

2025

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

PRODI D.III SANITASI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, Laporan Audit Mutu Internal (AMI) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Audit Mutu Internal merupakan bagian penting dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh standar yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan secara konsisten, efektif, dan berkelanjutan. Pelaksanaan AMI ini juga menjadi salah satu upaya institusi dalam mewujudkan budaya mutu serta peningkatan kualitas secara berkelanjutan melalui siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan).

Laporan ini disusun berdasarkan hasil audit yang telah dilaksanakan pada berbagai unit kerja di lingkungan Poltekkes Kemenkes Maluku, yang mencakup bidang pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta sumber daya manusia. Di dalam laporan ini disajikan berbagai temuan audit, baik yang telah sesuai maupun yang masih memerlukan perbaikan, disertai dengan analisis serta rekomendasi tindak lanjut yang diharapkan dapat menjadi dasar dalam peningkatan mutu institusi.

Kami menyadari bahwa pelaksanaan audit dan penyusunan laporan ini tidak terlepas dari dukungan dan kerja sama berbagai pihak. Oleh karena itu, kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh auditor, auditee, serta semua pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan Audit Mutu Internal ini.

Kami juga menyadari bahwa laporan ini masih memiliki keterbatasan, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan demi penyempurnaan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat dan menjadi acuan dalam upaya peningkatan mutu berkelanjutan di Poltekkes Kemenkes Maluku.

Ambon, 28 Desember 2025

Tim Pusat Penjaminan Mutu

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka menjamin dan meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berkelanjutan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku menerapkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang terintegrasi dalam seluruh aspek penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi. Implementasi SPMI tersebut dilaksanakan melalui siklus PPEPP, yaitu Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan standar mutu.

Sebagai bagian dari tahapan evaluasi dalam siklus SPMI, Audit Mutu Internal (AMI) merupakan kegiatan yang sangat strategis untuk menilai tingkat kesesuaian antara pelaksanaan kegiatan dengan standar mutu yang telah ditetapkan. AMI berfungsi sebagai instrumen untuk mengidentifikasi capaian kinerja, menemukan ketidaksesuaian (temuan), serta memberikan rekomendasi perbaikan dalam rangka peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Pelaksanaan AMI di Poltekkes Kemenkes Maluku mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, khususnya Permendikbudristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, serta kebijakan dan standar mutu internal yang telah ditetapkan oleh institusi. Audit ini mencakup berbagai bidang, antara lain pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta sumber daya manusia.

Hasil Audit Mutu Internal diharapkan dapat memberikan gambaran yang objektif mengenai kondisi aktual pelaksanaan standar mutu di setiap unit kerja, termasuk mengidentifikasi area yang telah memenuhi standar maupun yang masih memerlukan perbaikan. Temuan-temuan audit tersebut selanjutnya menjadi dasar dalam penyusunan rencana tindak lanjut (RTL) yang sistematis dan terukur.

Dengan dilaksanakannya AMI secara berkala dan berkesinambungan, diharapkan Poltekkes Kemenkes Maluku mampu membangun budaya mutu yang kuat, meningkatkan akuntabilitas kinerja, serta memastikan tercapainya visi dan misi institusi dalam menghasilkan lulusan yang berkualitas dan berdaya saing di bidang kesehatan.

B TUJUAN

1. Tujuan Umum

Menjamin kesesuaian antara pelaksanaan kegiatan tridharma perguruan tinggi dengan standar mutu yang telah ditetapkan dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), serta mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan.

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai tingkat kepatuhan unit kerja terhadap standar mutu pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan sumber daya manusia.
- b. Mengidentifikasi temuan audit berupa ketidaksesuaian (mayor dan minor), serta peluang peningkatan (opportunity for improvement).
- c. Mengevaluasi efektivitas implementasi SPMI berdasarkan siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan).
- d. Mengetahui capaian kinerja unit kerja dalam memenuhi indikator standar mutu yang telah ditetapkan.
- e. Mengidentifikasi akar permasalahan dari setiap temuan audit sebagai dasar penyusunan tindakan perbaikan.
- f. Memberikan rekomendasi perbaikan dan peningkatan mutu yang terukur dan berkelanjutan.
- g. Menyusun rencana tindak lanjut (RTL) sebagai upaya perbaikan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan.
- h. Mendorong terbentuknya budaya mutu (quality culture) di lingkungan Poltekkes Kemenkes Maluku.
- i. Menjadi dasar dalam pengambilan keputusan manajerial untuk peningkatan kinerja institusi.

C PENERIMA MANFAAT

Pusat Penjaminan Mutu dan Sub-sub Unit Penjaminan Mutu Jurusan dan Prodi di Lingkungan Poltekkes Maluku

BAB II

PERSIAPAN DAN PELAKSANAAN

A. PERSIAPAN

Kegiatan diawali dengan rapat tim auditor mutu internal yang ditetapkan dengan SK Direktur Nomor: HK.02.03/F.XLVI/5832/2024 tentang Penetapan Tim Auditor Mutu Internal Politeknik Kesehatan Kemenkes Maluku. Rapat dilaksanakan pada tanggal 20 November 2024.

Pada tahap persiapan, tim auditor melakukan pertemuan awal dalam rangka sosialisasi instrumen dan teknis pelaksanaan AMI, kemudian dilanjutkan dengan penyampaian dokumen standar dan SOP yang akan dijadikan acuan penilaian.

B. PELAKSANAAN

Audit Mutu Internal (AMI) pada masing-masing Prodi mulai dilaksanakan mulai tanggal 18 – 23 September 2025 (Jadwal terlampir). Setelah dilaksanakan audit, maka hasil audit tersebut dibahas secara bersama lagi dengan pimpinan Poltekkes Kemenkes Maluku beserta jajaran top manager dan middle manager. Untuk mencari solusi dan tindak lanjut perbaikan.

1. Pembiayaan

Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) ini bersumber dari DIPA Politeknik Kesehatan kemenkes Maluku Tahun Anggaran 2025.

2. Metode

Metode yang dilakukan melalui diskusi, tanya jawab serta pengecekan dokumen, penyajian hasil oleh auditor dan rekomendasi hasil audit oleh auditor.

3. Waktu dan Tempat

Pelaksanaan audit mutu internal dilaksanakan pada prodi D3 Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku pada tanggal 23 September 2025.

4. Auditor

Auditor yang bertugas untuk melakukan audit mutu pada Prodi D3 Sanitasi yaitu:

- a. Ns, Irhamdi Ahmad, S.Kep.,M.Kep
- b. Fasiha, S.SiT.,M.Keb
- c. Jois Nari, S.Kep.,Ns.,M.Kes

C. HASIL DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil audit maka diperoleh bahwa

1. Visi, Misi, tujuan dan Strategi Prodi D3 Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku

Berdasarkan hasil tinjauan menunjukkan adanya kesesian antara VMTS prodi dengan VMTS Poltekkes Kemenkes Maluku. Untuk dokumen renstras dan renop sudah ada dokumennya tetapi belum ditetapkan dengan SK Direktur. Dokumentasi pelibatan pemangku kepentingan (notulen, daftar hadir, foto/video) belum tersedia/lengkap. Rekomendasi yang dapat dilakukan yaitu Mempertahankan dan memastikan keselarasan VMTS program studi dengan VMTS Poltekkes Kemenkes Maluku melalui evaluasi dan peninjauan secara berkala. Segera menetapkan dokumen Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Operasional (Renop) melalui Surat Keputusan (SK) Direktur agar memiliki legalitas dan kekuatan implementasi yang jelas. Melakukan penyempurnaan administrasi dan pengendalian dokumen perencanaan agar seluruh dokumen mutu terdokumentasi secara lengkap dan terarsip dengan baik. Meningkatkan dokumentasi pelibatan pemangku kepentingan dalam setiap kegiatan penyusunan, evaluasi, dan pengembangan program studi berupa notulen rapat, daftar hadir, foto, video, dan dokumen pendukung lainnya. Menyusun mekanisme monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan Renstra dan Renop secara berkala guna memastikan ketercapaian target dan indikator kinerja program studi. Mengoptimalkan keterlibatan stakeholder internal dan eksternal dalam proses pengembangan program studi sebagai bagian dari peningkatan mutu berkelanjutan.

2. Tata pamong, tata kelola dan kerjasama prodi D3 Sanitasi

Pelaksanaan penjaminan mutu masih perlu untuk di review kembali dan menyesuaikan dengan regulasi terbaru. Pelaksanaan kerjasama dalam dan luar negeri untuk MOU perlu di update masa berlakunya. Hasil evaluasi kepuasan mahasiswa telah di lakukan dan mendapatkan hasil yang baik. SOP yang terkait dengan kepalaksanaan evaluasi di sesuaikan dengan siklus PPEPP dalam setiap kegiatan.

Rekomendasi yang dapat diberikan yaitu melakukan review dan penyesuaian sistem penjaminan mutu secara berkala agar selaras dengan regulasi terbaru serta kebutuhan pengembangan institusi, memperbaharui dokumen kerja sama dalam dan luar negeri, khususnya Memorandum of Understanding (MoU), yang masa berlakunya telah berakhir agar keberlanjutan kerja sama tetap terjamin.

Mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan akademik dan nonakademik berdasarkan hasil evaluasi kepuasan mahasiswa yang telah menunjukkan capaian baik, melakukan revisi dan penyesuaian SOP pelaksanaan evaluasi sesuai dengan siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan) untuk memastikan seluruh kegiatan berjalan secara sistematis dan berkelanjutan,

Meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi SOP dan dokumen mutu guna memastikan kesesuaian pelaksanaan dengan standar mutu institusi, mengoptimalkan koordinasi antar unit dalam pelaksanaan penjaminan mutu, evaluasi kegiatan, dan pengelolaan dokumen kerja sama agar pelaksanaan mutu berjalan lebih efektif dan terdokumentasi dengan baik.

3. Kegiatan kemahasiswaan prodi D3 Sanitasi

Terdapat beberapa temuan diantanya:

- a. Belum adanya mahasiswa dari luar negeri
- b. Hasil temuan survei kepuasan mahasiswa pada ketersediaan sarana dan prasarana praktek untuk di tingkatkan.
- c. Adanya evaluasi terhadap akses layanan pada prodi untuk bimbingan, konseling dan beasiswa telah di berikan sebaca maksimal dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang di tetapkan.
- d. Belum adanya audit mutu internal terhadap seleksi mahasiswa baru untuk semua tahapan penerimaan (PMDP, SIMAMA dan Mandiri)

Rekomendasi yang di berikan yaitu meningkatkan promosi dan kerja sama internasional melalui pengembangan jejaring dengan institusi pendidikan luar negeri guna mendukung penerimaan mahasiswa asing pada program studi. Melakukan peningkatan dan pengembangan sarana serta prasarana praktik mahasiswa sesuai kebutuhan pembelajaran agar dapat meningkatkan kepuasan mahasiswa terhadap fasilitas praktik. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan bimbingan akademik, konseling, dan beasiswa secara berkelanjutan sesuai standar operasional prosedur yang berlaku. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap akses dan kualitas layanan mahasiswa untuk memastikan pelayanan tetap optimal dan sesuai kebutuhan mahasiswa.

Menyusun dan melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) terhadap seluruh tahapan penerimaan mahasiswa baru, meliputi jalur PMDP, SIMAMA, dan Mandiri, guna menjamin transparansi, akuntabilitas, dan kesesuaian proses dengan standar yang ditetapkan. Serta menyusun pedoman dan instrumen evaluasi penerimaan mahasiswa baru sebagai dasar pelaksanaan audit dan tindak lanjut perbaikan berkelanjutan.

4. Sumber Daya Manusia pada prodi D3Sanitasi

Hasil audit bidang SDM menunjukkan bahwa pemenuhan standar dosen masih belum memenuhi target institusi, terutama pada jumlah dosen dengan jabatan fungsional Lektor Kepala, dosen berkualifikasi S3, dan dosen yang memiliki sertifikat pendidik. Selain itu, proporsi dosen tidak tetap masih melebihi standar yang ditetapkan serta partisipasi dosen dalam kegiatan seminar, lokakarya, dan pelatihan masih rendah. Kondisi ini berpotensi mempengaruhi peningkatan mutu akademik dan pengembangan institusi secara berkelanjutan

Rekomendasi yang dapat di berikan yaitu mendorong peningkatan jabatan fungsional dosen menuju Lektor Kepala, memfasilitasi dosen untuk melanjutkan studi doktoral (S3), meningkatkan jumlah dosen yang mengikuti sertifikasi pendidik, mengurangi ketergantungan terhadap dosen tidak tetap secara bertahap dan meningkatkan partisipasi dosen dalam seminar, pelatihan, workshop, dan kegiatan ilmiah lainnya sebagai bagian dari pengembangan kompetensi berkelanjutan.

5. Keuangan, Sarana dan Prasarana Prodi D3 Sanitasi

Hasil temuan audit sosialisasi terkait tata kelola keuangan dan mekanisme pelaporan belum dilakukan secara merata kepada seluruh unit. Ketersediaan sarana dan prasarana praktik mahasiswa masih perlu ditingkatkan sesuai kebutuhan pembelajaran. Beberapa fasilitas laboratorium dan alat praktik memerlukan pemeliharaan dan kalibrasi secara berkala. Monitoring dan evaluasi terhadap pemanfaatan sarana dan prasarana belum dilakukan secara terstruktur dan berkala.

Rekomendasi yang dapat diberikan yaitu Melaksanakan sosialisasi secara berkala kepada seluruh unit terkait tata kelola keuangan, mekanisme pelaporan, serta pertanggungjawaban anggaran agar pelaksanaan administrasi keuangan berjalan sesuai ketentuan yang berlaku.

Menyusun pedoman dan jadwal monitoring evaluasi pengelolaan keuangan secara terstruktur untuk meningkatkan efektivitas pengawasan dan akuntabilitas penggunaan anggaran. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana praktik mahasiswa sesuai kebutuhan pembelajaran dan perkembangan kompetensi program studi. Melakukan pemeliharaan, perawatan, dan kalibrasi alat laboratorium secara berkala guna menjamin kelayakan dan keamanan penggunaan alat praktik. Menyusun sistem inventarisasi serta monitoring evaluasi sarana dan prasarana secara terstruktur dan terdokumentasi untuk memastikan optimalisasi pemanfaatan fasilitas pembelajaran. Mengalokasikan anggaran pemeliharaan dan pengadaan sarana prasarana secara berkelanjutan sesuai prioritas kebutuhan institusi.

6. Pelaksanaan Pendidikan Prodi D3 Sanitasi

Hasil audit menunjukkan bahwa pengelolaan dokumen akademik belum sepenuhnya memenuhi standar mutu. Beberapa dokumen penting seperti panduan penyusunan kurikulum, panduan praktikum, dan pedoman monitoring evaluasi PBM belum tersedia. Selain itu, masih ditemukan dokumen kurikulum dan RPS yang belum mendapatkan pengesahan resmi dari pihak terkait.

Pendokumentasian kegiatan akademik dan penggunaan logbook praktik klinik juga belum berjalan optimal. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem pengendalian dokumen akademik dan mekanisme monitoring belum terlaksana secara maksimal

Rekomendasi yang di berikan yaitu menyusun dan menetapkan panduan penyusunan kurikulum, panduan praktikum, dan pedoman monitoring evaluasi PBM, melakukan peninjauan kurikulum secara berkala dan mendokumentasikan seluruh proses peninjauan. Memastikan seluruh dokumen akademik, termasuk kurikulum, RPS, dan panduan KTI memperoleh pengesahan resmi. Mengoptimalkan sistem pengendalian dokumen dan pendokumentasian kegiatan akademik. Mewajibkan penggunaan logbook dalam pelaksanaan praktik klinik dan bimbingan mahasiswa.

7. Pelaksanaan Penelitian Prodi D3 Sanitasi

Pada bidang penelitian ditemukan bahwa pelaksanaan penelitian dosen sebagian besar masih dilakukan secara mandiri dan belum sepenuhnya mengikuti mekanisme penelitian sesuai panduan PPM.

Beberapa penelitian belum memiliki dokumen uji etik, laporan kemajuan penelitian, maupun bukti diseminasi hasil penelitian. Selain itu, draft luaran publikasi dan road map penelitian jurusan masih perlu diperkuat agar selaras dengan roadmap penelitian institusi. Temuan ini menunjukkan bahwa tata kelola penelitian dan pengawasan pelaksanaan penelitian masih perlu ditingkatkan.

Rekomendasi yang dapat diberikan melaksanakan sosialisasi pedoman penelitian kepada seluruh dosen. Memastikan seluruh penelitian memiliki dokumen uji etik sebelum pelaksanaan. Melakukan monitoring dan evaluasi penelitian secara berkala.

Mendorong dosen untuk melakukan diseminasi hasil penelitian dan publikasi ilmiah.

Menyusun roadmap penelitian jurusan yang selaras dengan roadmap penelitian institusi

8. Pelaksanaan Pengabdian Masyarakat Prodi D3 Sanitasi

Pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat telah melibatkan dosen dan mahasiswa, namun sebagian besar kegiatan masih dilakukan secara mandiri sehingga belum didukung proposal dan mekanisme monitoring evaluasi yang memadai. Selain itu, dokumentasi laporan pengabdian dan draft publikasi hasil pengabdian masih belum optimal. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem penjaminan mutu institusi.

Rekomendasi yang diberikan yaitu mewajibkan penyusunan proposal pengabdian sebelum kegiatan dilaksanakan. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan pengabdian secara periodik. Meningkatkan dokumentasi laporan dan luaran pengabdian masyarakat. Mendorong publikasi hasil pengabdian pada jurnal atau media ilmiah. Mengintegrasikan kegiatan pengabdian dengan program institusi dan kebutuhan masyarakat.

9. Luaran dan capaian dari pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat

Berdasarkan hasil audit di prodi D3 sanitasi ada beberapa temuan yaitu persentase lulusan yang memperoleh pekerjaan sesuai bidang keahlian masih perlu ditingkatkan. Prestasi mahasiswa pada tingkat nasional maupun internasional masih perlu ditingkatkan. Publikasi kegiatan dan capaian akademik mahasiswa belum terdokumentasi secara maksimal.

Jumlah publikasi ilmiah dosen pada jurnal nasional terakreditasi dan internasional masih perlu ditingkatkan. Luaran penelitian berupa HKI, buku ajar, dan produk inovasi masih belum optimal. Keterlibatan mahasiswa dalam kegiatan penelitian dosen masih perlu ditingkatkan. Publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat masih terbatas. Monitoring dan evaluasi dampak kegiatan pengabdian kepada masyarakat belum dilakukan secara optimal. Dokumentasi luaran pengabdian seperti artikel, media edukasi, dan laporan kegiatan belum lengkap.

Rekomendasi yang dapat diberikan yaitu meningkatkan kerja sama dengan dunia usaha dan dunia industri (DUDI), instansi pemerintah, serta stakeholder terkait untuk memperluas peluang kerja lulusan sesuai bidang keahlian sanitasi. Melaksanakan tracer study secara berkala dan terdokumentasi guna memantau kesesuaian bidang kerja lulusan serta sebagai dasar evaluasi kurikulum dan proses pembelajaran. Mendorong dan memfasilitasi mahasiswa untuk mengikuti kompetisi, seminar, dan kegiatan ilmiah pada tingkat nasional maupun internasional guna meningkatkan prestasi akademik dan nonakademik mahasiswa. Mengoptimalkan sistem dokumentasi dan publikasi kegiatan serta capaian akademik mahasiswa melalui media institusi, website, dan laporan program studi.

Meningkatkan jumlah publikasi ilmiah dosen melalui pendampingan penulisan artikel, workshop publikasi ilmiah, dan kolaborasi penelitian dengan institusi lain. Mendorong dosen untuk menghasilkan luaran penelitian berupa Hak Kekayaan Intelektual (HKI), buku ajar, produk inovasi, dan luaran lain yang mendukung pengembangan institusi. Meningkatkan keterlibatan mahasiswa dalam kegiatan penelitian dosen sebagai bagian dari penguatan kompetensi akademik dan budaya riset di lingkungan program studi. Mendorong publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat pada jurnal ilmiah, prosiding, maupun media informasi institusi. Melaksanakan monitoring dan evaluasi dampak kegiatan pengabdian kepada masyarakat secara berkala dan terdokumentasi untuk mengukur kebermanfaatan program. Mengoptimalkan dokumentasi luaran pengabdian kepada masyarakat berupa artikel, media edukasi, laporan kegiatan, dan bentuk luaran lainnya sebagai bukti ketercapaian standar mutu.

BAB III TINDAK LANJUT

Berdasarkan hasil Audit Mutu Internal (AMI) Tahun 2025 pada Prodi D3 Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku, maka diperlukan tindak lanjut sebagai upaya perbaikan dan peningkatan mutu secara berkelanjutan. Tindak lanjut ini disusun berdasarkan temuan audit dan rekomendasi yang telah diberikan oleh auditor dengan mengacu pada siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan).

A. Visi, Misi, Tujuan dan Strategi

1. Melakukan revisi dan finalisasi dokumen VMTS, Renstra, dan Renop program studi sesuai hasil evaluasi dan masukan stakeholder.
2. Mengusulkan penerbitan Surat Keputusan (SK) Direktur untuk pengesahan dokumen Renstra dan Renop agar dapat digunakan sebagai pedoman resmi pelaksanaan program kerja.
3. Menyusun dan melengkapi dokumen pendukung pelibatan pemangku kepentingan seperti notulen rapat, daftar hadir, dokumentasi foto/video, dan berita acara kegiatan.
4. Membuat sistem pengarsipan dokumen secara terstruktur baik dalam bentuk hardcopy maupun softcopy untuk memudahkan proses monitoring dan audit.
5. Melaksanakan rapat koordinasi secara berkala dengan stakeholder internal dan eksternal dalam rangka evaluasi dan pengembangan program studi.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi VMTS, Renstra, dan Renop secara periodik serta mendokumentasikan hasil evaluasi sebagai bahan tindak lanjut peningkatan mutu.
7. Menugaskan tim atau unit terkait untuk memastikan seluruh dokumen mutu dan dokumen pendukung kegiatan tersimpan lengkap dan sesuai standar penjaminan mutu.

B. Tata Pamong, Tata Kelola dan Kerjasama

1. Melakukan review dan penyesuaian dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) sesuai regulasi terbaru dan kebutuhan institusi.
2. Melakukan revisi SOP pelaksanaan evaluasi dan monitoring agar sesuai dengan siklus PPEPP.
3. Memperbaharui dokumen kerja sama (MoU/MoA) yang telah berakhir masa berlakunya baik dalam maupun luar negeri.
4. Meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi SOP serta dokumen mutu secara berkala.
5. Mengoptimalkan koordinasi antar unit dalam pelaksanaan penjaminan mutu dan pengelolaan dokumen kerja sama.

C. Kemahasiswaan

1. Meningkatkan promosi program studi melalui kerja sama dengan institusi luar negeri untuk mendukung penerimaan mahasiswa asing.
2. Melakukan peningkatan sarana dan prasarana praktik mahasiswa sesuai kebutuhan pembelajaran.
3. Melaksanakan monitoring dan evaluasi berkala terhadap layanan bimbingan akademik, konseling, dan beasiswa.
4. Menyusun pedoman Audit Mutu Internal (AMI) penerimaan mahasiswa baru pada seluruh jalur seleksi (PMDP, SIMAMA, dan Mandiri).
5. Melaksanakan audit terhadap seluruh tahapan penerimaan mahasiswa baru guna menjamin transparansi dan akuntabilitas proses seleksi.

D. Sumber Daya Manusia

1. Mendorong dosen untuk meningkatkan jabatan fungsional menuju Lektor Kepala.
2. Memfasilitasi dosen untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang doktoral (S3).
3. Meningkatkan jumlah dosen yang mengikuti sertifikasi pendidik.
4. Mengurangi ketergantungan terhadap dosen tidak tetap secara bertahap.
5. Mendorong partisipasi dosen dalam seminar, workshop, pelatihan, dan kegiatan ilmiah lainnya.

E. Keuangan, Sarana dan Prasarana

1. Melaksanakan sosialisasi tata kelola keuangan dan mekanisme pelaporan kepada seluruh unit secara berkala.
2. Menyusun pedoman monitoring dan evaluasi pengelolaan keuangan secara terstruktur.
3. Meningkatkan pengadaan sarana dan prasarana praktik mahasiswa sesuai kebutuhan pembelajaran.
4. Melakukan pemeliharaan dan kalibrasi alat laboratorium secara berkala.
5. Menyusun sistem inventarisasi serta monitoring evaluasi sarana dan prasarana secara terdokumentasi.
6. Mengalokasikan anggaran pemeliharaan dan pengadaan sarana prasarana secara berkelanjutan.

F. Pendidikan

1. Menyusun dan menetapkan panduan penyusunan kurikulum, panduan praktikum, dan pedoman monitoring evaluasi PBM.
2. Melakukan peninjauan kurikulum secara berkala dan mendokumentasikan hasil evaluasi kurikulum.

3. Memastikan seluruh dokumen akademik memperoleh pengesahan resmi dari pihak terkait.
4. Mengoptimalkan sistem pengendalian dokumen akademik dan pendokumentasian kegiatan pembelajaran.
5. Mewajibkan penggunaan logbook praktik klinik dan bimbingan mahasiswa secara konsisten.

G. Tindak Lanjut Bidang Penelitian

1. Melaksanakan sosialisasi pedoman penelitian kepada seluruh dosen secara berkala.
2. Memastikan seluruh penelitian memiliki dokumen uji etik sebelum pelaksanaan penelitian.
3. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penelitian secara berkala dan terdokumentasi.
4. Mendorong dosen untuk melakukan publikasi ilmiah dan diseminasi hasil penelitian.
5. Menyusun roadmap penelitian jurusan yang selaras dengan roadmap penelitian institusi.

H. Tindak Lanjut Bidang Pengabdian kepada Masyarakat

1. Mewajibkan penyusunan proposal pengabdian sebelum pelaksanaan kegiatan.
2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan pengabdian secara periodik.
3. Meningkatkan dokumentasi laporan dan luaran kegiatan pengabdian kepada masyarakat.
4. Mendorong publikasi hasil pengabdian pada jurnal ilmiah maupun media institusi.
5. Mengintegrasikan kegiatan pengabdian dengan program institusi dan kebutuhan masyarakat.

I. Tindak Lanjut Bidang Luaran dan Capaian Tridharma

1. Meningkatkan kerja sama dengan dunia usaha dan dunia industri (DUDI), instansi pemerintah, dan stakeholder terkait untuk memperluas peluang kerja lulusan.
2. Melaksanakan tracer study secara berkala dan terdokumentasi.
3. Mendorong mahasiswa mengikuti kompetisi dan kegiatan ilmiah tingkat nasional maupun internasional.
4. Mengoptimalkan sistem dokumentasi dan publikasi kegiatan serta capaian akademik mahasiswa melalui media institusi.
5. Meningkatkan jumlah publikasi ilmiah dosen melalui workshop dan pendampingan penulisan artikel ilmiah.
6. Mendorong dosen menghasilkan luaran penelitian berupa HKI, buku ajar, dan produk inovasi.
7. Meningkatkan keterlibatan mahasiswa dalam kegiatan penelitian dosen.
8. Melaksanakan monitoring dan evaluasi dampak kegiatan pengabdian kepada masyarakat secara berkala dan terdokumentasi.
9. Mengoptimalkan dokumentasi seluruh luaran pengabdian kepada masyarakat sebagai bukti ketercapaian standar mutu.

J. Monitoring dan Evaluasi Tindak Lanjut

Untuk memastikan seluruh tindak lanjut dapat terlaksana dengan baik, maka Prodi D3 Sanitasi bersama Unit Penjaminan Mutu akan melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan rekomendasi hasil AMI. Hasil monitoring dan evaluasi tersebut akan menjadi dasar dalam pengendalian serta peningkatan mutu berkelanjutan di lingkungan Prodi D3 Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB IV

PENUTUP

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) pada Prodi D3 Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku Tahun 2025 merupakan bagian penting dalam implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) untuk memastikan ketercapaian standar mutu pendidikan tinggi secara berkelanjutan. Berdasarkan hasil audit yang telah dilaksanakan, secara umum pelaksanaan tridharma perguruan tinggi pada Prodi D3 Sanitasi telah berjalan dengan baik, meskipun masih terdapat beberapa temuan dan area yang memerlukan perbaikan serta penguatan.

Berbagai rekomendasi dan tindak lanjut yang telah disusun diharapkan dapat menjadi pedoman dalam upaya peningkatan mutu pada aspek tata kelola, kemahasiswaan, sumber daya manusia, sarana prasarana, pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta luaran tridharma. Seluruh tindak lanjut tersebut memerlukan komitmen, kerja sama, dan dukungan dari seluruh civitas akademika agar pelaksanaan perbaikan dapat berjalan secara efektif dan berkesinambungan.

Melalui pelaksanaan AMI ini diharapkan budaya mutu dapat terus berkembang di lingkungan Prodi D3 Sanitasi, sehingga mampu meningkatkan kualitas penyelenggaraan pendidikan, menghasilkan lulusan yang kompeten dan berdaya saing, serta mendukung tercapainya visi dan misi Poltekkes Kemenkes Maluku.

Demikian laporan tindak lanjut hasil Audit Mutu Internal ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban dan komitmen bersama dalam mewujudkan peningkatan mutu institusi secara berkelanjutan.

Ambon, 28 Desember 2025

Kepala Pusat
Penjaminan Mutu dan Pengembangan
Pendidikan


Wahyuni Azizah

LAMPIRAN

**JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL
PUSAT PENJAMINAN MUTU DAN PENGEMBANGAN PENDIDIKAN
POLTEKES KEMENKES MALUKU**

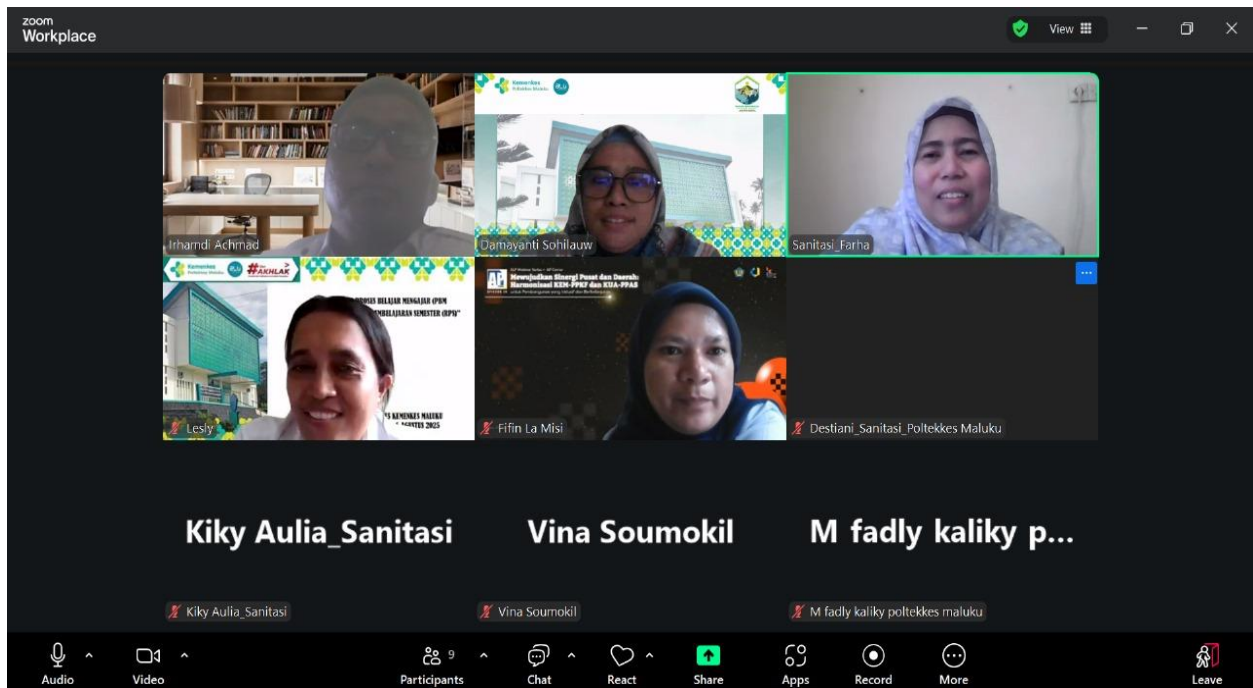
NO	TANGGAL	ASESI	ASESOR
1.	18 September 2025	Prodi Keperawatan Tual	1. Muhammad Asrar, S.KM.,MPH 2. Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep 3. Fasiha, S.SiT.,M.Kes
2.	23 September 2025	Jurusan Sanitasi	1. Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep.,M.Kep 2. Santi A. Lestaluhu, S.Gz.,MPH 3. Jacomina A. Salakory, S.Kep.,Ns.,M.Kes
3.	19 September 2025	Prodi Kebidanan Saumlaki	1. Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep 2. Feby Adolf Metekohy, S.SiT.,M.Kes 3. Damayanti Sima Sima Sohilauw, M.KL
4.	19 September 2025	Prodi Keperawatan Ambon	1. DR. Saidah Rauf, S.Kep.,M.Sc 2. Prasetyawati, S.SiT.,M.KKK 3. Kristiova Masnita Saragih, M.Kes
5.	19 September 2025	Jurusan Gizi	1. Abd Rivai Dunggio, A.Kp.,M.Kes 2. Mintje Maria Nendisa, S.Pd.,M.Kes 3. Lucky Herry Noya, S.Kep.,Ns.,M.Kep
6.	22 September 2025	Prodi Keperawatan Masohi	1. Abd Rivai Dunggio, A.Kp.,M.Kes 2. Farha Assagaf, S.KM.,M.Kes 3. Santi A. Lestaluhu, S.Gz.,MPH
7.	22 September 2025	Prodi Kebidanan Ambon	1. Ns. Irhamdi Achmad, S.Kep.,M.Kep 2. Prasetyawati, S.SiT.,M.KKK 3. Damayanti Sima Sima Sohilauw, M.KL
8.	22 September 2025	Jurusan Teknologi Laboratorium Medik	1. DR. Betty A. Sahertian, S.Pd.,M.Kes 2. Jois Nari, S.Kep.,Ns.,M.Kes 3. Fasiha, S.SiT.,M.Kes

Kepala Pusat Penjaminan Mutu dan Bangdik



Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep
NIP. 197411222005012002

DOKUMENTASI KEGIATAN



PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

PROGRAM STUDI : Sanitasi
 KETUA PROGRAM STUDI : Farha Assagaf, S.KM.,M.Kes
 AUDITOR : Irhamdi Achmad
 PTK NO: :
 Tanggal Audit : 23 September 2025

KRITERIA	TEMUAN AUDIT	WAKTU TINDAK LANJUT	REKOMENDASI TINDAKAN LANJUT
Visi, Misi, Tujuan, Strategi	Resntra & Renop sudah ada tetapi belum ditetapkan dengan SK Direktur	14 hari	Susun draf SK penetapan Resntra & Renop; proses paraf lintas-unit (Prodi-Bag. Akademik-SPMI-Wadir/Dir), terbitkan SK dan unggah di repositori dokumen mutu.
Visi, Misi, Tujuan, Strategi	Dokumentasi pelibatan pemangku kepentingan (notulen, daftar hadir, foto/video) belum tersedia/lengkap	30 hari	Rekonstruksi bukti rapat sebelumnya (surat undangan, daftar hadir, notulen); tetapkan SOP dokumentasi rapat (format, penanggung jawab, lokasi penyimpanan) dan terapkan pada pertemuan berikutnya.
Visi, Misi, Tujuan, Strategi	Media publikasi visi-misi-unggulan belum disiapkan	21 hari	Publikasikan VMTS di laman prodi, papan informasi, buku pedoman, dan media sosial resmi; cantumkan tanggal penetapan & tautan SK.
Visi, Misi, Tujuan, Strategi	Rujukan regulasi & standar nasional terkait perencanaan belum dilampirkan	14 hari	Tambahkan lampiran daftar regulasi (Permendikbudristek, SN-Dikti, BAN-PT/LAM), standar internal, serta matriks keterkaitan regulasi pada dokumen perencanaan.
Visi, Misi, Tujuan, Strategi	Belum ada evaluasi berkala atas VMTS	30 hari	Tetapkan mekanisme telaah tahunan (indikator kinerja, PIC, jadwal) melalui SOP; lakukan rapat evaluasi VMTS dan berita acaranya.
Kurikulum	Daftar lahan praktik belum terintegrasi dalam dokumen kurikulum	21 hari	Finalisasi daftar lahan praktik (MoU/SPK, kapasitas, capaian praktik, metode asesmen) dan masukkan sebagai lampiran resmi kurikulum & panduan praktik.
Kurikulum	Notulen perumusan CPL per MK belum tersedia	30 hari	Lakukan rapat validasi CPL-CPMK-Sub-CPMK per MK; hasilkan notulen, daftar hadir, dan lembar matriks CPL↔RPS; unggah ke repositori SPMI.
Kurikulum	Kurikulum belum disahkan SK Direktur	14 hari	Ajukan SK Penetapan Kurikulum (edisi & tahun berlakunya), lengkap dengan matriks perubahan; sosialisasi ke dosen/TPA/kemahasiswaan.
Kurikulum	Bukti pelibatan pemangku kepentingan eksternal	30 hari	Selenggarakan FGD eksternal; dokumentasikan risalah & daftar

	(industri/alumni/pengguna) belum terdokumentasi		hadir; revisi kurikulum (bila perlu) dan simpan seluruh bukti di repositori.
Penilaian	SOP Penilaian komprehensif (ujian, tugas, praktikum, proyek, portofolio, rubrik) belum tersedia/tersosialisasi	30 hari	Susun SOP Penilaian berbasis CPL (jenis instrumen, bobot, rubrik, bukti, arsip); sahkan dengan SK; lakukan sosialisasi & uji kepatuhan.
Penilaian	Pedoman remedial & konseling akademik belum terstruktur	21 hari	Tetapkan pedoman remedial (kriteria, bentuk, jadwal) & alur konseling; integrasikan pada RPS dan buku pedoman akademik.
Penilaian	Mekanisme banding nilai belum diatur formal	14 hari	Buat prosedur banding (jangka waktu, formulir, tim penilai kedua, dokumentasi); umumkan ke mahasiswa dan muat di buku pedoman.
Penilaian	Blueprint ujian belum selaras penuh dengan CPL/CPMK dan materi	30 hari	Kembangkan blueprint per MK yang memetakan butir soal ↔ indikator CPL/CPMK & level kognitif; lakukan review butir dan arsipkan.
Penilaian	Variasi instrumen penilaian kurang (dominan tes & tugas)	45 hari	Diversifikasi instrumen (proyek, portofolio, presentasi, OSCE/skill demo, peer/self-assessment) lengkap dengan rubrik; pilot di ≥ 3 MK inti.
Penilaian	Umpan balik penilaian kurang konstruktif	21 hari	Terapkan standar umpan balik minimal (tepat waktu, spesifik, saran perbaikan); sediakan template feedback pada LMS/lembar nilai; audit sampel bukti.

Catatan pelaksanaan & bukti yang wajib diunggah:

- SK penetapan (Resntra, Renop, Kurikulum, SOP Penilaian), SOP terkait, notulen & daftar hadir, foto kegiatan, blueprint ujian, rubrik, contoh umpan balik, FGD eksternal, dan lampiran regulasi.
- Semua bukti disimpan pada repositori dokumen SPMI dengan penamaan/versi yang terstandar dan tautan dicantumkan dalam Berita Acara Tindak Lanjut.
- Penutupan temuan dilakukan melalui **Berita Acara Tindak Lanjut** pada rapat Tinjauan Manajemen berikutnya


(IRHAMDI ACHMAD)

Tanggal, 24 September 2025

FARHA ASSAGAF, S.KM.,M.KES

Tanggal, 24 September 2025

(_____)

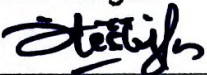
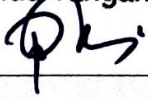
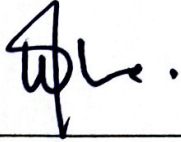
Tanggal, 24 September 2025

BORANG AUDIT INTERNAL

Deskripsi Temuan Audit

Auditi	Lestly Latumanuwy (Pj. Akademik)
Tipe/Tahap Audit	Audit Lapangan/ Audit Kapatuhan / visitasi
Ruang Lingkup	Standar Akademik
Tanggal Audit	23 September 2025
Auditor	Fasiha
Wakil Auditi	Lestly Latumanuwy
Distribusi Borang Audit	Lestly Latumanuwy
	Penanggungjawab Bagian Akademik

Deskripsi Temuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum ada Panduan Penyusunan Kurikulum Jurusan Sanitasi yang dibuktikan dengan tidak adanya buku panduan 2. Belum dilakukan peninjauan Kurikulum Jurusan Sanitasi yang di buktikan dengan tidak adanya dokumen peninjauan kurikulum 3. Belum ada Pengesahan Direktur Pada Kurikulum Jurusan Sanitasi di buktikan dengan tidak adanya SK penetapan kurikulum 4. Masih terdapat RPS yang belum di berikan pengesahan dibuktikan dengan tidak ada tanda tangan Kordinator, Pj. Mutu, Pj. Akademik dan Kaprodi 5. Belum tersedia Panduan Praktikum Klinik 6. Belum ada <i>loogbook</i> bimbingan praktik klinik yang dibuktikan dengan tidak terdokumentasikan kegiatan bimbingan praktik klinik 7. Belum ada pengesahan Direktur pada Panduan KTI di buktikan tidak terdapat SK pada Panduan KTI 8. Belum ada pedoman Monev PBM 9. Masih kurangnya pendokumentasian kegiatan akademik sehingga ada bukti pelaksanaan kegiatan 		
Kriteria/Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panduan penyusunan kurikulum harus ada 2. Peninjauan kurikulum harus dilaksanakan 3. Dokumen akademik harus ada pengesahan 4. Panduan praktikum harus ada 5. Kegiatan pembimbingan praktik harus menggunakan loogbook 6. Pendokumentasian kegiatan akademik 		
Akar Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi kontrol unit terkait secara berjenjang dalam kegiatan dan dokumen akademik belum maksimal 2. Keterbatasan anggaran sehingga peninjuan kurikulum tidak terlaksana 		
Akibat	Dokumen akademik		
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol berjenjang unit terkaitan kegiatan dan dokumen akademik dilakukan secara periodik dan terstruktur 2. Penyusunan buku panduan kurikulum, panduan praktikum, Monev PBM) 3. Pendokumentasian bimbingan praktik klinik pada Loogbook 		
Tanggapan Auditi	Menyetujui hasil temuan dan berusaha untuk memperbaiki		
Rencana Perbaikan	Melakukan koordinasi dengan Penjaminan Mutu, dan Wadir I		
Jadwal Penyelesaian	Oktober 2025	Penanggung Jawab	Lestly Latumanuwy (Pj. Akademik)
Tempat dan tanggal penandatanganan			

Pimpinan Auditi	Lestly Latumanuwy	Tanda Tangan 	Auditor	Fasiha	Tanda Tangan 
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit: Wahyuni Azizah				Tanda Tangan 	



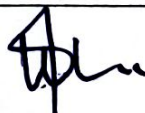
BORANG AUDIT INTERNAL

Ringkasan Temuan Audit

Auditi	Lestly Latumanuwy
Tipe/Tahap Audit	Audit Lapangan/ Audit Kapatuhan / visitasi
Ruang Lingkup	Akademik
Tanggal Audit	23 September 2025
Lokasi Audit	Jurusan Sanitasi
Standar	SDM
Komponen Audit	SDM
Auditor	Ketua : Irhamdi Achmad Anggota : 1. Fasiha, S.ST.,M.Kes 2. Jois Nari, S.Kep., Ns., M.Kes
Wakil Auditi	Lestly Latumanuwy
Distribusi Borang Audit	Pj. akademik

No Temuan	Diskripsi Temuan	Kategori Temuan (OB / KTS)
1	Belum ada Panduan Penyusunan Kurikulum	KTS
2	Belum dilakukan peninjauan Kurikulum	OB
3	Belum ada Pengesahan Direktur Pada Kurikulum	OB
4	Masih terdapat RPS yang belum di berikan pengesahan (tanda tangan Kordinator, Pj. Mutu, Pj. Akademik dan Kaprodi)	OB
5	Belum tersedia Panduan Praktikum	KTS
6	Belum ada <i>loogbook</i> praktik klinik	OB
7	Belum ada pengesahan Direktur pada Panduan KTI	OB
8	Belum ada pedoman Monev PBM	KTS
9	Masih kurangnya pendokumentasian kegiatan akademik	OB

Keterangan: OB = Observasi; KTS = Ketidaksesuaian

Tempat dan tanggal penandatanganan					
Pimpinan Auditi	Lestly Latumanuwy	Tanda Tangan	Auditor	Fasiha	Tanda Tangan
					
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit	Ns. Wahyuni Azizah, S.Kep.,M.Kep	Tanda Tangan			

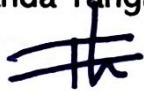
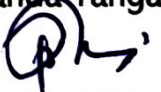
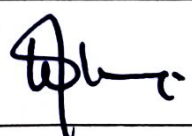
BORANG AUDIT INTERNAL

Ringkasan Temuan Audit

Auditi	1. Wa Fitri La Misi (Pj. SDM)
Tipe/Tahap Audit	Audit Lapangan/ Audit Kapatuhan / visitasi
Ruang Lingkup	Standar Sumber Daya Manusia
Tanggal Audit	23 September 2025
Lokasi Audit	Jurusan Sanitasi
Standar	SDM
Komponen Audit	Wa Fitri La Misi
Auditor	Fasiha
Wakil Auditi	Wa Fitri La Misi
Distribusi Borang Audit	Penanggungjawab Kepegawaian

No Temuan	Diskripsi Temuan	Kategori Temuan (OB / KTS)
1	Jumlah Dosen Tetap dengan jabatan Lektor Kepala sangat kurang (<30%)	KTS
2	Jumlah Dosen berpendidikan S3 sangat kurang (<30%)	KTS
3	Jumlah Dosen yang memiliki sertifikat Pendidik masih kurang (<40%)	KTS
4	Jumlah Dosen Tidak Tetap melebihi 10%	KTS
5	Masih rendahnya keikutsertaan Dosen dalam dalam kegiatan seminar ilmiah/ lokakarya/ pelatihan	OBS

Keterangan: OB = Observasi; KTS = Ketidaksesuaian

Tempat dan tanggal penandatanganan					
Pimpinan Auditi	Wa Fitri La Misi	Tanda Tangan	Auditor	Fasiha	Tanda Tangan
					
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit	Ns. Wahyuni Azizah, S.Kep.,M.Kep			Tanda Tangan	



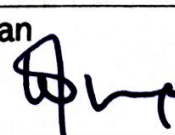
BORANG AUDIT INTERNAL

Ringkasan Temuan Audit

Auditi	1. Wa Fitri La Misi (Pj. SDM)
Tipe/Tahap Audit	Audit Lapangan/ Audit Kapatuhan / visitasi
Ruang Lingkup	Standar Sumber Daya Manusia
Tanggal Audit	23 September 2025
Lokasi Audit	Jurusan Sanitasi
Standar	SDM
Komponen Audit	Wa Fitri La Misi
Auditor	Fasiha
Wakil Auditi	Wa Fitri La Misi
Distribusi Borang Audit	Penanggungjawab Kepegawaian

No Temuan	Diskripsi Temuan	Kategori Temuan (OB / KTS)
1	Jumlah Dosen Tetap dengan jabatan Lektor Kepala sangat kurang (<30%)	KTS
2	Jumlah Dosen berpendidikan S3 sangat kurang (<30%)	KTS
3	Jumlah Dosen yang memiliki sertifikat Pendidik masih kurang (<40%)	KTS
4	Jumlah Dosen Tidak Tetap melebihi 10%	KTS
5	Masih rendahnya keikutsertaan Dosen dalam dalam kegiatan seminar ilmiah/ lokakarya/ pelatihan	OBS

Keterangan: OB = Observasi; KTS = Ketidaksesuaian

Tempat dan tanggal penandatanganan					
Pimpinan Auditi	Wa Fitri La Misi	Tanda Tangan	Auditor	Fasiha	Tanda Tangan
					
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit	Ns. Wahyuni Azizah, S.Kep.,M.Kep			Tanda Tangan	
					

BORANG AUDIT INTERNAL

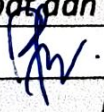

Deskripsi Temuan Audit

FORM-4

Auditi	Wa Rina, M.Kes
Tipe/Tahap Audit	Audit dokumen dan lapangan
Ruang Lingkup	Penelitian
Tanggal Audit	23 September 2025
Auditor	Jois Nari
Wakil Auditi	Wa Rina, M.Kes
Distribusi Borang Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Jurusan Sanitasi 2. Dosen

Deskripsi Temuan	Pelaksanaan penelitian secara Mandiri di Jurusan Sanitasi (ada 9 dosen yang memiliki jurnal penelitian yang dipublikasi) <ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian belum ada uji etik 2. Dokumen laporan kemajuan penelitian tidak ada 3. Hasil penelitian tidak/belum diseminarkan 4. Draf Luaran penelitian publikasi 5. Road map penelitian jurusan tidak 		
Kriteria/Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian harus ada uji etik 2. Dokumen laporan kemajuan penelitian harus ada 3. Hasil penelitian harus diseminarkan 4. Draf Luaran penelitian publikasi 5. Road map penelitian jurusan harus ada disesuaikan dengan road map dari PPM 		
Akar Penyebab	Pemahaman Dosen tentang mekanisme penelitian sesuai panduan belum sesuai		
Akibat	Belum/tidak ada dosen yang melakukan penelitian yang didanai oleh poltekkes		
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. sosialisasi panduan penelitian oleh PPM 2. Maksimalkan control pusat penelitian dan pengabdian Poltekkes Kemenkes Maluku 		
Tanggapan Auditi	Menyetujui-hasil temuan dan berusaha untuk memperbaiki		
Rencana Perbaikan	Membuat rencana penelitian dan melaksanakan rencana monev penelitian secara periodic		
Jadwal Penyelesaian	23 September 2025	Penanggung Jawab	Wa Rina, M.Kes

Tempat dan tanggal penandatanganan

Auditi	Wa Rina		Auditor	Jois Nari	
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit	Wahyuni Aziza, S.Kep.,Ns.,M.Kep				

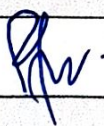

BORANG AUDIT INTERNAL

Ringkasan Temuan Audit

Auditi	Wa Rina, M.Kes
Tipe/Tahap Audit	Audit dokumen dan lapangan
Ruang Lingkup	Penelitian
Tanggal Audit	23 September 2025
Lokasi Audit	Jurusan sanitasi
Standar	Penelitian (hasil dan isi)
Komponen Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendanaan Penelitian 2. Tim Peneliti 3. Dokumen Proposal dan hasil penelitian 4. Deseminasi dan publikasi hasil penelitian 5. Uji Etik
Auditor	Ketua : Irhamdi Achmad Anggota : <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasiha 2. Jois nari
Wakil Auditi	Wa Rina, M.Kes
Distribusi Borang Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pj. Penelitian dan pengabdian Masyarakat 2. Dosen

No Temuan	Diskripsi Temuan	Kategori Temuan (OB / KTS)
1	Dokumen uji etik	KTS
2	Dokumen laporan kemajuan penelitian	OB
3	Kesiapan Hasil penelitian	OB
4	Draf Luaran penelitian publikasi	OB
5	Road map penelitian Prodi / jurusan mengacu pada road map penelitian Poltekkkes Kemenkes Maluku	OB

Keterangan: OB = Observasi; KTS = Ketidaksesuaian

<i>Tempat dan tanggal penandatanganan</i>					
Auditi	Wa Rina		Auditor	Jois Nari	
<i>Direview oleh :</i>					
Penjamin Mutu Audit	Wahyuni Aziza				



BORANG AUDIT INTERNAL

Deskripsi Temuan Audit

Auditi	Wa Rina, M.Kes
Tipe/Tahap Audit	Audit dokumen dan lapangan
Ruang Lingkup	Pengabdian kepada masyarakat
Tanggal Audit	23 September 2025
Auditor	Jois Nari
Wakil Auditi	Wa Rina, M.Kes
Distribusi Borang Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Jurusan Sanitasi 2. Dosen

Deskripsi Temuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat dilakukan secara mandiri oleh Jurusan sanitasi (ada 3 pengabmas Mandiri dari dosen sanitasi) 2. Pengabmas mandiri melibatkan mahasiswa Jurusan sanitasi 3. Bukti pelaksanaan Pengabmas dalam bentuk laporan pengabmas 4. Tidak ada bukti Monev pengabmas 5. Draf publikasi Pengabmas 		
Kriteria/Persyaratan	Pengabmas sesuai dengan panduan pengabmas badan PPSDM Kesehatan		
Akar Penyebab	Pemahaman dosen belum sesuai dengan panduan pengabmas dari PPM		
Akibat	Publikasi hasil pengabmas dengan biaya sendiri		
Rekomendasi	Mengajukan proposal pengabmas dosen pada unit PPM poltekkes		
Tanggapan Auditi	Menyetujui hasil temuan dan berusaha untuk memperbaiki		
Rencana Perbaikan	Membuat rencana pengabmas dan melaksanakan rencana monev pengabmas secara periodic		
Jadwal Penyelesaian	Maret 2025	Penanggung Jawab	Wa Rina

Tempat dan tanggal penandatanganan

Auditi	Wa Rina		Auditor	Jois Nari	
Direview oleh :					
Penjamin Mutu Audit	Wahyuni Aziza, S.Kep.,Ns.,M.Kep				

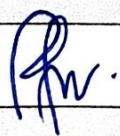

BORANG AUDIT INTERNAL

Ringkasan Temuan Audit

Auditi	Wa Rina, M.Kes
Tipe/Tahap Audit	Audit dokumen dan lapangan
Ruang Lingkup	Pengabdian kepada masyarakat
Tanggal Audit	23 September 2025
Lokasi Audit	Jurusan Sanitasi
Standar	Pengabdian Kepada Masyarakat
Komponen Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proposal Pengabmas 2. Pelaksanaan Pengabmas 3. Monev Pengabmas 4. Dokumen Pengabmas (Laporan dan Monev) 5. Publikasi
Auditor	Ketua : Irhamdi Achmad Anggota : <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasiha 2. Jois Nari
Wakil Auditi	Wa Rina, M.Kes
Distribusi Borang Audit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pj. Penelitian dan pengabdian masyarakat 2. Dosen

No Temuan	Diskripsi Temuan	Kategori Temuan (OB / KTS)
1	Proposal pengabmas belum ada karena dilakukan secara mandiri	KTS
2	Monev pengabmas belum dilakukan	KTS
3	Road map pengabmas Prodi / jurusan mengacu pada road map peengabmas Poltekkkes Kemenkes Maluku	OB
4	Draf Luaran Pengabmas publikasi	OB

Keterangan: OB = Observasi; KTS = Ketidaksesuaian

<i>Tempat dan tanggal penandatanganan</i>					
Auditi	Wa Rina		Auditor	Jois Nari	
<i>Direview oleh :</i>					
Penjamin Mutu Audit	Wahyuni Aziza				