



**SEKOLAH TINGGI AGAMA ISLAM
FATAHILLAH
SERPONG TANGERANG SELATAN**

Jl. Raya Puspiptek No. 135 Serpong Kota Tangerang Selatan
Kode Pos 15310, Tlp 08118905809, Fax (021)75872434
Email : Stafatahillah135@gmail.com

SURAT KEPUTUSAN

**KETUA STAI FATAHILLAH SERPONG
NOMOR: 023/KETUA/AMI/STAI/FAT/I/2025**

**TENTANG
PENETAPAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) TAHUNAN
STAI FATAHILLAH SERPONG TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

Ketua STAI Fatahillah Serpong, setelah:

Menimbang : a. bahwa untuk menjamin mutu penyelenggaraan pendidikan tinggi, diperlukan pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) yang dilaksanakan secara berkala dan terencana sebagai bagian dari siklus PPEPP;
b. bahwa pelaksanaan AMI tahunan merupakan implementasi SPMI berbasis risiko sesuai Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023;
c. bahwa untuk menjamin keselarasan standar perguruan tinggi dengan implementasi di lapangan, perlu ditetapkan Tim Auditor dan ruang lingkup AMI Tahun Akademik 2024/2025 melalui surat keputusan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. PP Nomor 4 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi oleh Badan Penyelenggara;
3. Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
4. Statuta STAI Fatahillah Serpong Tahun 2025–2030;
5. Kebijakan SPMI STAI Fatahillah Serpong Tahun 2025;
6. Renstra STAI Fatahillah Serpong 2025–2030.

MEMUTUSKAN:

MENETAPKAN :

KESATU : Menetapkan pelaksanaan Audit Mutu Internal Tahunan STAI Fatahillah Serpong Tahun Akademik 2024/2025.

KEDUA : Menugaskan Tim Auditor Mutu Internal sebagaimana tercantum dalam Lampiran I keputusan ini.

KETIGA : Menetapkan Ruang Lingkup, Metode, dan Jadwal Pelaksanaan AMI sebagaimana tercantum dalam Lampiran II

KEEMPAT : Hasil AMI dilaporkan melalui Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebagai dasar peningkatan mutu pada siklus PPEPP berikutnya

KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Tangerang Selatan

Pada Tanggal : 20 Januari 2025

Ketua,

STAI Fatahillah Serpong



Dr. H. Akhmad Shunhaji, M.Pd.I

LAMPIRAN I

TIM AUDIT MUTU INTERNAL STAI FATAHILLAH SERPONG TAHUN AKADEMIK 2024/2025

No	Nama	Jabatan dalam Tim	Sertifikasi Auditor	Keterangan
1	Dr. Ika, M.Ag	Ketua Tim merangkap Auditor SDM & Tata Kelola	Auditor SPMI (LPM)	Internal
2	Lamya Hayatina, M.Pd.I	Auditor Bidang Akademik	Sertifikat AMI	Internal
3	Dr. Windy Dian Sari, M.Pd	Auditor Bidang PkM & Kerja Sama	Pelatihan AMI	Internal
4	Sekretariat LPM	Admin Audit	Internal	Dokumentasi & evidence

LAMPIRAN II

RUANG LINGKUP, METODE, DAN JADWAL AMI Tahun Akademik 2024/2025

1. Ruang Lingkup Audit

Bidang	Standar SPMI yang Diaudit	Unit Terkait	Fokus Risiko
Akademik	Standar Pembelajaran & Kurikulum OBE-MBKM	Prodi PAI	Konsistensi CPL–CPMK–Penilaian
SDM & Tata Kelola	Standar Dosen, Tenaga Kependidikan, dan Tata Kelola	Kepegawaian & Ketua	Rasio Dosen Tetap, BKD, kompetensi
Mahasiswa	Standar Kemahasiswaan & Layanan Akademik	BAU/BAK	Kepuasan layanan & tracer
PkM & Kerja Sama	Standar PkM & Kemitraan	LPPM	Kesesuaian peta jalan & luaran
SPMI	PPEPP berbasis risiko	LPM	Konsistensi siklus & evidence peningkatan

2. Metode AMI

1. Telaah dokumen (*desk evaluation*)
2. Wawancara unit terkait
3. Observasi terbatas
4. *Cross-check* dengan *evidence* (*run-chart*, instrumen, berita acara)
5. Penilaian kesesuaian standar dan perbaikan berkelanjutan

3. Jadwal Pelaksanaan AMI

Tahap	Waktu	Output
Sosialisasi Instrumen & TOR	Jan 2025	SK + Instrumen Final
Pengumpulan & Review Dokumen	Feb 2025	Cek-list kepatuhan awal
Pelaksanaan AMI (Audit Lapangan)	Maret 2025	Laporan Temuan (draft)
Klarifikasi & Verifikasi	April 2025	RTL (Rencana Tindak Lanjut)
RTM	Mei 2025	Rekomendasi peningkatan mutu

SKEMA PENILAIAN

Skor	Kategori	Deskripsi Terperinci	Contoh Kondisi di Lapangan
1	Tidak Memenuhi	Standar tidak dilaksanakan / tidak ada dokumen pendukung. Tidak ditemukan bukti implementasi. Hanya berupa rencana, tidak ada aktivitas nyata Tidak ada keterlacakan PPEPP	Tidak ada SOP, tidak ada laporan, tidak ada agenda uji kepatuhan
2	Memenuhi Sebagian	Ada dokumen, tapi implementasi tidak konsisten. Bukti pelaksanaan hanya sebagian/parsial. Aktivitas berjalan, tetapi tidak terdokumentasi lengkap. PDLR tidak utuh, hanya P (plan) dan D (do)	Ada SK kurikulum tapi tidak ada bukti evaluasi CPL di RTM
3	Memenuhi Penuh	Standar sudah dijalankan sesuai ketentuan Ada bukti lengkap dan terarsip baik PPEPP lengkap (penetapan–pelaksanaan–evaluasi–pengendalian–peningkatan) berjalan Ada tindak lanjut terdokumentasi	SOP dilaksanakan, bukti implementasi, laporan, RTL tersedia
4	Unggul / Best Practice	Selain memenuhi penuh, ada inovasi/keunggulan khas Menghasilkan perbaikan nyata (terukur) → <i>run-chart</i> / indikator outcome• Ada pembelajaran organisasi / replikasi di unit lain• Risiko terkelola dengan bukti mitigasi	Misal: pendampingan pembelajaran berbasis Manajemen Cinta → terbukti menurunkan keterlambatan mahasiswa 35%

7 Klaster AMI STAIFS 2024/2025

No	Klaster	Fokus Evidence
1	Akademik	Kurikulum OBE, CPL, pembelajaran
2	SDM	Kualifikasi, BKD, pengembangan dosen
3	Tata Kelola	Perencanaan, kebijakan, pelaporan
4	Kemahasiswaan	Layanan, tracer, prestasi
5	PkM & Kerja Sama	Luaran, kemanfaatan, kolaborasi
6	SPMI	PPEPP + evidence + risk-based
7	Sarpras & Risiko	Sarpras, keselamatan, mitigasi risiko

K L A S T E R 1 – AKADEMIK

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence Utama
1	CPL disusun sesuai profil lulusan & SN-Dikti	Standar Pendidikan	Dokumen CPL + matriks profil lulusan
2	CPL diturunkan ke CPMK dan bahan kajian secara konsisten	Standar Kurikulum	CPMK dalam RPS + matriks CPL-CPMK
3	RPS berbasis OBE (learning outcomes-based)	Standar Pembelajaran	RPS + bukti sosialisasi
4	Pelaksanaan pembelajaran sesuai RPS	Standar Proses Pembelajaran	Jurnal perkuliahan / LMS / presensi
5	Asesmen pembelajaran berbasis rubrik kinerja	Standar Penilaian	Rubrik penilaian + sampel nilai
6	Monitoring & evaluasi pembelajaran berjalan rutin	Standar Pengendalian	Form monitoring / laporan evaluasi
7	Tindak lanjut hasil pembelajaran terdokumentasi	Standar Peningkatan	Ringkasan perbaikan / RTL prodi
8	Inovasi pembelajaran (teknologi / metode aktif)	Best Practice	Bukti media/inovasi / pelatihan
9	Umpan balik mahasiswa digunakan untuk perbaikan	SN-Dikti + MBKM	Hasil survei kepuasan / refleksi
10	Kesesuaian pembelajaran dengan konsep <i>Manajemen Cinta</i> (nilai inti STAIFS)	Kekhasan STAIFS	Panduan + bukti integrasi nilai

INDIKATOR KLAS TER 2 (SDM)

No	Indikator SDM	Standar Acuan	Evidence Utama
1	Rasio dosen tetap terhadap mahasiswa memenuhi ketentuan SN-Dikti	Standar Dosen	Data PD-Dikti / Rekap Rasio
2	Kualifikasi akademik dosen sesuai ketentuan perundangan	Standar Kompetensi	Ijazah, SK, SIVIL
3	Linearitas bidang keilmuan dosen dengan mata kuliah yang diampu	Standar Rekrutmen/Keilmuan	SK Mengajar, Matriks
4	Pemenuhan beban kerja dosen (BKD/SP-Dosen)	Standar Kinerja	Laporan BKD
5	Pengembangan kompetensi dosen melalui pelatihan/sertifikasi terencana	Standar Pengembangan	Sertifikat/Daftar pelatihan
6	Pembinaan dosen pemula / magang berjalan (coaching/mentoring)	SN-Dikti	Bukti pembinaan
7	Evaluasi kinerja dosen berbasis data (survei/monitoring)	Standar Evaluasi	Laporan evaluasi
8	Pengembangan SDM disusun berbasis analisis risiko (gap kompetensi & kebutuhan masa depan)	Risk-based SPMI	Peta risiko SDM + roadmap pengembangan

INDIKATOR KLASTER 3 (TATA KELOLA)

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence
1	Struktur organisasi sesuai dengan Statuta	Standar Tata Kelola	Statuta + SK Struktur
2	Perencanaan program kerja selaras Renstra	Standar Perencanaan	RKAT/Renja
3	Pelaksanaan tata kelola berdasarkan prinsip akuntabilitas	GUG / SN-Dikti	Laporan Kinerja
4	Pelaporan kinerja dilakukan secara periodik & terdokumentasi	Standar Evaluasi	Laporan semesteran/tahunan
5	Transparansi & akuntabilitas keuangan dijalankan dengan prosedur	Good Governance	Bukti pelaporan keuangan
6	Mekanisme kontrol internal berjalan (pengendalian mutu tata kelola)	PPEPP	Notulen/BA rapat kendali
7	Pengambilan keputusan berbasis data (bukan informal)	GUG Modern	Kokpit data / evidence
8	Tata kelola berbasis risiko (risk register kelembagaan tersedia & digunakan)	Risk-Based Governance	Dokumen risk register
9	Sistem dokumentasi & arsip mutu berjalan terstandar	SPMI Implementation	Arsip digital/Google Drive
10	Konsistensi pelaporan ke PD-DIKTI dan rekap pelaksanaannya	Akuntabilitas nasional	Capture pelaporan PD-DIKTI

KLASTER 4: KEMAHASISWAAN

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence
1	Sistem layanan kemahasiswaan berjalan sesuai SOP	Standar Layanan	SOP + Dokumentasi layanan
2	Akses mahasiswa terhadap layanan bersifat adil & inklusif	Prinsip Fairness	Bukti pelayanan tanpa diskriminasi
3	Program pembinaan minat & bakat tersedia dan berjalan	Standar Pengembangan Diri	Agenda kegiatan / laporan
4	Pelacakan alumni (tracer study) dilakukan secara periodik	SN-Dikti	Hasil tracer
5	Hasil tracer digunakan untuk perbaikan kurikulum/layanan	PPEPP	Rekomendasi tindak lanjut
6	Ada mekanisme aspirasi/pengaduan mahasiswa	Perlindungan Mahasiswa	Form / kanal pengaduan
7	Evaluasi kepuasan mahasiswa terdokumentasi	Standar Evaluasi	Hasil survei
8	Manajemen risiko kemahasiswaan tersedia (risiko akademik/sosial/psikologis)	Risk-based Service	Risk register mahasiswa

9	Program dukungan wellbeing/psikososial berbasis nilai CME	Distinctive Feature	Panduan & dokumentasi
10	Implementasi tindak lanjut dari evaluasi kepuasan	PPEPP – Peningkatan	Bukti follow-up

INDIKATOR KLASER 5 (PKM & KERJA SAMA)

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence
1	PkM dilaksanakan sesuai peta jalan (roadmap)	Standar PkM	Peta Jalan PkM
2	Kesesuaian tema PkM dengan keilmuan dosen & kebutuhan masyarakat	SN-Dikti	Proposal / TOR
3	Pelaksanaan PkM terdokumentasi dan dapat ditelusuri	Standar Pelaksanaan	Laporan PkM
4	Kegiatan PkM bermitra dengan lembaga eksternal	Kerjasama Tri Dharma	MoU/MoA/SPK
5	Hasil PkM menghasilkan luaran (modul, HKI, publikasi dsb)	Outcome-based	Bukti luaran
6	Tindak lanjut PkM memberikan manfaat berkelanjutan	Sustained Impact	Dokumentasi follow-up
7	Evaluasi pelaksanaan PkM dilakukan terhadap dampak sosial/edukatif	Evaluasi Dampak	Instrumen evaluasi
8	Pengelolaan risiko dalam PkM (keselamatan, etika, keberlanjutan)	Risk-based PkM	Risk register PkM
9	Analisis kebermanfaatan / social return (walau sederhana)	Value for Society	Narasi dampak/indikator
10	Hilirisasi PkM → replikasi atau model praktek baik	Distinctive	Bukti replikasi adopsi

KLASER 6: SPMI (RISK-BASED CORE)

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence
1	Kebijakan SPMI ditetapkan dan disosialisasikan	Kebijakan Mutu	SK Kebijakan + bukti sosialisasi
2	Manual/Panduan PPEPP diterapkan secara konsisten	PPEPP	Manual + bukti implementasi
3	Standar SPMI mencakup seluruh tridharma & tata kelola	SN-Dikti & Internal	Dokumen standar
4	AMI dilaksanakan rutin & terdokumentasi	PPEPP – Evaluasi	SK AMI + jadwal + bukti
5	RTM dilakukan sebagai tindak lanjut AMI	PPEPP – Pengendalian	BA RTM & rekomendasi
6	Perbaikan/peningkatan terbukti dari RTM → RTL → aksi	PPEPP – Peningkatan	RTL + bukti follow-up
7	SPMI terintegrasi dengan risk management	53/2023	Risk register
8	Pemantauan mutu berbasis data kecil & berkala (run-chart)	Living Evidence	Run-chart kehadiran/kinerja

9	Dokumentasi dan arsip mutu tersimpan sistematis (tracing mudah)	Auditability	Repository/Drive
10	Budaya mutu terinternalisasi → dibuktikan oleh kebiasaan/ritual mutu	Distinctive Evidence	contoh kebiasaan mutu

INDIKATOR KLASTER 7 (SARPRAS & RISIKO)

No	Indikator	Standar Acuan	Evidence
1	Sarana & prasarana mendukung pelaksanaan tridharma	Standar Sarpras	Inventaris / foto ruang
2	Ketersediaan sarana pendukung pembelajaran (ICT/LMS/digital support)	Standar Proses Pembelajaran	LMS / bukti penggunaan
3	Aksesibilitas sarpras bagi seluruh sivitas (inklusif)	Fairness/Accessibility	Kebijakan akses sarpras
4	Pemeliharaan/pengelolaan aset berjalan rutin & terdokumentasi	Standar Pengelolaan	Jadwal & laporan pemeliharaan
5	Sistem keamanan kampus (fisik/operasional) berjalan	K3 / Security	CCTV, SOP keamanan
6	Keselamatan & kesehatan lingkungan kampus diperhatikan	K3 Lingkungan	Checklist keselamatan
7	Risk register sarpras tersedia & digunakan (identifikasi risiko operasional)	Risk-Based	Risk register sarpras
8	Rencana mitigasi & respons risiko terdokumentasi	Risk Response	SOP mitigasi
9	Simulasi/monitoring keselamatan dilakukan periodik	Kesiapsiagaan	BA/simulasi keselamatan
10	Evaluasi sarpras menghasilkan perbaikan nyata	PPEPP Sarpras	Bukti perubahan/perbaikan