

2026

LAPORAN AMI UPK SDMK MALUKU

Periode I
(Januari - Juni)



LAPORAN

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

Periode Januari - Juni 2026

UNIT PENGEMBANGAN KOMPETENSI
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN MALUKU
TAHUN 2026

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 3 Juli 2026 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 2026 hingga dapat terselenggara sesuai dengan rencana. Semoga laporan ini dapat bermanfaat untuk Pengembangan kualitas mutu UPK SDM Poltekkes Kemenkes Maluku .

Ambon, 4 Juli 2026

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 SDM 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 Kemenkes 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 2026 untuk membahas ruang lingkup audit dan penyusunan instrumen audit yang akan digunakan pada saat AMI.

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) Unit Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia Kesehatan (UPK SDMK) Poltekkes Kemenkes Maluku Tahun 2026 diawali dengan tahap persiapan yang bertujuan menjamin bahwa seluruh proses audit berlangsung secara sistematis, objektif, dan mengacu pada Standar Penjaminan Mutu Internal (SPMI) serta instrumen akreditasi penyelenggara pelatihan bidang kesehatan. 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 2026 direncanakan seperti tahapan kegiatan berikut :

1. Rapat Persiapan : 25 Juni 2026
2. Audit Dokumen : Tanggal 1 Juli 2026
3. Membuat ceklist : Tanggal 2 Juli 2026
4. Audit Lapangan : Tanggal 3 Juli 2026
5. Audit Kecukupan : Tanggal 5 Juli 2026
6. Penyusunan laporan : Tanggal 5 Juli 2026

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 1 - 5 Juli 2026 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	Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) Tahun 2026 belum dicetak.	Mencetak dan mengarsipkan RKT Tahun 2026.	Akan Mencetak dan mengarsipkan RKT Tahun 2026.	Tim UPK	3 Juli 2026	Selesai
2	Survei kepuasan pelanggan masih menggunakan instrumen LMS.	Menyusun instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK	Akan Menyusun instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK	Tim UPK	Juli 2026	Proses
3	Belum tersedia laporan hasil survei kepuasan pada setiap kegiatan.	Menyusun laporan survei kepuasan setiap pelaksanaan pelatihan.	Akan Menyusun laporan survei kepuasan setiap pelaksanaan pelatihan	Tim UPK	Juli 2026	Proses

Dokumen mutu yang diaudit adalah sebagai berikut:

- 1) Rencana strategis/ rencana kegiatan minimal 3 tahun
 - 2) Dokumen perencanaan survey kepuasan pelanggan (bisa dalam bentuk kerangka acuan survey)
 - 3) Standar kualifikasi SDM
 - 4) Kalender kegiatan pelatihan
 - 5) Kalender kegiatan peningkatan kompetensi lainnya
 - 6) SOP
 - 7) Standar sarana prasarana.
- b. Audit kecukupan dokumen pendukung/pembuktian pelaksanaan kegiatan
- Audit dilaksanakan pada tanggal 1 - 5 Juli 2026 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

Audit penerapan dilakukan melalui observasi dan wawancara guna memastikan bahwa dokumen mutu benar-benar telah diimplementasikan dalam penyelenggaraan kegiatan.

Berdasarkan hasil audit lapangan diperoleh beberapa temuan penting sebagai berikut.

- a. Penempatan personel UPK SDMK telah sesuai dengan fungsi, namun pelaksanaannya belum optimal karena seluruh staf masih memiliki tugas tambahan pada unit lain.
- b. Pelaksanaan survei kepuasan masih belum dibedakan dengan evaluasi penyelenggara sehingga hasil evaluasi belum menggambarkan tingkat kepuasan pengguna secara spesifik.
- c. Beberapa SOP masih memerlukan penyempurnaan, terutama pada diagram alir, simbol pengambilan keputusan, dan pencantuman riwayat revisi dokumen.
- d. Dokumentasi notulen rapat persiapan maupun evaluasi kegiatan belum seluruhnya diunggah melalui sistem penjaminan mutu.
- e. Perencanaan kegiatan pelatihan belum didasarkan pada hasil analisis kebutuhan atau riset pasar baik dari pengguna internal maupun eksternal.
- f. Sarana dan prasarana pelatihan, khususnya untuk pelatihan BTCLS, masih belum memenuhi standar karena beberapa alat praktik masih menggunakan sistem sewa

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 survei kepuasan pelanggan;
- b. laporan kegiatan pelatihan;
- c. bukti pelaksanaan SOP;
- d. laporan penjaminan mutu;
- e. laporan Audit Mutu Internal;
- f. bukti tindak lanjut hasil audit;
- g. dokumen kerja sama;
- h. dokumentasi kegiatan;
- i. dokumen sarana dan prasarana.

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.

Tim Auditor melakukan analisis terhadap akar permasalahan yang menjadi dasar penyusunan rekomendasi perbaikan 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	Manajemen Mutu (Survei Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan masih menggunakan instrumen LMS sehingga belum menggambarkan kepuasan pengguna layanan UPK SDMK	Ke -1	Berpengaruh langsung terhadap evaluasi mutu layanan, pengukuran kepuasan pelanggan, dan pemenuhan standar penjaminan mutu.

		secara spesifik, serta belum tersedia laporan survei pada setiap kegiatan pelatihan.		
2	SOP Penyelenggaraan Pelatihan	Beberapa SOP belum direvisi, diagram alir belum sesuai standar, serta belum mencantumkan tanggal revisi dokumen.	Ke -2	SOP merupakan acuan pelaksanaan seluruh proses bisnis. Ketidaksesuaian SOP dapat menyebabkan ketidakkonsistenan pelaksanaan kegiatan dan menjadi temuan mayor dalam audit.
3	Perencanaan Program Pelatihan	Perencanaan kegiatan pelatihan belum didasarkan pada hasil analisis kebutuhan (training need assessment/riset pasar), sehingga beberapa program belum terealisasi sesuai rencana.	Ke -3	Berpengaruh terhadap efektivitas penyelenggaraan pelatihan dan pencapaian target kinerja UPK SDM.
4	Manajemen Dokumen	Dokumen Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) Tahun 2026 belum dicetak dan dokumentasi notulen rapat belum seluruhnya terdokumentasi pada sistem penjaminan mutu.	Ke -4	Mempengaruhi kelengkapan administrasi dan pembuktian implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).
5	Sarana dan Prasarana Pelatihan	Sarana praktik, khususnya untuk pelatihan BTCLS, belum memenuhi standar karena beberapa alat masih menggunakan sistem sewa.	Ke -5	Berpengaruh terhadap kualitas proses pembelajaran praktik, namun tidak menghentikan penyelenggaraan pelatihan sehingga prioritasnya lebih rendah dibanding temuan lainnya.

6	Manajemen Sumber Daya Manusia	Penempatan staf telah sesuai fungsi, namun pelaksanaan tugas belum optimal karena seluruh staf masih memiliki tugas tambahan pada unit lain.	Ke -6	Berdampak terhadap efektivitas pelaksanaan kegiatan, tetapi masih dapat diatasi melalui pengaturan beban kerja dan pembagian tugas yang lebih proporsional.
---	-------------------------------	--	-------	---

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	Manajemen Mutu (Survei Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan masih menggunakan instrumen LMS dan belum tersedia laporan hasil survei pada setiap kegiatan pelatihan.	Belum tersedia instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK dan belum ada mekanisme baku dalam pengelolaan, analisis, serta pelaporan hasil survei setiap kegiatan.	Menyusun instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK, melaksanakan survei pada setiap kegiatan, melakukan analisis hasil survei, serta menyusun laporan dan tindak lanjut sebagai bagian dari siklus PPEPP
2	SOP Penyelenggaraan Pelatihan	SOP belum direvisi sesuai ketentuan, diagram alir belum sesuai standar, dan belum mencantumkan tanggal revisi.	Pengendalian dokumen belum berjalan optimal serta belum dilakukan peninjauan berkala terhadap SOP yang berlaku.	Melakukan reviu dan revisi seluruh SOP, memperbaiki diagram alir sesuai standar penyusunan SOP Poltekkes Kemenkes Maluku, mencantumkan identitas revisi dokumen, serta menetapkan mekanisme pengendalian dokumen secara berkala.
3	Perencanaan Program Pelatihan	Perencanaan kegiatan pelatihan belum didasarkan pada analisis kebutuhan (Training Need	Belum dilaksanakan identifikasi kebutuhan pelatihan dari pengguna internal maupun eksternal	Melaksanakan Training Need Assessment (TNA) atau riset kebutuhan pelatihan secara berkala dan menjadikan hasilnya

		Assessment/riset p5asar).	secara sistematis sebagai dasar penyusunan program kerja.	sebagai dasar penyusunan rencana kegiatan tahunan serta pengembangan program pelatihan.
4	Manajemen Dokumen	Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) Tahun 2026 belum dicetak dan dokumentasi notulen rapat belum terdokumentasi secara lengkap.	Penendalian administrasi dan dokumentasi mutu belum berjalan secara konsisten serta belum terdapat mekanisme monitoring terhadap kelengkapan dokumen	Melengkapi, mencetak, mengarsipkan, dan mengendalikan seluruh dokumen mutu sesuai prosedur, termasuk dokumentasi notulen rapat dan bukti pelaksanaan kegiatan melalui sistem penjaminan mutu.
5	Sarana dan Prasarana Pelatihan	Sarana praktik pelatihan, khususnya BTCLS, belum memenuhi standar karena beberapa alat masih menggunakan sistem sewa.	Keterbatasan anggaran pengadaan sarana dan prasarana dan belum adanya perencanaan investasi peralatan pelatihan secara bertahap.	Menyusun rencana pengadaan sarana dan prasarana sesuai standar akreditasi, mengusulkan kebutuhan dalam RKA/RBA institusi, serta melaksanakan pengadaan secara bertahap berdasarkan skala prioritas.
6	Manajemen Sumber Daya Manusia	Pelaksanaan tugas staf belum optimal karena seluruh staf masih memiliki tugas tambahan pada unit lain.	Keterbatasan jumlah SDM dan pembagian beban kerja yang belum proporsional.	Melakukan evaluasi beban kerja, mengoptimalkan pembagian tugas sesuai kompetensi, serta mengusulkan penambahan atau penugasan SDM sesuai kebutuhan organisasi.

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	Survei kepuasan pelanggan masih menggunakan instrumen LMS dan belum tersedia laporan hasil survei setiap kegiatan.	Belum tersedia instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK dan belum ada mekanisme pelaporan hasil survei.	Menyusun instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK, melaksanakan survei pada setiap kegiatan, serta menyusun laporan dan tindak lanjut hasil survei.	Menyusun instrumen survei kepuasan, menetapkan SOP pelaksanaan survei, melaksanakan survei pada seluruh kegiatan pelatihan, serta mendokumentasikan hasil dan tindak lanjutnya.	Juli 2026
2	SOP penyelenggaraan pelatihan belum direvisi, diagram alir belum sesuai, dan belum mencantumkan	Pengendalian dokumen belum optimal dan belum dilakukan reviu SOP secara berkala.	Melakukan reviu dan revisi seluruh SOP sesuai standar penyusunan SOP serta memperbaiki diagram alir dan identitas revisi dokumen.	Membentuk tim reviu SOP, memperbaiki seluruh SOP yang belum sesuai, menetapkan dokumen revisi, dan melakukan sosialisasi kepada	Agustus 2026

	n tanggal revisi.			seluruh pengelola.	
3	Perencanaan kegiatan pelatihan belum didasarkan pada analisis kebutuhan (Training Need Assessment).	Belum dilaksanakan identifikasi kebutuhan pelatihan secara sistematis dari pengguna internal maupun eksternal.	Melaksanakan Training Need Assessment (TNA) sebagai dasar penyusunan program pelatihan tahunan.	Menyusun instrumen TNA, melaksanakan survei kebutuhan pelatihan kepada stakeholder, dan menggunakan hasilnya sebagai dasar penyusunan RKT tahun berikutnya.	September 2026
4	Dokumen Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) belum dicetak dan dokumentasi notulen rapat belum lengkap.	Pengendalian administrasi dokumen belum berjalan secara konsisten.	Melengkapi, mencetak, mengarsipkan, dan mengendalikan seluruh dokumen mutu sesuai prosedur.	Mencetak dan mengarsipkan RKT, melengkapi dokumentasi notulen rapat, serta melakukan monitoring kelengkapan dokumen secara berkala.	Juli 2026
5	Sarana dan prasarana pelatihan, khususnya untuk BTCLS, belum memenuhi	Keterbatasan anggaran dan belum adanya perencanaan pengadaan sarana secara bertahap.	Menyusun rencana pengadaan sarana dan prasarana sesuai standar akreditasi.	Menyusun daftar kebutuhan sarana, mengusulkan anggaran pada RKA/RBA, dan melaksanakan	Desember 2026

	standar karena beberapa alat masih menggunakan sistem			pengadaan secara bertahap sesuai prioritas.	
6	Pelaksanaan tugas staf belum optimal karena seluruh staf masih memiliki tugas tambahan pada unit lain.	Keterbatasan jumlah SDM dan pembagian beban kerja yang belum proporsional.	Melakukan evaluasi beban kerja dan optimalisasi pembagian tugas sesuai kompetensi.	Melakukan analisis beban kerja, menetapkan pembagian tugas yang lebih proporsional, serta mengusulkan penambahan SDM apabila diperlukan.	September 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	Survei kepuasan pelanggan masih menggunakan instrumen LMS dan belum tersedia laporan hasil survei setiap kegiatan.	Belum tersedia instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK dan belum ada mekanisme pelaporan hasil survei.	Menyusun instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK, melaksanakan survei pada setiap kegiatan, serta menyusun laporan dan tindak lanjut hasil survei.	Instrumen survei kepuasan khusus UPK SDMK telah disusun, digunakan pada seluruh kegiatan pelatihan, serta laporan hasil survei telah terdokumentasi dan dianalisis sebagai bahan evaluasi mutu.	Juli 2026	Proses
2	SOP penyelenggaraan pelatihan belum direvisi, diagram alir belum sesuai, dan belum mencantumkan tanggal revisi.	Pengendalian dokumen belum optimal dan belum dilakukan reviu SOP secara berkala.	Melakukan reviu dan revisi seluruh SOP sesuai standar penyusunan SOP serta memperbaiki diagram alir dan identitas revisi dokumen.	Seluruh SOP telah direviu, diagram alir diperbaiki, tanggal revisi dicantumkan, dan SOP hasil revisi telah disahkan serta disosialisasikan kepada seluruh pengelola.	Agustus 2026	Proses
3	Perencanaan kegiatan pelatihan belum didasarkan pada analisis kebutuhan (Training Need Assessment)	Belum dilaksanakan identifikasi kebutuhan pelatihan secara sistematis dari penaquna internal maupun eksternal.	Melaksanakan Training Need Assessment (TNA) sebagai dasar penyusunan program pelatihan tahunan.	Instrumen TNA telah disusun dan dilaksanakan kepada stakeholder. Hasil TNA mulai digunakan sebagai dasar penyusunan program pelatihan tahun berikutnya.	September 2026	Proses
4	Dokumen Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) belum dicetak dan dokumentasi notulen rapat belum lengkap.	Pengendalian administrasi dokumen belum berjalan secara konsisten.	Melengkapi, mencetak, mengarsipkan, dan mengendalikan seluruh dokumen mutu sesuai prosedur.	Dokumen RKT telah dicetak dan diarsipkan, sedangkan seluruh notulen rapat telah terdokumentasi dan diunggah pada sistem penjaminan mutu.	Juli 2026	Proses

5	Sarana dan prasarana pelatihan, khususnya untuk BTCLS, belum memenuhi standar karena beberapa alat masih menggunakan sistem sewa	Keterbatasan anggaran dan belum adanya perencanaan pengadaan sarana secara bertahap.	Menvusun rencana pengadaan sarana dan prasarana sesuai standar akreditasi.	Daftar kebutuhan sarana telah disusun dan diusulkan dalam RKA/RBA Tahun 2027. Pengadaan masih menunggu persetujuan anggaran institusi.	Desember 2026	Proses
6	Pelaksanaan tugas staf belum optimal karena seluruh staf masih memiliki tugas tambahan pada unit lain.	Keterbatasan jumlah SDM dan pembagian beban kerja yang belum proporsional.	Melakukan evaluasi beban kerja dan optimalisasi pembagian tugas sesuai kompetensi.	Evaluasi beban kerja telah dilakukan dan pembagian tugas telah disesuaikan. Usulan penambahan SDM telah diajukan kepada pimpinan untuk dipertimbangkan pada formasi berikutnya.	September 2026	Proses

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 2026

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)

	kompetensi	kompetensi		kompetensi															
7	Audit Kecukupan Dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan kegiatan	Diketahuinya kelengkapan dan kebenaran isi dokumen pendukung/ pembuktian	Seluruh dokumen pendukung/ pembuktian pelaksanaan kegiatan	Pelaksana kegiatan													Observasi /diskusi	Ruangan UPKSDMK	Tim AMI
C	PENYUSUNAN LAPORAN	Tersedianya laporan AMI tiap semester	-														Pertemuan	Ruang Rapat Pusat Penjaminan Mutu	Tim Ami

Ambon, 2 Januari 2026
Ketua AMI

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

Lampiran 2

REKAPITULASI KECUKUPAN (JUMLAH dan ISI DOKUMEN MUTU)

Waktu Audit : 1 Juli 2026

NO	UNSUR	DOKUMEN MUTU		ISI DOKUMEN MUTU		KET
		Ada	Tidak ada	Sudah sesuai	belum sesuai	
Komponen Administrasi dan Manajemen						
1.	Struktur dan tata kelola Lembaga					
	a. Bukti status kelembagaan	√		√		
	b. Struktur Organisasi dan tata kerja	√		√		
	c. Renstra minimal 3 tahun	√		√		
	d. Rencana kegiatan tahunan	√		√		
2.	Manajemen Mutu					
	a. Panduan mutu	√		√		
	b. KAK survey kepuasan pelanggan	√			√	Masih menggunakan survei dari LMS
	Laporan survey kepuasan pelanggan	√			√	Masih menggunakan hasil Survey dari LMS
	Laporan AMI	√		√		
Komponen Pelayanan Pelatihan						
3.	Kurikulum dan program pembelajaran					
	a. Kalender/ Rencana kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi selama setahun	√		√		
	b. Kurikulum pelatihan	√		√		
	c. KAK pelatihan/peningkatan kompetensi	√		√		
	d. SOP kegiatan pelatihan	√		√		
	e. SOP peningkatan kompetensi	√		√		
4.	Manajemen Sumber Daya manusia					
	a. Kualifikasi/kriteria SDM yang sudah ditetapkan pimpinan	√		√		
Komponen Pelayanan Penunjang Pelatihan						
5.	Sarana prasarana					
	a. Standar sarana dan prasarana yang telah ditetapkan pimpinan (Ruang pimpinan, Ruang kerja staf dan Ruang pembelajaran)	√		√		
	b. Bukti kepemilikan sarpras (Daftar kuantitas kualitas)	√		√		

KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT JUMLAH :

No	Temuan	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	Tanggal penyelesaian
1.	RKT 2026 belum di cetak	Sedaiakan RKT yang di cetak	Cetak RKT	UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	3 Juli 2026
2.	Survei Kepuasan pelanggan masing menggunakan dari LMS	Buat survei kepuasan pelanggan selain yang ada di LMS	Buat survei kepuasan pelanggan	UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	10 Juli 2026
		Lampirkan Laporan hasil survei Kepuasan per kegiatan	Laporan hasil survei kepuasan	UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	17 Juli 2026

Ambon, 1 Juli 2026

Auditor,

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

KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT JUMLAH DAN ISI DOKUMEN:

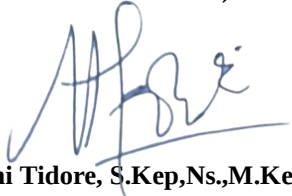
No	Temuan***	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	Tanggal penyelesaian
1	Penempatan Staf pada UPKSDMK sudah sesuai dengan fungsinya tetapi tidak maksimal pelaksanaannya karena semua staf dengan tugas tambahan	Reposisi staf UPKSDMK	Usulan Reposisi staf UPKSDMK	- UPKSDMK - Kepegawaian Poltekkes	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	Agustus 2026
2	Survey kepuasan dibedakan dengan evaluasi penyelenggara, survei kepuasan yang sudah di gunakan pada tahun 2025, tidak diaktifkan kembali untuk semua kegiatan tahun 2026.	Survei kepuasan pengguna diaktifkan kembali untuk semua kegiatan tahun 2026	Akan diaktifkan kembali Survei kepuasan pengguna untuk semua kegiatan tahun 2026	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	10 Juli 2026
3	SOP yang dibuat pada diagram alir lambang penetapan keputusan (koordinasi) belum sesuai dan SOP belum di Revisi dan belum mencantumkan tanggal revisi SOP	Memperbaiki diagram alir di setiap SOP dan melakukan Revisi dan mencantumkan tanggal revisi SOP	Akan dilakukan perbaikan diagram alir di setiap SOP dan melakukan Revisi dan mencantumkan tanggal revisi SOP	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	10 Juli 2026
4	Notulen Rapat setiap persiapan kegiatan pelatihan belum di laporkan ke penjaminan mutu melalui link	Setiap rapat yang dilakukan dalam rangka persiapan dan evaluasi kegiatan pelatihan terdokumentasi dalam bentuk notulen pada link https://forms.gle/EZpwbkW9ZmkemVHE7	Akan dilakukan pendokumentasian notulen rapat pada link https://forms.gle/EZpwbkW9ZmkemVHE7	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	2026
5	Jadwal rencana kegiatan selama 1 tahun telah tersusun, namun pelaksanaan pada beberapa kegiatan belum terealisasi diakibatkan karna penyusunan perencanaan dilakukan tanpa adanya riset pasar baik dari internal maupun eksternal	Perencanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan sebaiknya melalui riset pasar baik dari internal maupun eksternal dan dibuktikan dengan adanya laporan pelaksanaan dan di realisasikan dalam kegiatan pelatihan dan pengembangan	Akan dilakukan Perencanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan melalui riset pasar baik dari internal maupun eksternal dan laporan pelaksanaan kegiatan untuk tahun 2026 dan tahun selanjutnya	Sekretariat UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	2026

6	Sarana Prasarana pelatihan terutama untuk kegiatan BTCLS ada beberapa alat yang belum tersedia terutama untuk boneka RPJ yang di sewa ketika ada kegiatan	Melakukan usulan untuk realisasi sarana dan prasarana pelatihan	Membuat usulan anggaran untuk realisasi sarana prasaana	UPKSDMK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	Minggu pertama Agustus 2026
---	---	---	---	---------	---------------------------------	-----------------------------

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

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

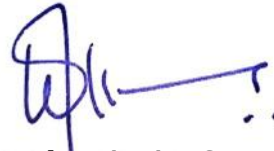
Auditee,



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

Ambon, 3 Juli 2026

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 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 (Quality Assurance Manual). 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/ PNBK/swadana/dana lainnya sesuai dengan rencana kegiatan pelatihan 5 tahunan institusi/lembaga.	☒	1. Dokumen pembiayaan/ anggaran dalam penyelenggaraan pelatihan baik bersumber APBN/APBD/ instansi/PNBK/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

RINGKASAN LAPORAN KETIDAK SESUAIAN

KETIDAKSESUAIAN (PLOR= Problem, Location, Objective evidence, Reference)	PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (CAR=Corrective Action Request)	TINDAKAN KOREKSI	STATUS PERBAIKAN
Penempatan Staf pada UPKSDMK sudah sesuai dengan fungsinya tetapi tidak maksimal pelaksanaannya karena semua staf dengan tugas tambahan	Reposisi staf UPKSDMK	Usulan Reposisi staf UPKSDMK	Proses
Survey kepuasan dibedakan dengan evaluasi penyelenggara, survei kepuasan yang sudah di gunakan pada tahun 2025, tidak diaktifkan kembali untuk semua kegiatan tahun 2026.	Survei kepuasan pengguna diaktifkan kembali untuk semua kegiatan tahun 2026	Akan diaktifkan kembali Survei kepuasan pengguna untuk semua kegiatan tahun 2026	Proses
SOP yang dibuat pada diagram alir lambang penetapan keputusan (koordinasi) belum sesuai dan SOP belum di Revisi dan belum mencantumkan tanggal revisi SOP	Memperbaiki diagram alir di setiap SOP dan melakukan Revisi dan mencantumkan tanggal revisi SOP	Akan dilakukan perbaikan diagram alir di setiap SOP dan melakukan Revisi dan mencantumkan tanggal revisi SOP SOP	Proses
Notulen Rapat setiap persiapan kegiatan pelatihan belum di laporkan ke penjaminan mutu melalui link	Setiap rapat yang dilakukan dalam rangka persiapan dan evaluasi kegiatan pelatihan terdokumentasi dalam bentuk notulen pada link https://forms.gle/EZpwbkW9Zmke mVHE7	Akan dilakukan pendokumentasian notulen rapat pada link https://forms.gle/EZpwbkW9ZmkemVHE7	Proses
Jadwal rencana kegiatan selama 1 tahun telah tersusun, namun pelaksanaan pada beberapa kegiatan belum terealisasi diakibatkan karna penyusunan perencanaan dilakukan tanpa adanya riset pasar baik dari internal maupun eksternal	Perencanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan sebaiknya melalui riset pasar baik dari internal maupun eksternal dan dibuktikan dengan adanya laporan pelaksanaan dan di realisasikan dalam kegiatan pelatihan dan pengembangan	Akan dilakukan Perencanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan melalui riset pasar baik dari internal maupun eksternal dan laporan pelaksanaan kegiatan untuk tahun tahun 2026 dan tahun selanjutnya	Proses
Sarana Prasarana pelatihan terutama untuk kegiatan BTCLS ada beberapa alat yang belum tersedia terutama untuk boneka RPJ yang di sewa ketika ada kegiatan	Melakukan usulan untuk realisasi sarana dan prasarana pelatihan	Membuat usulan anggaran untuk realisasi sarana prasaana	Proses
Ambon, 3 Juli 2026 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 : 3 Juli 2026

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.

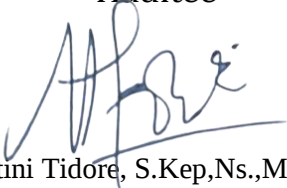
Catatan:

- 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

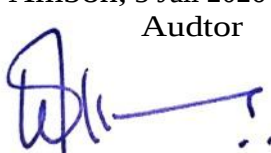
No	Temuan	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	tanggal penyelesaian
1	UPK SDMK Maluku seharusnya memiliki laboratorium kelas dan ruang diskusi yang mendukung pelatihan.	Laboratorium kelas harus sesuai standar kompetensi pelatihan	Laboratorium Kelas akan disesuaikan dengan standar	UPKSD MK	Martini Tidore, S.Kep,Ns.,M.Kes	Juli 2026

Auditee


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

Ambon, 3 Juli 2026

Auditor


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

CHECKLIST AUDIT PENERAPAN SOP

Komponen : Pelayanan Pelatihan
 Unsur : Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi
 Prosedur : SOP Penyelenggaraan kegiatan peningkatan kompetensi mandiri
 Nama Kegiatan : Pelatihan media presentasi
 Tanggal kegiatan : 3-6 Maret 2026
 Waktu Audit : 3 Juli 2026

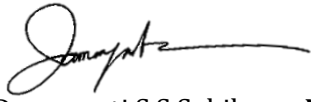
No	Uraian langkah-langkah Prosedur	Pelaksana	Dilaksanakan		Keterangan *)
			Ya	Tidak	
1	Merencanakan dan mengorganisasikan kegiatan peningkatan kompetensi Instruksi Kerja : a. Melaksanakan rapat persiapan pelaksanaan kegiatan untuk membahas kerangka acuan, jadwal kegiatan, merencanakan narasumber, dll. b. Siapkan bahan dan peralatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan.	Direktur Panitia	√ √		Tgl 23/2/2026
2	Mengajukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi yang dilaksanakan Instruksi Kerja : a. Mengajukan permintaan SKP ke Ditmutu Nakes sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah KAK, jadwal, dan berkas narasumber b. Memonitor permintaan SKP c. Setelah SKP keluar, lakukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah dokumen KAK dan jadwal ke Pelataran Sehat d. Mengunduh surat keterangan ter-registrasi	Admin IT Admin IT Admin IT Admin IT	√ √ √ √		Tgl 26/2/2026
3	Melakukan pendaftaran a. Membuat link pendaftaran LMS b. Melakukan promosi sesuai link LMS c. Pendataan peserta dan verifikasi data peserta	Admin IT Panitia Admin IT	√ √ √		
4	Menciptakan lingkungan kegiatan yang nyaman Instruksi Kerja : a. Memeriksa perlengkapan dan peralatan pendukung kegiatan b. Menjaga kestabilan jaringan internet. c. Menjaga ketenangan lingkungan belajar	Panitia dan admin IT Admin IT Panitia	√ √ √		
5	Menyelenggarakan Kegiatan Instruksi Kerja : a. Pembukaan b. Memberikan penjelasan singkat mengenai tata cara kegiatan yang akan diikuti peserta dan tata tertib selama kegiatan c. Menyampaikan materi d. Melakukan monitoring selama kegiatan berlangsung e. Mendokumentasi seluruh rangkaian pelaksanaan kegiatan f. Penutupan	Direktur Panitia Nara sumber Panitia dan admin IT Panitia dan admin IT Direktur	√ √ √ √ √		Perpindahan jadwal untuk narasumber

6	Mengevaluasi Pelaksanaan kegiatan Instruksi Kerja : a. Memberikan post test b. Mendokumentasikan data dan daftar hadir peserta. c. Mendapatkan umpan balik dari peserta d. Melakukan evaluasi Pelaksanaan kegiatan	Panitia Panitia Panitia ketua Panitia	√ √ √ √		
7	Menyusun laporan kegiatan	Panitia	√		

Ambon, 3 Juli 2026

Auditee,

 (Siska Febriana Fauziah)

Auditor,

 (Damayanti S S Sohilauw, M.KL)

CHECKLIST AUDIT PENERAPAN SOP

Komponen : Pelayanan Pelatihan
 Unsur : Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi
 Prosedur : SOP Penyelenggaraan kegiatan peningkatan kompetensi mandiri
 Nama Kegiatan : Webinar E-STR
 Tanggal kegiatan : 20 Mei 2026
 Waktu Audit : 3 Juli 2026

No	Uraian langkah-langkah Prosedur	Pelaksana	Dilaksanakan		Keterangan *)
			Ya	Tidak	
1	Merencanakan dan mengorganisasikan kegiatan peningkatan kompetensi Instruksi Kerja : c. Melaksanakan rapat persiapan pelaksanaan kegiatan untuk membahas kerangka acuan, jadwal kegiatan, merencanakan narasumber, dll. d. Siapkan bahan dan peralatan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan.	Direktur Panitia	√ √		
2	Mengajukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi yang dilaksanakan Instruksi Kerja : e. Mengajukan permintaan SKP ke Ditmutu Nakes sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah KAK, jadwal, dan berkas narasumber f. Memonitor permintaan SKP g. Setelah SKP keluar, lakukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah dokumen KAK dan jadwal ke Pelataran Sehat h. Mengunduh surat keterangan ter-registrasi	Admin IT Admin IT Admin IT Admin IT	√ √ √ √		
3	Melakukan pendaftaran d. Membuat link pendaftaran LMS e. Melakukan promosi sesuai link LMS f. Pendataan peserta dan verifikasi data peserta	Admin IT Panitia Admin IT	√ √ √		
4	Menciptakan lingkungan kegiatan yang nyaman Instruksi Kerja : d. Memeriksa perlengkapan dan peralatan pendukung kegiatan e. Menjaga kestabilan jaringan internet. f. Menjaga ketenangan lingkungan belajar	Panitia dan admin IT Admin IT Panitia	√ √ √		
5	Menyelenggarakan Kegiatan Instruksi Kerja : g. Pembukaan h. Memberikan penjelasan singkat mengenai tata cara kegiatan yang akan diikuti peserta dan tata tertib selama kegiatan i. Menyampaikan materi j. Melakukan monitoring selama kegiatan berlangsung k. Mendokumentasi seluruh rangkaian pelaksanaan kegiatan l. Penutupan	Direktur Panitia Nara sumber Panitia dan admin IT Panitia dan admin IT Direktur	√ √ √ √ √		Pergantian narasumber pada saat hari pelaksanaan

6	Mengevaluasi Pelaksanaan kegiatan Instruksi Kerja : e. Memberikan post test f. Mendokumentasikan data dan daftar hadir peserta. g. Mendapatkan umpan balik dari peserta h. Melakukan evaluasi Pelaksanaan kegiatan	Panitia Panitia Panitia ketua Panitia	√ √ √ √		
7	Menyusun laporan kegiatan	Panitia	√		

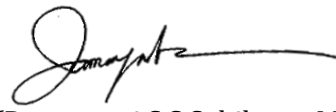
Ambon, 3 Juli 2026

Auditee,



(Siska Febriana Fauziah)

Auditor,



(Damayanti S S Sohilauw, M.KL)

CHECKLIST AUDIT PENERAPAN SOP

Komponen : Pelayanan Pelatihan
 Unsur : Penyelenggaraan Kegiatan Peningkatan Kompetensi
 Prosedur : SOP Penyelenggaraan kegiatan peningkatan kompetensi
 Dengan kerjasama
 Nama Kegiatan : Pelatihan BTCLS kerjasama dengan RSUP. Dr. J Leimena
 Tanggal kegiatan : 6-9 April 2026
 Waktu Audit : 3 Juli 2026

No	Uraian langkah-langkah Prosedur	Pelaksana	Dilaksanakan		Keterangan *)
			Ya	Tidak	
1	Menjalin kerjasama pelaksanaan kegiatan Instruksi Kerja : a. Menindaklanjuti permohonan kerjasama yang masuk terkait kegiatan peningkatan kompetensi b. Menyiapkan dokumen kerjasama c. Menandatangani dokumen kerjasama	Kepala UPKSDMK Staf UPKSDMK Direktur UPKSDMK dan pimpinan pihak yang bekerjasama	√ √		
2	Merencanakan dan mengorganisasikan kegiatan peningkatan kompetensi Instruksi Kerja : a. Melaksanakan koordinasi persiapan pelaksanaan kegiatan b. Meminta Lembaga yang bekerjasama untuk mengunggah dokumen KAK, jadwal, CV narasumber dan fliyer (apabila sudah tersedia) ke link google form UPKSDMK c. Meminta bahan materi dan soal post test	Panitia dari kedua belah pihak Panitia UPKSDMK Panitia UPKSDMK	√ √ √		
3	Mengajukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi yang dilaksanakan Instruksi Kerja : a. Mengajukan permintaan SKP ke Ditmutu Nakes (SIKPEL) sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah KAK, b. Memonitor permintaan SKP c. Setelah SKP keluar, lakukan registrasi kegiatan peningkatan kompetensi sebelum kegiatan dilaksanakan dengan mengunggah dokumen narasumber dan jadwal ke SIKPEL d. Mengunduh surat keterangan ter-registrasi	Admin IT UPKSDMK Admin IT UPKSDMK Admin IT UPKSDMK Admin IT UPKSDMK	√ √ √ √		
4	Melakukan pendaftaran a. Membuat link pendaftaran LMS Plataran Sehat b. Memberikan link kepada institusi yang bekerja sama c. Melakukan promosi sesuai link LMS Plataran Sehat d. Menerima data peserta yang mendaftar dari institusi yang bekerjasama e. Melakukan verifikasi peserta	Admin IT UPKSDMK Panitia UPKSDMK Panitia pihak yang bekerjasama Panitia UPKSDMK Panitia UPKSDMK	√ √ √ √		

5	Menciptakan lingkungan kegiatan yang nyaman Instruksi Kerja : a. Memeriksa perlengkapan dan peralatan pendukung kegiatan b. Menjaga kestabilan jaringan internet. c. Menjaga ketenangan lingkungan kegiatan	Panitia pihak yang bekerjasama Panitia pihak yang bekerjasama Panitia pihak yang bekerjasama	√ √ √		
6	Menyelenggarakan Kegiatan Instruksi Kerja : a. Pembukaan b. Memberikan penjelasan singkat mengenai tata cara kegiatan yang akan diikuti peserta dan tata tertib selama kegiatan c. Menyampaikan materi d. Melakukan monitoring selama kegiatan berlangsung e. Mendokumentasikan seluruh rangkaian pelaksanaan kegiatan Penutupan	Pimpinan dari pihak kerjasama atau Kepala UPKSDMK (sesuai kesepakatan) Panitia dari pihak kerjasama Nara sumber Panitia dari kedua belah pihak Panitia dari pihak yang bekerjasama Pimpinan dari pihak kerjasama atau Kepala UPKSDMK (sesuai kesepakatan)	√ √ √ √ √		
7	Mengevaluasi Pelaksanaan kegiatan Instruksi Kerja : a. Memberikan post test b. Dokumentasikan data dan daftar hadir peserta. c. Dapatkan umpan balik dari peserta	Panitia dari kedua belah pihak Panitia dari pihak yang bekerjasama Panitia dari pihak yang bekerjasama	√ √ √		
8	Menyusun laporan pelaksanaan kegiatan dan laporan diserahkan kepada UPKSDMK	Panitia dari pihak kerjasama	√		
9	Menyelesaikan administrasi sesuai kesepakatan	Panitia dari pihak kerjasama	√		

Ambon, 3 Juli 2026

Audetee,

(kasliyamin Kasim)

Auditor,

(Fasiha)

CHECK LIST AUDIT PENERAPAN SOP

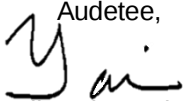
Komponen : Pelayanan Pelatihan
 Prosedur : SOP Pelayanan Penyelenggaraan Pelatihan
 Nama Pelatihan : Pelatihan BTCLS
 Tanggal pelaksanaan : 6-9 April 2026
 Waktu audit : 3 Juli 2026

No	Uraian langkah-langkah Prosedur	Pelaksana	Dilaksanakan		Keterangan *)
			Ya	Tidak	
1	Mengajukan registrasi pelatihan yang dilaksanakan Instruksi Kerja : a. Menyiapkan dokumen registrasi pelatihan b. Lakukan registrasi pelatihan melalui SIAKSI pada tahun berjalan. c. Daftarkan kegiatan pelatihan yang telah teregistrasi ke Plataran Sehat	Panitia pelatihan Admin UPKSDMK Admin UPKSDMK	√ √		
2	Merencanakan dan mengorganisasikan pelatihan Instruksi Kerja : a. Laksanakan rapat persiapan pelatihan b. Susun kerangka acuan yang menjelaskan ruang lingkup pelatihan meliputi tanggal pelaksanaan, peserta, struktur program dan pembiayaan c. Siapkan bahan dan peralatan yang diperlukan dalam pelatihan sesuai dengan kebutuhan. d. Informasikan ke panitia pelatihan untuk mengumumkan kepada calon peserta agar dapat mendaftarkan diri di Plataran Sehat	Kepala UPKSDMK Staf UPKSDMK Panitia pelatihan Admin PKSDMK	√ √ √ √		
3	Menciptakan lingkungan belajar yang aman. Instruksi Kerja : a. Periksa perlengkapan dan peralatan pendukung keselamatan kerja b. Segera laporkan bahaya yang ada pada tempat pelatihan sesuai prosedur di tempat kerja. c. Berikan <i>safety briefing</i> kepada peserta sebelum pelatihan berlangsung.	Panitia pelatihan Panitia pelatihan Panitia pelatihan	√ √ √		
4	Menyelenggarakan Pelatihan Instruksi Kerja : a. Pembukaan pelatihan b. Berikan penjelasan singkat mengenai proses pembelajaran yang akan diikuti peserta c. Berikan pembelajaran secara terstruktur sesuai struktur program agar tujuan pelatihan tercapai. d. Terapkan metode pelatihan sesuai dengan rencana pembelajaran. e. Nilai kemajuan belajar peserta sesuai dengan rencana pembelajaran. f. Lakukan evaluasi peserta, pelatih dan penyelenggaraan g. Penutupan Pelatihan	Kepala UPKSDMK Ketua panitia Pelatih/ Instruktur Pelatih/ Instruktur Pelatih/ Instruktur Pengendali pelatihan Kepala UPKSDMK	√ √ √ √ √		Pembukaan oleh direktur Dilakukan oleh admin Penutupan dilakukan oleh direktur
5	Mengevaluasi Pelaksanaan Pelatihan Instruksi Kerja : a. Dokumentasikan data dan absensi peserta sesuai prosedur. b. Dapatkan umpan balik peserta sesuai dengan prosedur di tempat kerja.	Panitia pelatihan Panitia pelatihan	√ √		Umpan balik dalam bentuk evaluasi di LMS

	c. Nilai kinerja diri dalam pelaksanaan pelatihan secara objektif sesuai dengan prosedur.	Panitia pelatihan	√		
	d. Identifikasi peluang perbaikan sesuai dengan hasil peninjauan ulang.	Panitia pelatihan	√		
6	Susun laporan pelatihan sesuai dengan sistematika laporan pelatihan	Panitia pelatihan	√		

Kesepakatan tindak lanjut antara Tim AMI dengan auditee:

Masalah (yang tidak dilaksanakan)	Rekomendasi oleh auditor	Rencana Tindak lanjut	Unit yang terlibat	Penanggung jawab	Waktu penyelesaian
Diagram alir Pada SOP pelayanan penyelenggaraan pelatihan masih keliru	Sebaiknya di ubah dan direvisi update terbaru	Revisi SOP penyelenggara pelatihan mode online	Admin LMS sistem info	Kepala UPKSDMK	10 Juli 2026

Auditee,

 (kasliyamin Kasim)

Ambon, 3 Juli 2026

Auditor,

 (Fasiha)

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

Timestamp	Nama	Kehadiran	Jabatan
3/7/2026 11:21	Wahyuni Aziza	Hadir	Auditor
3/7/2026 11:22	Damayanti Sima Sima Sohilauw	Hadir	Auditor
3/7/2026 11:22	Fasiha	Hadir	Auditor
3/7/2026 11:22	Martini Tidore	Hadir	Ka.Unit UPKSDMK
3/7/2026 11:22	Siska F. Fauziah	Hadir	Staf UPKSDMK
3/7/2026 11:22	Kasli Yamin Kasim	Hadir	Staf UPKSDMK
3/7/2026 11:23	Sakinah Alhamid	Hadir	Staf UPKSDMK
3/7/2026 11:23	Muzzarah F. Izzati	Hadir	Staf PMPP

DOKUMENTASI KEGIATAN AMI UPK SDMK

Rapat Persiapan AMI UPKSDMK



Pelaksanaan AMI UPKSDMK



