

## 1. Hasil penilaian

Berdasarkan hasil penilaian, Tim Penilai merekomendasikan sertifikasi ISO 9001: 2015 untuk Universitas Wijaya Kusuma untuk ruang lingkup yang disepakati. Penilaian tahap 2 selesai; organisasi telah menunjukkan tingkat kepatuhan dan komitmen tinggi terhadap kepemimpinan untuk menerapkan sistem manajemen mutu. Tidak ada NC (temuan) utama yang dikeluarkan, berdasarkan pengambilan sampel yang diambil, untuk area penilaian di bawah lingkup sertifikasi. Berdasarkan penilaian ini, oleh karena itu, organisasi dapat direkomendasikan untuk mendapatkan sertifikat ISO 9001: 2015 dan akan ikuti program pengawasan rutin. Kunjungan berikutnya akan dilakukan pada Juli 2019 dalam 2 MD.

Area yang menjadi perhatian manajemen senior:

Pemikiran dan kesadaran berbasis risiko dalam menerapkan sistem yang perlu perbaikan lebih lanjut NC (Ketidaksesuaian) kecil yang harus ditindaklanjuti untuk menghindari perbedaan lebih lanjut

## 2. Temuan penilaian

Jika persyaratan skema berbeda dengan definisi standar di bawah ini, definisi skema akan lebih disukai

### Ketidaksesuaian Utama

Tidak adanya, atau kegagalan untuk menerapkan dan memelihara, satu atau lebih elemen sistem manajemen, atau situasi yang akan, berdasarkan ketersediaan bukti objektif, menimbulkan keraguan signifikan terhadap manajemen untuk mencapai: Kebijakan, sasaran atau komitmen publik organisasi, kepatuhan terhadap persyaratan peraturan yang berlaku, kesesuaian dengan persyaratan pelanggan yang berlaku, kesesuaian dengan kriteria audit yang disampaikan.

### Ketidaksesuaian minor

Temuan yang mengindikasikan kelemahan dalam sistem yang diterapkan dan dipelihara, yang belum berdampak signifikan pada kemampuan sistem manajemen atau mempengaruhi hasil sistem, tetapi perlu ditangani untuk memastikan kemampuan sistem di masa depan.

### Job Des (Stage 1, 19 Desember 2018)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Job des telah ditetapkan dalam PER REKTOR 43 tetapi pekerjaan spesifikasi belum ditentukan. Misalnya, persyaratan untuk pendidikan, pelatihan dan pengalaman tidak tersedia untuk posisi kepala biro dan dept lainnya. Pengukuran kompetensi belum dilakukan. Ini bukan kepatuhan dengan pasal 7.2.
Kebutuhan	Organisasi harus menentukan kompetensi orang yang diperlukan melakukan pekerjaan di bawah kendalinya yang mempengaruhi kinerja dan efektivitas manajemen mutu sistem
Bukti	Kepala posisi biro dan dept lainnya.
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Organisasi akan membuat dokumen pada akhir Januari 2019.
Koreksi	Pembentukan spesifikasi pekerjaan selesai. Lihat posisi BP3

	dan Kepala BPM. Deskripsi pekerjaan untuk posisi kritis seperti kepala BAA, BPM BP3 dll telah didirikan. Spesifikasi pekerjaan ditemukan telah ditetapkan; Pengukuran dari Kompetensi sudah dilakukan tetapi masih belum untuk semua posisi. Kriteria kompetensi bersifat normatif dan tidak terlalu spesifik untuk dijelaskan tahu teknis yang diperlukan bagaimana. Oleh karena itu, status tetap terbuka tetapi diturunkan menjadi ketidaksesuaian minor
Analisis Penyebab	RC diidentifikasi dan ditemukan efektif untuk menghilangkan masalah
Tindakan perbaikan	Deskripsi pekerjaan untuk posisi kritis seperti kepala BAA, BPM BP3 dll telah didirikan. Spesifikasi pekerjaan ditemukan telah ditetapkan; Pengukuran dari Kompetensi sudah dilakukan tetapi masih belum untuk semua posisi. Kriteria kompetensi bersifat normatif dan tidak terlalu spesifik untuk dijelaskan tahu teknis yang diperlukan bagaimana. Oleh karena itu, status tetap terbuka tetapi diturunkan menjadi NC minor

### Internal Audit (Stage 1, 19 Desember 2018)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Audit internal dilakukan pada awal Desember 2018; CAR diterbitkan mencegah terjadi penyimpangan; tetapi verifikasi untuk tindakan yang diambil perlu ditingkatkan. Tidak ada bukti yang dinyatakan sebagai dasar untuk menutup temuan. Lihat NCR BAKH untuk tanggal 5 Des 2018
Kebutuhan	10.2.1 Ketika ketidaksesuaian terjadi, termasuk yang timbul dari keluhan, organisasi harus: Tinjau efektivitas tindakan korektif yang dilakukan;
Bukti	Lihat NCR BAKH untuk tanggal 5 Des 2018
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Merevisi laporan dan memberi pengarahannya kepada auditor untuk menyelesaikannya pada akhir Januari 2019.
Koreksi	Tidak efektif, masalah masih terjadi.
Analisis Penyebab	Tidak efektif, masalah masih terjadi.
Tindakan perbaikan	Tidak efektif, masalah masih terjadi.

### Management Review (Stage 1, 19 Desember 2018)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Rapat tinjauan manajemen belum selesai seperti yang dipersyaratkan oleh standar ISO klausula 9.3.
Kebutuhan	Manajemen tingkat atas harus meninjau manajemen kualitas organisasi sistem, pada interval yang direncanakan, untuk memastikan kesesuaian, kecukupan, efektivitas, dan keselarasan dengan strategis arah organisasi.
Bukti	Informasi yang terdokumentasi terkait dengan hasil tinjauan Manajemen tidak tersedia
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	RTM akan selesai pada akhir Januari 2019
Koreksi	RTM telah selesai pada pertengahan Januari 2019
Analisis Penyebab	Analisis RC diidentifikasi dan efektif untuk mengatasi masalah.
Tindakan perbaikan	RTM telah selesai pada pertengahan Januari 2019

### Survei Pelanggan (Stage 1, 19 Desember 2018)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Survei pelanggan perlu ditingkatkan di tiap bidang. Jangka waktu Pelanggan harus diganti oleh pemegang saham sejak pengguna Layanan tidak hanya mahasiswa tetapi juga dosen. Desain survei dibuat tetapi masih untuk semua layanan biro bukannya khusus untuk departemen terkait Kepuasan mahasiswa diukur tetapi itu terkait dengan pengajaran dan pembelajaran layanan biro administrasi di mana ISO 9001: 2015 diterapkan. Survei terbaru kepada dosen dilakukan pada 2017, untuk 2018 tidak dilakukan namun.
Kebutuhan	Organisasi harus memantau persepsi pelanggan terhadap tingkat tersebut dimana kebutuhan mereka dan harapan telah terpenuhi. Organisasi harus menentukan metode untuk memperoleh, memantau dan meninjau informasi ini.
Bukti	Survei kepuasan terhadap dosen pada tahun 2017.
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Perbaiki laporan dan lakukan survei jika memungkinkan.
Koreksi	Laporan survei pelanggan telah direvisi.
Analisis Penyebab	Penjelasan PIC telah dilakukan
Tindakan perbaikan	Laporan selesai dan terbukti efektif. Lihat kepuasan CS Laporan survei.

### Penilaian Spot BAA (Stage 1, 19 Desember 2018)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Contoh: Nuzula, Mhs Ilmu Hukum; Wahyu Trisna (IT) Kedua siswa telah berhenti secara permanen tetapi aplikasi (SMPTI dan PDDIKTI) masih berstatus aktif dan tidak mendaftar. Tidak ada status drop secara permanen tersedia. Perlakuan atau mekanisme kepada siswa yang terlambat dalam pendaftarannya belum ditetapkan dalam informasi yang didokumentasikan.
Kebutuhan	Prosedur berhenti studi tetap PM-BAA.AKD-07
Bukti	Prosedur berhenti studi tetap / sampel: Nuzula, Mhs Ilmu Hukum; Wahyu Trisna (IT) / BST
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Tinjau sistem dan perbaiki pada akhir Januari 2019
Koreksi	Ada koreksi pada sistem; data diverifikasi antara fakultas dan universitas. Lihat Surat PR 1, K02 / TU / UWKS / I / 2019
Analisis Penyebab	Penyebab utama ditemukan; briefing dibuat untuk orang yang bersangkutan. Lihat Surat PR 1, K02 / TU / UWKS / I / 2019
Tindakan perbaikan	Ada koreksi pada sistem; data diverifikasi antara fakultas dan universitas. Lihat Surat PR 1, K02 / TU / UWKS / I / 2019

### BAK dan BAU (Stage 2, 21 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Diamati bahwa Peluang dan rencana aksi mereka di Fungsi BAK dan BAU belum diidentifikasi dan dikelola.
Kebutuhan	Klausa 6.1
Bukti	Lihat tabel risiko dan peluang / daftar di BAK dan BAU. Saat ini hanya Risiko yang diidentifikasi.
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Peluang dan rencana tindakan mereka di Fungsi BAK dan BAU akan diidentifikasi, didaftarkan dan dikelola serta Risiko-risiko pada tabel risiko / peluang.

Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

### BAU (Stage 2, 22 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur Pelatihan no. PM-BAU-PEG-02 belum menggambarkan aktivitas identifikasi kebutuhan pelatihan berdasarkan pada fungsi / bureaurequest, saat ini pelatihan membutuhkan identifikasi berdasarkan analisis kompetensi Gap saja.</li> <li>2. Rencana / program pelatihan 2019 menurut identifikasi pelatihan (analisis kompetensi Gap dan permintaan pengguna / fungsional) belum dikembangkan dan didokumentasikan.</li> <li>3. Basis data karyawan di SIEMA belum diperbarui sesuai data dan pelatihan karyawan terakhir. Sampel diambil: Pak Darmanto (BAU), Pak Andi Arudji (BAK).</li> </ol>
Kebutuhan	Klausul 7.2
Bukti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lihat Prosedur Pelatihan no. PM-BAU-PEG-02 yang perlu ditinjau dan direvisi seperlunya.</li> <li>2. Tidak ada rencana / program Pelatihan 2019 sesuai dengan identifikasi pelatihan (analisis kompetensi Gap dan permintaan pengguna / fungsional) sampai waktu penilaian.</li> <li>3. Basis data karyawan di SIEMA belum diperbarui. Sampel diambil: Pak Darmanto (BAU), Pak Andi Arudji (BAK).</li> </ol>
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tinjau dan perbaiki Prosedur Pelatihan no. PM-BAU-PEG-02 yang diperlukan untuk memastikan semua identifikasi kebutuhan pelatihan telah didokumentasikan.</li> <li>2. Rencana / program pelatihan 2019 akan dikembangkan dan didokumentasikan.</li> <li>3. Basis data karyawan di SIEMA akan diperbarui sesuai data dan pelatihan karyawan terakhir.</li> </ol> <p>Skala waktu: kunjungan LRQA berikutnya.</p>
Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

### BAU / Evaluasi penyedia eksternal (Stage 2, 22 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metode evaluasi subkontraktor / pemasok tidak ditentukan dan ditetapkan. Menurut prosedur pengadaan No, PM.BAU.RT-02, kriteria evaluasi Kualitas (Kualitas barang), Layanan (pelayanan), Waktu Pengiriman (waktu pengiriman).</li> <li>2. Daftar pemasok / penyedia eksternal yang disetujui tidak didefinisikan dan didokumentasikan.</li> <li>3. Evaluasi Kinerja pemasok / penyedia eksternal yang ada belum dilakukan sejak sistem kualitas diterapkan.</li> </ol>
----------------------------	--

Kebutuhan	Kausul 8.4.1
Bukti	Metode evaluasi subkontraktor / pemasok / penyedia eksternal dan Daftar pemasok / penyedia eksternal yang disetujui tidak ditentukan dan tidak tersedia. Tidak ada bukti bahwa Evaluasi Kinerja pemasok / eksternal yang ada dilakukan sejak sistem kualitas diterapkan. Contoh penyedia eksternal: Nisrina Jaya (pemeliharaan AC), Layanan Cahaya (pemeliharaan AC), PT ASH (layanan kebersihan), dll.
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	1. Menentukan Metode evaluasi subkontraktor / pemasok / penyedia eksternal dengan kriteria evaluasi Kualitas (Kualitas barang), Layanan (pelayanan), Waktu Pengiriman (waktu pengiriman). 2. Tetapkan daftar pemasok / penyedia eksternal yang disetujui sesuai kondisi saat ini. 3. Melakukan Evaluasi Kinerja pemasok yang ada / penyedia eksternal sebagai prosedur perusahaan. Skala waktu: kunjungan LRQA berikutnya.
Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

#### BAU / Pemeliharaan infrastruktur (Stage 2, 22 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Selama kunjungan lapangan, ditemukan beberapa fasilitas / infrastruktur universitas tidak berfungsi dengan baik untuk mendukung pemberian layanan universitas.
Kebutuhan	Klausul 7.1.3
Bukti	Sampel diambil selama kunjungan lapangan, seperti: pembilasan dan keran lemari di beberapa Toilet di Fakultas Hukum dan Ekonomi tidak berfungsi dengan baik, Kunci pintu ruang Universitas BEM rusak, Wastafel Ada kebocoran wastafel di toilet Pria dekat kantor PJM.
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Memperbaiki beberapa Infrastruktur / fasilitas terkait yang belum berfungsi dengan baik. Lakukan inspeksi rutin ke semua fasilitas dan infrastruktur yang disediakan untuk memastikan semua fasilitas bekerja dengan baik. Melakukan pemeliharaan preventif berkala untuk fasilitas / infrastruktur sebagaimana berlaku. Skala waktu: kunjungan LRQA berikutnya.
Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

#### BP3 (Stage 2, 24 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	Kegiatan lain tidak dapat dilaksanakan karena kekurangan tenaga kerja. Sebagai contoh, proses Pengembangan Kurikulum yang sekarang masih dilakukan oleh Departemen itu sendiri bukan BP3. Tidak ada rencana spesifik kapan akan dilaksanakan. Road map yang menentukan rencana aksi BP3 perlu disediakan sebagai dasar untuk merekrut tenaga kerja.
Kebutuhan	Organisasi harus menerapkan produksi dan penyediaan layanan dalam kondisi yang terkendali.
Bukti	Tidak ada bukti tentang implementasi informasi yang didokumentasikan berjudul Proses Pengembangan Kurikulum
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Terapkan prosedur pada akhir Juni 2019
Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

### BAA (Stage 2, 24 Januari 2019)

Pernyataan Ketidaksesuaian	SOP yang menggambarkan alur proses untuk menciptakan ijazah belum ditetapkan. Ini termasuk kegiatan yang berkaitan dengan kapan membuat ijazah, prasyarat, menyimpan kertas ijazah termasuk disposisi jika ada kesalahan dalam penulisan ijazah, opname kertas ijazah dll
Kebutuhan	8.5.1 Pengendalian produksi dan penyediaan layanan Organisasi harus menerapkan produksi dan penyediaan layanan dalam kondisi yang terkendali
Bukti	Tidak ada kondisi terkendali yang terbukti selama mengelola proses
Usulan koreksi, tindakan korektif dan rentang waktu	Menetapkan informasi terdokumentasi yang relevan pada akhir Januari 2019
Koreksi	
Analisis Penyebab	
Tindakan perbaikan	

### **3. Ringkasan penilaian**

#### **Tinjauan Umum Kunjungan**

Ini adalah kunjungan Tahap 2, dilakukan terhadap tujuan yang sebelumnya diberitahukan kepada klien. Tujuan kunjungan berikutnya, termasuk tujuan spesifik kunjungan yang berlaku

(tema / fokus), dikonfirmasi dalam rencana audit yang dilampirkan pada laporan ini. Penilaian ini dilakukan oleh Rusli Ananda (TL) dan Edy JS (Anggota).

### **Peserta klien pada pertemuan pembukaan dan penutupan**

Pembukaan dilakukan di Ruang Rektor di pagi hari, dihadiri oleh semua manajemen universitas. Penjelasan mengenai tujuan kunjungan, metode penilaian termasuk ruang lingkup telah diinformasikan. Pada pertemuan penutupan, dihadiri oleh manajemen dan orang terkait lainnya, ringkasan dan kesimpulan penilaian dijelaskan.

Penilaian tahap 2 ini dilakukan di Supporting Dept di Universitas Wijaya Kusuma di Surabaya. UWKS adalah salah satu universitas swasta di Surabaya yang memiliki reputasi baik di bidang pendidikan tinggi. Profil lengkap organisasi ini dapat dihubungi di [www.uwks.ac.id](http://www.uwks.ac.id).

### **Pihak yang diaudit**

Bapak Sri Harmadji (Prof) / Rektor dan tim (Wakil Rektor 1,2,3 dan 4) Bapak Heny S (MR) / (Bu Indah - DCC)

### **Assesor**

Ananda, Rusli

### **Jejak audit dan sumber bukti:**

Perubahan konteks organisasi, tinjauan Manajemen, Audit Internal, Peningkatan berkelanjutan, Manajemen perubahan (Sistem & Organisasi), Tindakan korektif, Pengelolaan keluhan, Kinerja terhadap sasaran sistem manajemen klien, Penggunaan Logo.

### **Evaluasi dan kesimpulan:**

Manajemen Wawancara selesai; beberapa penjelasan untuk masalah berikut telah dilakukan.

#### Kekuatan

- Sebagai universitas swasta, universitas manajemen memiliki otonomi dalam mengelola aspek keuangan
- Dosen dari pemerintah memiliki dukungan operasional manajemen pengajaran dan pembelajaran di Universitas.
- "Pola Ilmiah Pokok" fokus pada Penelitian dan kewirausahaan
- 10 universitas terbaik di Surabaya (No 8)
- Universitas budaya sebagai merek universitas
- Lokasi universitas di pusat kota Surabaya.

## Kelemahan

- Status aset yang masih belum dimiliki oleh universitas.
- Kebijakan pemerintah terkait dengan operasional universitas swasta. Kesempatan
- Peluang untuk tumbuh masih terbuka karena organisasi memiliki aspek kekuatan.

## Elemen QA

Manual mutu Rev 00, 3 September 2018 / Menit pertemuan RTM dan Materi Presentasi / Daftar Hadir RTM Jan 2019. Peraturan Rektor no 01 thn 2019 Standar Kompetensi Kepala Biro, Ketua Lembaga / Badan, Kepala Bagian dan Staf.

Audit internal dilakukan pada awal Desember 2018; verifikasi dilakukan untuk hasil audit sebelumnya yang merupakan temuan dari audit internal tidak dilengkapi dengan nomor laporan yang tepat dan bukti verifikasi. Status tetap terbuka karena tindakan tindak lanjut belum selesai.

Tinjauan manajemen dilakukan pada 15 Januari 2019. Agenda wajib telah dibahas sebagaimana disyaratkan oleh standar, misalnya, pencapaian tujuan kualitas, kepuasan pelanggan, dll. Risalah rapat dihasilkan dan dipelihara.

Pemantauan kepuasan pelanggan dilakukan pada akhir Desember 2018. Analisis dilakukan dan diperlukan rencana tindakan yang dibuat. Target yang terkait dengan indeks kepuasan perlu ditetapkan.

## **Area yang perlu diperhatikan:**

### Pengamatan

Pembenaran untuk klausa pengecualian telah dibuat, manual mutu direvisi tetapi status revisi dan tanggal pendiriannya masih belum berubah. Lihat manual kualitas saat ini. Spesifikasi pekerjaan dan pengukurannya telah dibuat dan dilakukan.

Ini mungkin mempertimbangkan untuk menetapkan tingkat kriteria kecakapan. Akan bermanfaat jika ada sistem penilaian untuk membuatnya kuantitatif daripada kualitatif.

Audit internal dilakukan pada awal Desember 2018; verifikasi dilakukan untuk hasil audit sebelumnya yang merupakan temuan dari audit internal tidak dilengkapi dengan nomor laporan yang tepat dan bukti verifikasi. Status tetap terbuka karena tindakan tindak lanjut belum selesai.

Pemantauan kepuasan pelanggan dilakukan pada akhir Desember 2018. Analisis dilakukan dan diperlukan rencana tindakan yang dibuat. Target yang terkait dengan indeks kepuasan perlu ditetapkan.

## **Pihak yang diaudit**

Tn. Ismanto (Prof) / BP3 Tn. Heny S / BPM BAA (Tn. Siswoyo) & tim (BP3/BPM)

## **Assesor**

Ananda, Rusli

## **Jejak audit dan sumber bukti:**

Tanggung jawab:

- Organisasi
- Kelembagaan
- Kurikulum
- SDM Dosen

SOP Pengembangan Kurikulum Program Studi / SOP Pengembangan Jabatan Akademik Dosen / Surat Persetujuan dan bukti unggahan, contoh: Nugroho Eko Laporan pelaksanaan kegiatan wisuda, 2017/2018 14 April 2018.

Formulir persyaratan enerbitan Ijazah / Peraturan Rektor no 16 thn 2017 / Per Rektor no 43 thn 2018 / Surat PR 1, K02 / TU / UWKS / I / 2019 / Surat Respon FK no 35 / FK / MHS / I / 2019, no 10 / FT / UWKS / 2019, FT.

SOP Manual SPMI Bidang Pendidikan / SOP Evaluasi standard sistem penjaminan mutu internal / Laporan audit SPMI / Lampiran SK rektor UWKS K 722 / 25 Mei 2018 / SK BAN PT Prodi

## **Evaluasi dan kesimpulan:**

Organisasi telah membuat dokumentasi manajemen mutu untuk proses yang disebutkan di atas.

- Kontrol proses dilakukan berdasarkan prosedur yang didokumentasikan ini.
- Auditee telah memahami proses dan tanggung jawab mereka berdasarkan sistem ini. Orang-orang yang kompeten dipekerjakan untuk mengelola proses ini.
- Perencanaan dan pengendalian proses terkait termasuk kontrol terhadap kualitasnya, dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- Pemikiran berbasis risiko telah dilakukan dengan menggunakan Risk Register Doc. Diperlukan perbaikan lebih lanjut.
- Keefektifan proses-proses ini dipantau melalui penetapan sasaran mutu; pencapaian dikendalikan secara bulanan.

Secara keseluruhan, manajemen proses untuk mempertahankan kualitas dikontrol dengan baik kecuali aspek tertentu yang perlu perbaikan dan perhatian lebih lanjut seperti yang dijelaskan di bawah ini.

## **Area yang perlu diperhatikan:**

### Pengamatan BP3

Pernyataan tertentu dalam SOP "Pengembangan Jabatan Akademik Dosen" perlu diperbaiki untuk membuatnya lebih jelas dan menghindari kesalahan persepsi. Menurut SOP, proses

lead time untuk memverifikasi posisi akademik proposal hingga mengunggah dokumen adalah 5 hari. Namun dalam kenyataannya ada aktivitas tertentu yang durasinya akan memakan waktu lebih lama dari standar dan tidak di bawah kendali BP3. Misalnya, salah satu kegiatannya adalah “Membentuk Tim PAK” di mana prosesnya membutuhkan surat persetujuan dari Rektor, dan itu tidak selalu dapat diselesaikan dalam waktu 5 hari. Waktu tunggu aktual ini belum diukur seperti yang dipersyaratkan oleh standar.

Kegiatan lain tidak dapat dilaksanakan karena kekurangan tenaga kerja. Sebagai contoh, proses Pengembangan Kurikulum yang sekarang masih dilakukan oleh Departemen itu sendiri bukan BP3. Tidak ada rencana spesifik kapan akan dilaksanakan.

Road map yang menentukan rencana aksi BP3 perlu disediakan sebagai dasar untuk merekrut tenaga kerja.

#### Pengamatan BPM

- Audit internal kegiatan SPMI perlu menentukan frekuensinya.
- Audit internal SPMI telah direncanakan dan diterapkan pada Juni 2018; namun laporan resmi belum selesai.
- Sasaran mutu yang terkait dengan skor akreditasi perlu dikaitkan dengan audit SPMI. Oleh karena itu, Manajemen Universitas dapat memutuskan rencana tindakan khusus untuk meningkatkan skor.
- Jika memungkinkan, integrasi SPMI ke ISO 9001 dapat dilakukan untuk membuat sistem manajemen universitas lebih mudah dan sederhana.

#### Pengamatan BAA

SOP yang menggambarkan alur proses untuk menciptakan ijazah belum ditetapkan. Ini termasuk kegiatan yang berkaitan dengan kapan membuat ijazah, prasyarat, menyimpan kertas ijazah termasuk disposisi jika ada kesalahan dalam penulisan ijazah, opname kertas ijazah dll

SOP untuk mengelola proses upacara kelulusan perlu ditetapkan untuk memastikan bahwa itu akan dilaksanakan secara konsisten untuk memenuhi persyaratan.

#### **Pihak yang diaudit**

Bpk. Andi Arudji, Bpk. Heri Purnomo, Bp. Ahmad Taufik, Bp. Agung W. (BAK)

#### **Auditor**

Suryawirawan, Edy

#### **Jejak audit dan sumber bukti:**

Struktur Organisasi BAK

Uraian Tugas;

Pemantauan kualitas objektif; Rencana strategis untuk dicapai

Manajemen risiko dan peluang;

SK Rektor UWKS No. 161 th 2018;

Program promosi 2018-2019;

Program beasiswa 2018; Program CSR; Program kemahasiswaan universitas; Keputusan

Rektor No. 90 tahun 2018;

Rencana budget 2012019;

Daftar UKM (organisasi kemahasiswaan);

Laporan kegiatan organisasi kemahasiswaan, Sampel Napza & Aids HIV, Seni Amukti Wijaya,

Struktur organisasi MPM (Majelis Permusyawaratan Mahasiswa) dan BEM (Badan Eksekutif Mahasiswa), Kunjungan lapangan untuk memeriksa fasilitas untuk mahasiswa organisasi yang disediakan oleh universitas.

### **Evaluasi dan kesimpulan:**

Sasaran mutu BAK 2018/2019 didefinisikan dan dipantau setiap bulan. Penyebab utama dan rencana tindakan untuk QO yang tidak tercapai diidentifikasi dan didokumentasikan. Risiko aktivitas di BAK diidentifikasi dan dikelola, namun peluang di departemen ini belum teridentifikasi. Minor NC dikeluarkan.

Lingkup pekerjaan dan tanggung jawab Badan Administrasi Kemahasiswaan (BAK) didirikan serta struktur organisasi. Organisasi mahasiswa diidentifikasi, dikendalikan dan dikelola sesuai peraturan dan kebijakan universitas. Ruang kantor dan fasilitas lain untuk mendukung organisasi siswa disediakan. Sampel organisasi mahasiswa yang diambil, seperti: MPM, BEM, dan Seni Amukti Wijaya. Kegiatan beasiswa dan hibah dari universitas internal dan eksternal diamati untuk direncanakan dan diimplementasikan. Promosi dan publikasi universitas untuk mendapatkan siswa baru yang potensial telah diidentifikasi. Bukti implementasi telah ditunjukkan dan diverifikasi.

Beberapa catatan untuk perbaikan diidentifikasi seperti yang dilaporkan di bawah ini:

### **Area yang perlu diperhatikan:**

1. Lihat Minor NC terkait dengan peluang departemen tentang catatan temuan audit.
2. Semua program / rencana Promosi dan Publikasi 2018-2019 dapat diringkas dan didokumentasikan sebagai program promosi Tahunan.

3. Pelatihan terkait dengan aktivitas Pemasaran (Promosi dan Publikasi) belum disediakan untuk staf yang bertanggung jawab atas aktivitas ini.
4. Universitas dapat mempertimbangkan untuk melakukan tes narkoba sampel untuk siswa yang ada secara berkala untuk memastikan bahwa komitmen siswa yang bebas dari narkoba telah berjalan sebagai komitmen.
5. Fasilitas standar di ruang organisasi siswa belum ditentukan. sampel yang diambil Ruang organisasi Mahasiswa untuk BEM dan MPM;
6. AC di ruang BEM fakultas ekonomi tidak berfungsi dengan baik.

### **Pihak yang diaudit**

Bp Rajiman, Bp Sapto, Bp. Darmanto, Bp. Wistawi (BAU)

### **Auditor**

Suryawirawan, Edy

### **Jejak audit dan sumber bukti:**

Struktur Organisasi, Deskripsi pekerjaan; Kompetensi kerja;

Pemantauan kualitas objektif; Risiko dan peluang;

Visi dan misi, Kebijakan Mutu;

Peraturan Rektor No. 43 Tahun 2018 terkait dengan struktur organisasi dan uraian tugas;

Peraturan Rektor No. 01 Tahun 2019 terkait dengan kompetensi kerja;

Program aplikasi SIEMA (Database karyawan / Riwayat Hidup); Prosedur pelatihan no. PM-BAU-PEG-02. Penilaian Kompetensi Kesenjangan, pelatihan identifikasi, Rencana Pelatihan 2019, sertifikat / bukti pelatihan.

Daftar Pemasok yang Disetujui;

Evaluasi pemasok / subkontraktor;

Kunjungan lapangan ke ruang kelas, toilet, area parkir, ruang BEM, ruang pemantauan CCTV, dll.

### **Evaluasi dan kesimpulan:**

Pencapaian Tujuan Kualitas 2018 BAU dipantau dan dilaporkan. Risiko teridentifikasi, namun, peluang dan rencana tindakan belum diidentifikasi dan dikelola. Lihat Minor NC terkait dengan Peluang.

Prosedur pelatihan no. PM-BAU-PEG-02 dikembangkan. Identifikasi kebutuhan pelatihan berdasarkan fungsi / permintaan biro belum dijelaskan pada prosedur. Rencana / program pelatihan 2019 belum dikembangkan, meskipun penilaian kompetensi telah selesai. Basis

data karyawan di SIEMA belum diperbarui sesuai data dan pelatihan terakhir. Sampel diambil: Pak Darmanto (BAU), Pak Andi Arudji (BAK). Minor NC dikeluarkan.

Daftar pemasok yang disetujui tidak didefinisikan dan didokumentasikan. Evaluasi Kinerja pemasok yang ada belum dilakukan sejak sistem mutu diterapkan. Metode evaluasi subkontraktor / pemasok tidak ditentukan dan ditetapkan. Menurut prosedur pengadaan No, PM.BAU.RT-02, Evaluasi Berkala akan dilakukan dalam enam bulan dengan kriteria evaluasi Kualitas (Kualitas barang), Layanan (pelayanan), Waktu Pengiriman (pengiriman). Minor NC dikeluarkan.

Infrastruktur untuk mendukung pengiriman pembelajaran dan layanan administrasi disediakan oleh universitas. Pemeliharaan infrastruktur telah diambil berdasarkan permintaan layanan dari pengguna / fungsi. Namun, selama kunjungan lapangan, ditemukan beberapa fasilitas universitas tidak berfungsi dengan baik. Sampel diambil pembilasan dan keran lemari di Toilet di Fakultas Hukum dan Ekonomi, kunci pintu ruang Universitas BEM, kebocoran Wastafel di toilet Pria di kantor PJM. Minor NC dicatat.

### **Area yang perlu diperhatikan:**

1. Lihat Minor NC untuk BAK dan BAU terkait dengan Peluang tentang log temuan audit;
2. Lihat Minor NC terkait dengan rencana Pelatihan 2019 dan perbarui CV dalam aplikasi SIEMA
3. Lihat Minor NC terkait dengan evaluasi Pemasok / subkontraktor.
4. Lihat Minor NC terkait dengan pemeliharaan infrastruktur;
5. Pemahaman tentang Kebijakan Mutu dan Sasaran Kualitas bagi orang-orang penting perlu ditingkatkan.
5. Pendaftaran untuk BPJS untuk karyawan tidak tetap harus diimplementasikan juga sebagai karyawan tetap.
6. Selama kunjungan lapangan, diamati bahwa banyak kursi siswa terletak di lorong Ruang Kelas Fakultas Hukum karena beberapa alasan, mengembalikan kursi ke kamar masing-masing harus dilakukan segera setelah kegiatan selesai;
7. Minum air di ruang kuliah no. 104 Fakultas Hukum belum disediakan.
8. Daftar fasilitas inventaris di beberapa kelas fakultas hukum belum secara konsisten dipenuhi, misalnya no. kursi siswa di kelas.

### **Pihak yang diaudit**

Bpk Hary Sastrya Wanto, Bp. Muisi, Bp. Yudi, Bp. Sulami, Ibu Ria Tri Vinata (LPPM)

### **Auditor**

Suryawirawan, Edy

**Jejak audit dan sumber bukti:**

Pemantauan kualitas objektif 2018;

Risiko dan peluang;

Perencanaan penelitian 201/2019; Perencanaan pengabdian masyarakat 2018/2019.

Laporan penelitian; Laporan layanan pengembangan masyarakat;

Peraturan rektor UWKS No. 43 Thn 2018 terkait dengan uraian tugas dan struktur organisasi;

Peraturan rektor UWKS No. 177 Thn 2017 terkait dengan Insentif penelitian;

Pembayaran insentif penelitian 2018; proposal permintaan insentif;

Jurnal penelitian; Jurnal penelitian internasional;

Daftar Catatan Kualitas.

**Evaluasi dan kesimpulan:**

Struktur organisasi LPPM dibentuk. Deskripsi pekerjaan dan kompetensi kerja didefinisikan dan didokumentasikan. Sasaran Kualitas 2018 dipantau dan dilaporkan. Risiko dan peluang diidentifikasi dan dikelola. Pabrik tindakan yang relevan dari Risiko dan peluang didefinisikan dan diimplementasikan.

Program penelitian dan pengabdian kepada masyarakat 2018-2019 dikembangkan dan didokumentasikan. Verifikasi dan persetujuan proposal penelitian telah diverifikasi dan disajikan. Laporan, jurnal, dan bukti pendukung penelitian dan pengabdian kepada masyarakat ditunjukkan dan dipelihara. Keseluruhan kegiatan di LPPM secara umum diamati untuk dikelola sesuai rencana.

**Area yang perlu diperhatikan:**

1. Posisi Ka Pusat Studi Sosial, ekonomi, politik dan kewirausahaan dan Ka Pusat Studi Lingkungan masih kosong sampai saat kunjungan. Penugasan orang yang kompeten untuk mengelola posisi tersebut dapat segera diputuskan.
2. Periode pemantauan risiko dan efektivitas peluang belum ditetapkan. (Catatan ini berlaku untuk semua fungsi / biro)

#### 4. Rincian kunjungan berikutnya

Standar / Skema	ISO 9001:2015	Jenis kunjungan	Pengawasan 1
Hari audit	2 Hari	Batas tanggal terakhir	Agustus, 2019
Tim	RAZ	Kode aktivitas	108,501,109,001
Tempat			
Jl. Dukuh Kupang XXV / 54, Surabaya, ID			

#### 5. Detail cakupan

Lingkup atau perubahan ruang lingkup berikut telah ditinjau dan diverifikasi, dan disetujui berdasarkan Tinjauan Teknis.

Jenis Lingkup		Detail cakupan
Produk	Situs	
ISO 9001:2015		Penyediaan layanan administrasi universitas (administrasi akademik - BAA, urusan mahasiswa dan Administrasi komunikasi massa - BAK, Administrasi Urusan Umum - BAU) dan Proses Pendukung terdiri dari Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM), Badan Penjaminan Mutu (BPM), Perencanaan Pendidikan dan Pengembangan (BP3)