

BIDANG PENJAMINAN MUTU





Lembaga Penjaminan Mutu-SPI Universitas Muhammadiyah Surabaya

DAFTAR ISI

1. SOP PENGENDALIAN DOKUMEN	1
2. SOP PENGENDALIAN ARSIP	9
3. SOP AUDIT MUTU INTERNAL	20
4. SOP PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN	27
5. SOP KOMUNIKASI INTERNAL	38
6. SOP PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN	48
7. SOP RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN	56
8. SOP PENGENDALIAN PRODUK LULUSAN TIDAK SESUAI	66
9. SOP MONEV INTERNAL PEMBELAJARAN	74
10.SOP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN STANDAR	83
11.SOP MANAJEMEN RISIKO	89
12.SOP USULAN AKREDITASI PROGRAM STUDI	95
13.SOP USULAN AKREDITASI PERGURUAN TINGGI	100



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGENDALIAN DOKUMEN

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.6
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Mu
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		7-6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		/ /
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	-	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	"	Rektor
	500	4
S TOWN	F	10
1.00.	1	Dr. dr. Sukadiono, MM
Ici dakuman ini cananuhnya marunakan	11	hasia Universitas Muhammadiyah Surahaya dan tidak heleh diperhanyak hail

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman : 2 dari 16

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman : 3 dari 16

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	 4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 5
VII. PROSEDUR	 5
VIII. DOKUMEN PELENGKAP	 13



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 4 dari 16

I. TUJUAN

Prosedur ini bertujuan untuk mengatur tata cara pembuatan, pengesahan, pendistribusian dan penyimpanan dokumen yang berhubungan dengan mutu (prosedur, instruksi kerja, informasi teknis, gambar, standar) baik dokumen internal maupun dokumen eksternal.

II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku di seluruh [unit kerja] UMSurabaya. Rektor dan semua personil yang ditugaskan untuk pembuatan, pemeriksaan dan pendistribusian dokumen bertanggung jawab atas penerapan prosedur ini.

III. REFERENSI

- 1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 2. Manual Mutu Universitas tahun 2016

IV. DEFINISI

- 1. Dokumen Sistem Manajemen Mutu adalah ketentuan tertulis yang digunakan secara resmi sebagai pedoman dalam penerapan Sistem Manajemen Mutu.
- 2. Dokumen Internal adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang diterbitkan dari internal UMSurabaya.
- 3. Dokumen Eksternal adalah segala dokumen yang berasal dari luar Universitas Muhammadiyah Surabaya yang dijadikan referensi dalam menyusun dokumentasi sistem manajemen mutu atau dalam melaksanakan pekerjaan.
- Dokumen Induk adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang digunakan sebagai sumber acuan atau referensi dokumen mutu di UMSurabaya
- Dokumen Mutu adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang meliputi kebijakan mutu, manual mutu, standar mutu, prosedur mutu/SOP, dan formulir atau rekaman mutu.



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 5 dari 16

V. KETENTUAN UMUM

5.1 Dokumen yang diterapkan

Dokumen Sistem Manajemen Mutu Universitas Muhammadiyah Surabaya yang diterapkan dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu: (1) Dokumen Eksternal dan (2) Dokumen Internal yang meluputi: Dokumen Induk (DI) dan Dokumen Mutu (DM).

- A. Dokumen Eksternal (DE) di antaranya:
 - 1. Peraturan perundang-undangan pemerintah
 - 2. Peraturan perundang-undangan Persyarikatan Muhammadiyah
 - 3. Buku pedoman
 - 4. Dan lain-lain

B. Dokumen Internal

- 1. Dokumen Induk (DI) di antaranya:
 - a. Statuta
 - b. Visi dan Misi
 - c. RIP
 - d. RENSTRA
 - e. RENOP
 - f. Peraturan
 - g. Pedoman
- 2. Dokumen Mutu (DM) di antaranya:
 - 1. Kebijakan Mutu
 - 2. Manual Mutu
 - 3. Stándar dan Sasaran Mutu
 - 4. STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP)
 - 5. Formlulir atau rekaman

5.2 Metode Penomoran Dokumen

Dokumen yang diberlakukan di UMSurabaya dikendalikan dengan sistem penomoran terindeks angka latin. Aturan penomoran dokumen secara lengkap tertuang pada dokumen pedoman penomoran dokumen terlampir.

5.3 Kewenangan Pengesahan Dokumen

Dokumen sistem manajemen mutu di UMSurabaya disahkan oleh pejabat yang berwenang yang dituangkan dalam bentuk format lembar pengesahan terlampir.



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6 Dokumen

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 6 dari 16

5.4 Penggunaan Tanda Stempel pada Dokumen

Dokumen yang sah dibubuhi stempel institusi sesuai dengan level pemberlakukan dokumen dan stempel distribusi yang terdiri atas: Induk, terkendali, tidak terkendali, kedaluarsa, referensi terpakai, referensi tidak terpakai. Contoh stempel terlampir.

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Dokumen Sistem Manajemen Mutu dapat terkendali penomoran, pengelompokan, pengesahan, pendistribusian dan revisinya.

VII. PROSEDUR

A. Pembuatan Dokumen, Pemberian Kode, dan Pengesahan Dokumen

- 1. LPM-SPI mensosialisasikan pedoman pengendalian dokumen kepada seluruh unit kerja
- 2. Unit kerja mempelajari sistem pengendalian dokumen yang diterapkan di **UMSurabaya**
- 3. Unit kerja membuat dokumen sesuai dengan keperluan kerja masing-masing unit kerja (IK pembuatan dokumen).
- 4. Unit kerja memberi kode dokumen sesuai dengan peraruran sistem penomoran dokumen dan mebuat daftar induk dokumen (IK Penomoran dokumen)
- 5. Unit kerja mengirim dokumen sesuai daftar induk kepada LPM-SPI untuk diverifikasi
- 6. LPM-SPI memverifikasi dokumen yang dikirim unit kerja sebelum diserahkan kepada Warek I untuk diperiksa (IK Indentifikasi Dokumen).
- 7. LPM-SPI mengirim dokumen untuk diperiksa oleh Warek I
- 8. Warek I memeriksa dokumen , jika ada yang perlu direvisi, maka dikembalikan kepada unit kerja melalui LPM-SPI dan jika sudah lengkap diteruskan kepada LPM-SPI untuk pengesahan
- 9. LPM-SPI mengembalikan dokumen kepada unit kerja untuk dilengkapi pengesahan (IK Indentifikasi Dokumen).



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 7 dari 16

10. Unit kerja melengkapi pengesahan dokumen dan menyerahkan dokumen yang telah diberi pengesahan kepada LPM-SPI

11. LPM-SPI menerima dokumen untuk pengendalian selanjutnya yang meliputi: distribusi, arsip, perubahan/revisi dan pemusnahan dokumen kedaluarsa (IK pengendalian).

B. Pendistribusian Dokumen

- Dokumen induk (dokumen yang telah disahkan dan diberi stempel "INDUK") digandakan oleh LPM-SPI
- 2. Dokumen induk yang telah digandakan diberi stempel "TERKENDALI" kemudian diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen dan didistribusikan juga sesuai Matriks Distribusi Dokumen
- 3. Menerima dokumen dari LPM-SPI yang telah digandakan dan menandatangani Formulir Penyerahan Dokumen

C. Pedistribusian Dokumen yang tidak Dikendalikan

- LPM-SPI memberi stempel "TIDAK TERKENDALI" pada dokumen yang disampaikan sebagai informasi kepada pihak di luar Universitas Muhammadiyah Surabaya
- LPM-SPI memberikan dokumen tidak dikendalikan tersebut kepada pihak di luar Universitas, bila terjadi revisi terhadap dokumen tersebut, maka tidak dilakukan penarikan dan pendistribusian ulang

D. Perevisian Dokumen

 Pengguna dokumen yang akan melakukan perubahan dokumen diperkenankan merevisi dokumen untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi proses sesuai persetujuan kewenangan yang relevan (mengacu pada tabel kewenagan



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 8 dari 16

pengesahan dokumen),yaitu dengan menggunakan Formulir Permintaan Perubahan Dokumen

- LPM-SPI memproses dokumen hasil revisi yang telah disetujui oleh kewenangan yang relevan dengan memberi nomor revisi baru dan tanggal berlaku yang baru.. Catatan: Perubahan tanpa mengubah substansi atau isi dari dokumen sistem mutu tidak perlu dilakukan revisi
- 3. LPM-SPI memperbarui Daftar Dokumen Induk, dengan memberi stempel "INDUK" pada dokumen hasil revisi, melakukan pencatatan poin-poin yang mengalami perubahan dalam Daftar Revisi. Selanjutnya dokumen tersebut digandakan dan didistribusikan sesuai Matriks Distribusian Dokumen

E. Distribusi Dokumen Hasil Revisi dan Penarikan Dokumen Kadaluara

- Dokumen hasil revisi yang telah distempel "INDUK" dan digandakan selanjutnya diberi stempel "TERKENDALI" dan diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen
- 2. LPM-SPI mendistribusikan dokumen hasil revisi sesuai Matriks Distribusi Dokumen
- Pemberlakuan dokumen hasil revisi disertai dengan penarikan dokumen induk dengan stempel "TERKENDALI" yang telah kadaluarsa, dimana pada lembar pengesahan dokumen induk yang telah kadaluarsa tersebut diberi stempel "KADALUARSA".

F. Identifikasi dan Pengelolaan Dokumen Eksternal

- 1. LPM-SPI mengidentifikasi dokumen eksternal yang dipakai sebagai acuan penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan
- 2. LPM-SPI membuat Daftar Dokumen Eksternal



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: 9 dari 16

3. LPM-SPI memberikan stempel "REFERENSI TERPAKAI" pada masing-masing dokumen yang masuk dalam Daftar Dokumen Eksternal

G. Dokumen Eksternal tidak Terpakai

Dokumen eksternal yang sudah tidak terpakai lagi selanjutnya oleh LPM-SPI diberi stempel "REFERENSI TIDAK TERPAKAI". Selanjutnya dokumen tersebut tetap disimpan oleh pemiliknya namun dalam tempat terpisah dari dokumen yang masih terpakai.

VIII. DOKUMEN PELENGKAP

- 1. Formulir Penyerahan Dokumen (FM-01-PPM-01)
- 2. Formulir Penarikan Dokumen (FM-02-PPM-01)
- 3. Pedoman penomoran dokumen
- 4. Tabel Kewenangan pengesahan dokumen
- 5. Contoh pemberian stempel
- 6. Formulir Daftar Dokumen Induk (FM-03-PPM-01)
- 7. Formulir Daftar Dokumen Eksternal (FM-04-PPM-01)
- 8. Formulir Matriks Distribusi Dokumen (FM-05-PPM-01)
- 9. Formulir Permintaan Perubahan Dokumen (FM-06-PPM-01)



STANDAR OPERASIONAL
PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

PENGENDALIAN DOKUMEN

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 2 dari 16

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP PENGENDALIAN DOKUMEN

LIDALAN DDOOEDUD	PIHAK TERKAIT/PEJABAT YANG TERLIBAT		DOKUMENI FORM	TARGET	
URAIAN PROSEDUR	LPM-SPI	UNIT KERJA	WAREK I	DOKUMEN/ FORM	WAKTU
A. Pembuatan Dokumen, Pemberian Kode, dan Pengesahan					
LPM-SPI mensosialisasikan pedoman pengendalian dokumen kepada seluruh unit kerja				Pedoman Penomeran dan Kode Dokumen;Surat Sosialisasi	1 hari
Unit kerja membuat dokumen sesuai dengan keperluan kerja masingmasing unit kerja (IK pembuatan dokumen).				 Pedoman Penomeran dan Kode Dokumen; Templet Dokumen 	1 bulan
Unit kerja memberi kode dokumen sesuai dengan peraruran sistem penomeran dokumen dan membuat daftar induk dokumen (IK Penomoran dokumen)				 Pedoman Penomeran dan Kode Dokumen; Draft Dokumen; Formulir Daftar Induk Dokumen 	1 minggu



PENGENDALIAN DOKUMEN

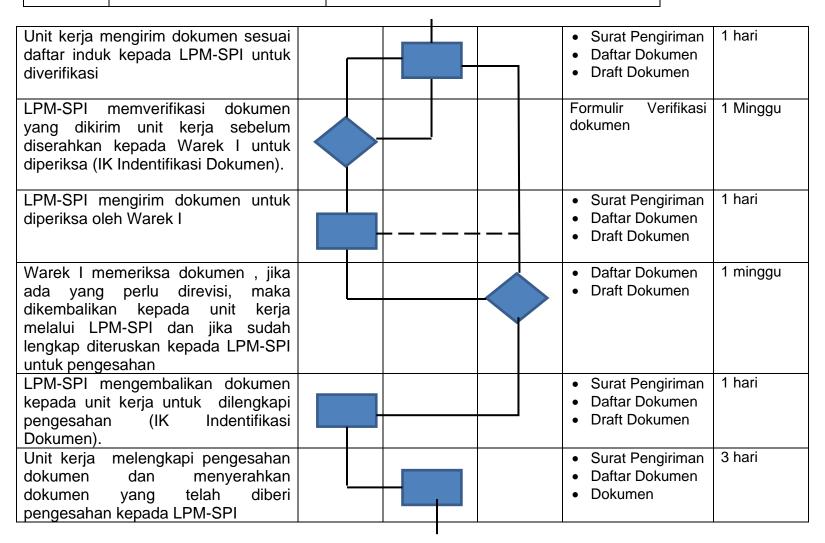
No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 3 dari 16





PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit :

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 4 dari 16

LPM-SPI menerima dokumen untuk pengendalian selanjutnya yang meliputi: distribusi, arsip, perubahan/revisi dan pemusnahan dokumen kedaluarsa (IK pengendalian).		Daftar DokumenDokumen an	
B. Pendistribusi Dokumen			
Dokumen induk (dokumen yang telah disahkan dan diberi stempel "INDUK") digandakan oleh LPM-SPI		Dokumen	1 minggu
Dokumen induk yang telah digandakan diberi stempel "TERKENDALI" kemudian diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen dan didistribusikan juga sesuai Matriks Distribusi Dokumen		Dokumen	1 hari
Menerima dokumen dari LPM-SPI yang telah digandakan dan menandatangani Formulir Penyerahan Dokumen			



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman : 5 dari 16

C. Pendistribusi Dokumen yang tidak Dikendalikan	PENGGUN A LUAR		
LPM-SPI memberi stempel "TIDAK TERKENDALI" pada dokumen yang disampaikan sebagai informasi kepada pihak di luar Universitas Muhammadiyah Surabaya		Dokumen	1 hari
LPM-SPI memberikan dokumen tidak dikendalikan tersebut kepada pihak di luar Universitas, bila terjadi revisi terhadap dokumen tersebut, maka tidak dilakukan penarikan dan pendistribusian ulang		Dokumen	1 hari
Pihak luar menerima dokumen			
D. Perevisian Dokumen			
Unit Kerja yang akan melakukan perubahan dokumen diperkenankan merevisi dokumen dengan mengajukan permintaan perubahan dokumen		Dokumen	



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi

Halaman : 6 dari 16

LPM-SPI memproses dokumen hasil revisi yang telah disetujui oleh kewenangan yang relevan dengan memberi nomor revisi baru dan tanggal berlaku yang baru Catatan: Perubahan tanpa mengubah substansi atau isi dari dokumen sistem mutu tidak perlu dilakukan revisi LPM-SPI memperbarui Daftar Dokumen Induk, dengan memberi stempel "INDUK" pada dokumen hasil revisi, melakukan pencatatan poin-poin yang mengalami perubahan dalam Daftar Revisi. Selanjutnya dokumen tersebut digandakan dan didistribusikan sesuai Matriks Distribusian Dokumen	Dokumen	1 minggu 1 minggu
Revisi dan Penarikan Dokumen Kadaluarsa		
Dokumen hasil revisi yang telah distempel "INDUK" dan digandakan selanjutnya diberi stempel "TERKENDALI" dan diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen	Dokumen	1 hari



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

Halaman : 7 dari 16

LPM-SPI mendistribusikan dokumen hasil revisi sesuai Matriks Distribusi Dokumen Unit kerja menerima dokumen hasil revsis yang telah terkendali		Dokumen	1 minggu
Pemberlakuan dokumen hasil revisi disertai dengan penarikan dokumen induk dengan stempel "TERKENDALI" yang telah kadaluarsa, dimana pada lembar pengesahan dokumen induk yang telah kadaluarsa tersebut diberi stempel "KADALUARSA".		Dokumen	
F. Identifikasi dan Pengelolaan Dokumen Eksternal			
LPM-SPI mengidentifikasi dokumen eksternal yang dipakai sebagai acuan penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan		Dokumen	1 hari
LPM-SPI membuat Daftar Dokumen Eksternal		Daftar induk dokumen luarDokumen	1 hari



PENGENDALIAN DOKUMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.6

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

Halaman : 8 dari 16

LPM-SPI memberikan stempel "REFERENSI TERPAKAI" pada masing-masing dokumen yang masuk dalam Daftar Dokumen Eksternal		Dokumen	1 hari
G. Dokumen Eksternal tidak Terpakai			
LPM-SPI mengidentifikasi dokumen eksternal yang sudah tidak dipakai sebagai acuan acuan pelaksanaan pekerjaan		Dokumen	1 hari
LPM-SPI membuat Daftar Dokumen Eksternal tidak terpakai		Daftar Dokumen tidak terpakai	1 hari
LPM-SPI memberikan stempel "REFERENSI TIDAK TERPAKAI" pada masing-masing dokumen yang masuk dalam Daftar Dokumen Eksternal tidak terpakai.		Dokumen	
Selanjutnya dokumen tersebut tetap disimpan oleh pemiliknya namun dalam tempat terpisah dari dokumen yang masih terpakai.		Dokumen	



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGENDALIAN ARSIP

Kode Dokumen		SOP-DM-LPM.SPI-006.7
Status Dokumen	•	Master Salinan No.
Nomor Revisi	<u> </u>	01
	-	-
Tanggal Terbit	•	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Mu
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
·		7-6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		1 7
_		
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	1	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh		Rektor
No.	MANIGA	
1 2 7 4	1	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



STANDAR OPERASIONAL
PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi : 01

Halaman : 10 dari 11

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP No. Revisi

Halaman : 11 dari 11

: 01

DAFTAR ISI

	aman Judul dan setujuan	 1
Dat	tar Revisi	 2
Dat	tar Isi	 3
l.	TUJUAN	 4
II.	RUANG LINGKUP	 4
III.	REFERENSI	 4
IV.	DEFINISI	 4
V.	KETENTUAN UMUM	 4
	KRITERIA BERHASILAN	 5
VII.	PROSEDUR	 5
	. DOKUMEN LENGKAP	 8



SIONAL No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP No. 1

No. Revisi : 01

Halaman : 12 dari 11

I. TUJUAN

1. Mengatur sistem pengendalian arsip seperti penomoran, penyimpanan, dan pendistribusian agar arsip dapat dikendalikan dan dipelihara.

 Memudahkan penelusuran kembali semua jenis catatan mutu / arsip dan mengendalikannya selama periode waktu yang ditentukan.

II. RUANG LINGKUP

1. Prosedur ini mengatur sistem pencatatan, pengendalian, penyerahan, pemindahan dan pemeliharaan arsip di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

 Prosedur ini diterapkan untuk semua jenis catatan / arsip yang mempengaruhi mutu dan dipersyaratkan oleh sistem manajemen mutu yang tercantum dalam Daftar Arsip di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

III. REFERENSI

1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa

2. ISO 9001: 2015

3. ISO 21001: 2018

4. Manual Mutu Universitas Tahun 2019

IV. DEFINISI

1. Arsip : segala dokumen yang menyatakan, hasil yang dicapai atau

bukti bahwa aktifitas telah dilakukan di lingkup Universitas

Muhammadiyah Surabaya.

2. Numbering : sistem filling untuk memudahkan pencarian kembali segala

catatan mutu yang dimaksud dengan menggunakan nomer

urut angka latin (1, 2, 3,....).



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP No.

No. Revisi

Halaman

: **13** dari **11**

: 01

V. KETENTUAN UMUM

1. Pengendalian arsip (hard copy) di lingkup Universitas Muhammadiyah Surabaya dilakukan dengan menggunakan media numbering.

- Lamanya masa simpan suatu catatan mutu/arsip ditentukan oleh lama waktu yang dibutuhkan oleh pihak-pihak yang berkepentingan terhadap catatan mutu tersebut.
- 3. Pemusnahan catatan mutu/arsip setelah berakhir masa simpannya, dilakukan dengan cara-cara yang sesuai dengan tingkat kepentingannya.
- 4. Penanggung jawab catatan mutu/arsip harus menjamin bahwa selama penyimpanan, catatan mutu/arsip terhindar dari kerusakan dan kehilangan.
- 5. Di dalam form. Daftar Catatan Mutu (FRM-DM-LPM.SPI-...) tercantum :
 - No. Dokumen
 - Nama catatan mutu/arsip
 - Tempat penyimpanan
 - Numbering

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Arsip Dokumen Sistem Manajemen Mutu dapat terkendali dan mampu telusur.

VII. PROSEDUR

A. Prosedur Penyusunan Daftar Arsip

- 1. LPM-SPI meninta kepala unit kerja menyerahkan daftar catatan mutu/arsip kepada sekretariat di lingkungan kerja masing-masing.
- 2. kepala unit kerja meminta menyusun daftar catatan mutu/arsip kepada sekretariat di lingkungan kerja masing-masing.
- 3. Sekretariat Unit kerja



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP No. Revisi

o. Revisi : 01

Halaman : 14 dari 11

a. Membuat daftar catatan mutu/arsip di areanya masing-masing dengan persetujuan LPM-SPI

- Melakukan up dating daftar catatan mutu/arsip apabila ada perubahan daftar catatan mutu/arsip masing-masing bagian/unit kerja untuk dilaporkan ke LPM-SPI
- **c.** Bertanggung jawab dalam menyimpan, pengendalian dan pemeliharaan arsip/catatan mutu di areanya masing-masing
- 4. Staf Unit Kerja menyerahkan daftar arsip kepada Kepala Unit Kerja
- 5. Ka. Unit Kerja menyerahlan daftar arsip kepada LPM-SPI
- 6. LPM-SPI memberikan persetujuan atas daftar catatan mutu/arsip yang diajukan masing-masing Kepala Unit
- LPM-SPI menyimpan daftar catatan mutu/arsip dari masing-masing unit kerja

B. Prosedur Pemusnahan Arsip

- 1. Kepala Unit membuat Berita Acara Pemusnahan Arsip serta menyampaikan ke LPM-SPI untuk meminta persetujuan
- 2. LPM-SPI memberikan penilaian dan persetujuan atas Berita Acara Pemusnahan Dokumen yang diajukan Kepala Unit
- **3.** Kepala Unit melakukan pemusnahan arsip sesuai dengan data : arsip yang akan dimusnahkan, personil yang ditunjuk dan tanggal pemusnahan arsip
- 4. Kepala Unit melakukan perubahan pada Daftar Arsip serta menyerahkan Daftar Arsip yang telah ter-update dengan persetujuan LPM-SPI
- 5. LPM-SPI menyetujui daftar perunbahan arsip
- Kepala unit kerja menyerahkan daftar perubahan arsip kepada sekretariat LPM-SPI



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi : 01

Halaman : 15 dari 11

VIII. DOKUMEN PENDUKUNG.

1. Daftar Arsip (FM-01-PPM-02)

2. Berita Acara Pemusnahan Arsip

PROS
PENGENDA

STANDAR OPERASIONAL	
PROSEDUR	

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi : 01

Halaman : 16 dari 11

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP PENGENDALIAN ARSIP

	PIHAK TI	ERKAIT/PEJA	ABAT YANG		_
URAIAN PROSEDUR		TERLIBAT	DOKUMEN/	TARGET	
ONAIANT NOSEDON	LPM-SPI	Ka. Unit	Staf Unit	FORM	WAKTU
	LPIVI-SPI	Kerja	Kerja		
A. Penyimpanan Arsip					
LPM-SPI meminta kepala unit kerja menyerahkan daftar catatan mutu/arsip kepada sekretariat di lingkungan kerja masing-masing.	7				
Kepala unit kerja meminta menyusun daftar catatan mutu/arsip kepada sekretariat di lingkungan kerja masingmasing.				Form Daftar Arsip	1 hari
Staf Sekretariat Unit kerja: a. Membuat daftar catatan mutu/arsip di areanya masing-masing dengan persetujuan LPM-SPI.				Form Daftar Arsip terisi	



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi : 01

Halaman : 17 dari 11

 b. Melakukan <i>up dating</i> daftar catatan mutu/arsip. c. Bertanggung jawab dalam menyimpan, pengendalian dan pemeliharaan arsip/catatan mutu di areanya masing-masing. 			
Staf Unit Kerja menyerahkan daftar arsip kepada Kepala Unit Kerja		Form Daftar Arsip terisi	1 hari
Ka. Unit Kerja menyerahlan daftar arsip kepada LPM-SPI		Form Daftar Arsip terisi	1 hari
LPM-SPI memberikan persetujuan atas daftar catatan mutu/arsip yang diajukan masing-masing Kepala Unit.		Form Daftar Arsip terisi valid	
LPM-SPI menyimpan daftar catatan mutu/arsip dari masing-masing unit kerja		Form Daftar Arsip terisi valid	5 tahun
B. Pemusnahan Arsip			

SURRENT STREET

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi : 01

Halaman : 18 dari 11

Kepala Unit membuat Berita Acara Pemusnahan Arsip serta menyampaikan ke LPM-SPI untuk meminta persetujuan	Form Berita acara pemusnahan	
LPM-SPI memberikan penilaian dan persetujuan atas Berita Acara Pemusnahan Dokumen yang diajukan Kepala Unit kerja	Form Berita acara pemusnahan	1 hari
Kepala Unit kerja melakukan pemusnahan arsip sesuai dengan data : arsip yang akan dimusnahkan, personil yang ditunjuk dan tanggal pemusnahan arsip.	Form Berita acara pemusnahan	
Kepala Unit melakukan perubahan pada Daftar Arsip serta menyerahkan Daftar Arsip yang telah ter-update dengan persetujuan LPM-SPI.	Form Daftar Arsip Baru	1 hari
LPM-SPI menyetujui daftar perunbahan arsip	Form Daftar Arsip Baru	1 hari
Kepala unit kerja menyimpan dan menyerahkan daftar perubahan arsip kepada sekretariat LPM-SPI sebagai arsip	Form Daftar Arsip Baru	5 tahun



ASIONAL No. Kode JR Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.7

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

PENGENDALIAN ARSIP

No. Revisi

Halaman : 19 dari 11



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

Kode Dokumen		SOP-DM-LPM.SPI-006.8
Status Dokumen	•	Master Salinan No.
Nomor Revisi	<u> </u>	01
Tanggal Terbit	<u> </u>	02 September 2019
Jumlah Halaman	<u> </u>	()
Tanggal	•	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
Diajukan Olen	•	Till Telly asuri,
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		7
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
_		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal		27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
Salar Control	POURAN	Dr. dr. Sukadiono, MM
		hasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, bai ak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.8

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01 Halaman : **21** dari **7**

1. TUJUAN

a. Menetapkan tata cara Audit Mutu Internal di lingkungan Universitas Muhammadiyah Surabaya (UMSurabaya), sebagai upaya perbaikan efektifitas sistem manajemen mutu, penilaian peluang perbaikan serta peningkatan performa organisasi.

- b. Menjamin bahwa LPM-SPI UMSurabaya akan melaksanakan Audit Internal sesuai dengan jadwal dan standar mutu yang telah ditetapkan.
- c. Memastikan bahwa upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan standar mutu telah berjalan dengan tepat dan efektif.berjalan dengan tepat dan efektif

2. RUANG LINGKUP

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan audit sistem dan audit kepatuhan yang ruang lingkupnya meliputi:

- a. Audit Sistem, antara lain: kecukupan dokumen (kebijakan, manual, standar, SOP, formulir) dan organisasi manajemen (OTK, Tupoksi) unit kerja
- b. Audit Kepatuhan, antara lain: kesesuaian antara isi dokumen yang ditetapkan dan aktivitas yang dilakukan oleh setiap unit kerja.

3. DEFINISI

- a. Audit Mutu Internal (AMI) UMSurabaya adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UMSurabaya.
- b. Audit Mutu Akademik Internal (AMAI) UMSurabaya adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi bidang akademik yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UMSurabaya.
- c. Audit Mutu Non Akademik Internal (AMNAI) UMSurabaya adalah suatu kegiatan penjaminan mutu dan konsultasi bidang non akademik yang bersifat independen dan objektif dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) UMSurabaya.
- d. Sistem Mutu adalah sistem yang mencakup struktur organisasi, tanggungjawab, prosedur, proses, dan sumberdaya untuk melaksanakan manajemen mutu.
- e. Unit Pelaksana Akademik UMSurabaya adalah Fakultas, Jurusan/Program Studi, Lembaga dan Pusat Studi yang bertugas menjalankan fungsi Tri Dharma Perguruan Tinggi.
- f. Auditor adalah orang yang mempunyai kualifikasi untuk melakukan audit mutu.
- g. Klien adalah orang atau organisasi yang meminta audit. Klien dalam kegiatan AMI ini dapat berupa: permintaan Audit terhadap mutu Akademik dan pelaksanaan Audit-audit di lingkungan Universitas/Fakultas/Jurusan/Prodi dan Bagian.
- h. Teraudit (auditee) adalah organisasi yang diaudit.
- i. Ketidaksesuaian (KTS) adalah tidak terpenuhinya persyaratan karakteristik mutu atau unsur sistem mutu yang telah ditetapkan.
- j. Observasi (OB) adalah pernyataan tentang temuan selama audit, didasarkan atas bukti objektif yang menunjukkan ketidaklengkapan atau ketidakcukupan yang memerlukan penyempurnaan dalam waktu singkat.



AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.8

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01 Halaman : 22 dari 7

k. Ketidaksesuaian Minor adalah bila penerapan sistem penjaminan mutu oleh *auditee* belum sesuai (menyimpang) dengan ketentuan yang ada dalam dokumen sistem mutu, ketidaksesuaian yang ditemukan dapat segera diperbaiki, dan/tidak merugikan pelanggan.

- I. Ketidaksesuaian Major adalah bila *auditee* tidak melaksanakan/menerapkan sistem penjaminan mutu sebagaimana ditentukan dalam dokumen sistem penjaminan mutu.
- m. Bukti Objektif adalah informasi yang bersifat kualitatif ataupun kuantitatif, catatan ataupun pernyataan tentang fakta mengenai mutu pelayanan, eksistensi dan implementasi elemen-elemen sistem mutu, yang didasarkan pada pengamatan, pengukuran, dan dapat diverifikasi.

4. REFERENSI

- a. Klausul ISO 9001: 2015 Prosedur untuk audit internal (klausul 9.2)
- b. Peremen Ristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPM-Dikti
- c. Peremnristek dikti no 44 tahun 2015 tentang SN-Dikti
- d. Kebijakan Mutu UMSurabaya 2017
- e. Manual Mutu UMSurabaya 2017

5. URAIAN PROSEDUR

- a. Rektor/pimpinan unit kerja meminta LPM-SPI melakukan audit interna melalui surat perinthah rektor
- b. LPM-SPI bersama Divisi Audit dan Monev melakukan evaluasi dan memilih auditor internal sesuai kompetensi dan kepemilikan sertifikat sebagai Tim AMI (Auditor Internal) yang akan diusulkan kepada Rektor.
- c. LPM-SPI mengajukan Tim Auditor Internal untuk meminta persetujuan dan penetapan Rektor
- d. Rektor menerbitkan surat tugas Tim Auditor Internal yang diserahkan kepada LPM-SPI
- e. LPM-SPI mengundang Tim Auditor Internal sesuai surat tugas Rektot untuk melakukan pembekalan.
- f. Tim Aunditor Internal menyusun jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list) sebelum pelaksanaan AMI untuk diserahkan kepada LPM-SPI
- g. LPM-SPI menerima jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list) untuk disosialisasikan kepada Auditee.
- h. LPM-SPI mengundang Auditee untuk sosialisasi AMI
- i. Auditee melakukan persiapan AMI dengan mengisi daftar cek AMI dan melengkapi dokumen yang diperlukan.
- j. LPM-SPI menyerahkan Daftar cek dari Auditee kepada Tim Auditor.
- k. LMP-SPI mengirim surat pemberitahuan pelaksanaan AMI kepada Tim Auditor Internal dan Auditee
- 1. Tim Auditor Internal melaksanakan AMI di tempat Auditee sesuai jadwal.
- m. Auditee merencanakan tidakan perbaikan hasil temuan sesuai kesepakatan dengan Tim Auditor
- n. Tim Auditor Internal melakukan verifikasi temuan sesuai batas waktu yang telah disepakati Auditee.
- o. Tim Auditor Internal membuat laporan AMI dengan melengkapi semua formulir/rekaman hasil Audit (Formulir Temuan, Formulir laporan, Formulir Log status,



AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.8

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi Halaman

: 23 dari 7

formulir PTPP, Log Status PTPP).

p. LPM-SPI menerima berkas hasil AMI dari Tim Auditor untuk dilaporkan kepada Rektor.

q. Rektor menerima laporan AMI dan mengkoordinir tindak lanjut hasil temuan pada masing-masing auditee yang akan dimonitor oleh LMP-SPI sesuai waktu yang ditentukan.



AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode

: SOP-DM-LPM.SPI-006.8 Dokumen

: 02 September 2019

No. Revisi

Tanggal Terbit

: 24 dari 7 Halaman

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR/FLOWCHART STANDARD OPERASIONAL PROCEDUR (SOP) AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

TE		ELAKSAN	DOKUMEN (Form/Lembar	TARGET	
Rektor	LMP-SPI	Tim Auditor	Auditee	Kerja/Surat/ Lain-lain)	WAKTU
				Surat Permohonan	1 hari
				Daftar Auditor	1 hari
				Surat Permohonan Tugas	1 hari
				Surat Tugas/SK Rektor	2 hari
				Surat Tugas/SK Rektor Surat Undangan Materi Pebekalan	1 hari
		TERLIBAT/P	Rektor I MP-SPI Tim	Rektor I MP-SPI Tim Auditee	Rektor LMP-SPI Tim Auditor Surat Permohonan Daftar Auditor Daftar Auditor Surat Permohonan Tugas Surat Permohonan Surat Permohonan Surat Permohonan Surat Permohonan Surat Permohonan Surat Permohonan Tugas Surat Tugas/SK Rektor Surat Tugas/SK Rektor



AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode : SOP-DM-LPM.SPI-006.8 Dokumen

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi

: 01 : **25** dari **7** Halaman

Tim Auditor			Jadwal program,	2 hari
Internal menyusun jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list) sebelum			Rencana, Daftar Pertanayaan (Check list) audit	2 11411
pelaksanaan AMI LPM-SPI menerima jadwal program, rencana, dan daftar periksa (check list)	•		Jadwal program, Rencana, Daftar Pertanayaan (Check list) audit	1 hari
LPM-SPI mengundang Auditee untuk sosialisasi AMI			 Surat Undangan Jadwal program, Rencana, Daftar Pertanayaan (Check list) audit 	
Auditee melakukan persiapan AMI dengan mengisi daftar cek AMI dan melengkapi dokumen yang diperlukan.		-	Daftar Cek Audit	3 hari
LPM-SPI menyerahkan Daftar cek dari Auditee kepada Tim Auditor.			Daftar Cek Audit	1 hari
LMP-SPI mengirim surat pemberitahuan pelaksanaan AMI kepada Tim Auditor Internal dan Auditee			 Surat Pemberitahu an Audit Daftar Cek Audit 	1 hari
Tim Auditor Internal melaksanakan AMI sesuai jadwal.			Surat Pemberitahu an Audit Daftar Cek Audit	5 hari



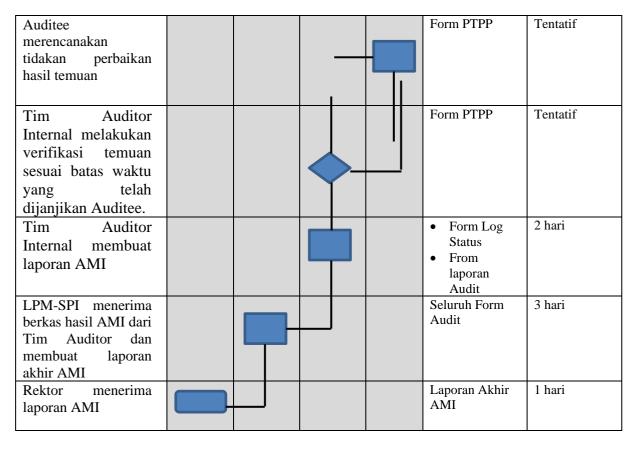
AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.8

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 26 dari 7





UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.10
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Wakil Rektor I,
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal		27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
Ici dokuman ini cananuhnya makunak	TO BEAL	Dr. dr. Sukadiono, MM



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 28 dari 11

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode : SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 29 dari 11

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	 4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 5
VII. PROSEDUR	 5
VII DOKLIMEN PELENGKAP	6

PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode : SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 30 dari 11

I. TUJUAN

Untuk memberi pedoman pelaksanaan survey pelanggan dapat dilakukan sesuai ketentuan yang ada dan hasilnya dapat digunakan sebagai masukan bagi manajemen untuk menentukan strategi yang berikutnya.

II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku mulai dari dilakukannya koordinasi pelaksanaan survey sampai diberikannya rekomendasi tindak lanjut.

III. DEFINISI

Pelanggan : Adalah pihak yang menerima hasil dari suatu

aktifitas / karya pihak lain

Pelanggan internal : mahasiswa, dosen, dan TKP

Pelanggan Eksternal: Meliputi masyarakat pengguna dan pemangku

kebijakan (stakeholders)

Kepuasan Pelanggan : Kondisi dimana harapan pelanggan telah

terpenuhi

IV. REFERENSI

1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa

2. ISO 9001:2008 pasal 8.2.1 Kepuasan Pelanggan

3. ISO 9001: 2015

4. ISO 21001

V. KETENTUAN UMUM

- Pengukuran kepuasan pelanggan di UMSurabaya dilakukan 1 tahun sekali
- Pengukuran kepuasan dilakukan kepada semua pelanggan, baik internal (mahasiswa, dosen, TKP) maupun eksternal (pengguna lulusan/dunia kerja, pihak berkepentingan/orang tua/masyarakat/mitra/pemerintah)
- 3. Pengukuran kepuasan dilakukan pada semua aspek penyelenggaraan pendidikan tinggi yang tmeliputi: pelayanan tata pamong dan tata kelola, penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode : SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 31 dari 11

kepada masyarakat, penyediaan pendidik dan tenaga kependidikan, penyediaan sarana dan prasarana, kemahasiswaan.

- 4. Pengukuran kepuasan menggunakan metode survey, baik secara langsung dengan menyebarkan angket kepada pelanggan maupun tidak langsung dengan menggunakan media elektronik offline atau online.
- 5. Pengukuran kepuasan dilakukan oleh LPM-SPI bekerja sama dengan semua unit kerja di lingkungan UMSurabaya.

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Kepuasan pelanggan dapat termonitor secara berkala sesuai prosedur yang berlaku

VII. PROSEDUR

- 1. LPM-SPI menyusun rencana pengukuran kepuasan yang disampaikan kepada wakil rektor bidang akademik (Warek I).
- 2. Wakil rektor bidang akademik memberikan rekomendasi LPM-SPI melakukan pengukuran kepuasan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- 3. LPM-SPI menyiapkan instrumen pengukuran kepuasan pelanggan yang telah valid dan reliable dengan menggandakan atau dimuat di laman online.
- 4. LPM-SPI mensosialisasikan proses pengukuran kepuasan kepada semua pelanggan melalui media offline maupun online.
- 5. Pelanggan mengisi instrumen pengukuran kepuasan sesuai **petunjuk** (IK) yang telah tersedia.
- 6. LPM-SPI merekap hasil pengukuran kepuasan pelanggan, mengevaluasi, dan membuat laporan sekurang-kurang dalam 1 minggu.
- 7. LPM-SPI menyimpan arsip dan menyerahkan laporan kepada warek bidang akademik untuk ditindaklanjuti oleh pihak-pihak terkait
- 8. Warek bidang akademik memerintahkan pihak-pihak terkait untuk menindaklanjuti hasil pengukuran kepuasan pelanggan yang dimonitor oleh LPM-SPI
- 9. LPM-SPI memonitor dan mengevaluasi tindak lanjut hasil pengukuran kepuasan oleh pihak-pihak terkait.



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode . Dokumen :

: SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 32 dari 11

10. LPM-SPI menyerahkan laporan monev PTPP Survei Kepuasan kepada Warek I sebagai masukan rapat tinjauan manajemen (RTM).

VIII DOKUMEN PELENGKAP

- 8.1 Kuesioner Kepuasan Pelanggan (FM-01-PPM-05)
- 8.2 Form Rekapitulasi Hasil pengukuran kepuasan
- 8.3 Form PTPP



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.10

PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 33 dari 11

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

LIDALAN PROOFFILE	PIHAK TE	ERKAIT/PEJA	DOKUMEN/	TARGET		
URAIAN PROSEDUR	LPM-SPI	UNIT KERJA	PELANG- GAN	WAREK I	FORM	WAKTU
LPM-SPI menyusun rencana pengukuran kepuasan yang disampaikan kepada wakil rektor bidang akademik.					Rencana Pengukuran	1 hari
Wakil rektor bidang akademik memberikan rekomendasi LPM-SPI melakukan pengukuran kepuasan sesuai dengan rencana yang telah disusun.					Surat Tugas	1 hari
LPM-SPI menyiapkan instrumen pengukuran kepuasan pelanggan yang telah valid dan reliable dengan menggandakan atau dimuat di laman online.	<u> </u>				Instrumen Pengukuran	1 minggu
LPM-SPI mensosialisasikan proses pengukuran kepuasan kepada semua pelanggan melalui media offline maupun online.					Surat Sosialisasi	1 minggu



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode Dokumen

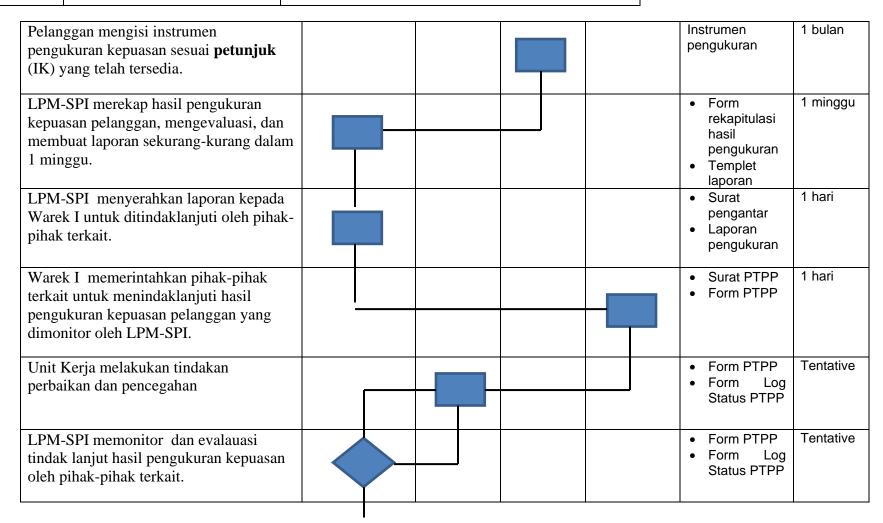
: SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 34 dari 11





PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit :

: 02 September 2019

No. Revisi

Halaman : 35 dari 11

: 01

LPM-SPI menyerahkan laporan monev PTPP Survei Kepuasan kepada Warek I sebagai masukan rapat tinjauan manajemen (RTM).



 Surat pengantar 1 bulan

 Laporan Monev

35



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode : SOP-DM-LPM.SPI-006.10 Dokumen

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 36 dari 11



PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.10

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 37 dari 11



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR KOMUNIKASI INTERNAL

[000 014 014 004 004 00
Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.13
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		M
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
·		7-6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		K / T
-		/ /
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	1	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh		Rektor
A STATE OF THE STA	MANAGA	
Average !	/	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.13
	Tanggal Terbit	: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL

No. Revisi : 02

Halaman : 39 dari 10

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tangg al	Halama n	Tertulis	Revisi



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL No. Revisi

: 02

Halaman

: **40** dari **10**

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	 4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 4
VII. PROSEDUR	 5
VIII. DOKUMEN	 6



STANDAR OPERASIONAL
PROSEDLIR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL

No. Revisi

Halaman : 41 dari 10

: 02



STANDAR OPERASIONAL
PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL No. Revi

No. Revisi : 02

Halaman : 42 dari 10

I. TUJUAN

Sebagai acuan dalam menjamin adanya komunikasi internal antar personil Universitas Muhammadiyah Surabaya serta komunikasi eksternal dengan pihak stakeholder dapat berjalan secara efektif & efisien dalam kerangka sistem manajemen mutu yang diterapkan.

II. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh bentuk komunikasi internal maupun eksternal yang ada serta diterapkan di lingkungan Universitas Muhammadiyah Surabaya.

III. REFERENSI

1. ISO 9001:2015 klausul 7.4

2. ISO 21001: 2018 klausul 7.4

3. Manual Mutu Universitas tahun 2019

IV. DEFINISI

Komunikasi Internal : komunikasi antar personil Universitas Muhammadiyah

Surabaya

Komunikasi Eksternal : komunikasi yang dibangun oleh Universitas Muhammadiyah

Surabaya dengan pihak eksternal / stakeholder

V. KETENTUAN UMUM

 Komunikasi Internal dibangun dalam dua tatanan yaitu komunikasi formil serta komunikasi informil, dimana komunikasi internal dalam tatanan formil merupakan forum resmi yang diakui menjadi agenda rutin Universitas Muhammadiyah



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL No. Revi

No. Revisi : 02

Halaman : 43 dari 10

Surabaya untuk membahas hal-hal terkait pelayanan serta membangun keefektifan penerapan SMM ISO 9001 : 2015.

- 2. Komunikasi Internal dapat dilakukan dengan melalui:
 - a. Rapat Tinjauan Manajemen
 - b. Rapat Internal
 - c. Komunikasi dengan pelanggan (masyarakat)
 - d. Surat Disposisi
 - e. Memo Internal
 - f. Surat Keputusan
 - g. Papan Pengumuman
- 3. Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan sesuai dengan STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP) Tinjauan Manajemen (PM-PPM-09)
- 4. Rapat Internal
 - a. Media pertemuan yang dilakukan secara rutin minimal tiga bulan sekali
 - b. Materi yang diangkat pada rapat ini adalah:
 - 1) Kendala-kendala terkait proses pelayanan
 - 2) Efektifitas penerapan SMM di lingkungan Universitas Muhammadiyah Surabaya
 - c. Di luar agenda rutin yang biasa dilaksanakan, salah satu pihak yang ingin membahas suatu masalah dengan pihak lain dapat menggunakan forum ini
 - d. Peserta rapat ini disesuaikan dengan kondisi permasalahan yang dihadapi.
- Memo sebagai media komunikasi untuk hal-hal yang berkaitan dengan mutu yang tidak diatur dalam dokumen sistem mutu yang mengikat, untuk dilaksanakan sesuai dengan wewenang dari Rektor, Dekan, Kaprodi, Ka. Unit yang mengeluarkan memo.



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL No. Revi

No. Revisi : 02

Halaman : 44 dari 10

6. Papan Pengumuman digunakan untuk menginformasikan segala hal yang berkaitan dengan aktifitas di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

7. Komunikasi dengan Pelanggan (masyarakat)

Komunikasi dengan pelanggan yang berkaitan dengan pelayanan perizinan serta terkait penerapan SMM, dilakukan sesuai dengan :

- a. Standard Operating Procedure (SOP) Penanganan Keluhan Pelanggan (SOP-DM-LPM.SPI-006.11)
- b. STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP) Pengukuran Kepuasan Pelanggan (PM-PPM-05)

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Komunikasi Internal dan eksternal dapat berjalan sesuai tata cara yang berlaku.

VII. PROSEDUR

- 1. Pimpinan manajemen di tingkat universitas atau uni kerja menyiapkan materi komunikasi internal sesuai dengan bentuknya untuk disampaikan kepada sasaran/peserta oleh staf masing-masing unit kerja.
- 2. Staf unit kerja membuat surat pemberitahuan/edaran sesuai bentuk komunikasi internal untuk disampaikan kepada sesluruh peserta terkait.
- Peserta menghadiri pertemuan, menerima, atau membaca materi komunikasi serta meberikan tanggapan/pendapat sesuai bentuk komunikasi internal pada waktu dan tempat yang telah ditentukan.
- 4. Pimpinan rapat meminta notulen mencatat hasil komunikasi internal untuk disebarkan ke seluruh peserta.
- 5. Notulen rapat menyerahkan catatan hasil rapat

INS MUHAR	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.13
UNIVERSE		Tanggal Terbit	: 02 September 2019
SURABATA	KOMUNIKASI INTERNAL	No. Revisi	: 02
		Halaman	: 45 dari 10

6. Pimpinan rapat mengirim hasil komunikasi internal untuk ditindaklanjuti oleh masing-masing peserta komunikasi internal.

VIII. DOKUMEN PELENGKAP

- 1. FRM-DM-LPM.SPI-008-9a Undangan Rapat
- 2. FRM-DM-LPM.SPI-008-9b Notulen Rapat
- 3. FRM-DM-LPM.SPI-008-9c Daftar Hadir Rapat

S Wand Williams
SURABAIN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL

No. Revisi : 02

Halaman : 46 dari 10

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP KOMUNIKASI INTERNAL

	PIHAK TERKAI	T/PEJABAT Y	DOKUMEN/	TARGET	
URAIAN PROSEDUR	Pimpinan Unit Kerja	Staf Unit Kerja/Notul en	Peserta Rapat/ Undangan	FORM	WAKTU
Pimpinan manajemen di tingkat universitas atau unit kerja menyiapkan materi komunikasi internal sesuai dengan bentuknya untuk disampaikan kepada sasaran/peserta oleh staf masing-masing unit kerja.				Materi Rapat	1 minggu
Staf unit kerja membuat surat pemberitahuan/edaran sesuai bentuk komunikasi internal untuk disampaikan kepada sesluruh peserta terkait.				Surat Undangan Rapat	1 hari
Peserta menghadiri pertemuan, menerima, atau membaca materi komunikasi serta memberi tanggapan/pendapat sesuai bentuk komunikasi internal pada waktu dan tempat yang telah ditentukan				Daftar Hadir Rapat	
Pimpinan rapat meminta notulen mencatat hasil komunikasi internal untuk disebarkan ke seluruh peserta.				Form Notulen RapatFoto kegiatan	



No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.13

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

KOMUNIKASI INTERNAL

No. Revisi : 02

Halaman : 47 dari 10

Notulen rapat menyerahkan hasil rapat kepada pimpinan rapat		Notulensi Hasil rapat	
Pimpinan rapat mengirim hasil komunikasi internal untuk ditindaklanjuti oleh masingmasing peserta komunikasi internal.		Notulensi Hasil rapat	2 hari



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.11
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Mu
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		7—6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI 4
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	1	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh		Rektor
	PANIG	
1.00	• /	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya

PENANGANAN KELUHAN

STANDAR OPERASIONAL

PELANGGAN

No. Kode Dokumen PROSEDUR

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **49** dari **8**

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi

PENANGANAN KELUHAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PELANGGAN

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

No. Kode

Dokumen

: 01

Halaman

: **50** dari **8**

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	 4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VII. PROSEDUR	 5
VII. DOKUMEN PELENGKAP	 6



PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **51** dari **8**

I. TUJUAN

Sebagai Panduan penanganan keluhan/pengaduan pelayanan oleh Universitas Muhammadiyah Surabaya.

II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini dimulai dari menerima keluhan/pengaduan akibat adanya ketidaksesuaian yang terjadi selama proses pelayanan berjalan serta ketidaksesuaian yang terjadi terkait kerjasama yang dilakukan oleh pihak Universitas Muhammadiyah Surabaya dengan pihak eksternal, sampai melakukan tindakan koreksinya.

III. REFERENSI

- 1. ISO 9001:2015 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 2. Manual Mutu Universitas tahun 2019

IV. DEFINISI

- 1. Keluhan/pengaduan adalah Keberatan atas suatu ketidaksesuaian yang terjadi
- 2. Pihak pelapor adalah mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan serta pihak lain yang mendapatkan layanan dari internal Universitas Muhammadiyah Surabaya
- 3. Pihak yang mendapat komplain adalah bagian dari internal Universitas Muhammadiyah Surabaya yang mendapatkan keberatan atas ketidaksesuaian yang dilakukan pada saat melakukan delivery jasanya

V. KETENTUAN UMUM

 Keluhan pelanggan direkap oleh unit kerja setiap 1 (satu) bulan sekali pada akhir bulan.



PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

No. Kode

Dokumen

000 1 1 0010

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **52** dari **8**

2. Hasil rekap diserahkan kepada LPM-SPI untuk ditindaklanjuti dengan menyerahan form permintaan tindakan perbaikan dan pencegahan (Form PTPP) kepada unit kerja yang dikomplain.

3. Keluhan yang perlu tindakan langsung dilakukan tanpa pengisian Form PTPP

4. Pemantauan PTPP dilakukan oleh LPM-SPI

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Keluhan dari pelanggan dapat tersalurkan sesuai prosedur yang ada.

VII. PROSEDUR

- Pelanggan menyampaikan keluhan/pengaduan kepada unit kerja yang dirasa belum dan atau tidak memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan Universitas Muhammadiyah Surabaya melalui sarana pengaduan layanan yang tersedia (tertulis/kotak saran, elektronik, atau online).
- 2. Unit kerja memeriksa kotak saran/aplikasi elektronik pengaduan setiap bulan sekali untuk melihat apakah ada keluhan/pengaduan yang masuk, merekap, dan menyerahkan hasil rekap keluhan kepada LPM-SPI.
- 3. LPM-SPI mencatat seluruh keluhan/pengaduan yang masuk sesuai dengan tujuan pihak layanan unit kerja yang dikeluhkan.
- 4. LPM-SPI membuat surat pemberitahuan tindakan langsung dan atau Permintaan Tindakan Perbaikan/ Pencegahan (PTPP) kepada pihak unit kerja yang sesuai dengan isi keluhan/pengaduan yang dilampiri form keluhan/pengaduan dari pihak pelapor.
- 5. Unit kerja atau pihak yang dikomplain mengisi kolom analisa penyebab masalah dan Tindakan Pencegahan & Perbaikan yang akan diambil serta mencatat tanggal rencana penyelesaian tindakan pencegahan / koreksi pada Form PTPP.



PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **53** dari **8**

6. Unit kerja menyerahkan Form PTPP yang telah diisi kepada LPM-SPI untuk pemantauan.

- 7. LPM-SPI melakukan verifikasi terkait tindakan perbaikan/pencegahan yang direncanakan unit kerja. Jika ada perbaikan dikembalikan ke unit kerja dan jika lengkap unit kerja dapat melakukan tindakan.
- 8. Unit kerja melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan sesuai isian Form PTPP yang telah diverifikasi LPM-SPI.
- LPM-SPI melakukan pemantauan/monitoring status setiap tindakan yang dilakukan unit kerja sesuai Form PTPP dengan menggunakan Formulir Log Status Tindakan Perbaikan/pencegahan
- Pelanggan menerima perubahan/peningkatan mutu layanan hasil PTPP unit kerja yang dikomplain.

VIII. DOKUMEN PELENGKAP

- 1. Surat pemberitahuan LPM-SPI
- 2. Formulir keluhan/pengaduan (FRM-DM-LPM.SPI-008-7)
- 3. Formulir Rekapitulasi keluhan/pengaduan (FRM-DM-LPM.SPI-008-7a)
- 4. Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan, PTPP (FRM-DM-LPM.SPI-008-8.a)
- 5. Formulir Log Satus PTPP (FRM-DM-LPM.SPI-008-8.b)

JUSAGA NA

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 54 dari 8

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN

LIDAIAN DDOCEDUD	PIHAK TERKAIT/PEJABAT YANG TERLIBAT			DOKUMEN/ FORM	TARGET
URAIAN PROSEDUR	PELANG- GAN	UNIT KERJA	LPM-SPI	DOKUMEN/ FORM	WAKTU
Pelanggan menyampaikan keluhan/pengaduan kepada unit kerja melalui sarana pengaduan layanan yang tersedia: tertulis/kotak saran, elektronik, atau online.				Form Keluhan/pengaduan	
Unit kerja memeriksa kotak saran/aplikasi elektronik pengaduan setiap bulan sekali, merekap, dan menyerahkan hasil rekap keluhan kepada LPM-SPI.				Form Keluhan/Pengaduan Form Rekapitulasi	1 bulan
LPM-SPI mencatat seluruh keluhan/pengaduan yang masuk sesuai dengan tujuan pihak layanan unit kerja yang dikeluhkan.				Form Rekapitulasi	1 minggu
LPM-SPI membuat surat pemberitahuan tindakan langsung dan atau Permintaan Tindakan Perbaikan/ Pencegahan (PTPP) kepada pihak unit kerja				Surat Pemberitahuan Form Rekapitulasi	1 hari
Unit kerja atau pihak yang dikomplain mengisi kolom analisa penyebab masalah dan Tindakan Pencegahan & Perbaikan yang akan diambil serta				Form PTPP	1 Minggu

SURACAN SURACAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

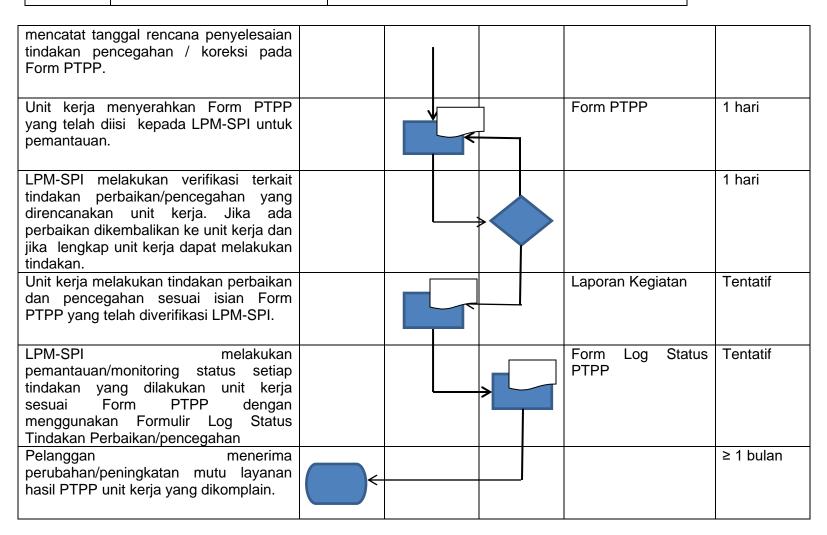
No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.11

PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 55 dari 8





UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR RAPAT TINJAUAN MUTU

[000 014 014 001 000 44
Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.14
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Mu
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		7-6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		1 7
		/ /
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	1	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	"	Rektor
T S TO THE	6	1
S A A SHOW A	3	
The state of		Du du Cultadiana MM
A Commander	/	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **57** dari **9**

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tangga I	Halaman	Tertulis	Revisi



RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman : 58 dari 9

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 5
VII. PROSEDUR	 6
VII. DOKUMEN PELENGKAP	 7



RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **59** dari **9**

I. TUJUAN

Prosedur ini digunakan sebagai acuan perwujudan komitmen manajemen untuk memastikan sistem mutu berjalan secara efektif dan berkesinambungan serta sebagai sarana untuk melakukan **perbaikan terus menerus.**

II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur tata cara rapat tinjauan manajemen untuk membahas masalahmasalah yang berkaitan dengan penerapan sistem mutu atau masalah lain yang terkait dengan mutu di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

III. DEFINISI

Tinjauan Manajemen : proses peninjauan, evaluasi serta penilaian oleh manajemen pada selang waktu terencana untuk memastikan kesesuaian, kecukupan serta kefektifan manajemen mutu berjalan secara konsisten.

IV. REFERENSI

- 1. ISO 9001:2015 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 2. Manual Mutu Universitas tahun 2019

V. KETENTUAN UMUM

- Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan 1 kali dalam tiap semester atau di luar jadwal rencana, apabila ada hal-hal penting yang berkaitan dengan kebijakan mutu atau sasaran mutu yang memerlukan tindak lanjut.
- 2. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen meliputi:
 - a. Hasil Audit Mutu Internal



RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **60** dari **9**

- b. Keluhan Pelanggan
- c. Performansi proses dan kesesuaian produk
- d. Status Tindakan Koreksi dan Tindakan Pencegahan
- e. Tindaklanjut dari tinjauan manajemen sebelumnya
- f. Perubahan yang berdampak pada sistem manajemen mutu
- g. Rekomendasi untuk perbaikan (*improvement*)
- 3. Hasil/Output RTM meliputi:
 - a. Improvement terkait efektifitas SMM
 - b. Improvement terkait perbaikan persyaratan pelanggan
 - c. Sumber daya yang diperlukan

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Rapat Tinjauan Manajemen dapat berjalan sesuai dengan prosedur dan memberikan manfaat pada keberlangsungan sistem manajemen mutu di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

VII. PROSEDUR

- 1. LPM-SPI menyiapkan bahan dan membuat perencanaan kegiatan rapat tinjauan manajemen (RTM) yang diusulkan kepada rector
- Rektor menyetujui rencana RTM untuk selanjutnya mengundang peserta RTM.
- Rektor mengundang seluruh kepala unit kerja non akademik (biro/lembaga/pusat/UPT) dan akademik (pascasarjana/fakultas/prodi) terkait untuk hadir dalam RTM.
- 4. Rektor memimpin RTM didampingi seluruh wakil rektor sesuai bidang serta notulen untuk membahas seluruh agenda RTM
- 5. Pimpinan RTM memberi kesempatan kepada peserta untuk menyampaikan pendapat/tanggapan sesuai dengan bidangnya.



RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **61** dari **9**

6. Pesrta RTM menyampaikan pendapat dan tanggapan serta usulan/saran sesuai dengan agenda RTM.

- 7. Rektor membuat kesimpulan dan rekomendasi hasil RTM yang akan ditindaklajuti masing-masing pihak terkait.
- 8. LPM-SPI menerima dan mengarsip hasil RTM dalam Notulen RTM & Rincian Tindak Lanjut RTM
- LPM-SPI membagikan Notulen RTM serta Rincian Tindak Lanjut RTM kepada pihak-pihak terkait untuk ditindaklanjuti dan memonitor tindak lanjut masing-maing pihak.

VIII. DOKUMEN PELENGKAP

- 1. Formulir Daftar Hadir Rapat Tinjauan Manajemen (FM-01-PPM-09)
- 2. Notulen Rapat Tinjauan Manajemen (FM-02-PPM-09)
- 3. Rincian Tindak Lanjut Rapat Tinjauan Manajemen (FM-03-PPM-09)



MANAJEMEN

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

RAPAT TINJAUAN

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 62 dari 9

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR SOP RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

	PIHAK TERKAIT/PEJABAT YANG TERLIBAT			DOKUMEN/	TARGET
URAIAN PROSEDUR	LPM-SPI	REKTOR/ PIMPINAN RAPAT	PESERTA	FORM	WAKTU
LPM-SPI menyiapkan bahan dan membuat perencanaan kegiatan rapat tinjauan manajemen (RTM) yang diusulkan kepada rektor.				Bahan RTMRencana RTM	1 minggu
Rektor menyetujui rencana RTM untuk selanjutnya mengundang peserta RTM.				Bahan RTM Rencana RTM	1 hari
Rektor mengundang seluruh kepala unit kerja non akademik (biro/lembaga/pusat/UPT) dan akademik (pascasarjana/fakultas/prodi) terkait untuk hadir dalam RTM.				Surat Undangan RTM	3 hari
Rektor memimpin RTM didampingi seluruh wakil rektor sesuai bidang serta notulen untuk membahas seluruh agenda RTM .				Form Notuluen Daftar Hadir RTM	1 hari



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

MANAJEMEN

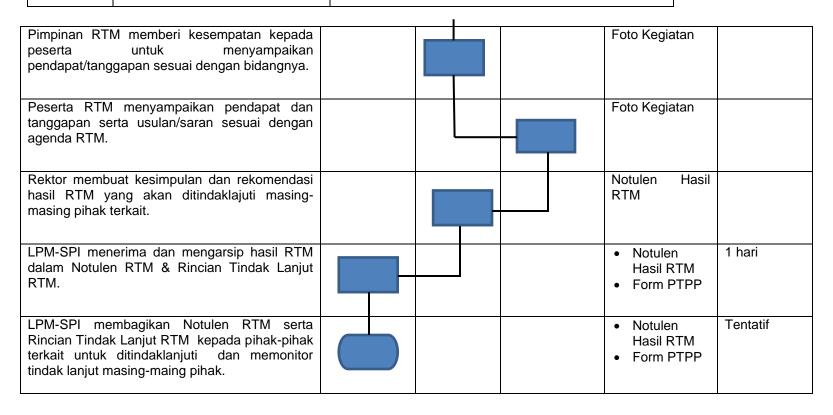
RAPAT TINJAUAN

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.14

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 63 dari 9





STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.14

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : **64** dari **9**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGENDALIAN PRODUK LULUSAN TIDAK SESUAI

Kada Dakuman	_	SOP-DM-LPM.SPI-006.15
Kode Dokumen	<u>:</u>	
Status Dokumen	:	Master Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Mi
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
•		7-6
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		N T
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal		27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	"	Rektor
Sale Control of the C	MANIGA	
Av. Tue	//	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TIDAK SESUAI

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 66 dari 10

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TIDAK SESUAI

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK
No. Davisi

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 67 dari 10

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. REFERENSI	 4
IV. DEFINISI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 5
VII. PROSEDUR	 5
VII. DOKUMEN PELENGKAP	6



STANDAR OPERASIONAL
DDUCEUID

TIDAK SESUAI

OSEDUR Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK

: 02 September 2019

No. Revisi

No. Kode

Halaman : 68 dari 10

: 01

I. TUJUAN

Sebagai Pedoman pengendalian pada beberapa bagian dari proses pelayanan yang dijalankan.

II. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup prosedur ini dimulai dari kegiatan pengidentifikasian dan tindakan koreksi pada kondisi-kondisi yang tidak sesuai pada proses pelayanan, sampai tindakan koreksinya.

III. DEFINISI

- Produk tidak sesuai : Hasil yang dicapai/diperoleh pada proses pelayanan berupa penyimpangan terhadap hasil dari persyaratan awal yang telah ditetapkan.
- Pengendalian produk tidak sesuai : segala tindakan yang diperlukan untuk mencegah atau meminimalisir terjadinya ketidaksesuaian.

IV. REFERENSI

- 1. ISO 9001:2015 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 2. Manual Mutu Universitas tahun 2019

V. KETENTUAN UMUM



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TIDAK SESUAI

Dokumen

No. Kode

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK

: 02 September 2019

No. Revisi

: 01

Halaman

: **69** dari **10**

- 1. Lulusan dapat diyudisium apabila telah menyelesaikan semua kewajiban beban belajarnya sesuai dengan jenjang yang ditempuh di UMSurabaya.
- 2. Lulusan dapat diyudisium dengan nilai C tidak lebih dari mata kuliah dan tidak ada nilai D.
- 3. Lulusan harus memiliki persyaratan khusus, di antaranya: (1) artikel yang dimuat minimla di jurnal nasional, (2) memiliki sertifikat TOEFL atau sejenis bahasa asing PBB, (3) memiliki sertifikat kegiatan ilmiah.

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Produk tidak sesuai dapat terkendali atau terminimalisir.

VII. PROSEDUR

- 1. Rektor melalui wakil rektor (warek) bidang akademik melakukan pengendalian produk/lulusan tidak sesuai di UMSurabaya.
- 2. Warek bidang akademik meminta unit kerja terkait (BAA) mengindentifikasi ketidaksesuaian produk/lulusan dengan persyaratan yang ditetapkan dan mencegah pengeluaran lulusan (koreksi, agregasi, penahanan kembali, penangguhan, menginformasikan pelanggan, dan konsesi).
- 3. BAA melakukan identifikasi ketidaksesuaian lulusan sebelum diyudisium.
- 4. BAA menyerahkan hasil identifikasi ketidaksesuaian lulusan kepada kaprodi melalui fakultas untuk ditindaklanjuti dengan tindakan perbaikan dan pencegahan.
- 5. Kaprodi melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan sesuai dengan ketidaksesuaian lulusan dengan persyaratan yang dimonitor oleh LPM-SPI.
- LPM-SPI melakukan monev tindakan perbaikan dan pencegahan yang dilakukan Fakultas/Prodi



STANDAR OPERASIONAL

PENGENDALIAN PRODUK

TIDAK SESUAI

PROSEDUR

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.15

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : **70** dari **10**

7. LPM-SPI menyerahan laporan monev kepada BAA

- 8. BAA menverifikasi hasil monev tindakan perbaikan dan pencegahan ketidaksesuaian lulusan dengan persyaratan, kemudian dilaporkan kepada warek bidang akademik.
- 9. Warek bidang akademik melaporkan hasil tindakan perbaikan dan pencegahan ketidaksesuaian lulusan kepada rektor.
- 10. Rektor mengeluarkan ketetapan yudisium lulusan sudah sesuai dengan peryaratan yang ditentukan.

VIII DOKUMEN PELENGKAP

-



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK **TIDAK SESUAI**

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : **71** dari **10**

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI

	PIH	AK TERKAIT	/PEJABAT	YANG TERLIE	BAT	DOKUMEN/	TARGET
URAIAN PROSEDUR	Rektor	Warek 1	BAA	FAK/KAP RODI	LPM-SPI	FORM	WAKTU
Rektor melalui wakil rektor (warek) bidang akademik melakukan pengendalian produk/lulusan tidak sesuai di UMSurabaya sebelum penetapan yudisium.	7					Daftar Calon Yudisium	
Warek bidang akademik meminta unit kerja terkait (BAA) mengindentifikasi ketidaksesuaian produk/lulusan dengan persyaratan yang ditetapkan dan mencegah pengeluaran lulusan (koreksi, agregasi, penahanan kembali, penangguhan, menginformasikan pelanggan, dan konsesi).						Daftar Calon yudisium	1 hari
BAA melakukan identifikasi ketidaksesuaian lulusan sebelum diyudisium.				>		Daftar Calon yudisiumPersyarata n Mutu Lulusan	1 minggu



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

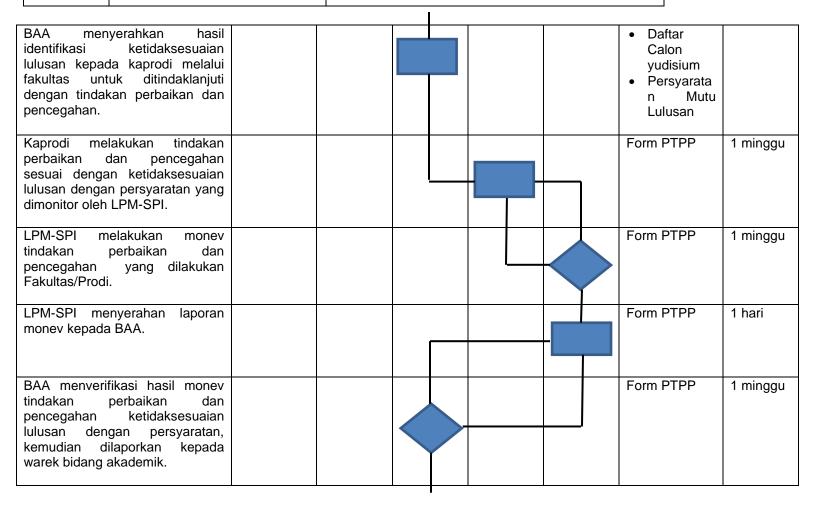
No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 72 dari 10





STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : **73** dari **10**

Warek bidang akademik melaporkan hasil tindakan perbaikan dan pencegahan ketidaksesuaian lulusan kepada rektor.		Daftar Calon yudisium hasil pengendalian	
Rektor mengeluarkan ketetapan yudisium lulusan sudah sesuai dengan peryaratan yang ditentukan.		SK Yudisium	1 bulan



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI

No. Kode Dokumen

: SOP-DM-LPM.SPI-006.15

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

No. Revisi : 01

Halaman : 2 dari 10



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MONEV PEMBELAJARAN

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Wh.
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Wakil Rektor I,
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal		20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
Discridinari dicii	•	The state of the s
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	:	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
Solution (1)	W. COLVA	Dr. dr. Sukadiono, MM Jahayla Universitas Muhammadiyah Surahaya dan tidak holeh diperbanyak.

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

PEDOMAN MONITORING DAN EVALUASI PROSES PEMBELAJARAN

No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Tanggal Terbit	: 02 September 2019
No. Revisi	: 01
Halaman	: 1 dari 1

DAFTAR REVISI

No.Rev	Tanggal	Halaman	Tertulis	Revisi



STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

PEDOMAN MONITORING DAN EVALUASI PROSES PEMBELAJARAN

No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Tanggal Terbit	: 02 September 2019
No. Revisi	: 01
Halaman	: 1 dari 1

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persetujuan	 1
Daftar Revisi	 2
Daftar Isi	 3
I. TUJUAN	 4
II. RUANG LINGKUP	 4
III. DEFINISI	 4
IV. REFERENSI	 4
V. KETENTUAN UMUM	 4
VI. KRITERIA KEBERHASILAN	 5
VII. PROSEDUR	 5
LAMPIRAN	 6



STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

PEDOMAN MONITORING DAN EVALUASI PROSES PEMBELAJARAN

No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Tanggal Terbit	: 02 September 2019
No. Revisi	: 01
Halaman	: 1 dari 1

I. TUJUAN

Untuk memberi pedoman pelaksanaan monitoring dan evaluasi tentang proses pembelajaran agar dapat dilakukan sesuai ketentuan yang ada dan hasilnya dapat digunakan sebagai masukan bagi manajemen untuk pengendalian dan peningkatan mutu.

II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan hasil monitoring dan evaluasi proses pembelajaran.

III. DEFINISI

- Proses pembelajaran adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian proses dan hasil pembelajaran untuk setiap mata kuliah yang diselenggarakan pada masing-masing program studi.
- Perencanaan proses pembelajaran adalah persiapan proses pembelajaran yang disusun untuk setiap mata kuliah dan disajikan dalam rencana pembelajaran semester (RPS) atau istilah lain.
- 3. Pelaksanaan proses pembelajaran adalah proses pembelajaran yang berlangsung dalam bentuk interaksi antara dosen, mahasiswa, dan sumber belajar dalam lingkungan belajar tertentu.
- 4. Penilaian proses dan hasil pembelajaran adalah kegiatan pengukuran dan pemberian nilai selama dan setelah proses pembelajaran dilaksanakan untuk setiap mata kuliah.
- 5. Monitoring adalah pemantauan kesesuai proses pembelajaran antara standard dan realisasi di lapangan.
- 6. Evaluasi adalah penilaian dan analisis hasil monitoring yang digunakan sebagai bahan rekomendasi yang perlu ditindaklanjuti oleh pimpinan program studi/fakultas/universitas dalam pengendalian dan peningkatan mutu proses pembelajaran.

IV. REFERENSI

- 1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 2. ISO 9001:2008 pasal 8.2.1 Kepuasan Pelanggan

SHIND WOHAMING	PROSEDUR (SOP) PEDOMAN MONITORING DAN
SURABATA	EVALUASI PROSES
	PEMBELAJARAN

No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Tanggal Terbit	: 02 September 2019
No. Revisi	: 01
Halaman	: 1 dari 1

V. KETENTUAN UMUM

- 1. Monev-In proses pembelajaran dilakukan 1 (satu) kali setiap akhir semester (Gasal dan Genap).
- 2. Pelaksanaan Monev-In proses pembelajaran menggunakan metode survei dengan instrumen kuesioner.
- 3. Monev-In proses pembelajaran dilaksanakan oleh Lembaga Penjaminan Mutu dan Satuan Pengawasan Internal (LPM-SPI), Gugus Penjaminan Mutu (GPM), dan Unit Penjaminan Mutu (UPM) berkoordinasi dengan pimpinan universitas/faultas/program studi.
- 4. Responden dalam Monev-In proses pembelajaran adalah mahasiswa pada semester yang bersesuaian.
- 5. Hasil Monev-In proses pembelajaran didistribusikan ke massing-masing program studi sebagai dokumen terkendali.

VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Monitoring dan evaluasi proses pembelajaran dapat dilaksanakan secara berkala sesuai prosedur yang berlaku

VII. PROSEDUR

- Lembaga Penjaminan Mutu dan Satuan Pengawasan Internal (LPM-SPI) menugaskan Divisi Monev dan Audit untuk menyusun rencana Monev-In Proses Pembelajaran
- Divisi Monev-In Proses Pembelajaran meserahkan hasil Rencana MonevIn ke LPM-SPI
- 3. LPM-SPI mengajukan surat permohonan kepada Rektor untuk pemberitahuan pelaksanaan Monev-In Proses Pembelajaran semester berjalan kepada fakultas.
- 4. Rektor mengirim surat pemberitahuan pelaksanaan Monev-In Proses Pembelajaran kepada program studi melalui dekan.
- 5. Dekan berkoordinasi dengan GPM dan UPM untuk melaksanakan Monev-In proses pembelajaran
- 6. GPM dan UPM menyiapkan instrumen Monev-In Proses pembelajaran yang akan disebarkan ke mahasiswa (*online*)
- 7. Mahasiswa mengisi dan mengembalikan instrumen Monev-In Proses pembelajaran kepada GPM dan UPM

NO MUHA	STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)	No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
ONLINE SERVICE	PEDOMAN MONITORING DAN	Tanggal Terbit	: 02 September 2019
SURABANA	EVALUASI PROSES	No. Revisi	: 01
	PEMBELAJARAN	Halaman	: 1 dari 1

- 8. GPM dan UPM merekapitulasi hasil Monev-In proses pembelajaran dan membuat laporan sesuai dengan sistematika yang sudah ditentukan.
- 9. GPM dan UPM mengirim laporan hasil Monev-In proses pembelajaran ke LPM-SPI untuk direkap dan dilaporkan ke pimpinan universitas/fakultas/program studi untuk ditindaklanjuti.
- 10. LPM-SPI membuat rekapitulasi hasil monev prodi dan dilaporkan ke pimpinan universitas/fakultas/program studi untuk ditindaklanjuti.
- 11. Pimpinan universitas/fakultas/program studi menerima laporan hasil monev untuk ditindaklanjuti
- 12. LPM-SPI melakukan pemantauan tidak perbaikan yang dilakukan pimpinan universitas dan fakultas.

VIII DOKUMEN PELENGKAP

8.1 Kuesioner Kepuasan Pelanggan (FM-01-PPM-05)

as Muha.	STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)	No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
HANNA	PEDOMAN MONITORING DAN	Tanggal Terbit	: 02 September 2019
SURABANA	EVALUASI PROSES	No. Revisi	: 01
	PEMBELAJARAN	Halaman	: 1 dari 1

Bagan Alir SOP:

			PIHAK YANG					
URAIAN	LPM-SPI	DIVISI MONEV DAN AUDIT	REKTOR	DEKAN/ KAPRODI	GPM/ UPM	MHS	DOKUMEN	TARGET WAKTU
Lembaga Penjaminan Mutu dan Satuan Pengawasan Internal (LPM-SPI) menugaskan Divisi Monev dan Audit untuk menyusun rencana Monev-In Proses Pembelajaran								
Divisi Monev-In Proses Pembelajaran menyerahkan hasil Rencana MonevIn ke LPM-SPI							Pedoman Monev dan Instrumen	2 hari
LPM-SPI mengajukan surat permohonan kepada Rektor untuk pemberitahuan pelaksanaan Monev-In Proses Pembelajaran semester berjalan kepada fakultas.							Surat LPM-SPI	1 hari
Rektor melalui Wakil Rektor 1 mengirim surat pemberitahuan pelaksanaan Monev-In Proses Pembelajaran kepada program studi melalui dekan							Surat Rektor	1 hari



STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

PEDOMAN MONITORING DAN EVALUASI PROSES PEMBELAJARAN

No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
Tanggal Terbit	: 02 September 2019
No. Revisi	: 01
Halaman	: 1 dari 1

Dekan berkoordinasi dengan GPM dan UPM untuk melaksanakan Monev-In proses pembelajaran					1 minggu
GPM dan UPM menyiapkan instrument Monev-In Proses pembelajaran yang akan disebarkan ke mahasiswa (online)				Formulir rekap dan Instrumen Monev online	1 hari
Mahasiswa mengisi dan mengembalikan instrumen Monev-In Proses pembelajaran kepada GPM dan UPM				Akses dan mengisi instrumen online	1 minggu
GPM dan UPM merekapitulasi hasil Monev-In proses pembelajaran dan membuat laporan sesuai dengan sistematika yang sudah ditentukan.				Formulir rekpitulasi dan laporan hasil monev seluruh prodi masing- masing	2 minggu
GPM dan UPM mengirim laporan hasil Monev-In proses pembelajaran ke LPM- SPI untuk direkap				Laporan hasil monev program studi	1 hari
LPM-SPI membuat rekapitulasi hasil money prodi dan dilaporkan ke pimpinan uniyersitas/fakultas/program studi untuk ditindaklanjuti.				Formulir rekapitulasi dan laporan hasil money seluruh prodi per fakultas	2 minggu

	SUBARANT SUBARANTA	STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)	No. Kode Dokumen	: SOP-DM-LPM.SPI-006.16
		PEDOMAN MONITORING DAN	Tanggal Terbit	: 02 September 2019
		EVALUASI PROSES	No. Revisi	: 01
		PEMBELAJARAN	Halaman	: 1 dari 1

Pimpinan uniyersitas/fakultas/program studi menerima laporan hasil money untuk ditindaklanjuti			Copy laporan hasil hasil money LPM- SPI	1 hari
LPM-SPI melakukan pemantauan tidak perbaikan yang dilakukan pimpinan universitas dan fakultas.			Form PTPP	1 Semester

HALAMAN PENGESAHAN



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENYUSUNAN DAN PENETAPAN STANDAR

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.1
Status Dokumen	:	Master Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Wh.
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		1 7
A		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	:	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
The state of the s	MANIGA	Dr. dr. Sukadiono, MM
		hasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, bai ak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **84** dari **8**

1. TUJUAN

Mengatur proses penetapan standar yang memiliki legalitas dari pejabat yang berwenang di lingkungan UMSurabaya

2. RUANG LINGKUP

Penetapan standar yang berlaku pada sistem penjaminan mutu internal di UMSurabaya

3. REFERENSI

- a. Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- b. SK. Rumusan VMTS UMSurabaya
- c. Statuta UMSurabaya
- d. RIP
- e. Renstra
- f. Renop
- g. Kebijakan Mutu SPMI UMSurabaya
- h. Manual Mutu SPMI UMSurabaya
- i. Peraturan PP Muhammadiyah tentang PTM
- j. Peraturan Majelis Diktilitbang PP Muhammadiyah tentang PTM
- k. Standar PTMA
- I. Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPMDikti
- m. Buku panduan SPMI tahun 2018

4. DEFINISI

- a. Mutu pendidikan tinggi adalah kesesuaian
- b. Standar mudu adalah
- c. LPM-SPI adalah
- d. Tim Penyusun adalah

5. URAIAN PROSEDUR



PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **85** dari **8**

a. LPM-SPI mengusulkan tim penyusun dokumen standar yang terdiri atas ketua dan anggota untuk ditetapkan oleh rektor

- b. Rektor menetapkan dan memberi tugas Tim Penyusun Dokumen Standar Mutu Universitas Muhamadiyah Surabaya untuk menyusun standar mutu.
- c. Tim Penyususun melakukan proses penyusunan standar mutu dengan mengacu pada dokumen, di antaranya: visi, misi, dan tujuan, STATUTA, RIP, Renstra, Renop Universitas Muhammadiyah Surabaya, Permenristekdikti no. 44 tahun 2015, Standar PTMA.
- d. Tim Penyusun mengumpulkan dan mempelajari isi semua peraturan perundang-undangan yang relevan dengan aspek kegiatan yang akan dibuatkan standarnya;
- e. Tim Penyusun melakukan evaluasi diri dengan menerapkan SWOT analisis
- f. Tim Penyusun Melaksanakan studi pelacakan atau survei tentang aspek yang hendak dibuatkan standarnya, terhadap pemangku kepentingan internal dan/atau eksternal;
- g. Tim Penyusun merumuskan draft awal standar yang bersangkutan dengan menggunakan rumus ABCD dan hasil draft diserahkan ke LPM-SPI;
- LPM-SPI melakukan uji publik atau sosialisasi draft standar dengan mengundang pemangku kepentingan internal dan/atau eksternal untuk mendapatkan saran;
- Hasil uji publik diserahkan ke Tim Penyusun untuk dirumuskan kembali (revisi) pernyataan standar, sebelum ditetapkan BPH pada rapat senat universitas.
- Rektor bersama senat dan BPH mengadakan rapat penetapan standar mutu.
- k. BPH menetapkan dokumen standar mutu untuk masa berlaku 5 tahun ke depan oleh seluruh unit kerja dan diserahkan ke LPM-SPI.



PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **86** dari **8**

 LPM-SPI menerima SK Penetapan Standar Mutu SPMI untuk disosialisasikan ke seluruh civitass akademika kampus dan menyimpan sebagai arsip.

m. LPM-SPI menyimpan dokumen standar sebagai arsip.

Dokumen Terkait

- 1. Surat LPM-SPI tentang usulan tim penyusun
- 2. SK Rektor Tim Penyusun
- 3. Formulir standar mutu



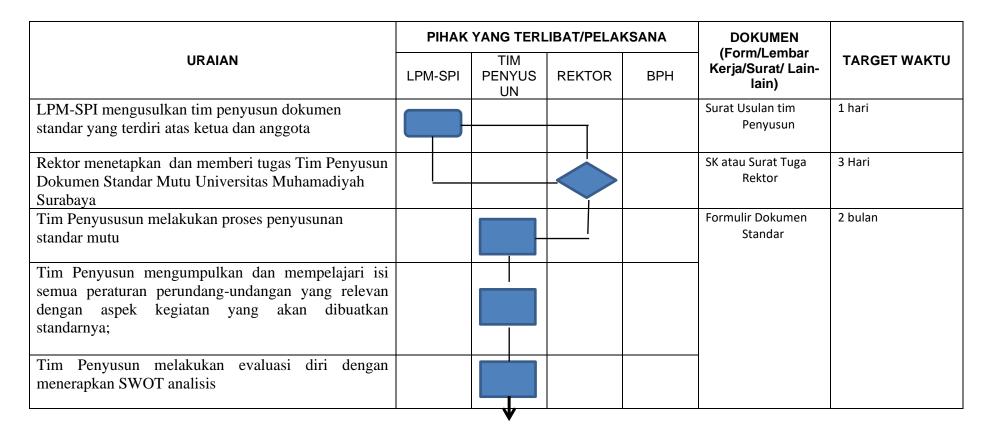
PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **87** dari **8**

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR/FLOWCHART STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERUMUSAN DAN PENETAPAN STADAR MUTU





PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **88** dari **8**

Tim Penyusun merumuskan draft awal standar yang bersangkutan dengan menggunakan rumus ABCD					
LPM-SPI melakukan uji publik atau sosialisasi draft standar				Draft Standar	1 minggu
Rektor bersama senat dan BPH mengadakan rapat penetapan standar mutu.	_			Draft StandarSurat undanganDaftar HadirRapat Senat	1 hari
BPH menetapkan dokumen standar mutu untuk masa berlaku 5 tahun ke depan oleh seluruh unit kerja dan diserahkan ke LPM-SPI.				Dokumen Standar	3 hari
LPM-SPI menerima SK Penetapan Standar Mutu SPMI untuk disosialisasikan ke seluruh civitass akademika kampus				Dokumen Standar	1 hari
LPM-SPI menyimpan dokumen standar sebagai arsip.					



PENYUSUNAN DAN PENETAPAN DOKUMEN MUTU SPMI No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.1

Tanggal Terbit : 1 Maret 2019

No. Revisi : 00 Halaman : **89** dari **8**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MANAJEMEN RISIKO

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-006.20
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Wakil Rektor I,
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal	:	27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
	TO COL	Dr. dr. Sukadiono, MM

TUJUAN

Mengidentifikasi dan menetapkan konteks pengelolaan risiko disusun supaya dapat digunakan sebagai panduan mengenai kriteria penilaian tingkat risiko serta strategi penanganan risiko agar dalam penilaian resiko pada proses utama unit kerja memberikan informasi yang tepat

RUNGA LINGKUP

Prosedur operasional manajemen risiko berlaku untuk semua unit kerja di lingkungan UMSurabaya

DEFINISI

REFERENSI

Persyaratan ISO 9001: 2015 Clausul:
 SK Rektor tentang Manajemen Risiko

URAIAN PROSEDUR

- 1. LPM-SPI meminta Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT melakukan Identifikasi, penilaian, pengkajian dan penanganan risiko sesuai dengan tabel pada masing- masing proses
- 2. Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT mengidentifikasi dan mencatat tingkat dampak serta munculnya peluang dan menetapkan tingkat resikonya. Catatan: Jika ditemukan tingkat risiko yang tidak dapat diterima/tinggi, maka diusulkan tindakan rencana kerja untuk menghilangkan risiko atau menurunkan risiko pada tingkat yang dapat diterima
- 3. Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT menyerahkan draf dokumen analisisi risiko kepada LPM-SPI untuk diverifikasi dalam kajian akhir. Catatan: Jika ditemukan isi yang belum disetujui, maka draf dokumen tersebut dikembalikan untuk diperbaiki
- 4. LPM-SPI melakukan verifikasi hasil anaiysis risiko semua unit kerja
- 5. LPM-SPI mengkompilasi semua dokumen analisis risiko dari semua unit kerja sebelum diserahkan kepada rektor untuk disahkan dan ditetapkan.
- 6. Rektor mengesahkan dan menetapkan dokumen analisis resiko unit kerja dan diserahkan kepada LPM-SPI
- 7. LPM-SPI menerima dan mendistribusikan dokumen analisis risiko yang telah disahkan rektor kepada masing-masing unit kerja untuk dilaksanakan.
- 8. LPM-SPI memonitor dan dievaluasi pelaksanaan analisa risiko pada masing-masing unti kerja.

BAGAN ALIR SOP MANAJEMEN RISIKO UNIT KERJA

	PIHAK '	YANG TERI PELAKS	IBAT/PEJAI ANA	DOKUMEN (Form/Lembar	TARGET		
URAIAN PROSEDUR	LPM-SPI	KEPALA UNIT KERJA	REKTOR		(Form/Lembar Kerja/Surat/ Lain-lain)	WAKTU	
LPM-SPI meminta Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT melakukan Identifikasi, penilaian, pengkajian dan penanganan risiko					FormulirIdentifi kasi Risiko (FRM 03) Formulir penanganan risiko (FRM 06)	1 hari	
Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT mengidentifikasi tingkat dampak serta munculnya peluang dan menetapkan tingkat resikonya.					Form 03; Form 06	1 bulan	
Kepala Biro/Lembaga/Pusat/UPT menyerahkan draf dokumen analisisi risiko					Isian Form 03; Form 06	1 hari	
LPM-SPI menverifikasi hasil analisis risiko semua unit kerja					Isian Form 03 dan Form 06	1 minggu	
LPM-SPI mengkompilasi semua dokumen analisis risiko dari semua unit kerja sebelum diserahkan kepada rektor untuk disahkan dan ditetapkan					Isian Form 03 dan Form 06	1 minggu	
Rektor mengesahkan dan menetapkan dokumen analisis resiko unit kerja					Dokumen RBT Unit Kerja	2 hari	
LPM-SPI menerima dan mendistribusikan dokumen analisis risiko	-				SK dan Lampiran Dokumen RBT Unit Kerja	1 hari	
LPM-SPI memonitor dan dievaluasi pelaksanaan analisa risiko pada masing- masing unti kerja					Form Monitoring	1 tahun	

TABEL RISIKO

1. Nilai Kemungkinan

Kemungkinan terjadinya adalah probabilitas dari suatu peristiwa yang terjadi. Kemungkinan risiko, perlu mempertimbangkan baik probabilitas dan frekuensi kejadian. BAK, BUK dan BPHM menggunakan peringkat kemungkinan berikut.

Tabel 1 . Nilai Kemungkinan

Nilai	Kemungkinan	Deskripsi	Kuantifikasi / Frekuensi
1	Sangat Jarang	Peristiwa mungkin terjadi tetapi hanya dalam keadaan luar biasa. Tidak ada riwayat kejadian masa lalu.	Sekali setiap 5 tahun atau lebih
2	Jarang	Peristiwa mungkin terjadi dalam beberapa keadaan. Tidak ada riwayat kejadian masa lalu.	Sekali dalam 2 tahun.
3	Mungkin	Peristiwa mungkin terjadi dalam beberapa waktu. Adanya beberapa tanda-tanda peringatan sebelumnya atau riwayat kejadian sebelumnya	
4	Lebih mungkin	Peristiwa akan kemungkinan terjadi. Beberapa kejadian masalalu terulang.	Sekali dalam 6 bulan
5	Hampir selalu	Peristiwa diperkirakan terjadi dalam situasi normal. Telah sering terjadi kejadian masalalu.	Sekali setiap 1 bulan atau lebih frekuensi nya.

2. Nilai Keparahan atau Konsekuensi

Penilaian "Severity" atau "konsekuensi" merupakan dampak dari resiko tersebut, yang dapat diukur dari (atau kombinasi nya):

- Dampak pada kegiatan organisasi
- Dampak finansial
- Reputasi pada organisasi.

BAK, BUK dan BPHM akan menggunakan penilaian konsekuensi berikut:

Tabel 2 . Nilai Konsekuensi Dampak atau Keparahan

Nilai	Konsekuensi	Dampak Kegiatan Organisasi	Dampak Finansial	Dampak Reputasi	
1	Tidak signifikan	terjadwal.		Dampak yang sangat kecil – pengaruh pada inetrnal organisasi itu sendiri	

2	Minor	Aktivitas	utama	Kerugian secara	Dampak yang
		terganggu	hingga ½	kecil, dengan nilai >	terbatas – pengaruh
		hari		Rp. 500.000 ,-	pada media lokal.
3	Moderat /	Aktivitas			Dampak yang pantas
	Sedang	terganggu	hingga 1	lokal, dengan nilai >	dipertimbangkan –
		hari		Rp.1.000.000,-	pengaruh media
					lokal. Dampak
					terhadap lisensi
					nasional
4	Major	Aktivitas	utama	Kerugian yang luas	Dampak Nasional –
		terganggu	hingga 2	dengan nilai > Rp.	pengaruh media
		hari		5.000.000,-	nasional. Dampak
					terhadap lisensi
					nasional
5	Katastropik	Aktivitas		Luasan kerugian –	
		terganggu	hingga > 2		internasional –
		hari		kerugian operasional	pengaruh media
				> Rp. 10.000.000,-	internasional.
					Dampak terhadap
					lisensi internasional.

3. Penilaian Resiko

Penilaian resiko ditentukan dengan perkalian antara nilai dampak dengan nilai kemungkinan. Tingkat resiko tersebut menentukan bagaimana tindak lanjut penanganan resiko. Tabel berikut dibawah menggambarkan tingkat resiko yang digunakan oleh BAK, BUK dan BPHM.

Tabel 3. Tingkat Resiko

	Tabel 3. Tingkat Resiko										
		Kemungkinan									
Konsekuensi	1	2	3	4	5						
	Sangat jarang	jarang	jarang mungkin		Hampir selalu						
5	Sangat Besar	Ekstrim	Ekstrim	Ekstrim	Ekstrim						
Katastropik	5	10	15	20	25						
4	Medium	Sangat Besar	Sangat Besar	Eksrim	Ekstrim						
Major	4	8	12	16	20						
3	Medium	Besar	Besar	Sangat Besar	Ekstrim						
Moderat	3	6	9	12	15						
2	Kecil	Medium	Besar	Besar	Sangat Besar						
Minor	2	4	6	8	10						
1	Kecil	Kecil	Kecil	Medium	Medium						
Tidak signifikan	1	2	3	4	5						

4. Evaluasi Resiko

Penialain resiko melibatkan komparasi nilai resiko yang muncul dan analisa proses prioritas dan persyaratan yang ada.

Strategi penanganan resiko sebagai berikut :

- Ekstrim : memerlukan tindakan segera karena sebaran potensi resiko memungkinkan hancurnya organisasi.

Resiko tersebut dapat di alihkan ke pihak lain atau di hindari oleh BAK, BUK dan BPHM.

- Sangat Besar: memerlukan tindakan cepat [maksimal 3 bulan], karena potensi dampak nya melemahkan organisasi. Prosedur atau Instruksi kerja pada aktivitas terkait proses ini diperlukan.

Resiko tersebut dapat di alihkan ke pihak lain atau di hindari oleh BAK, BUK dan BPHM.

Besar : Memerlukan penanganan dengan rencana tindakan [antara 3 – 6 bulan].

Resiko tersebut dapat diterima, namun diperlukan usaha untuk menurunkan kemungkinan munculnya penyebab kegagalan proses, atau menurunkan potensi dampak kegagalan proses.

- Medium : Merupakan batas resiko yang dapat diterima oleh BAK, BUK dan BPHM., namun selalu memantau dan mengevaluasi resiko tersebut.

Menerima resiko dengan informasi yang diterima, namun ada upaya untuk memperbaiki.

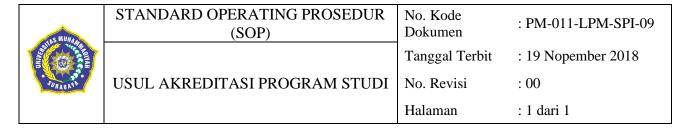
- Kecil: Dikaji, dipantau dan dievauasi minimal setahun sekali.



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR USUL AKREDITASI PROGRAM STUDI

Kode Dokumen	:	SOP-DM-LPM.SPI-009
Status Dokumen	:	☐ Master ☐ Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Wh.
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
		9-1
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		The state of the s
		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal		27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
	MANAGAM	Dr. dr. Sukadiono, MM
Ici dokumon ini cononuhnya marunak	on ra	hasia Universitas Muhammadiyah Surahaya dan tidak holeh dinerhanyak hai

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya



A. TUJUAN

- 1. Terlaksananya usulan akreditasi program studi sesuai jadwal
- 2. Memandu proses usulan akreditasi program studi tahap demi tahap hingga ditetapkannya status akreditasi program studi oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT)
- 3. Membangun budaya organisasi yang baik (*Good University Governance*, GUG) melalui keterlibatan semua unit kerja di lingkungan Universitas Muhammadiyah Surabaya

B. RUANG LINGKUP

SOP ini meliputi semua tahap usulan akreditasi semua program studi di UMSurabaya mulai dari perencanaan, pelaksanaan, penilian internal, dan pengiriman berkas (offline/online).

C. DEFINISI

- 1. Perguruan Tinggi adalah satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi.
- 2. Program Studi adalah kesatuan kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu jenis pendidikan akademik, pendidikan profesi, dan/atau pendidikan vokasi.
- 3. Badan Akreditas Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) adalah badan yang dibentuk oleh Pemerintah untuk melakukan dan mengembangkan akreditasi Perguruan Tinggi secara mandiri.
- 4. LPM-SPI adalah unit kerja sistem penjaminan mutu pada tingkat universitas yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi
- 5. GPM adalah pelaksana sistem penjaminan mutu pada tingkat fakultas yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi.
- 6. UPM adalah pelaksana sistem penjaminan mutu pada tingkat program studi yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi
- 7. Akreditasi adalah kegiatan penilaian untuk menentukan kelayakan Program Studi dan Perguruan Tinggi.
- 8. Standar Pendidikan Tinggi adalah satuan standar yang meliputi Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh setiap Perguruan Tinggi dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- 9. Standar Nasional Pendidikan Tinggi adalah satuan standar yang meliputi standar nasional pendidikan, ditambah dengan standar penelitian, dan standar pengabdian kepada masyarakat.
- 10. Standar Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh setiap Perguruan Tinggi adalah sejumlah standar dalam bidang akademik dan nonakademik yang melampaui Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

D. REFERENSI

1. Permenristekdikti No. 32 tahun 2016 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan

- Tinggi
- 2. Permenristekdikti No. 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi (SPMDIKTI)
- 3. PerBAN-PT No. 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi (SAN-DIKTI)
- 4. Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- 5. Statuta UMSurabaya Tahun 2017
- 6. Standar PTM/A

E. URAIAN PROSEDUR

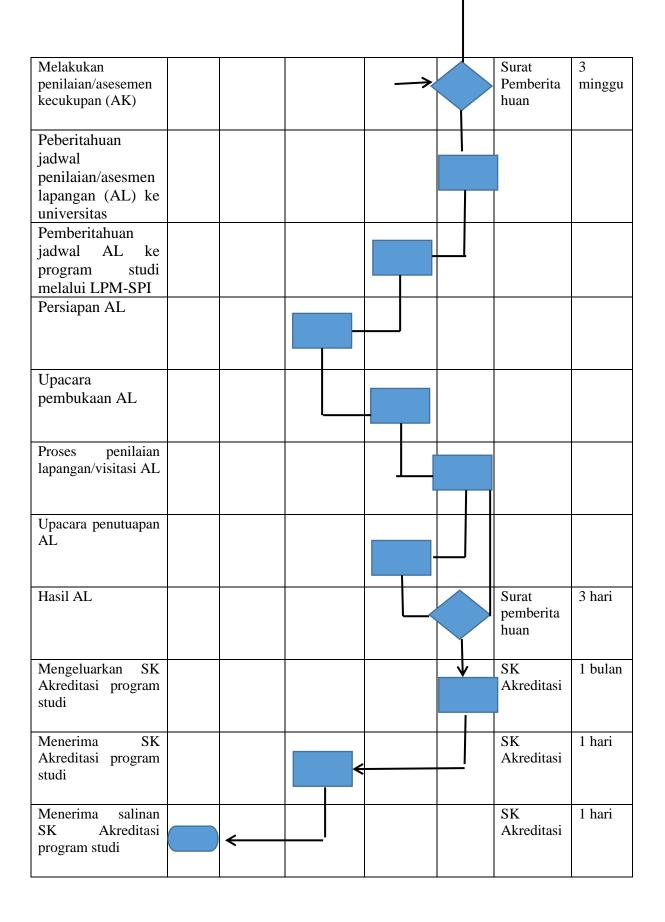
- 1. Lembaga Penjaminan Mutu dan Satuan Pengawasan Internal (LPM-SPI) memantau masa berlaku Akreditasi Program Studi dan memberitahukan kepada program studi apabila masa berlaku akreditasi tersisa 1 tahun.
- 2. Program studi mengadakan rapat pembentukan Tim Penyusun Borang Akreditasi (LK, LED, DATA APS)
- 3. Fakultas dan Program studi menyusun borang akreditasi/laporan kinerja (LK) dan laporan evaluasi diri (LED).
- 4. Fakultas dan Program studi memverifikasi LK, LED dan data APS
- 5. LPM-SPI menugaskan Reviewer Internal untuk mereview LK, LED dan data APS
- 6. Reviewer internal mereview LK, LED dan data APS, serta lampiran wajib boring. Jika masih kurang, maka dikembalikan ke fakultas dan prodi. Jika sudah cukup, maka dilanjutkan ke warek 1 untuk diverifikasi.
- 7. Warek 1 (bidang akademik) memverifikasi isi dan similaritas LK, LED dan data APS
- 8. Warek 1 mengirim berkas LK, LED, dan data APS secara online melalui aplikasi SAPTO
- 9. BAN-PT melakukan penilaian/asesemen kecukupan (AK). Jika ada kekurangan dan teridentifikasi pelanggaran (plagiasi), maka dikembalikan ke universitas untuk diproses sesuai prosedur sebelumnya.
- 10. BAN-PT meberitahukan jadwal penilaian/assesmen lapangan (AL) ke universitas
- 11. Universitas memberitahukan jadwal AL ke program studi melalui LPM-SPI
- 12. Program studi didampingi LPM-SPI mempersiapkan AL
- 13. Universitas melakukan upacara pembukaan penyambutan kunjungan asesor BAN-PT sesuai jadwal AL
- 14. Asesor yang ditugaskan BAN-PT melakukan penilaian lapangan/visitasi
- 15. Universitas melakukan upacara penutupan AL
- 16. BAN-PT mengeluarkan SK Akreditasi program studi
- 17. Program studi menerima SK Akreditasi
- 18. LPM-SPI menerima salinan SK akreditasi program studi
- 19. Selesai

F. BAGAN ALIR PROSEDUR (Terlampir)

LAMPIRAN:

BAGAN ALIR (FLWCHART) SOP USUL APS

	PIHA	K TERKA		TARG			
URAIAN PROSEDUR	LPM- SPI	ASESO R INTER NAL	PRODI/ FAK	WAREK 1	BAN- PT	DOKUM EN/ FORM	ET WAKT U
Memantau masa berlaku Akreditasi Program Studi dan memberitahukan kepada program studi apabila masa berlaku akreditasi tersisa 1 tahun.						Surat pemberita huan	1 hari
Mengadakan rapat pembentukan Tim Penyusun Borang Akreditasi (LK, LED, DATA APS)						SK Tim Task force	1 hari
Menyusun borang akreditasi/laporan kinerja (LK) dan laporan evaluasi diri (LED).						Borang LK, LED	6 bulan
Memverifikasi LK, LED dan data APS						Form verifikasi	1 minggu
Menugaskan reviewer internal						Surat Tugas	1 hari
Mereview LK, LED dan data APS						Form asesmen LK, LED	1 minggu
Verifikasi isi dan similaritas LK, LED dan data APS						Borang LK, LED	1 minggu
Mengirim berkas LK, LED, dan data APS secara online (SAPTO)				V			





UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR USUL AKREDIRASI PERGURUAN TINGGI

Kada Dakuman		SOP-DM-LPM.SPI-006.18
Kode Dokumen	•	
Status Dokumen	•	Master Salinan No.
Nomor Revisi	:	01
Tanggal Terbit	:	02 September 2019
Jumlah Halaman	:	()
Tanggal	:	8 Agustus 2019
Diajukan Oleh	:	Tim Penyusun,
		Wh.
		Hadi Kusnanto, S.T., M.T.
Tanggal	:	15 Agustus 2019
Diperiksa Oleh	:	Waki Rektor I,
·		9-1
		Dr. A.Aziz Alimul Hidayat, S.Kep.Ns, M.Kep.
Tanggal	:	20 Agustus 2019
Dikendalikan oleh	:	Kepala LPM-SPI
		The state of the s
A		Dr. Wiwi Wikanta, M.Kes.
Tanggal		27 Agustus 2019
Disetujui Oleh	1	Rektor
S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	POUVA	Dr. dr. Sukadiono, MM

Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Surabaya dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain tanpa ijin tertulis dari Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya

STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)



No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.18

Tanggal Terbit : 02 September 2019

No. Revisi : 00

Halaman : 1 dari 1

USULAN APT 3.0

A. TUJUAN

- 1. Dihasilkan naskah Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi (IAPT) yang terdiri atas Laporan Evaluasi Diri (LED) dan Laporan Kinerja (LK) UMSurabaya sesuai jadwal
- 2. Memandu proses penyusunan LK dan LED tahap demi tahap hingga pengusulan APT ke Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT)
- 3. Membangun budaya organisasi yang baik (*Good University Governance*, GUG) melalui keterlibatan tim kerja di lingkungan Universitas Muhammadiyah Surabaya

B. RUANG LINGKUP

SOP ini meliputi semua tahap penyusunan LK dan LED muali dari tahap penetapan di UMSurabaya

C. DEFINISI

- 1. Perguruan Tinggi adalah satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi.
- 2. Program Studi adalah kesatuan kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu jenis pendidikan akademik, pendidikan profesi, dan/atau pendidikan vokasi.
- 3. Badan Akreditas Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) adalah badan yang dibentuk oleh Pemerintah untuk melakukan dan mengembangkan akreditasi Perguruan Tinggi secara mandiri.
- 4. LPM-SPI adalah unit kerja sistem penjaminan mutu pada tingkat universitas yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi
- 5. GPM adalah pelaksana sistem penjaminan mutu pada tingkat fakultas yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi.
- 6. UPM adalah pelaksana sistem penjaminan mutu pada tingkat program studi yang memiliki tugas mengawal dan membantu program studi dalam melakukan proses usul akreditasi
- 7. Akreditasi adalah kegiatan penilaian untuk menentukan kelayakan Program Studi dan Perguruan Tinggi.
- 8. Standar Pendidikan Tinggi adalah satuan standar yang meliputi Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh setiap Perguruan Tinggi dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- 9. Standar Nasional Pendidikan Tinggi adalah satuan standar yang meliputi standar nasional pendidikan, ditambah dengan standar penelitian, dan standar pengabdian kepada masyarakat.
- 10. Standar Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh setiap Perguruan Tinggi adalah sejumlah standar dalam bidang akademik dan nonakademik yang melampaui Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

D. REFERENSI

SURAGAN

STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.18

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

USULAN APT 3.0 No. Revisi

No. Revisi : 00

Halaman : 1 dari 1

1. Permenristekdikti No. 32 tahun 2016 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi

- 2. Permenristekdikti No. 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi (SPMDIKTI)
- 3. PerBAN-PT No. 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi (SAN-DIKTI)
- 4. Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- 5. Statuta UMSurabaya Tahun 2017
- 6. Standar PTM/A

E. URAIAN PROSEDUR

- 1. LPM-SPI mengusulkan Tim Taskforce penyusunan Instrument Akreditasi Perguruan Tinggi (IAPT) yang meliputi Tim Penyusun Laporan Kinerja (LK) dan Tim Penyusun Laporan Evaluasi Diri (LED) kepada Rektor sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sebelum masa sertifikasi akreditasi perguruan tinggi berakhir.
- 2. Rektor bersama para warek membahas Tim Taskforce penyusunan IAPT sebelum ditetapkan dan diserahkan kepada LPM-SPI
- 3. LPM-SPI menyerahkan SK Rektor kepada Tim Taskforce untuk segera melaksanakan tugas.
- 4. Tim Taskforce mengadakan rapat untuk membuat jadwal kerja yang dihitung mundur dari batas waktu penyerahan laporan sebagai bagian dari dokumen usulan akreditasi dan pembagian pekerjaan yang jelas.
- 5. Tim taskforce melakukan pengumpulan dan analisis data secara berkesinambungan hingga seluruh kebutuhan penyusunan IAPT terisi secara sempurna.
- 6. Tim taskforce menyerahkan draf LK dan LED yang sudah disusun untuk direview oleh Tim Ahli Assesmen/evaluasi.
- 7. Tim Asesmen/evaluasi Ahli mereview dan mensimulasikan kelayakan nilai IAPT sebelum diajukan kepada Rektor
- 8. Rektor mereview LK dan LED hasil review dan penilaian tim ahli, selanjutnya diserahkan kepada LPM-SPI.
- 9. LPM-SPI menerima dokumen LK dan LED yang sudah direview Rektor untuk diajukan ke Warek 1.
- 10. Warek 1 melakukan verifisikasi isi dan uji similaritas LK dan LED untuk selanjutnya diusulkan ke BAN -PT melalui SAPTO.
- 11. LPM-SPI menerima bukti unggah SAPTO IAPT dari Warek 1.



STANDARD OPERATING

PROSEDUR (SOP)

No. Kode Dokumen : SOP-DM-LPM.SPI-006.18

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

USULAN APT 3.0

No. Revisi : 00

: 1 dari 1 Halaman

F. BAGAN ALIR PROSEDUR (Terlampir)

$BAGAN\ ALIR\ (FLWCHART)\ SOP\ USUL\ APT$

		PIH <i>A</i> TERL	DOWLIM	TARG			
URAIAN PROSEDUR	LPM- SPI	TIM TASK FORCE	TIM AHLI ASESME N	WARE K 1	REKTO R	DOKUM EN/ FORM	ET WAKT U
LPM-SPI mengusulkan Tim Taskforce LK dan LED APT						Surat Permohon an	Tahun sebelu m APT berakhi r
Rektor bersama para warek membahas Tim Taskforce penyusunan IAPT sebelum ditetapkan						SK Tim Task force	1 hari
LPM-SPI menyerahkan SK Rektor kepada Tim Taskforce						SK Tim Task Force	1 hari
Tim Taskforce mengadakan rapat untuk membuat jadwal kerja yang dihitung mundur dari batas waktu penyerahan LK dan LED						PerBan- PT Panduan APT Form IAPT (LK dan LED)	1 hari
Tim taskforce melakukan pengumpulan dan analisis data						Surat Tugas	1 hari
Tim taskforce menyerahkan draf LK dan LED yang sudah disusun						Form asesmen LK, LED	1 minggu

STANDARD OPERATING PROSEDUR (SOP)

: SOP-DM-LPM.SPI-006.18

Tanggal Terbit

: 02 September 2019

USULAN APT 3.0

No. Revisi : 00

No. Kode Dokumen

Halaman : 1 dari 1

