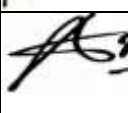
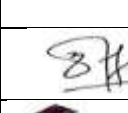


	LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT UNIVERSITAS CIPTA MANDIRI Jalan Lintas Barat Sumatera, Peunaga Cut Ujong Kecamatan Meureubo, Kabupaten Aceh Barat, Aceh 23615 Website: https://uncm.ac.id Email: info@uncm.ac.id Telp/HP: 082183260141	
Nomor Dokumen: SOP-012/LPM/I/2025 Edisi: 01	Berlaku Efektif: 2025 Halaman: 8	

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PENDOKUMENTASIAN SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
UNIVERSITAS CIPTA MANDIRI

No	Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
		Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1	Perumusan	Rita Oktavia, M. Si	Ketua LPM		17 Januari 2025
2	Pemeriksaan	Dian Kristanti, M. Pd	Warek 1		8 Oktober 2024
3	Persetujuan	Rufa Hera, Mpd	Ketua Senat		9 Oktober 2024
4	Penetapan	Dr. Drs. Musdiani, M. Pd	Rektor		13 Oktober 2024
5	Pengendalian	Rita Oktavia, M. Si	Ketua LPPM		14 Oktober 2024

A. IDENTITAS DOKUMEN

Komponen	Keterangan
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Cipta Mandiri
Unit Pengelola	Lembaga Penjaminan Mutu (LPM)
Nama SOP	SOP Pendokumentasian Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI)
Nomor Dokumen	SOP-SPMI-LPM-__
Nomor Revisi	00
Tanggal Berlaku	_____
Status Dokumen	Terkendali
Disusun oleh	LPM UNCM
Diperiksa oleh	_____
Disahkan oleh	Rektor UNCM

B. TUJUAN

SOP ini bertujuan untuk:

1. memastikan seluruh dokumen dan rekaman SPMI di Universitas Cipta Mandiri terdokumentasi secara sistematis;
2. menjamin ketersediaan, keterlacakan, keutuhan, keamanan, dan kemudahan akses dokumen SPMI;
3. memastikan dokumen yang digunakan merupakan dokumen yang sah dan berlaku;
4. mengendalikan perubahan, revisi, distribusi, penyimpanan, dan penarikan dokumen SPMI;
5. memastikan bukti pelaksanaan siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP) tersimpan dengan baik;
6. mendukung pelaksanaan monitoring, evaluasi, Audit Mutu Internal (AMI), Rapat Tinjauan Manajemen (RTM), dan tindak lanjut peningkatan mutu.

C. RUANG LINGKUP

SOP ini berlaku bagi seluruh unit kerja di lingkungan Universitas Cipta Mandiri yang menghasilkan, menggunakan, mengendalikan, dan/atau menyimpan dokumen serta rekaman mutu.

Ruang lingkup meliputi:

1. identifikasi dokumen dan rekaman mutu;
2. penyusunan dan pengesahan dokumen;
3. pemberian kode dan identitas dokumen;
4. distribusi dan penggunaan dokumen;
5. pengumpulan dan penyimpanan rekaman mutu;
6. pengendalian revisi dokumen;
7. pengendalian dokumen yang tidak berlaku;
8. pengarsipan dokumen digital dan fisik;
9. pengamanan dan pengendalian akses;
10. penelusuran dan penyediaan bukti mutu.

D. DASAR HUKUM

SOP ini mengacu pada:

1. peraturan perundang-undangan tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. peraturan perundang-undangan tentang Pendidikan Tinggi;
3. peraturan Menteri yang mengatur Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi yang berlaku;
4. Statuta Universitas Cipta Mandiri;
5. Organisasi dan Tata Kerja Universitas Cipta Mandiri;
6. Kebijakan SPMI Universitas Cipta Mandiri;
7. Manual SPMI Universitas Cipta Mandiri;
8. Standar SPMI Universitas Cipta Mandiri;
9. Pedoman Formulir Mutu Universitas Cipta Mandiri.

E. DEFINISI

1. **SPMI** adalah Sistem Penjaminan Mutu Internal yang dikembangkan dan dilaksanakan oleh UNCM untuk menjamin dan meningkatkan mutu penyelenggaraan pendidikan tinggi secara berkelanjutan.

2. **Dokumen SPMI** adalah dokumen yang digunakan sebagai landasan, pedoman, standar, prosedur, atau acuan dalam pelaksanaan SPMI.
3. **Rekaman Mutu** adalah bukti objektif yang menunjukkan bahwa suatu kegiatan mutu telah dilaksanakan atau suatu hasil telah dicapai.
4. **Formulir Mutu** adalah instrumen yang digunakan untuk mencatat atau merekam pelaksanaan kegiatan SPMI. Formulir Mutu UNCM menjadi bagian dari perangkat dokumentasi SPMI.
5. **Dokumen terkendali** adalah dokumen yang status, versi, distribusi, perubahan, dan penggunaannya dikendalikan oleh pihak yang berwenang.
6. **Dokumen tidak berlaku** adalah dokumen yang telah diganti, direvisi, dicabut, atau tidak lagi digunakan.
7. **LPM** adalah Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Cipta Mandiri sebagai unit yang mengoordinasikan pelaksanaan SPMI.
8. **Unit kerja** adalah fakultas, program studi, lembaga, biro, UPT, bagian, gugus mutu, dan unit lainnya di lingkungan UNCM.

F. DOKUMEN DAN REKAMAN YANG DIKELOLA

Dokumentasi SPMI UNCM terdiri atas:

1. Dokumen Kebijakan

Meliputi:

- Kebijakan SPMI;
- kebijakan mutu lainnya.

2. Dokumen Manual/Pedoman

Meliputi:

- Manual PPEPP;
- pedoman SPMI;
- pedoman AMI;
- pedoman RTM;
- pedoman dokumentasi SPMI.

3. Dokumen Standar

Meliputi:

- Standar Pendidikan;
- Standar Penelitian;
- Standar Pengabdian kepada Masyarakat;
- standar nonakademik;
- standar tambahan UNCM.

4. Formulir Mutu

Formulir Mutu UNCM yang telah ditetapkan digunakan sebagai instrumen pencatatan dan perekaman kegiatan mutu.

5. Rekaman/Bukti Mutu

Meliputi antara lain:

- a. laporan monitoring dan evaluasi;
- b. laporan AMI;
- c. formulir hasil audit;
- d. temuan dan ketidaksesuaian;
- e. berita acara;
- f. notulen RTM;
- g. RTL;
- h. bukti pelaksanaan tindak lanjut;

- i. laporan peningkatan mutu;
- j. hasil survei;
- k. laporan capaian indikator;
- l. dokumen pendukung lainnya.

G. PIHAK YANG BERTANGGUNG JAWAB

No.	Pihak	Tanggung Jawab
1	Rektor	Mengesahkan dokumen SPMI dan menetapkan kebijakan mutu
2	LPM	Mengkoordinasikan dan mengendalikan dokumentasi SPMI
3	Pimpinan Fakultas/UPPS	Memastikan dokumentasi mutu di tingkat fakultas
4	Ketua Program Studi	Memastikan dokumentasi mutu di tingkat prodi
5	Gugus Mutu	Menghimpun dan mengelola rekaman mutu pada unit/prodi
6	Unit Kerja	Membuat, menggunakan, menyimpan, dan menyerahkan rekaman mutu
7	Pengelola Arsip/Administrator	Membantu penyimpanan dan pengamanan arsip sesuai kewenangan

H. PROSEDUR PENDOKUMENTASIAN

1. Identifikasi Dokumen

1. Setiap unit kerja mengidentifikasi dokumen yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan dan SPMI.
2. Dokumen diklasifikasikan berdasarkan jenisnya.
3. LPM memastikan dokumen yang berkaitan dengan SPMI tercatat dalam daftar induk dokumen.
4. Rekaman yang dihasilkan dari pelaksanaan kegiatan dicatat dalam daftar rekaman mutu.

2. Penyusunan Dokumen

1. Dokumen disusun oleh unit/pihak yang memiliki kewenangan dan kompetensi sesuai substansi dokumen.
2. Dokumen menggunakan format resmi UNCM.
3. Dokumen memuat identitas dokumen, tujuan, ruang lingkup, ketentuan/prosedur, pihak yang bertanggung jawab, dan informasi lain yang diperlukan.
4. Dokumen yang berkaitan dengan SPMI direview sebelum disahkan.

3. Review Dokumen

1. Dokumen yang telah disusun diperiksa oleh pejabat/unit yang ditetapkan.
2. Review dilakukan untuk memastikan:
 - o kesesuaian dengan peraturan;
 - o kesesuaian dengan kebijakan SPMI;
 - o kesesuaian dengan struktur organisasi;
 - o kejelasan substansi;

- konsistensi dengan dokumen SPMI lainnya.
- 3. Apabila terdapat ketidaksesuaian, dokumen dikembalikan kepada penyusun untuk diperbaiki.
- 4. Dokumen yang telah memenuhi persyaratan diteruskan untuk pengesahan.

4. Pengesahan

1. Dokumen SPMI disahkan oleh pejabat yang memiliki kewenangan.
2. Dokumen yang memerlukan penetapan universitas disahkan oleh Rektor.
3. Setelah disahkan, dokumen diberi status sebagai dokumen berlaku.
4. Dokumen yang telah disahkan dicatat dalam Daftar Induk Dokumen SPMI.

5. Pemberian Kode Dokumen

Setiap dokumen diberikan kode yang unik dan konsisten.

Contoh:

- K-SPMI-UNCM-001 = Kebijakan SPMI;
- M-SPMI-UNCM-001 = Manual SPMI;
- S-SPMI-UNCM-001 = Standar SPMI;
- SOP-SPMI-UNCM-001 = SOP SPMI;
- F-SPMI-UNCM-001 = Formulir Mutu.

Kode dapat disesuaikan dengan sistem kode dokumen yang telah ditetapkan UNCM.

6. Distribusi Dokumen

1. LPM atau unit yang ditunjuk mendistribusikan dokumen yang telah disahkan kepada unit pengguna.
2. Distribusi dapat dilakukan dalam bentuk:
 - dokumen elektronik; dan/atau
 - dokumen cetak.
3. Dokumen yang tersedia secara elektronik harus berasal dari sumber resmi.
4. Setiap unit wajib menggunakan dokumen yang masih berlaku.
5. Salinan dokumen yang telah ditetapkan sebagai dokumen terkendali tidak boleh diubah tanpa persetujuan pihak berwenang.

I. PENGGUNAAN FORMULIR MUTU

1. Setiap unit menggunakan Formulir Mutu UNCM sesuai kebutuhan kegiatan.
2. Formulir digunakan untuk merekam pelaksanaan kegiatan dan hasil evaluasi.
3. Pengisian formulir dilakukan oleh pihak yang bertanggung jawab terhadap kegiatan.
4. Formulir yang telah diisi menjadi **rekaman mutu**.
5. Rekaman mutu diberi identitas kegiatan, unit, waktu pelaksanaan, dan pihak yang bertanggung jawab.
6. Formulir yang telah menjadi rekaman mutu tidak boleh diubah tanpa prosedur koreksi yang dapat ditelusuri.
7. Formulir Mutu yang mengalami perubahan hanya dapat digunakan setelah revisi ditetapkan sesuai mekanisme pengendalian dokumen.

J. PENYIMPANAN REKAMAN MUTU

1. Setiap unit bertanggung jawab menyimpan rekaman mutu yang dihasilkan.
2. Rekaman mutu disimpan dalam bentuk:
 - hardcopy; dan/atau

- softcopy/digital.
- 3. Rekaman harus disimpan dengan cara yang menjamin:
 - keutuhan;
 - keamanan;
 - keterbacaan;
 - kemudahan pencarian;
 - keterlacakan.
- 4. Rekaman digital disimpan pada media penyimpanan resmi UNCM.
- 5. Dokumen penting dilakukan pencadangan secara berkala.
- 6. Rekaman mutu harus dapat ditelusuri berdasarkan tahun, unit, jenis kegiatan, dan/atau standar yang terkait.

K. STRUKTUR PENYIMPANAN DIGITAL

Untuk mendukung kemudahan penelusuran bukti, dokumentasi SPMI dapat disusun dengan struktur:

SPMI UNCM

- ✓ 01 Kebijakan SPMI
- ✓ 02 Manual/Pedoman SPMI
- ✓ 03 Standar SPMI
- ✓ 04 SOP SPMI
- ✓ 05 Formulir Mutu
- ✓ 06 Monitoring dan Evaluasi
- ✓ 07 Audit Mutu Internal
- ✓ 08 Rapat Tinjauan Manajemen
- ✓ 09 Rencana Tindak Lanjut
- ✓ 10 Bukti Tindak Lanjut
- ✓ 11 Peningkatan Mutu
- ✓ 12 Laporan SPMI
- ✓ 13 Dokumen Pendukung

Pada setiap folder dapat dibuat subfolder berdasarkan **tahun dan unit kerja**.

Contoh:

07 Audit Mutu Internal → 2025 → Fakultas → Prodi → Laporan AMI

L. PENGENDALIAN REVISI DOKUMEN

1. Dokumen ditinjau secara berkala atau apabila terdapat perubahan regulasi, organisasi, proses kerja, atau kebutuhan peningkatan mutu.
2. Usulan revisi dapat berasal dari:
 - LPM;
 - pimpinan universitas;
 - fakultas;
 - program studi;
 - unit kerja;
 - hasil AMI;
 - hasil RTM;
 - perubahan peraturan.
3. Revisi harus melalui proses review dan persetujuan.
4. Setiap revisi dicatat pada Riwayat Revisi.
5. Nomor revisi diperbarui setelah dokumen mengalami perubahan yang ditetapkan.

6. Dokumen hasil revisi menggantikan dokumen sebelumnya.

M. PENGENDALIAN DOKUMEN TIDAK BERLAKU

1. Dokumen yang telah diganti atau dicabut diberi status **TIDAK BERLAKU**.
2. Dokumen tidak berlaku ditarik dari tempat penggunaan.
3. Salinan elektronik dokumen tidak berlaku dipindahkan ke arsip.
4. Apabila diperlukan untuk kepentingan historis, audit, atau akreditasi, dokumen lama tetap disimpan sebagai arsip dengan status tidak berlaku.
5. Dokumen lama tidak boleh digunakan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan.

N. PENGENDALIAN DOKUMEN EKSTERNAL

1. Dokumen eksternal yang digunakan dalam pelaksanaan SPMI harus diidentifikasi.
2. Dokumen eksternal dapat berupa:
 - o peraturan perundang-undangan;
 - o standar nasional;
 - o pedoman kementerian;
 - o kebijakan lembaga terkait;
 - o dokumen kerja sama;
 - o dokumen lain yang menjadi acuan.
3. Unit terkait memastikan dokumen eksternal yang digunakan merupakan versi yang masih berlaku.
4. Perubahan regulasi harus ditindaklanjuti dengan peninjauan terhadap dokumen SPMI UNCM yang terkait.

O. PENELUSURAN BUKTI PPEPP

Dokumentasi harus memungkinkan setiap kegiatan SPMI ditelusuri berdasarkan siklus PPEPP.

Tahap	Dokumen/Rekaman
Penetapan	Kebijakan, standar, SK, dokumen penetapan
Pelaksanaan	SOP, program kerja, laporan pelaksanaan, formulir mutu
Evaluasi	Monev, AMI, survei, laporan evaluasi
Pengendalian	Temuan, rekomendasi, RTM, RTL
Peningkatan	Bukti perbaikan, revisi standar, peningkatan target

Dengan demikian, setiap standar harus memiliki bukti yang menunjukkan bahwa standar tersebut **ditetapkan, dilaksanakan, dievaluasi, dikendalikan, dan ditingkatkan**.

P. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. LPM melakukan pemantauan terhadap pengelolaan dokumentasi SPMI.
2. Pemantauan dapat dilakukan melalui:
 - o pemeriksaan daftar dokumen;
 - o pemeriksaan kelengkapan rekaman;
 - o monitoring repository;
 - o AMI;
 - o evaluasi berkala.
3. Ketidaksesuaian dokumentasi dicatat dan ditindaklanjuti.

4. Hasil pemantauan menjadi bahan evaluasi dan peningkatan sistem dokumentasi SPMI.

Q. KETENTUAN KEAMANAN DAN KERAHASIAAN

1. Dokumen dan rekaman SPMI yang bersifat terbuka dapat diakses oleh pihak yang berkepentingan sesuai ketentuan UNCM.
2. Dokumen yang mengandung data terbatas atau rahasia hanya dapat diakses oleh pihak yang memiliki kewenangan.
3. Akses terhadap dokumen digital dapat menggunakan pengaturan hak akses.
4. Dokumen yang mengandung data pribadi wajib dikelola sesuai ketentuan perlindungan data yang berlaku.
5. Setiap pengguna bertanggung jawab menjaga keutuhan dan keamanan dokumen yang berada dalam penguasaannya.

R. ALUR PROSEDUR

Identifikasi kebutuhan dokumen

↓

Penyusunan dokumen

↓

Review

↓

Perbaikan

↓

Pengesahan

↓

Pemberian kode & pencatatan

↓

Distribusi

↓

Pelaksanaan kegiatan

↓

Pengisian Formulir Mutu

↓

Menjadi Rekaman Mutu

↓

Penyimpanan & pengamanan

↓

Monitoring/AMI

↓

Revisi/Peningk