikulum tidak dilaksanakan sesuai SOP</p> <p><u>PK-B-02</u> Didapatkan bahwa penyusunan silabus tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP</p> <p><u>PK-B-04</u> Didapatkan bahwa penentuan koordinator mata kuliah belum dilaksanakan sesuai</p>	<p><u>Prosedur Kerja</u></p> <p><u>PK-B-02</u> Menyusun silabus sesuai dengan SOP yang berlaku</p> <p><u>PK-B-04</u> Bekerja sama dengan Pudir 1 dan Prodi lain agar fungsi</p>	<p>1. Menyeleksi Silabus dan mendorong dosen dengan kompensasi tertentu untuk membuat silabus</p> <p>2. Fungsi komunikasi terhadap dosen koordinator lebih</p>	4 Des 2019	Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>dengan SOP</p> <p><u>PK-B-05</u> Didapatkan bahwa penyusunan RPS belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-07</u> Didapatkan bahwa pembuatan soal ujian belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-08</u> Didapatkan bahwa penyusunan TA belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-09</u> Didapatkan bahwa pelaksanaan seminar TA belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-10</u> Didapatkan bahwa pelaksanaan sidang TA belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-11</u> Didapatkan bahwa pembuatan modul belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p>	<p>dosen koordinator lebih maksimal.</p> <p><u>PK-B-05</u> Bekerja sama dengan Pudir 1 dan Prodi lain agar konsep RPS lebih seragam</p> <p>Memperbaiki SOP PKL, Seminar dan sidang TA karena ada proses yang terlalu lama.</p> <p><u>PK-B-11</u> Pembuatan modul baru akan dimulai.</p>	<p>dimaksimalkan, karena ada beberapa dosen yang belum tau perannya</p> <p>3. Menyeleksi RPS dan mendorong dosen dengan kompensasi tertentu untuk membuat RPS</p> <p>4. Segera merevisi SOP</p> <p>5. Menyeleksi Modul dan mendorong dosen dengan kompensasi tertentu</p>		

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p><u>PK-B-12</u> Didapatkan bahwa Praktik Kerja Lapangan belum dilaksanakan sesuai dengan SOP.</p> <p><u>PK-B-14</u> Didapatkan bahwa rekrutmen dosen luar tidak dilaksanakan sesuai SOP.</p> <p><u>Sasaran Mutu (LM-S-02)</u> 1. Didapatkan bahwa beberapa sasaran mutu prodi belum tercapai sesuai target pada dokumen LM-S-02, seperti: c. Serapan lulusan di sektor industri otomotif 19% d. Masa tunggu kerja lulusan 6 bulan hanya 27% e. Jumlah lulusan 2019 yang bersertifikat kompetensi sebesar 84% f. Indeks kepuasan pelanggan belum diukur, sedangkan indeks kepuasan mahasiswa sebesar 3,09</p> <p><u>Daftar Risiko</u> Didapatkan bahwa kegiatan pengendalian risiko masih belum dilaksanakan sesuai dengan dokumen Identifikasi Risiko, seperti: c. Kurikulum belum disusun</p>	<p><u>PK-B-14</u> Lebih memperketat penerimaan dosen luar</p>	<p>untuk membuat Modul</p> <p>6. Seleksi kebutuhan dosen luar dilaksanakan oleh Prodi</p>		

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		d. Belum pernah melaksanakan workshop penyusunan silabus e. Penyusunan modul belum dilaksanakan f. Belum ada Peraturan Direktur yang mengatur Rekrutmen Dosen Tidak Tetap g. Monitoring penyusunan modul dan pengajuan anggaran belum dilaksanakan				
8.	Bagian : Adm Akademik Auditi : Achmad Yakub Auditor : Indah Kurnia ML Observer : Gita Mustika Rahmah	<p><u>Prosedur Kerja</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Penerapan PK-A-01, PK-A-10, dan PK-A-13 tidak sesuai dengan yang didokumentasikan. Belum adanya SOP terkait pelaksanaan semester pendek <p>Tugas dan Wewenang</p> <ol style="list-style-type: none"> Belum semua tanggung jawab dan wewenang pada Subag Akademik dan Kerjasama didokumentasikan sesuai proses bisnisnya. Dokumen yang berisi hal2 yang terkait isi ijazah belum diketahui sebagai pemeriksa ijazah 	<p>Menyesuaikan prosedur kerja pada SOP dengan melakukan revisi SOP</p> <p>Melakukan koordinasi dan sosialisasi dari manajemen tentang prosedur pekerjaan yang belum memiliki SOP.</p> <p>Menciptakan kegiatan yang dapat menunjang dan meningkatkan proses kerja.</p>	<p>Revisi SOP harus segera diperbaharui sehingga dapat disesuaikan dengan prosedur kerja</p> <p>Perlunya evaluasi prosedur pekerjaan terutama SOP yg belum ada dan monitoring dari WMM per tri wulan</p>		Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p>Daftar Risiko:</p> <p>5. Identifikasi peluang dan risiko dari masing2 proses bisnis belum didokumentasikan.</p> <p>6. Ide mengenai peningkatan sistem manajemen belum didokumentasikan</p>	<p>Memberi kepastian bahwa sistem manajemen mutu dapat mencapai hasil yang diinginkan</p> <p>Menciptakan kegiatan yang dapat menunjang dan meningkatkan proses kerja.</p>	<p>Perlunya bimbingan dan arahan dari WMM sehingga Manajemen Mutu dapat mencapai sasaran</p> <p>Perlu adanya rencana kegiatan dan proses kerja akademik sehingga semuanya dapat terwujud.</p>		
9.	<p>Bagian : Umum & Keuangan Auditi : Intang Kusminah Auditor : Lucyana Tresia Risma Anggraini</p>	<p>Prosedur Kerja</p> <p>1. Kurang atau tidak adanya informasi target waktu pelaksanaan kegiatan pada SOP nomor : PK-E-02, PK-E-05, PK-E-06, PK-E-07, PK-E-09, PK-E-10, PK-E-11, PK-E-12, PK-E-13, PK-E-14, PK-E-15, PK-E-16, PK-E-17, PK-E-24, PK-E-25, PK-E-26, PK-E-27, PK-E-37,</p> <p>2. Adanya Ketidaksesuaian antara bisnis proses yang dilakukan dengan apa yang tertulis si SOP nomor PK-E-37</p> <p>3. Tidak adanya SOP terkait proses administrasi Dosen tidak tetap (Dosen luar biasa)</p>				Open

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
10.	Bagian : Unit Penunjang /Pusdata Auditi : Uli Hamida Fitra Aprilindo A Auditor : Emi Rusmiati Yulius Jatmiko N	<p><u>Prosedur Kerja PK-F-01</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permintaan data di dokumen ada yang tidak sesuai SOP (langsung bypass) 2. Formulir permintaan data pada dokumen belum seragam <p><u>Pengendalian Risiko:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Belum ada dan belum dilaksanakannya pengendalian resiko kepada server ketika: Listrik mati, akses provider down, dan server down 4. Perlu pelatihan upgrading untuk personil 	<p><u>Prosedur Kerja PK-F-01</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta unit pemohon untuk membuat pengajuan surat kepada Pudir 2 2. Formulir permintaan data pada dokumen PK-F-01 belum seragam <p><u>Pengendalian Risiko</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyusun Instruksi Kerja pada saat Listrik mati, akses provider down, dan server down 4. Mengajukan permohonan pelatihan upgrading untuk personil Pusdata 	Menunjukkan SOP kepada yang meminta perubahan untuk melakukan pengajuan kepada Pudir 2		

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
11.	Bagian : Perpustakaan Auditi : Fifi Lailasari H Auditor : Dianasanti Salati Fitria Ika A	1. Belum adanya kepala perpustakaan sebagai penanggung jawab. Sasaran Mutu: 2. Pengadaan buku yang harus dibeli tahun ini belum ada, karena tidak diberikan anggaran, dan belum ada buku pedoman DDC Prosedur Kerja PK-G-01 3. pengadaan koleksi buku baru belum terkoordinasi dengan transparan, termasuk tentang SK Pengadaan Barang dan Jasa. Daftar penambahan koleksi (dari alumni) belum selesai, karena kekurangan tenaga pustakawan. PK-G-02 4. dihilangkan PK-G-03 5. Penambahan kalimat untuk melakukan perpanjangan				

NO	KETERANGAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	TINDAKAN KOREKTIF	TINDAKAN PENCEGAHAN	TARGET SELESAI	STATUS
		<p><u>Daftar Risiko</u></p> <p>6. tidak tersedia anggaran, sehingga penambahan koleksi buku hanya dari sumber alumni.</p>				
13	<p>Bagian : Lembaga Sertifikasi Profesi</p> <p>Auditi : Ahmad Juniar Denny Rianditha A.P</p> <p>Auditor : Dianasanti Salati Fitria Ika A</p>					

3. PENUTUP

Laporan Audit Mutu Internal (AMI) tahun 2019 yang telah disampaikan diatas pastinya masih ditemukan beberapa kekurangan, dan sebagai bagian dari siklus penjaminan mutu berkelanjutan maka perbaikan akan terus dilakukan pada tahun mendatang. Laporan ini adalah bagian dari proses check (evaluasi) terhadap Sistem Manajemen Mutu yang telah dikembangkan di Politeknik STMI Jakarta, maka besar harapan apabila hasil audit ini bisa digunakan sebagai bahan evaluasi diri bagi Politeknik STMI Jakarta terhadap kinerjanya ditahun 2019. Selanjutnya masukan dan saran bagi pengelola SMM ISO 9001:2015 dari seluruh pemangku kepentingan di Politeknik STMI Jakarta demi perbaikan berkelanjutan ditahun-tahun berikutnya.

Jakarta, November 2019

Wakil Manajemen Mutu

Emi Rusmiati