

2025

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL UPK SDMK MALUKU

No.Dokumen Mutu : POL-MALUKU/SPMI/LAP/G.01

Auditee
UPK_SDMK MALUKU

AUDITOR
PUSAT PENJAMINAN MUTU

LAPORAN

AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
UNIT PENGEMBANGAN KOMPETENSI SDMK
POLTEKKES KEMENKES MALUKU

Periode Januari - Juli 2025

UNIT PENGEMBANGAN KOMPETENSI
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN MALUKU
TAHUN 2025

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, atas segala berkah dan rahmat-Nya sehingga Laporan AMI Unit Pengembangan Kompetensi (UPK) SDM Poltekkes Maluku ini dapat selesai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) untuk UPK SDM Poltekkes Kemenkes Maluku untuk semester genap dilaksanakan dari tanggal 7 - 8 Agustus 2025 yang melibatkan Tim AMI UPK SDM Poltekkes Kemenkes Maluku. Audit dapat berlangsung dengan baik dan berhasil mendapatkan banyak fakta baik di lapangan dan juga fakta yang perlu mendapat perhatian khusus untuk dapat ditingkatkan mutunya.

Laporan AMI UPK SDM ini menyajikan dari proses perencanaan sampai dengan proses menyusun rencana tindak lanjut, berbagai temuan dan analisis akar masalah pada hasil audit lapangan untuk kemudian ditentukan tindak lanjut demi peningkatan mutu Unit Pengembangan Kompetensi SDM Maluku.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu penyelenggaraan kegiatan AMI UPK SDM Poltekkes Kemenkes Maluku 2025 hingga dapat terselenggara sesuai dengan rencana. Semoga laporan ini dapat bermanfaat untuk Pengembangan kualitas mutu UPK SDM Poltekkes Kemenkes Maluku .

Ambon, 15 Agustus 2025

Tim AMI

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Pelaksanaan Audit.....	1
B. Maksud dan Tujuan Audit.....	2
C. Ruang Lingkup Audit.....	3
BAB II PENGELOLAAN AUDIT MUTU INTERNAL.....	4
A. Persiapan AMI.....	4
B. Pelaksanaan AMI.....	4
1. Audit kecukupan dokumen mutu.....	5
2. Pembuatan ceklis.....	5
3. Audit penerapan (audit lapangan).....	6
4. Audit kecukupan dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan Kegiatan.....	6
C. Analisis Hasil AMI.....	7
1. Identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalah.....	7
2. Analisis penyebab masalah dan rekomendasi.....	7
III SOSIALISASI HASIL AMI DAN MONITORING TINDAK LANJUT.....	8
IV. PENUTUP.....	11
LAMPIRAN	

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

UPK SDM Poltekkes Maluku adalah unit yang dibentuk sebagai wadah pengembangan kompetensi tenaga Kesehatan baik internal maupun eksternal. Penyelenggaraan kegiatan pada unit ini berdasar pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pasal 31 menyatakan bahwa pelatihan tenaga kesehatan harus memenuhi program pelatihan dan tenaga pelatih yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi serta diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi. Selanjutnya dalam Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan, pasal 79 bahwa yang melaksanakan akreditasi adalah pemerintah pusat. Sebagai implementasi dari perundangan dan peraturan yang berlaku, Badan PPSDM Kesehatan melalui Pusat Pelatihan SDM Kesehatan telah menetapkan dan melaksanakan berbagai ketentuan untuk melakukan penjaminan mutu pelatihan melalui akreditasi. Dalam upaya penjaminan mutu program pelatihan dilakukan melalui akreditasi pelatihan dan penjaminan mutu penyelenggara pelatihan melalui akreditasi institusi penyelenggara pelatihan.

Implementasi penjaminan mutu di Unit Pengembangan Kompetensi SDM Poltekkes Maluku, diwujudkan dengan upaya memberikan kepuasan kepada pelanggan internal maupun eksternal. Upaya yang dilakukan dimulai dari perencanaan yang baik, pelaksanaan kegiatan yang bertanggungjawab dan monitoring evaluasi secara berkala sebagai tindakan pengendalian dan penerapan sistem manajemen mutu di UPK SDM Maluku. Paradigma penerapan manajemen mutu yang dilakukan dengan tujuan hanya untuk mencapai nilai terbaik dalam penilaian akreditasi, sudah harus diubah karena tujuan mutu tidak akan tercapai. Hasil akreditasi dapat optimal apabila institusi/ lembaga menerapkan sistem manajemen mutu secara *Continuous Quality Improvement (CQI)*. Artinya sistem untuk memberikan penjaminan mutu di institusi/ Lembaga tersebut sudah menjadi *habbit* yang selalu diterapkan pada setiap pelaksanaan kegiatan. Salah satu upaya agar sistem manajemen mutu di di UPK SDM Poltekkes Maluku dapat berjalan secara berkesinambungan, diperlukan Audit Mutu Internal yang dilakukan sebagai tanggungjawab penjaminan mutu internal secara berkelanjutan terhadap capaian Sistem Manajemen Mutu. Diharapkan hasil audit mutu internal dapat menjadi masukan yang efektif

guna peningkatan mutu UPK SDMK Poltekkes Maluku.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan Audit Mutu Internal adalah untuk menentukan tingkat kesesuaian pelaksanaan kegiatan terhadap standar mutu yang telah ditetapkan dalam SPMI, dalam rangka peningkatan mutu UPK SDMK Poltekkes Maluku dan mengurangi resiko ketidaktercapaian standar atau penurunan kualitas yang hasilnya direkomendasikan untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan di UPK SDMK Poltekkes Maluku

2. Tujuan Khusus

- a. Memastikan penerapan sistem manajemen mutu di UPK SDMK Poltekkes Maluku
- b. Memastikan kegiatan sesuai dengan tujuan/standar/ sasaran yang telah ditetapkan di UPK SDMK Poltekkes Maluku
- c. Memastikan efektivitas capaian dari tujuan yang telah ditetapkan di UPK SDMK Poltekkes Maluku
- d. Mengevaluasi penerapan sistem penjaminan mutu di UPK SDMK Poltekkes Maluku
- e. Menghasilkan rekomendasi sebagai upaya dalam perbaikan sistem penjaminan mutu di UPK SDMK Poltekkes Maluku
- f. Memberikan masukan kesiapan UPK SDMK Poltekkes Maluku untuk dilakukan audit eksternal atau akreditasi

C. Manfaat Audit Mutu Internal.

1. Bagi Pimpinan

Hasil audit mutu internal dapat menjadi masukan untuk referensi dalam membuat keputusan atau mengambil/merubah kebijakan mutu sehingga pengelolaan mutu dapat lebih sesuai dengan perencanaan organisasi jangka Panjang.

2. Bagi auditor (Tim Audit Mutu Internal)

Audit mutu bagi auditor (Tim AMI) memperoleh informasi situasi mutu di lembaga. Kegiatan audit mutu merupakan proses pembelajaran dalam interaksi dengan auditee.

3. Bagi unit kerja dalam organisasi yang diaudit.

AMI mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi sehingga dapat segera mengambil langkah-langkah yang tepat untuk melakukan perbaikan yang diperlukan sesuai masukan

dan rekomendasi auditor.

4. Bagi Pelanggan

Pelanggan akan mendapatkan jasa/ pelayanan yang bermutu karena segala kemungkinan yang dapat menimbulkan ketidakpuasan pada pelanggan dapat segera terdeteksi dan dilakukan tindakan perbaikan.

5. Bagi lembaga yang bekerjasama

Audit mutu bagi lembaga yang bekerjasama dapat memberikan umpan balik terhadap kinerja yang telah dilakukan, sehingga menjamin terpenuhinya hak dan kewajiban dari masing-masing instansi yang bekerjasama.

D. Ruang Lingkup Audit

Ruang lingkup audit pada UPK SDMK meliputi komponen- komponen yang meliputi :
Komponen administrasi dan manajemen mutu komponen pelayanan pelatihan dan komponen penunjang pelatihan , adapon komponen itu meliputi :

1. Komponen administrasi dan manajemen (Unsur organisasi, unsur Manajemen Mutu)
2. Komponen pelayanan pelatihan (unsur manajemen sumber daya manusia, unsur program peningkatan Kompetensi, Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi)
3. Komponen Pelayanan Penunjang pelatihan (unsur manajemen sumber daya)

BAB II

PELAKSANAAN AUDIT

A. Persiapan AMI

Kegiatan yang dilaksanakan pada persiapan AMI adalah penunjukan tim auditor sebanyak 3 orang dengan SK Direktur Poltekkes Maluku nomor : HK.02.03/F.XLVI/6844/2024. Setelah penunjukan, tim auditor melakukan rapat persiapan pada tanggal 25 Juli 2025 untuk membahas ruang lingkup audit dan penyusunan instrumen audit yang akan digunakan pada saat AMI. Rapat Tim AMI yang sudah dilaksanakan pada tanggal. Rapat berlangsung di ruang Pusat penjaminan mutu dan pengembangan Pendidikan Poltekkes Maluku. Rapat persiapan tersebut juga disampaikan dasar-dasar AMI dan menyepakati rencana pelaksanaan kegiatan (terlampir).

Audit Mutu Internal (AMI) pada Unit Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia Kesehatan Maluku Tahun 2025 direncanakan seperti tahapan kegiatan berikut :

1. Rapat Persiapan : 25 Juli 2025
2. Audit Dokumen : Tanggal 30 – 31 Juli 2025
3. Membuat ceklist : Tanggal 4 Agustus 2025
4. Audit Lapangan : Tanggal 7 - 8 Agustus 2025
5. Audit Kecukupan II : Tanggal 14 Agustus 2025

Sosialisasi hasil AMI dan Monitoring Tindak Lanjut yang dihadiri pimpinan dan jajaran UPK SDMK Poltekkes Maluku

B. Pelaksanaan AMI

1. Audit kecukupan dokumen mutu

Audit kecukupan dilakukan untuk mengidentifikasi ketersediaan dokumen mutu, kebenaran isi dokumen mutu dan kelengkapan serta kebenaran dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan kegiatan.

Audit kecukupan dokumen mutu dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali, yaitu:

a. Audit kecukupan jumlah dan isi dokumen mutu

Audit dilaksanakan pada tanggal 30 – 31 Juli dan 14 Agustus 2025 dengan hasil tabel 1.

Tabel 1. Tindak Lanjut Temuan Audit Jumlah dan Isi Dokumen

No	Temuan	Rekomendasi oleh Auditor	Rencana Tindak Lanjut	Unit yang terlibat	Tanggal Penyelesaian	Keterangan (selesai/tidak selesai)
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Tambahkan penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	Akan direvisi Struktur organisasi	Sekretariat	14 Agustus 2025	Selesai
2	Survey kepuasan dibedakan tidak dengan evaluasi penyelenggara sehingga harus dibuat khusus utk UPK SDM Maluku dengan sasaran bisa peserta, user, pihak kerjasama DII	Membuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDM Maluku	Akan dibuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDM Maluku	Sekretariat	14 Agustus 2025	Selesai
3	SOP yang dibuat adalah SOP pelatihan dan SOP pengembangan kompetensi lainnya secara lengkap mulai dari persiapan, pelaksanaan dan RTL/ ev	Membuat 2 SOP	Akan dibuat 2 SOP	Tim UPK	14 Agustus 2025	Selesai
4	Ruang kepala UPKSDMK seharusnya terpisah dari ruang Staf	Buatkan modifikasi ruangan dengan memisahkan ruang kepala UPKSDMK	Akan dibuatkan modifikasi ruangan dengan memisahkan ruang kepala UPKSDMK	Tim UPK	September 2025	
5	Sarana Prasarana terutama kursi harusnya kursi dan meja bukan kursi kuliah dan dilengkapi daftar barang distiap Kelas	Kursi dan meja disesuaikan dengan standar.	Akan mengganti kursi kuliah dengan kursi dan meja sesuai standar	Tim UPK	September 2025	

6	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Akan disesuaikan dengan standar	Tim UPK	2026	
---	--	--	---------------------------------	---------	------	--

Dokumen mutu yang diaudit adalah sebagai berikut:

- 1) Bukti status kelembagaan
 - 2) Tugas dan Fungsi
 - 3) Struktur Organisasi dan uraian tugas
 - 4) Visi Misi
 - 5) Rencana strategis/ rencana kegiatan minimal 3 tahun
 - 6) Dokumen perencanaan survey kepuasan pelanggan (bisa dalam bentuk kerangka acuan survey)
 - 7) Standar kualifikasi SDM
 - 8) Kalender kegiatan pelatihan
 - 9) Kalender kegiatan peningkatan kompetensi lainnya
 - 10) SOP
 - 11) Standar sarana prasarana.
- b. Audit kecukupan dokumen pendukung/pembuktian pelaksanaan kegiatan
- Audit dilaksanakan pada tanggal 30 – 31 Juli dan 14 Agustus 2025 sebelum penyusunan laporan AMI.
2. Pembuatan ceklis audit penerapan
- Ceklis disusun sebagai alat bantu auditor untuk mempermudah pelaksanaan audit terhadap penerapan dokumen mutu, selain itu ceklis tersebut dapat juga digunakan oleh pelaksana/

penanggungjawab kegiatan untuk memantau penerapannya. Ceklis yang dibuat adalah

- a. Ceklis audit penerapan standar kualifikasi SDM
- b. Ceklis audit penerapan standar sarana prasarana
- c. Ceklis audit penerapan SOP

3. Menetapkan jadwal audit penerapan dokumen mutu

- a. Tim AMI menginformasikan rencana audit kepada unit terkait paling lambat 1 minggu sebelum audit dilakukan
- b. Tim AMI harus segera mengambil keputusan jika waktu untuk melakukan audit tidak sesuai dengan yang sudah direncanakan.
- c. Tim AMI meminta nama-nama auditee yang akan diwawancara, atau diobservasi (d disesuaikan dengan kebutuhan).

4. Audit penerapan dokumen mutu

- a. Audit penerapan kualifikasi SDM
- b. Audit penerapan standar sarana prasarana
- c. Audit penerapan SOP

5. Audit kecukupan dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan kegiatan

Audit dilakukan terhadap kelengkapan dan kebenaran dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan kegiatan. Dokumen yang diaudit adalah sebagai berikut:

- a. Laporan/hasil survey kepuasan pelanggan (dianalisa sampai dengan tindak lanjut)
- b. Tindak lanjut hasil evaluasi penerapan standar kualifikasi SDM
- c. Laporan pelaksanaan pelatihan dan/atau peningkatan kompetensi lainnya
- d. Dokumen pembuktian penerapan SOP
- e. Daftar kuantitas dan kualitas sarana prasarana (sesuai standar)

6. Analisis hasil AMI

Berdasarkan realisasi penyelesaian kesepatan tindak lanjut akan diketahui temuan yang tidak dapat diselesaikan sesuai tanggal kesepakatan. Temuan yang tidak dapat diselesaikan merupakan masalah yang selanjutnya akan dilaporkan kepada pimpinan lembaga untuk ditindaklanjuti.

Sebelum dilaporkan terlebih dahulu akan dilakukan analisis hasil AMI sebagai berikut:

a. Identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalah

1) Lakukan prioritas masalah.

Berdasarkan temuan saat AMI maka ada beberapa masalah yang bisa diidentifikasi. Hal ini terlihat pada tabel 2 dibawah ini

Tabel 2
Masalah Dan Prioritas Masalah

No	Judul/ penerapan dokumen	Masalah	Urutan Prioritas	Alasan penentuan urutan prioritas
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Penyusunan Struktur Organisasi belum melibatkan penjaminan mutu	Revisi Struktur Organisasi	Struktur organisasi akan menuntun anggota organisasi untuk melaksanakan tugas dalam mencapai tujuan organisasi
2	Survey kepuasan dibedakan dengan evaluasi penyelenggara sehingga harus dibuat khusus utk UPK SDMK Maluku dengan sasaran bisa peserta, user, pihak kerjasama dll	Terjadi kesalah pahaman pada TPM tentang survey kepuasan	Menyusun perencanaan, melaksanakan rencana dan melakukan analisis hasil survey kepuasan	Survey kepuasan terhadap penyelenggara berbeda dengan survey terhadap penyelenggaraan karena hasil survey bisa digunakan untuk meningkatkan kapasitas staf dan kualitas penyelenggaraan pelatihan
3	SOP yang dibuat adalah SOP pelatihan dan SOP pengembangan kompetensi lainnya secara lengkap mulai dari persiapan, pelaksanaan dan RTL/ ev	Pengelola belum menyusun SOP yang dibutuhkan	Membuat SOP	SOP harus dibuat agar setiap kegiatan terlaksana dengan baik
4	Sarana Prasarana terutama kursi harusnya kursi dan meja bukan kursi kuliah dan dilengkapi daftar barang disetiap kelas	Belum ada kursi dan meja belum sesuai standar	Mengadakan kursi dan meja pelatihan	Belum mengadakan kursi dan meja

5	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium semua berpusat di Laboratorium Terpadu	Menetapkan laboratoium sesuai kebutuhan pelatihan	Belum ditetapkan laboraorium yang akan dipakai
---	--	---	---	--

b. Analisis penyebab masalah dan rekomendasi (tabel 3)

Berdasarkan identifikasi masalah diatas maka di analisis penyebab masalah dan diberikan rekomendasi seperti pada tabel 3 dibawah

Tabel 3
Analisis Penyebab Masalah Dan Rekomendasi

No	Judul/ penerapan dokumen	Masalah	Faktor Kemungkinan Penyebab	Rekomendasi
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Penyusunan Struktur Organisasi belum melibatkan penjaminan mutu	Belum memahami struktur organisasi yang dibutuhkan	Tambahkan penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi
2	Survey kepuasan dibedakan dengan evaluasi penyelenggara sehingga harus dibuat khusus utk UPK SDMK Maluku dengan sasaran bisa peserta, user, pihak kerjasama dll	Terjadi kesalah pahaman pada TPM tentang survey kepuasan	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang survey kepuasan khusus UPKSDMK	Membuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku
3	SOP yang dibuat adalah SOP pelatihan dan SOP pengembangan kompetensi lainnya secara lengkap mulai dari persiapan, pelaksanaan dan RTL/ ev	Pengelola belum memahami SOP yang harus dibuat	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang SOP UPK SDMK	Membuat 2 SOP

4	Sarana Prasarana terutama kursi harusnya kursi dan meja bukan kursi kuliah dan dilengkapi daftar barang disetiap kelas	Belum ada kursi dan meja	Sarana prasarana pelatihan belum diadakan sesuai standar	Kursi dan meja disesuaikan dengan standar.
5	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium semua berpusat di Laboratorium Terpadu	Sarana prasarana pelatihan belum diadakan sesuai standar	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan

III. Sosialisasi Hasil AMI dan Monitoring Tindak Lanjut

Hasil akhir dari kegiatan audit mutu internal adalah rekomendasi untuk ditindaklanjuti pimpinan.

1. Sosialisasi hasil AMI

Sosialisasi hasil AMI dilakukan di dalam rapat yang dihadiri oleh pimpinan UPKSDMK Poltekkes Maluku, unsur manajemen dan tim AMI. Ketua tim AMI menjelaskan rekomendasi hasil audit yang didukung dengan bukti-bukti obyektif yang telah ditemukan, menyimpulkan hasil audit, dan membuka forum tanya jawab. Pada pertemuan tersebut, sekaligus membuat kesepakatan dengan pimpinan untuk rencana tindak lanjut hasil rekomendasi. Hasil sosialisasi yang perlu ditindak lanjuti tertera dalam tabel 4

Tabel 4
Kesepakatan Tindak Lanjut terhadap Rekomendasi Hasil AMI

No	Masalah	Faktor Kemungkinan Penyebab	Rekomendasi	Rencana Tindak Lanjut	Waktu Penyelesaian
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Belum memahami struktur organisasi yang dibutuhkan	Tambahkan penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	Akan ditambahkan bagian penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	8 Agustus 2025
2	Terjadi kesalahan pemahaman pada TPM tentang survey kepuasan	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang survey kepuasan khusus UPK SDMK	Membuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	Akan dibuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	Minggu pertama September 2025
3	Pengelola belum memahami SOP yang harus dibuat	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang SOP UPK SDMK	Membuat 2 SOP	Akan dibuat 2 SOP	8 Agustus 2025
4	Belum ada kursi dan meja	Kurang teliti menyiapkan sarana prasarana pelatihan	Kursi dan meja disesuaikan dengan standar.	Akan mengganti kursi kuliah dengan kursi dan meja sesuai standar	Minggu pertama September 2025
5	Laboratorium semua berpusat di Laboratorium Terpadu	Kurang paham tentang standar laboratorium pelatihan	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Akan disesuaikan dengan standar	2026

Tahapan selanjutnya, AMI melakukan monitoring laporan tindak lanjut rekomendasi yang sudah ditandatangani pimpinan. Mengacu tabel 4, maka dibuat kesepakatan dengan pimpinan untuk menindaklanjuti rekomendasi hasil audit

2. Monitoring Tindak Lanjut

Kesepakatan pelaksanaan tindak lanjut dimonitor oleh Tim AMI, apabila sampai dengan waktu yang disepakati belum ada tindak lanjut, perlu dilakukan kesepakatan kembali dengan pimpinan. Hasil Monitoring tertuang dalam tabel 5 dibawah ini.

Tabel 5
Realisasi Tindak Lanjut terhadap Rekomendasi Hasil AMI

No	Masalah	Faktor Kemungkinan Penyebab	Rekomendasi	Rencana Tindak Lanjut	Waktu Penyelesaian	Keterangan (selesai/tidak selesai)
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Belum memahami struktur organisasi yang dibutuhkan	Tambahkan penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	Akan ditambahkan bagian penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	14 Agustus 2025	Selesai
2	Terjadi kesalah pahaman pada TPM tentang survey kepuasan	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang survey kepuasan khusus UPK SDMK	Membuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	Akan dibuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	14 Agustus 2025	Selesai
3	Pengelola belum memahami SOP yang harus dibuat	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang SOP UPK SDMK	Membuat 2 SOP	Akan dibuat 2 SOP	14 Agustus 2025	Selesai
4	Belum ada meja dan kursi	Kurang teliti menyiapkan sarana prasarana pelatihan	Kursi dan meja disesuaikan dengan standar.	Akan mengganti kursi kuliah dengan kursi dan meja sesuai standar	Minggu pertama Septempber 2025	Belum selesai
5	Laboratorium semua berpusat di Laboratorium Terpadu	Kurang paham tentang standar laboratorium pelatihan	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Akan disesuaikan dengan standar	2026	Belum selesai

IV. PENUTUP

Audit mutu internal merupakan pengujian sistematis dan mandiri untuk menetapkan apakah kegiatan mutu dan hasilnya sesuai dengan dokumen mutu yang telah ditetapkan dan diterapkan secara efektif untuk mencapai visi institusi. Tim AMI melakukan audit, memberikan rekomendasi untuk perbaikan mutu selanjutnya dan akan membantu UPKSDMK Poltekkes Maluku dalam mempersiapkan akreditasi lembaga. Penjaminan mutu pelatihan harus selalu dilaksanakan demi terjaganya mutu pelatihan yang unggul.

Dengan telah disusunnya Laporan AMI ini diharapkan Pelaksanaan Audit Mutu Internal ini diharapkan dapat dijadikan acuan bagi UPKSDMK Poltekkes Maluku melaksanakan penjaminan mutu.

Lampiran

1. Rencana Kerja TIM AMI
2. Rekapitulasi Kecukupan (Jumlah Dan Isi Dokumen Mutu
3. Ceklis Audit Penerapan Standar Kualifikasi SDM Untuk Semua Jenis SDM,
4. Ceklis Audit Penerapan Standar
5. Ceklis Audit Penerapan SOP Penyelenggaraan Pelatihan Dan Sop Peningkatan Kompetensi Lainnya
6. Rekapitulasi Kecukupan Dokumen Pendukung/ Pembuktian Pelaksanaan Kegiatan
7. Surat Sosialisasi hasil AMI
8. Daftar Hadir

RENCANA KERJA TIM AMI

TAHUN 2025

No	Kegiatan	Tujuan	Objek Audit	Sasaran audit	Waktu (Bulan)												Metode	Tempat	Pelaksana/ Auditor
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
A	PERSIAPAN AMI																		
1	Rapat tim AMI	- Penjelasan tentang AMI - Tersusunnya rencana kerja AMI - Ditentukannya auditor yang akan bertugas	-	-													Pertemuan	Ruang Rapat Pusat Penjaminan Mutu	Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep (Ketua AMI) Fasiha, SST.,M.Kes (Auditor A) Damayanti Sima Sima Sohilauw, SKM.,MKL (Auditor B)
B	PELAKSANAAN AMI																		
1	Audit Kecukupan Dokumen Mutu (Jumlah dan isi)	Diketahuinya jumlah dan kebenaran isi dokumen mutu	Seluruh dokumen mutu yang dipersyaratkan	Penyusun dokumen mutu													Telaah Dokumen	Ruang Rapat Pusat Penjaminan Mutu	Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep (Ketua AMI) Fasiha, SST.,M.Kes (Auditor A) Damayanti Sima Sima Sohilauw, SKM.,MKL (Auditor B)

No	Kegiatan	Tujuan	Objek Audit	Sasaran audit	Waktu (Bulan)												Metode	Tempat	Pelaksana/ Auditor
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
A	PERSIAPAN AMI																		
1	Rapat tim AMI	- Penjelasan tentang AMI - Tersusunnya rencana kerja AMI - Ditentukannya auditor yang akan bertugas	-	-													Pertemuan	Ruang Rapat Pusat Penjaminan Mutu	Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep (Ketua AMI) Fasiha, SST.,M.Kes (Auditor A) Damayanti Sima Sima Sohilauw, SKM.,MKL (Auditor B)
B	PELAKSANAAN AMI																		
1	Audit Kecukupan Dokumen Mutu (Jumlah dan isi)	Diketahuinya jumlah dan kebenaran isi dokumen mutu	Seluruh dokumen mutu yang dipersyaratkan	Penyusun dokumen mutu													Telaah Dokumen	Ruang Rapat Pusat Penjaminan Mutu	Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep (Ketua AMI) Fasiha, SST.,M.Kes (Auditor A) Damayanti Sima Sima Sohilauw, SKM.,MKL (Auditor B)

Lampiran 2

REKAPITULASI KECUKUPAN (JUMLAH dan ISI DOKUMEN MUTU)

Waktu Audit : 24 Pebruari 2025

NO	UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU)	JUMLAH DOKUMEN MUTU		ISI DOKUMEN MUTU		Ket
		Ada	Tidak ada*	sesuai	Belum sesuai**	
A	Komponen Administrasi dan Manajemen					
1	Organisasi					
	a. Bukti status kelembagaan	√		√		
	b. Tugas dan Fungsi	√		√		
	c. Struktur Organisasi	√			√	Belum ada bagian penjaminan mutu dan IT
	d. Visi Misi	√		√		
	e. Renstra/ Rencana kegiatan	√		√		
2	Manajemen Mutu					
	Laporan survey kepuasan pelanggan	√			√	Karena menggunakan hasil survey kepuasan penjaminan mutu
	Laporan AMI	√		√		
B	Komponen Pelayanan Pelatihan					
1	Manajemen Sumber Daya manusia					
	a. Standar Kualifikasi Pimpinan	√		√		
	b. Standar Kualifikasi Penyelenggara pelatihan	√		√		
	c. Standar Kualifikasi Pelatih/ Fasilitator/ instruktur	√		√		
	d. Standar Kualifikasi Pengendali Mutu	√		√		
	e. Standar Kualifikasi Pengelola Sistem Informasi	√		√		
2	Program Peningkatan Kompetensi					

	Kalender pelatihan dan/ atau kegiatan peningkatan kompetensi	√		√		
3	Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi					
	a. SOP Penyelenggaraan Pelatihan	√			√	SOP masih menggunakan SOP prodi
	b. SOP peningkatan kompetensi	√			√	SOP masih menggunakan SOP prodi tdak sesuai panduan pelatihan

C	Komponen Pelayanan Penunjang Pelatihan					
1	Manajemen Sumber Daya					
	Sarana prasarana					
	a. Standar ruang pimpinan	√				
	b. Standar ruang staf/ sekretariat	√				
	c. Standar ruang kelas	√				
	d. Standar Ruang Pelatihan	√				

KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT JUMLAH DAN ISI DOKUMEN:

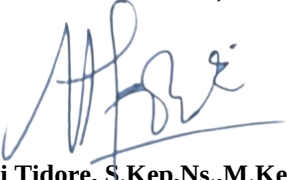
No	Temuan***	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	Tanggal penyelesaian
1	Struktur Organisasi belum ada bagian penjaminan mutu dan IT	Tambahkan penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	Akan ditambahkan bagian penjaminan mutu dan IT pada struktur organisasi	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	14 Agustus 2025
2	Survey kepuasan dibedakan dengan evaluasi penyelenggara sehingga harus dibuat khusus utk UPK SDMK Maluku dengan sasaran bisa peserta, user, pihak kerjasama dll	Membuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	Akan dibuat perencanaan, pelaksanaan dan tidak lanjut survey kepuasan khusus UPK SDMK Maluku	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	14 Agustus 2025
3	SOP yang dibuat adalah SOP pelatihan dan SOP pengembangan kompetensi lainnya secara lengkap mulai	Membuat 2 SOP	Akan dibuat 2 SOP 3	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	14 Agustus 2025

	dari persiapan, pelaksanaan dan RTL/ ev					
4	Sarana Prasarana terutama kursi harusnya kursi dan meja bukan kursi kuliah dan dilengkapi daftar barang distiap kelas	Kursi dan meja disesuaikan dengan standar.	Akan mengganti kursi kuliah dengan kursi dan meja sesuai standar	Tim UPK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	Minggu pertama September 2025
5	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Akan disesuaikan dengan standar	Tim UPK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	2026

Catatan: temuan*** adalah dokumen yang tidak ada* atau belum sesuai isinya**.

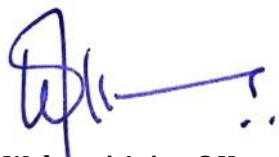
Tuliskan dokumen yang tidak ada atau belum sesuai pada kolom temuan***

Auditee,



(Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes)

Ambon, 14 Agustus 2025
Auditor,



(Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep)

Berikan tanda “V” jika dokumen yang dipersyaratkan sudah ada dan benar, tanda “X” jika belum ada dan/ atau belum benar, kemudian jelaskan alasannya dan tulis pada kolom keterangan.

1. KOMPONEN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

NO	UNSUR/ SUB UNSUR	DOKUMEN		KETERANGAN
1	UNSUR 1: ORGANISASI DAN KEPEMIMPINAN			
1.1	SU1: Kelembagaan pelatihan			
1)	Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan harus memiliki bukti status kelembagaan, tugas dan fungsi sebagai penyelenggara pelatihan.	☐	1. SK Penetapan/Pendirian Organisasi.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki struktur organisasi yang dilengkapi dengan uraian tugas yang menjamin efektivitas dan mutu pelatihan (tuliskan struktur organisasi saudara).	☒ ☒	2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja dilengkapi dengan Tugas dan Fungsi Organisasi. 3. Uraian Tugas.	Sudah ada (namun belum lengkap, belum ada bagian penjaminan mutu dan IT) Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk (tuliskan visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk).	☒	4. Visi dan Misi Institusi/Lembaga atau Visi dan Misi Organisasi Induk.	Sudah ada

4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk (tuliskan visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk).	☒	5. Bukti Sosialisasi Kelembagaan melalui Media Sosial.	Sudah ada
1.2	SU2: Kepemimpinan & Budaya Organisasi.			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki pemimpin dan prosedur memimpin institusi/lembaga pelatihan yang menetapkan kebijakan dalam upaya membangun kultur mutu dan budaya kerja organisasi yang dibuktikan dengan hasil survey kepemimpinan.	☒ ☒ ☒	1. SOP Memimpin Institusi/Lembaga Pelatihan Mengacu pada SKKNI Nomor 333 Tahun 2020 (terlampir). 2. Rekaman Penerapan SOP memimpin Institusi/Lembaga Pelatihan. 3. Hasil Survey Kepemimpinan	Sudah ada Sudah ada Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki program/kegiatan dalam membangun kultur mutu dan budaya kerja organisasi.	☒	4. Program Membangun Kultur Mutu dan Budaya Kerja Organisasi.	
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya menindaklanjuti hasil survey kepemimpinan.	☒	5. Tindak lanjut Hasil Survey.	Sudah ada
1.3.	SU3: Rencana Strategis			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan dan rencana kegiatan tahunan yang mengacu pada visi dan misi institusi/Lembaga atau visi dan misi organisasi induk.	☒	1. Rencana Strategis/Rencana 5 Tahunan.	Sudah Ada

2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya melakukan internalisasi rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan untuk menyusun Rencana Kegiatan Tahunan (RKT).	☒	2. Rencana Kegiatan Tahunan (RKT).	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya mensosialisasikan rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan.	☒	3. Bukti sosialisasi Rencana Strategis.	Sudah ada
2	Unsur 2: Kemitraan & Hubungan Pemangku Kepentingan			
2.1	SU1: Kemitraan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus mengembangkan dan melaksanakan kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan sesuai dengan prosedur dan dilengkapi dengan MoU/dokumen kerja sama.	☒ ☒	1. SOP Mengembangkan Jejaring Kerja Sama Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan Terkait Penyelenggaraan Pelatihan Mengacu pada SKKNI Nomor 333 Tahun 2020 (terlampir). 2. Rekaman Penerapan SOP Mengembangkan Jejaring Kerja Sama Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya menyusun laporan kegiatan kemitraan.	☒ ☒	3. MoU/ Dokumen Kerja Sama. 4. Laporan Kegiatan Kemitraan.	Sudah Ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki rekapitulasi MoU/dokumen kerja sama.	☒	5. Rekapitulasi MoU	Sudah ada

3	Unsur 3: Manajemen Mutu			
3.1	SU1: Manajemen Mutu			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki Unit/Tim Penjaminan Mutu dan Unit/Tim Audit Mutu Internal yang dibuktikan dengan SK Tim	☒ ☒	1. SK Tim Penjamin Mutu. 2. SK Tim Audit Mutu Internal.	Sudah ada Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki dan menetapkan Panduan Mutu (<i>Quality Assurance Manual</i>) yang mencakup kebijakan mutu (visi dan misi), penetapan pernyataan mengikuti persyaratan sesuai dengan konteks masing-masing institusi/lembaga, dan SOP pelaksanaan penjaminan mutu.	☒ ☐	3. Panduan Mutu (<i>Quality Assurance Manual</i>). 4. SOP pelaksanaan penjaminan mutu mengacu pada SKKNI Nomor 333 Tahun 2020 (terlampir).	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki perencanaan, pelaksanaan dan laporan kegiatan penjaminan mutu.	☒ ☒ ☒	5. Rencana Penjaminan Mutu. 6. Bukti Pelaksanaan Penjaminan Mutu 7. Laporan Penjaminan Mutu	Sudah ada Sudah ada Sudah ada

4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus melaksanakan penjaminan mutu pra penyelenggaraan pelatihan (akreditasi pelatihan) dan pelaksanaan pengendalian mutu pelatihan <i>quality control</i> internal.	☒ ☒ ☒	8. Rekapitulasi pelatihan terakreditasi Kemenkes. 9. Surat Keterangan Akreditasi Pelatihan 10. Laporan Quality Control	Sudah ada
5)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus melaksanakan kegiatan audit/pengendalian mutu internal secara periodik sesuai prosedur.	☒ ☒	11. Rencana Audit Mutu Internal 12. Laporan Audit Mutu Internal	Sudah Ada
6)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya melakukan sosialisasi hasil audit mutu internal.	☒	13. Bukti sosialisasi hasil audit mutu internal	Sudah Ada
7)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki dokumen tindak lanjut hasil audit mutu internal.	☒	14. Bukti tindak lanjut audit mutu internal	Sudah Ada
4	Unsur 4: Manajemen Sumber Daya Manusia			
4.1	1: Pejabat Struktural			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi pejabat struktural/pimpinan, minimal mencantumkan persyaratan telah mengikuti Pelatihan Management of Training (MOT)/Pelatihan Manajemen Pelatihan bagi Pengelola Institusi Pelatihan Bidang Kesehatan/pelatihan lain yang setara atau sertifikat kompetensi kepemimpinan atau pengalaman kerja dalam bidang pelatihan	☒	1. Kualifikasi pejabat struktural/pimpinan yang mencantumkan persyaratan seperti yang dijelaskan pada point 1).	Sudah Ada

	yang terakreditasi, dan mendapatkan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun.			
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki pejabat struktural/pimpinan yang sesuai persyaratan	☒ ☒ ☒ ☒	2. Rekapitulasi Pejabat Struktural/ Pimpinan (form terlampir). 3. Daftar Riwayat Hidup (DRH) Pejabat Struktural/Pimpinan 4. Sertifikat Pelatihan Management of Training (MOT)/Pelatihan Manajemen Pelatihan bagi pengelola institusi pelatihan bidang kesehatan/Pelatihan Lain yang Setara atau Sertifikat Kompetensi Kepemimpinan 5. SK Penyelenggaraan Pelatihan	Sudah Ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki pejabat struktural/pimpinan yang mendapatkan kesempatan pengembangan kompetensi minimal 20 JP dalam 1 tahun terakhir.	☒ ☒	6. Rekapitulasi Kegiatan Pengembangan Kompetensi Pejabat Struktural/ Pimpinan. 7. Sertifikat Pengembangan Kompetensi bagi Pejabat Struktural/ Pimpinan.	Sudah Ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan sebaiknya memiliki rencana kegiatan pengembangan kompetensi bagi pejabat struktural/pimpinan setiap tahun.	☒	8. Rencana Kegiatan Pengembangan Kompetensi bagi Pejabat Struktural/ Pimpinan.	Sudah Ada
4.2	SU2: Penyelenggara Pelatihan			

1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi penyelenggara pelatihan minimal mencantumkan persyaratan telah mengikuti pelatihan Training Officer Course (TOC) atau pengalaman kerja dalam bidang pelatihan yang terakreditasi, dan mendapatkan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun.	☒	1. Kualifikasi penyelenggara pelatihan yang minimal seperti yang dipersyaratkan pada point 1)	Sudah Ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki penyelenggara pelatihan yang sesuai persyaratan.	☒	2. Rekapitulasi penyelenggara pelatihan (form terlampir). 3. Daftar Riwayat Hidup (DRH) penyelenggara pelatihan 4. Sertifikat TOC atau SK	Sudah Ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki penyelenggara pelatihan yang mendapatkan kesempatan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun terakhir	☒	5. Rekapitulasi kegiatan pengembangan kompetensi penyelenggara pelatihan. 6. Sertifikat pengembangan kompetensi.	Sudah Ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan sebaiknya memiliki rencana kegiatan pengembangan kompetensi bagi penyelenggara pelatihan setiap tahun.	☒	7. Rencana kegiatan pengembangan kompetensi bagi penyelenggara pelatihan.	Sudah Ada
4.3	SU3: Tenaga Pelatih			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi kompetensi widyaiswara/pelatih/instruktur minimal mencantumkan persyaratan telah mengikuti	☒	1. Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi kompetensi widyaiswara/pelatih/instruktur	Sudah Ada

	pelatihan widyaiswara/TPK/TOT/Akta/Pekerti atau pengalaman melatih dan mendapatkan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun.		minimal seperti yang dipersyaratkan pada point 1)	
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki widyaiswara/pelatih/instruktur yang memenuhi persyaratan.	☒	2. Rekapitulasi pelatih (Form rekapitulasi terlampir). 3. Daftar Riwayat Hidup (DRH) Widyaiswara/ Pelatih/ Instruktur 4. Sertifikat Widyaiswara/TPK/ TOT/Akta/Pekerti atau Bukti Pengalaman Melatih	Sudah Ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki widyaiswara/pelatih/instruktur yang mendapatkan kesempatan pengembangan kompetensi 1 tahun terakhir minimal 20 JP.	☒	5. Sertifikat Pengembangan Kompetensi 6. Rekapitulasi kegiatan pengembangan kompetensi yang diikuti penyelenggara pelatihan	Sudah Ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan sebaiknya memiliki rencana kegiatan pengembangan kompetensi bagi widyaiswara/pelatih/instruktur setiap tahun.	☒	7. Rencana kegiatan pengembangan kompetensi widyaiswara/pelatih/instruktur setiap tahun.	Sudah Ada
4.4	SU4: Pengendali Pelatihan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi kompetensi pengendali pelatihan minimal memiliki sertifikat pengendali pelatihan	☒	1. Kualifikasi pengendali pelatihan minimal mencantumkan persyaratan memiliki sertifikat pengendali pelatihan.	Sudah Ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki pengendali pelatihan internal atau	☒	2. Rekapitulasi Pengendali Pelatihan. 3. Daftar Riwayat Hidup (DRH) Pengendali Pelatihan	Sudah Ada

	eksternal yang sesuai persyaratan/kualifikasi kompetensi dan dibuktikan dengan SK/surat tugas.		4. Sertifikat Pengendali Pelatihan	
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki pengendali pelatihan yang melaksanakan tugas pengendalian pelatihan.	☒	5. SK/Surat Tugas Pengendali Pelatihan	Sudah Ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki pengendali pelatihan yang melaksanakan tugas pengendalian pelatihan.	☒	6. Laporan Kegiatan Pengendali Pelatihan	Sudah Ada
4.5	SU5: Pengelola Sistem Informasi Pelatihan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan persyaratan/kualifikasi Pengelola Sistem Informasi minimal mencantumkan kompetensi yang harus dimiliki dan persyaratan mendapatkan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun.	☒	1. Kualifikasi kompetensi Pengelola Sistem Informasi Pelatihan yang mencantumkan kompetensi yang harus dimiliki dan mendapatkan pengembangan kompetensi minimal 20 JP selama 1 tahun.	Sudah Ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki Pengelola Sistem Informasi Pelatihan yang sesuai persyaratan.	☒ ☒ ☒	2. Daftar Riwayat Hidup Pengelola Sistem Informasi Pelatihan 3. Ijazah Pengelola Sistem Informasi Pelatihan 4. SK Pengelola Sistem Informasi	Sudah Ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki Pengelola Sistem Informasi Pelatihan yang mendapatkan kesempatan pengembangan kompetensi minimal 20 JP dalam 1 tahun terakhir.	☒ ☒ ☒	5. Rencana pengembangan kompetensi pengelola sistem informasi. 6. Rekapitulasi kegiatan pengembangan kompetensi yang diikuti pengelola sistem informasi.	Sudah Ada

			7. Sertifikat Pengembangan kompetensi Pengelola Sistem Informasi Pelatihan yang Diikuti selama 1 tahun terakhir.	
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan sebaiknya memiliki kegiatan pemutakhiran data-data pelatihan dalam sistem informasi dan dibuktikan dengan screenshotsistem informasi.	☒	8. Screenshoot sistem informasi	Sudah Ada
5	Unsur: Manajemen Pelayanan			
5.1	SU1: Pelayanan Pelatihan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan yang di dalamnya memuat ketentuan akreditasi pelatihan.	☒	1. SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan yang mengacu pada SKKNI 333 Tahun 2020 (terlampir) yang memuat ketentuan akreditasi pelatihan.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan yang di dalamnya memuat ketentuan akreditasi pelatihan.	☒	2. SOP monitoring penyelenggaraan pelatihan/SOP Quality Control internal yang mengacu pada SKKNI 333 Tahun 2020 (terlampir).	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki mekanisme pendaftaran peserta dan helpdesk.	☒	3. Mekanisme pendaftaran peserta dan helpdesk.	Sudah ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya menerapkan SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan, SOP monitoring penyelenggaraan pelatihan/SOP Quality Control	☒ ☒	4. Rekapitulasi pengendalian pelatihan bidang kesehatan. 5. Laporan pengendalian pelatihan.	Sudah ada

	internal, mekanisme pendaftaran peserta dan helpdesk.		6. Rekaman pelaksanaan SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan. 7. Rekaman pelaksanaan SOP monitoring penyelenggaraan pelatihan/SOP Quality Control internal. 8. Rekaman pelaksanaan mekanisme pendaftaran peserta dan helpdesk	Sudah ada
5)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan penyelenggaraan pelatihan, monitoring penyelenggaraan pelatihan/Quality Control internal, mekanisme pendaftaran peserta dan helpdesk.		9. Hasil evaluasi pelaksanaan pelatihan.	Sudah ada
5.2	SU2: Media Komunikasi			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki sarana/fasilitas pengaduan peserta yang dilengkapi dengan nama layanan.		1. Bukti fisik sarana/ fasilitas pengaduan peserta terhadap pelayanan pelatihan.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki sarana/fasilitas pengaduan peserta yang dilengkapi dengan nama layanan.		2. Rekapitulasi pengaduan peserta terhadap pelayanan pelatihan.	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya menindaklanjuti pengaduan peserta sesuai rekapitulasi dan dilengkapi dengan bukti tindak lanjut.		3. Bukti tindak lanjut sesuai dengan Sudah ada pengaduan peserta.	Sudah ada

6	Unsur: Hasil Kinerja Utama			
6.1	SU1: Capaian Kinerja Utama			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki target setiap tahun yang menjadi indikator kinerja sesuai dengan renstra/rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan dan bukti capaian yang tercantum dalam laporan tahunan.	☒ ☒	1. Target Laporan Tahunan. 2. Indikator Kinerja	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya laporan capaian pelaksanaan kegiatan pelatihan.	☒ ☒	3. Laporan Pelatihan 4. Rekapitulasi Pelaksanaan Pelatihan	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya menyusun kalender pelatihan dan rekapitulasi pelaksanaan kegiatan pelatihan setiap tahun.	☒ ☒	5. Rekapitulasi Pelaksanaan Pelatihan 6. Kalender Pelatihan	Sudah ada
6.2	SU2: Penghargaan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan harus mendapatkan penghargaan melalui survey kepuasan pelanggan.	☒ ☒	1. SOP Mengukur kepuasan pelanggan mengacu pada SKKNI Nomor 170 Tahun 2016 (terlampir). 2. Survey kepuasan pelanggan.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara pelatihan seharusnya memiliki prosedur untuk melakukan survey kepuasan pelanggan dan menindaklanjuti hasil survey kepuasan pelanggan.	☒	3. Tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan.	Sudah ada

3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya mensosialisasikan hasil survey kepuasan pelanggan.	☒	4. Bukti sosialisasi hasil survey kepuasan pelanggan.	Sudah ada
7	Unsur: Manajemen Sumber Daya			
7.1	SU1: Sarana Prasarana			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki sarana prasarana pelatihan (ruang kelas, ruang auditorium, ruang diskusi, ruang sekretariat, ruang tenaga pelatih, perpustakaan online/offline, laboratorium kelas, jalur evakuasi)	☒	1. Standar Sarana Prasarana Pelatihan seperti yang dipersyaratkan pada point 1	Sudah ada

	dan sarana prasarana pendukung teknologi informasi dengan kuantitas sesuai standar			
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki sarana prasarana pelatihan (ruang kelas, ruang auditorium, ruang diskusi, ruang sekretariat, ruang tenaga pelatih, perpustakaan online/offline, laboratorium kelas, jalur evakuasi) dan sarana prasarana pendukung teknologi informasi yang berfungsi dengan baik.	☒	2. Daftar Kuantitas dan Kualitas Sarana Prasarana Pelatihan dan Pendukung Teknologi Informasi	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki kegiatan pemeliharaan sarana prasarana pelatihan.	☒	3. Laporan Pemeliharaan Sarana Prasarana Pendukung Teknologi Informasi	Sudah ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki sarana prasarana yang responsive gender.	☒	4. Daftar Kuantitas dan Kualitas Sarana Prasarana yang Responsive Gender	Sudah ada
5)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki CCTV.	☒	5. Daftar Kuantitas dan Kualitas CCTV	Sudah ada
6)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki sarana prasarana yang Disability Friendly.	☒	6. Daftar Kuantitas dan Kualitas Sarana Prasarana yang Disability Friendly.	Sudah ada
7)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki sarana prasarana yang ramah lingkungan seperti pengelolaan sampah, pencahayaan, dan sebagainya.	☒	7. Daftar Kuantitas dan Kualitas Sarana Prasarana yang Ramah Lingkungan Seperti Pengelolaan Sampah, Pencahayaan.	Sudah ada

7.2	SU2: Pembiayaan			
1)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki dokumen pembiayaan/anggaran dalam penyelenggaraan pelatihan baik bersumber APBN/APBD/instansi/ PNBP/swadana/dana lainnya sesuai dengan rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan institusi/lembaga.	☒	1. Dokumen pembiayaan/ anggaran dalam penyelenggaraan pelatihan baik bersumber APBN/APBD/ instansi/PNBP/swadana/dana lainnya sesuai dengan rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan lembaga.	Sudah ada
2)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya melakukan analisa realisasi anggaran yang tercantum dalam laporan tahunan institusi/lembaga.	☒	2. Analisa realisasi anggaran yang tercantum dalam laporan tahunan institusi/lembaga	Sudah ada
3)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki peraturan terkait pembiayaan.	☒	3. Peraturan terkait pembiayaan.	Sudah ada
4)	Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki data anggaran yang berisi jenis kegiatan termasuk pelatihan, pola anggaran, jumlah anggaran sesuai dengan DIPA atau sejenisnya.	☒	4. Data anggaran yang berisi jenis kegiatan termasuk pelatihan, pola anggaran, jumlah anggaran sesuai dengan DIPA atau sejenisnya institusi	Sudah ada

8	Unsur: Manajemen pengetahuan dan Inovasi			
8.1	SU1: Manajemen Pengetahuan			
1)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan harus menetapkan kebijakan manajemen pengetahuan (meliputi: proses menciptakan, membagikan, menggunakan, dan menyimpan pengetahuan dan informasi) di institusi/lembaga penyelenggara pelatihan.	☒	1. Kebijakan Manajemen Pengetahuan.	Sudah ada
2)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan harus menerapkan kebijakan manajemen pengetahuan yang mencakup pengelolaan hasil pembelajaran dan/atau literasi data	☒	2. Rekapitulasi Pelaksanaan Pengelolaan Manajemen Pengetahuan Pegawai.	Sudah ada
3)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki rekapitulasi pelaksanaan pengelolaan manajemen pengetahuan			
4)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan sebaiknya menggunakan rekapitulasi pelaksanaan pengelolaan manajemen pengetahuan untuk penyusunan pengelolaan manajemen pengetahuan pada tahun yang akan datang.	☒	3. Rencana penyusunan pengelolaan manajemen pengetahuan pegawai pada tahun yang akan datang.	Sudah ada
8.2	SU2: Inovasi			
1)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan harus memiliki perencanaan inovasi (inovasi proses/tata	☒	1. Rencana Inovasi (Inovasi Proses/ Tata Kelola/ Output) untuk Mendukung Pelaksanaan Pelatihan.	Sudah ada

	Kelola/output) untuk mendukung pelaksanaan pelatihan.			
2)	Lembaga/Institusi Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki inovasi yang telah dilakukan (inovasi proses/tata Kelola/output) untuk mendukung pelaksanaan pelatihan.		2. Daftar inovasi yang telah dilakukan dan statusnya (berfungsi atau tidak).	Sudah ada
3)	Inovasi yang dibuat oleh Lembaga/institusi penyelenggara pelatihan sebaiknya digunakan secara berkelanjutan untuk mendukung pelaksanaan pelatihan.		3. Bukti inovasi (screenshot/foto/laporan kegiatan)	Sudah ada

Data tersedia pada link **drive:** (<https://link.kemkes.go.id/AkreditasiUPKSDMKMaluku>) dan (https://drive.google.com/drive/folders/1riqfRXD93HJc3W78pf_k_J2_Bx6-jp-l)

RINGKASAN LAPORAN KETIDAK SESUAIANAN

KETIDAKSESUAIAN (PLOR= Problem, Location, Objective evidence, Reference)	PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (CAR=Corrective Action Request)	TINDAKAN KOREKSI	STATUS PERBAIKAN
SK UPK SDMK Belum mencantumkan Penjaminan Mutu dan IT	Memperbaiki SK UPK SDMK	Tambahkan Penjaminan Mutu dan IT pada SK	Selesai
Ambon, 14 Agustus 2025 Tim AMI: 1. Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep 2. Fasiha, SST.,M.Keb 3. Damayanti Sima Sima Sohilauw, S.KM.,M.KL		Asesi:  Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	

CHECKLIST AUDIT PENERAPAN STANDAR SARANA PRASARANA

Komponen : Pelayanan Penunjang Pelatihan Unsur :
 Manajemen Sumber Daya
 Standar : Ruang Kelas
 Nama kelas : UPK001
 Waktu Audit : 14 Agustus 2025

No	Peralatan	Standar	Kesesuaian Jumlah (kuantitas)		Fungsi (kualitas)		Ket *)
			Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1	Ruang kelas		√		√		
2	Auditorium		√		√		
3	Ruang diskusi		√		√		
4	Ruang sekkretariat		√		√		
5	Ruang tenaga pelatih		√		√		
6	Perpustakaan online/offline		√		√		
7	Laboratorium kelas						
8	Jalur evakuasi		√		√		
9	Teknologi informasi		√		√		
10	CCTV		√		√		
11	Disability Friendly.		√		√		
12	Pengelolaan sampah		√		√		
13	Air dan listrik		√		√		

*) diisi apabila ada hal-hal yang perlu ditindaklanjuti dengan wawancara, observasi atau praktik.

Catatan:

- Lakukan audit terhadap semua sarpras Lembaga (sesuai standar sarpras)
- Gabungkan semua temuan yang diperoleh dari semua audit sarpras, pada format kesepakatan tindak lanjut di bawah ini

KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT PENERAPAN STANDAR SARANA PRASARANA

No	Temuan	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penang-gung jawab	tanggal penyelesaian
1	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Akan disesuaikan dengan standar	Tim UPK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	14 Agustus 2025

Auditee



Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes

Ambon, 14 Agustus 2025

Auditor



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

CHECKLIST AUDIT PENERAPAN SOP

Komponen : Pelayanan Pelatihan
Unsur : Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi
Prosedur : SOP Penyelenggaraan Pelatihan/ SOP Penyelenggaraan Peningkatan Kompetensi *)
Nama Kegiatan : Audit Mutu Internal UPKSDMK
Tanggal kegiatan : 14 Agustus 2025
Waktu Audit : 14 Agustus 2025

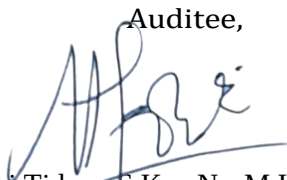
No	Uraian langkah-langkah prosedur	Pelaksana	Dilaksanakan		Ket *)
			Ya	Tidak	
1	Pembentukan panitia pelatihan	UPK	✓		terlaksana
2	Registrasi Peserta	Panitia	✓		terlaksana
3	Pembukaan kegiatan	Panitia	✓		terlaksana
4	Pembentukan kelompok	Peserta/ panitia	✓		terlaksana
5	Pelaksanaan kegiatan/ pemaparan materi	Narsum	✓		terlaksana
6	Diskusi	Narsum dan peserta	✓		terlaksana
7	Kerja kelompok	Peserta	✓		terlaksana
8	Presentasi hasil kerja	Narsum dan peserta	✓		terlaksana
9	Penutupan kegiatan	Panitia	✓		terlaksana

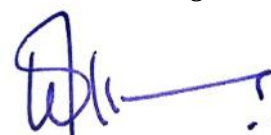
*) isi dengan penjelasan yang diperlukan.

KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT PENERAPAN SOP

No	Temuan (Langkah prosedur yang tidak dilaksanakan)	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	Tanggal penyelesaian
1	Pengelola belum memahami SOP yang harus dibuat	Kurang mendapatkan sosialisasi tentang SOP UPK SDMK	Membuat 2 SOP	Tim UPK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M. Kes	14 Agustus 2025

Ambon, 14 Agustus 2025

Auditee,

(Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes)


(Ns. Wahyuni Aziza, S.Kep.,M.Kep)

**DAFTAR HADIR PERTEMUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
UNIT PENGEMBANGAN KOMPETENSI SDM KESEHATAN (UPK SDMK)
POLTEKKES KEMENKES MALUKU**

Timestamp	Nama	Kehadiran	Jabatan
8/7/2025 9:21	Wahyuni Aziza	Hadir	Auditor
8/7/2025 9:22	Damayanti Sima Sima Sohilauw	Hadir	Auditor
8/7/2025 9:22	Fasiha	Hadir	Auditor
8/7/2025 9:22	Martini Tidore	Hadir	Ka.Unit UPKSDMK
8/7/2025 9:22	Siska F. Fauziah	Hadir	Staf UPKSDMK
8/7/2025 9:22	Kasli Yamin Kasim	Hadir	Staf UPKSDMK
8/7/2025 9:23	Sakinah Alhamid	Hadir	Staf UPKSDMK

DOKUMENTASI KEGIATAN AMI UPK SDMK

