

2024

# LAPORAN

# AUDIT MUTU INTERNAL

PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN DAN  
PENDIDIKAN PROFESI DOKTER

No. 011/DOK/F1/UNAJA/XII/2024



UNIVERSITAS ADIWANGSA JAMBI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Audit Mutu Internal (AMI) Program Studi S1 Kedokteran dan Program Profesi Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Adiwangsa Jambi tahun 2024 dapat diselesaikan dengan baik. Penyusunan laporan ini merupakan bagian dari komitmen institusi dalam mewujudkan budaya mutu yang berkelanjutan serta memastikan bahwa seluruh proses akademik, tata kelola, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan layanan mahasiswa telah berjalan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Audit Mutu Internal dilaksanakan sebagai bentuk evaluasi sistematis terhadap pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi dan Standar Mutu Internal UNAJA. Melalui kegiatan ini, diharapkan Program Studi S1 Kedokteran dan Program Profesi Dokter memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kekuatan, kelemahan, peluang perbaikan, serta tindak lanjut yang diperlukan dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan (*continuous quality improvement*).

Kami menyampaikan apresiasi yang sebesar-besarnya kepada tim auditor internal, pimpinan fakultas, pimpinan program studi, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, serta seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses audit hingga penyusunan laporan ini. Semoga hasil audit ini dapat menjadi rujukan penting dalam penyempurnaan sistem penjaminan mutu, peningkatan manajemen akademik, serta penguatan kualitas lulusan sesuai dengan visi UNAJA sebagai *Applied Scienced and Socio-Technopreneurship University* yang unggul, berdaya saing internasional, dan terpercaya.

Akhir kata, kami berharap laporan AMI ini dapat memberikan manfaat dan menjadi dasar dalam penyusunan rencana perbaikan serta peningkatan mutu program studi secara berkelanjutan.

**Jambi, Agustus 2024**  
Ketua Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| KATA PENGANTAR .....                                         | 2  |
| DAFTAR ISI.....                                              | 3  |
| EXECUTIVE SUMMARY .....                                      | 4  |
| BAB I PENDAHULUAN.....                                       | 6  |
| 1.1 Latar Belakang Pelaksanaan AMI.....                      | 6  |
| 1.2. Tujuan Audit Mutu Internal .....                        | 6  |
| 1.3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal.....                    | 6  |
| BAB II MEKANISME, AREA, DAN WAKTU PELAKSANAAN AMI.....       | 7  |
| 2.1. Kebijakan Audit Mutu Internal .....                     | 7  |
| 2.2. Mekanisme Pelaksanaan AMI.....                          | 7  |
| 2.3. Area & Objek Audit.....                                 | 7  |
| 2.4. Waktu Pelaksanaan .....                                 | 7  |
| BAB III HASIL AUDIT MUTU INTERNAL.....                       | 8  |
| 3.1. Hasil Audit Lapangan .....                              | 8  |
| 3.2 Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) .....                  | 12 |
| 3.3 Permintaan Tindakan Peningkatan (PTP) .....              | 13 |
| BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....                      | 14 |
| 4.1. Kesimpulan.....                                         | 14 |
| 4.2. Rekomendasi.....                                        | 14 |
| Lampiran 1. Matriks Audit Mutu Internal Tahun 2024 .....     | 15 |
| Lampiran 2. Matriks Temuan pada Kegiatan AMI tahun 2024..... | 22 |
| Lampiran 3. MATRIKS RISIKO (High – Medium – Low).....        | 28 |

## EXECUTIVE SUMMARY

Audit Mutu Internal (AMI) tahun 2024 dilaksanakan untuk menilai kesesuaian implementasi standar pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, tata pamong, sarana prasarana, serta standar khusus FKIK terhadap Standar SPMI UNAJA dan SN-Dikti. Audit dilakukan melalui pemeriksaan dokumen, wawancara, observasi lapangan, serta analisis bukti objektif di seluruh unit yang diaudit :

### 1. Gambaran Umum Hasil Audit

Secara keseluruhan, tingkat ketercapaian standar mencapai >85%, ditandai dengan:

- Konsistensi pelaksanaan kurikulum dan pembelajaran.
- Kinerja penelitian dan publikasi yang meningkat.
- Mutu pelaksanaan PkM yang baik dan sesuai SOP.
- Kompetensi SDM klinis dan akademik yang memadai.
- Pelaksanaan monev yang rutin.

Namun, terdapat beberapa area risiko tinggi yang memerlukan perhatian segera untuk menjaga kesesuaian dengan standar mutu dan relevansi akademik.

### 2. Temuan Utama (Key Findings)

#### A. Area Kekuatan (Strengths)

1. Pelaksanaan pembelajaran efektif dan konsisten, ditunjukkan oleh:
  - Ketersediaan RPS lengkap.
  - Kehadiran dosen  $\geq 80\%$ .
  - Penggunaan metode pembelajaran aktif (SCL) dan LMS.
2. SDM klinis sangat kompeten, dengan:
  - 100% STR & SIP aktif.
  - Kepatuhan tinggi terhadap standar profesi.
3. Penelitian dan PkM meningkat signifikan, dibuktikan:
  - Tren publikasi meningkat.
  - Diseminasi dan LPJ tepat waktu.
  - PkM selaras dengan roadmap dan kebutuhan masyarakat.
4. PMB efektif dan berdampak, karena:
  - Jangkauan promosi >90% (terlampai).
  - Pendaftar luar provinsi meningkat.

#### B. Area Perbaikan (*Areas for Improvement*)

1. Kurikulum perlu dikuatkan lagi sebagai upaya penguatan kompetensi pendidikan dokter terkait penyakit degeneratif dan integrasinya dalam menunjang visi Universitas (*Socio-technopreneurship*)
2. Mutu soal CBT masih belum memenuhi standar, dengan daya pembeda rendah dan proporsi soal bermasalah 15–23%.
3. OSCE belum konsisten, rubrik belum objektif dan variasi nilai antar penilai tinggi.
4. Integrasi sistem digital lintas unit belum optimal, mengakibatkan duplikasi data pelaporan Tridarma.
5. Integrasi hasil penelitian ke kurikulum belum sistematis, masih bersifat insidental.

6. Dokumentasi sarpras dan dokumen kurikulum belum seragam antar program studi.

### **3. Evaluasi Implementasi PPEPP**

Siklus PPEPP telah berjalan, ditandai dengan:

- Pelaksanaan monev yang rutin.
- Tindak lanjut perbaikan terdokumentasi di sebagian besar unit.

Namun, tindak lanjut hasil monev belum seragam dan perlu mekanisme monitoring terpadu.

### **4. Kesimpulan Umum**

Secara keseluruhan, implementasi SPMI UNAJA berjalan baik, dengan mayoritas standar tercapai. Beberapa area penting (CBT, OSCE, sistem integrasi digital) memerlukan perbaikan strategis dan cepat untuk memastikan mutu akademik yang berkelanjutan.

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang Pelaksanaan AMI**

Universitas Adiwangsa Jambi (UNAJA) melalui Lembaga Pengembangan Pendidikan dan Penjaminan Mutu melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) yang mengacu pada PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan). Pelaksanaan AMI Tahun 2024 pada Program Studi Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokter merupakan tindak lanjut evaluasi mutu berkelanjutan terkait Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar Mutu UNAJA.

Sebagai program profesi yang mengelola pendidikan kedokteran berorientasi kompetensi, AMI dilakukan untuk memastikan proses akademik, layanan pendidikan klinik, sistem penilaian, sumber daya manusia, tata pamong, serta implementasi tridarma terlaksana sesuai standar dan menghasilkan peningkatan mutu yang terukur.

Pada tahun 2024, fokus audit diarahkan pada:

- a) Kepatuhan terhadap standar nasional pendidikan kedokteran.
- b) Implementasi kurikulum berbasis kompetensi & PBL.
- c) Mutu proses pembelajaran, asesmen, dan pendidikan klinik.
- d) Manajemen promosi & PMB.
- e) Efektivitas pengelolaan SDM, sarana-prasarana, dan tata pamong.

Program studi menunjukkan perkembangan positif, ditandai dengan peningkatan skor kepatuhan terhadap standar mutu mencapai 88%, partisipasi dosen dalam pelatihan pedagogik PBL dan e-learning, serta perbaikan implementasi asesmen berbasis CBT, OSCE, dan penilaian kinerja klinis.

## **1.2. Tujuan Audit Mutu Internal**

1. Memastikan bahwa pengelolaan pendidikan pada PS Sarjana Kedokteran & Profesi Dokter memenuhi Standar Nasional Pendidikan dan standar internal UNAJA.
2. Menilai efektivitas implementasi SPMI melalui PPEPP di tingkat program studi.
3. Mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan ruang perbaikan standar tridarma dan tata pamong.
4. Memberikan rekomendasi strategis untuk peningkatan mutu akademik, layanan, dan manajemen program studi.

## **1.3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal**

Audit dilaksanakan berdasarkan Surat Tugas LP3M UNAJA dengan tahapan:

1. Pengisian DPA (Daftar Pengecekan Audit) oleh Prodi.
2. Audit dokumen oleh auditor.
3. Audit lapangan mencakup wawancara dosen, mahasiswa, & tendik; observasi sarana; verifikasi dokumen; dan triangulasi data kinerja.
4. Penyusunan temuan, kategori ketidaksesuaian, dan PTK/PTP.
5. Penyampaian hasil AMI dalam RTM FKIK.

## BAB II MEKANISME, AREA, DAN WAKTU PELAKSANAAN AMI

### 2.1. Kebijakan Audit Mutu Internal

Pelaksanaan AMI mengacu pada:

- Permendikbud No. 53 Tahun 2023 (SNPT)
- Permendikbud No. 5 Tahun 2020 (Akreditasi)
- Sistem Penjaminan Mutu Internal UNAJA
- Standar Mutu UNAJA

Audit dilakukan dengan asas *quality first, stakeholders-in, speak with data*, dan *continuous quality improvement*.

### 2.2. Mekanisme Pelaksanaan AMI

Mengikuti prosedur standar UNAJA:

1. Penugasan Auditor Internal.
2. Pengisian LKPS/DPA dan unggahan dokumen pendukung.
3. Pemeriksaan dokumen & wawancara.
4. Audit lapangan ke ruang belajar, laboratorium, perangkat akademik digital, RS/Jejaring Klinik.
5. Rapat validasi temuan & penyusunan laporan AMI.
6. Pemaparan dalam RTM.

### 2.3. Area & Objek Audit

Area Audit 2024 (disesuaikan dengan Standar Mutu UNAJA dan SNPT):

- A. Standar Pendidikan: kurikulum, pembelajaran, penilaian, monitoring evaluasi
- B. Standar Dosen & Tenaga Kependidikan
- C. Standar Sarana-Prasarana
- D. Standar Penelitian
- E. Standar Pengabdian kepada Masyarakat
- F. Standar Tata Pamong, Tata Kelola & Kerja Sama
- G. Standar Promosi & PMB (khusus FKIK)
- H. Standar Pendidikan Klinik & Asesmen Kompetensi

#### Objek Audit/Auditee:

Prodi Sarjana Kedokteran dan Program Profesi Dokter FKIK UNAJA.

### 2.4. Waktu Pelaksanaan

Audit dilakukan pada bulan Agustus 2024 melalui kombinasi audit dokumen dan kunjungan lapangan.

## BAB III HASIL AUDIT MUTU INTERNAL

### 3.1. Hasil Audit Lapangan

#### 3.1.1 Identitas Auditee

|                               |                                |                     |                                                                                     |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fakultas</b>               | Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  |                     |                                                                                     |
| <b>Program Studi</b>          | S1 Kedokteran & Profesi Dokter |                     |                                                                                     |
| <b>Alamat</b>                 | Universitas Adiwangsa Jambi    |                     |                                                                                     |
| <b>Tanggal Audit</b>          | Senin, 05 Agustus 2024         |                     |                                                                                     |
| <b>Kaprodi S1 Kedokteran</b>  | dr. Meki Karolina, M.Biomed    | <b>Tanda Tangan</b> |  |
| <b>Telp. :</b>                | 0812-8926-0210                 |                     |                                                                                     |
| <b>Kaprodi Profesi Dokter</b> | dr. Dhanny Jovindho, MM (RS)   | <b>Tanda Tangan</b> |  |
| <b>Telp. :</b>                | 0813-1751-8335                 |                     |                                                                                     |
| <b>Ketua Auditor</b>          | apt Rahmadevi, S.Si, M.Farm    | <b>Tanda Tangan</b> |  |
| <b>Telp :</b>                 | 081363291898                   |                     |                                                                                     |

#### 3.1.2 Pencapaian Umum

1. Skor kepatuhan standar mutu meningkat menjadi 88%
2. Terdapat perbaikan pada aspek pembelajaran, asesmen setiap semester
3. Kinerja unit sudah terdokumentasi namun integrasi pelaporan digital lintas unit masih belum optimal.

#### 3.1.3 Temuan Utama per Standar

Berikut rangkuman temuan sesuai area audit:

##### A. Standar Pendidikan – Kurikulum

###### Temuan Utama

1. Integrasi hasil penelitian & PKM ke kurikulum belum sistematis – terdapat bukti integrasi, tetapi belum dilakukan secara terstruktur & berkelanjutan.
2. Keterlibatan stakeholder sudah ada, namun belum terdokumentasi rapi – notulen & daftar hadir variatif kualitasnya.

###### Implikasi Mutu

1. Konsistensi implementasi kurikulum antar prodi belum merata.
2. Dokumentasi proses pengembangan kurikulum perlu ditertibkan.

##### B. Standar Pendidikan – Pembelajaran

###### Temuan Utama

1. Penggunaan metode aktif (SCL) sudah baik, tetapi tidak semua dosen konsisten menerapkan dalam setiap pertemuan.
2. Penggunaan LMS stabil, namun dokumentasi bukti aktivitas masih bervariasi.

3. PBL terlaksana baik dan dosen telah mengikuti pelatihan PBL & e-learning (peningkatan partisipasi  $\geq 80\%$ ), namun evaluasi kualitas PBL belum baku antar blok.
4. Kehadiran dosen  $\geq 80\%$  tercapai, namun tidak semua prodi memiliki mekanisme monitoring real-time.
5. Misi Program Studi telah diinternalisasi dan konsisten tercermin pada strategi pembelajaran, kegiatan akademik, dan jejaring klinik.
6. Evaluasi pembelajaran rutin dilakukan dan digunakan untuk perbaikan kurikulum

#### **Implikasi Mutu**

1. Kualitas pembelajaran sudah baik, tetapi kontrol mutu proses pembelajaran masih lemah.
2. Dibutuhkan standarisasi dokumen pembelajaran digital.
3. Belum semua bukti evaluasi tridarma terintegrasi dalam SIM akademik UNAJA.
4. Rubrik penilaian beberapa blok belum lengkap & indikator belum eksplisit.

### **C. Standar Pendidikan – Penilaian**

#### **Temuan Utama**

1. Rubrik penilaian tersedia, namun tidak selalu digunakan secara konsisten oleh semua dosen.
2. Arsip penilaian lengkap, namun masih ada yang belum tertib penyimpanan dokumen.
3. Input nilai tepat waktu, tetapi beberapa mata kuliah belum memanfaatkan fitur penilaian SIAKAD/LMS secara optimal.

#### **Implikasi Mutu**

1. Perlu penguatan kontrol internal penilaian terutama pada keseragaman penggunaan rubrik.

### **D. Standar Mutu Soal CBT**

#### **Temuan Utama**

1. Proporsi soal pada prodi S1 kedokteran bermasalah masih tinggi (15–23%) terutama:
  - a) soal terlalu mudah,
  - b) daya pembeda rendah.
 Sebagai berikut :
  - 1) Blok Sistem Pemeliharaan Tubuh Manusia (Genap 2023/2024)
    - 80 soal dianalisis.
    - 23% soal terlalu mudah, 18% diskriminasi  $< 0,2$ .
    - Telah ditindaklanjuti melalui revisi bank soal melalui berita acara blok.
  - 2) Blok Sistem Pergerakan dan Pengaturan (Ganjil 2023/2024)
    - 15% terlalu mudah
    - 20% daya pembeda tidak memadai
    - Rekomendasi : Dilakukan penyusunan ulang blueprint asesmen.
  - 3) Blok Endokrin
    - 15% terlalu mudah
    - 20% tidak memiliki daya pembeda
    - Rekomendasi: revisi indikator soal & pendampingan penyusunan soal.
2. Blueprint asesmen belum sepenuhnya selaras CPL di beberapa blok.

3. Analisis butir soal belum selalu ditindaklanjuti dengan perbaikan sistematis.

#### **Implikasi Mutu**

1. Kualitas asesmen masih menjadi area risiko tinggi.
2. Dibutuhkan sistem perbaikan butir soal yang berkelanjutan.

#### **E. Standar OSCE**

##### **Temuan Utama**

1. Inter-rater reliability belum baik (variasi penilai tinggi).
2. Variasi nilai antar penguji OSCE masih tinggi → *inter-rater variability*.
3. Beberapa indikator performa belum sesuai rubrik prosedur klinis.
4. Program *calibration assessor* belum berjalan optimal
5. Rubrik OSCE belum detail dan belum objektif di beberapa station.

#### **Implikasi Mutu**

1. OSCE berisiko menghasilkan penilaian tidak objektif.
2. Butuh revisi rubrik + pelatihan penilai.

#### **F. Monev Pembelajaran & Kepuasan**

##### **Temuan Utama**

1. Pelibatan mahasiswa dalam monev pembelajaran belum terstruktur.
2. Hasil survei kepuasan sudah lengkap, tetapi tindak lanjut belum terdokumentasi merata antar unit.

#### **Implikasi Mutu**

1. Monev berjalan tetapi siklus PPEPP belum tertutup secara sempurna.

#### **G. Standar SDM Dosen & Tenaga Kependidikan**

##### **Temuan Utama**

1. Rasio dosen tetap:mahasiswa S1 Kedokteran masih dibawah 1:10 (memenuhi standar nasional), namun prodi profesi dokter belum ada mahasiswa sehingga belum dapat dihitung rasionya
2. Sertifikasi dosen masih di bawah 5% (3%)
3. Jabatan fungsional lektor masih rendah (3%).
4. STR & SIP dosen klinik 100% aktif (kinerja sangat baik).

#### **Implikasi Mutu**

1. Mutu kompetensi dosen perlu ditingkatkan, terutama percepatan Jabatan Fungsional Akademik untuk kedua prodi
2. Perlu percepatan sertifikasi pendidik bagi dosen kedua prodi
3. Perlu peta jalan pengembangan Jabatan Fungsional Akademik

#### **H. Standar Tata Pamong & Manajemen**

##### **Kinerja Positif**

1. Struktur organisasi berjalan efektif; koordinasi prodi–FKIK–Universitas baik.
2. Misi & tujuan prodi terinternalisasi ke dokumen kurikulum, blok, dan SOP.

3. Pelibatan mahasiswa dalam evaluasi mutu belum sepenuhnya terstruktur pada prodi S1 Kedokteran
4. Pelaporan tridarma belum terintegrasi penuh ke sistem digital.

#### **Implikasi Mutu**

1. Perlu ditingkatkan keterlibatan mahasiswa dalam evaluasi mutu pembelajaran dan penilaian pada prodi S1 Kedokteran

### **I. Standar Sarana & Prasarana**

#### **Temuan Utama**

1. Sarpras pembelajaran cukup memadai, namun dokumentasi inventaris belum rapi.
2. Pemanfaatan sarpras sesuai peruntukan tetapi belum ada audit sarpras tahunan yang baku.

#### **Implikasi Mutu**

1. Ketersediaan sarpras baik, pengelolaan dan dokumentasi perlu ditingkatkan.

### **J. Standar PMB & Promosi**

#### **Temuan Utama**

1. Proses PMB sesuai SOP dan transparan.
2. Jangkauan promosi >90% sasaran audiens (terlampau).
3. Kecepatan pembaruan informasi belum konsisten (unggahan sering terlambat).
4. Pendaftar luar provinsi meningkat (indikator tercapai).
5. Indikasi positif: jumlah pertanyaan calon pendaftar berkurang signifikan.

#### **Implikasi Mutu**

1. Strategi promosi efektif, tetapi manajemen konten digital perlu diperbaiki.
2. Publikasi visual perlu penguatan desain & keseragaman pesan.
3. Jangkauan media sosial ke wilayah terpencil masih terbatas.
4. Keterlambatan unggahan perubahan kebijakan.
5. Belum tersedia notifikasi otomatis pada laman PMB.

### **K. Standar Sistem Digital Lintas Unit**

#### **Temuan Utama**

1. Integrasi sistem pelaporan Tridarma belum berjalan (indikator Observasi).

#### **Implikasi Mutu**

1. Risiko duplikasi data & inkonsistensi pelaporan.

### **L. Standar Pendidikan Klinik & Asesmen Kompetensi**

#### **Temuan Utama**

1. Indikator prosedur klinis belum lengkap & tidak terukur.
2. Beberapa SOP skill lab belum diperbarui.

#### **Implikasi Mutu**

1. Risiko penilaian klinik tidak konsisten.

### **M. Standar Penelitian**

#### **Temuan Utama**

1. Roadmap dosen baru 80% (belum 100%) untuk kedua prodi

2. Tren publikasi meningkat (indikator tercapai)
3. Pelatihan penelitian dosen berjalan rutin
4. Diseminasi penelitian dosen tercapai, tetapi evaluasi kualitas belum baku

#### **Implikasi Mutu**

1. Perlu percepatan penyusunan roadmap individu dosen.
2. Integrasi hasil penelitian/PKM dosen ke kurikulum belum dilakukan secara sistematis.
3. Dokumentasi integrasi tridarma belum lengkap.

#### **N. Standar Pengabdian kepada Masyarakat (PkM)**

##### **Temuan Utama**

1. Seluruh indikator PkM mayoritas tercapai : tema sesuai roadmap, pelaksanaan sesuai SOP, monev lengkap.
2. *Need assessment* sudah ada tapi belum seragam formatnya.

#### **Implikasi Mutu**

1. PkM sudah berjalan baik, perlu standardisasi dokumen pendukung.

### **3.2 Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)**

#### **KTS-MAYOR**

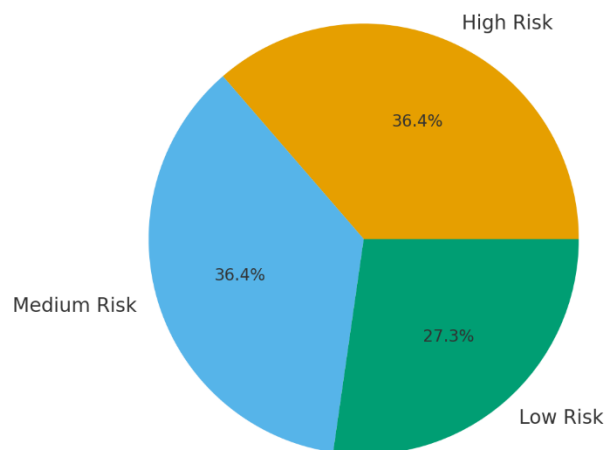
1. Variasi penilaian OSCE antar-penguji (inter-rater variability) perlu dikurangi melalui *assessor calibration* pada prodi S1 Kedokteran
2. Ketidaktepatan rubrik penilaian (indikator belum jelas & terukur).
3. Keterlambatan unggahan pembaruan kebijakan PMB ke kanal digital.

#### **KTS-MINOR**

1. Revisi bank soal CBT pada seluruh blok dengan daya pembeda rendah.
2. Peningkatan penyelarasan blueprint asesmen dengan CPL.
3. Penguatan desain & konsistensi publikasi PMB.
4. Dokumentasi evaluasi kurikulum & tridarma belum konsisten.
5. Pelibatan mahasiswa dalam evaluasi belum terstruktur.

#### **KTS-OBSERVASI**

1. Bukti penggunaan hasil penelitian & PKM untuk pembelajaran belum lengkap.
2. Integrasi sistem digital lintas unit belum optimal.



**Gambar grafik Pie Chart Risiko Audit Mutu UNAJA temuan berdasarkan tingkat risiko: High, Medium, Low**

### **3.3 Permintaan Tindakan Peningkatan (PTP)**

1. Pengembangan SOP integrasi hasil penelitian/PKM ke blok dan modul klinik.
2. Penguatan sistem informasi akademik & pelaporan mutu.
3. Penyelenggaraan rutin workshop penyusunan soal CBT dan OSCE.
4. Peningkatan layanan PMB melalui fitur notifikasi otomatis & dashboard monitoring.
5. Penguatan branding visual & desain publikasi digital.

## **BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

### **4.1. Kesimpulan**

1. Tingkat kepatuhan standar mutu telah 88%, menunjukkan kinerja pengelolaan pendidikan yang baik.
2. Peningkatan signifikan terjadi pada kualitas pembelajaran berbasis PBL dan asesmen, serta peningkatan pelatihan dosen.
3. Pengelolaan PMB menunjukkan efektivitas yang tinggi, dengan jangkauan informasi di atas 90% sasaran audiens.
4. Masih terdapat area perbaikan terkait:
  - Konsistensi asesmen (CBT & OSCE)
  - Dokumentasi digital lintas unit
  - Integrasi tridarma ke pembelajaran
  - Konsistensi desain publikasi PMB

### **4.2. Rekomendasi**

1. **Penguatan Asesmen Kompetensi**
  - Rutin mengadakan workshop penyusunan soal & calibration OSCE examiner (rubrik, pelatihan penilai, kontrol mutu).
  - Standarisasi rubrik penilaian klinis.
  - Membangun sistem penjaminan mutu CBT berbasis analisis butir soal.
2. **Penguatan PMB dan Publikasi**
  - Membuat pedoman desain publikasi.
  - Menambah fitur notifikasi otomatis pada laman PMB.
3. **Penguatan Kapasitas SDM**
  - Mendorong percepatan sertifikasi dosen.
  - Menambah dosen dengan Jabatan Fungsional Akademik terutama Lektor .
4. **Integrasi Sistem Informasi**
  - Implementasi satu pintu pelaporan evaluasi tridarma.
  - Sinkronisasi data blok, prodi, dan fakultas.
5. **Peningkatan Mutu Pendidikan Klinik**
  - Penguatan koordinasi jejaring RS/klinik.
  - Evaluasi rutin mutu layanan kepaniteraan.
6. **Peningkatan Mutu Pembelajaran**
  - Pengembangan modul digital & learning analytics untuk PBL.
  - Integrasi hasil penelitian/PKM dalam blok dan skill lab.
  - Standardisasi dokumen akademik (kurikulum, sarpras, RPS, money).

## Lampiran 1. Matriks Audit Mutu Internal Tahun 2024

**TABEL MATRIKS AUDIT MUTU INTERNAL TAHUN 2024**

| No | Indikator          | Sub Indikator            | Detail Pertanyaan Audit                                                    | Bukti yang Diperiksa                                | Kriteria Keberhasilan             | Temuan                      |
|----|--------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1  | Kurikulum          | Revisi Kurikulum         | Apakah kurikulum direvisi minimal setiap 2-4 tahun?                        | Dokumen kurikulum, SK revisi, BA rapat kurikulum    | Revisi ≤ 4 tahun                  | Tercapai – partisipasi >70% |
| 2  | Kurikulum          | CPL-CPMK                 | Apakah CPL selaras dengan CPMK dan materi pembelajaran?                    | CPL, CPMK, matriks kurikulum                        | CPL-CPMK selaras & terdokumentasi | Tercapai – partisipasi >75% |
| 3  | Kurikulum          | Dokumen Kurikulum        | Apakah prodi memiliki profil lulusan, struktur kurikulum, dan RPS lengkap? | Buku kurikulum, profil lulusan, RPS                 | Dokumen komplit                   | Tercapai – partisipasi >80% |
| 4  | Kurikulum          | Stakeholder              | Apakah penyusunan kurikulum melibatkan stakeholder?                        | Notulen rapat, daftar hadir stakeholder             | Ada keterlibatan stakeholder      | Tercapai                    |
| 5  | Evaluasi Kurikulum | Integrasi Penelitian/PKM | Apakah hasil penelitian dosen dimasukkan ke kurikulum/blok?                | Laporan penelitian, RPS, notulen evaluasi kurikulum | Ada bukti integrasi tridarma      | Observasi: belum sistematis |
| 6  | Monev Kurikulum    | Perbaikan Kurikulum      | Apakah evaluasi monev digunakan untuk memperbaiki kurikulum?               | Notulen revisi kurikulum                            | Ada bukti perbaikan               | Tercapai                    |
| 7  | Pembelajaran       | RPS                      | Apakah semua mata kuliah memiliki RPS terbaru?                             | RPS seluruh mata kuliah                             | 100% RPS tersedia                 | Tercapai – partisipasi >80% |
| 8  | Pembelajaran       | Kehadiran Dosen          | Apakah kehadiran dosen                                                     | Presensi dosen, jurnal                              | ≥80% hadir                        | Tercapai –                  |

| No | Indikator     | Sub Indikator                      | Detail Pertanyaan Audit                                                                 | Bukti yang Diperiksa                                     | Kriteria Keberhasilan            | Temuan                                                       |
|----|---------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|    |               |                                    | ≥ 80%?                                                                                  | mengajar                                                 |                                  | partisipasi >80%                                             |
| 9  | Pembelajaran  | Metode Aktif                       | Apakah dosen menggunakan metode pembelajaran SCL?                                       | RPS, dokumentasi pembelajaran, LMS                       | Ada penggunaan metode SCL        | Tercapai – partisipasi >80%                                  |
| 10 | Pembelajaran  | Teknologi                          | Apakah LMS dan teknologi pembelajaran digunakan?                                        | LMS, screenshot aktivitas mahasiswa                      | Penggunaan LMS konsisten         | Tercapai – partisipasi >80%                                  |
| 11 | Pembelajaran  | Pelaksanaan PBL & e-learning       | Apakah dosen telah mengikuti pelatihan PBL/e-learning? Bagaimana penerapannya di kelas? | Sertifikat pelatihan, RPS berbasis PBL, jadwal pelatihan | ≥ 70% dosen mengikuti pelatihan  | Tercapai – partisipasi >80%                                  |
| 12 | Penilaian     | Instrumen Penilaian                | Apakah penilaian sesuai instrumen RPS?                                                  | RPS, rubrik penilaian, soal                              | Penilaian sesuai RPS             | Tercapai – partisipasi >70%                                  |
| 13 | Penilaian     | Ketepatan Nilai                    | Apakah nilai diinput tepat waktu?                                                       | Rekap nilai, LMS/SIKAD                                   | Tepat waktu                      | Tercapai – partisipasi >90%                                  |
| 14 | Penilaian     | Rubrik                             | Apakah rubrik tersedia & digunakan?                                                     | Rubrik, contoh penilaian                                 | Rubrik lengkap & terpakai        | Tercapai – partisipasi >70%                                  |
| 15 | Penilaian     | Arsip Penilaian                    | Apakah arsip soal & nilai terdokumentasi?                                               | Arsip soal, lembar nilai                                 | Arsip lengkap                    | Tercapai – partisipasi >50%                                  |
| 16 | Mutu Soal CBT | Kualitas butir soal CBT            | Berapa persen soal terlalu mudah atau tidak memiliki daya pembeda?                      | Hasil analisis butir soal, blueprint asesmen             | % soal bermasalah <10%           | Belum tercapai: 23% mudah, 18% diskriminasi <0,2 (blok SPtM) |
| 17 | Mutu Soal CBT | Kualitas butir soal CBT sesuai CPL | Apakah blueprint asesmen sesuai CPL? Apakah daya pembeda soal memadai?                  | Analisis item, blueprint blok                            | Tidak ada soal diskriminasi <0,2 | Belum tercapai: 20% tidak membedakan (Blok Sistem Pergerakan |

| No | Indikator       | Sub Indikator                     | Detail Pertanyaan Audit                                      | Bukti yang Diperiksa               | Kriteria Keberhasilan              | Temuan                                                          |
|----|-----------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    |                 |                                   |                                                              |                                    |                                    | & Pengaturan)                                                   |
| 18 | Mutu Soal CBT   | Kesulitan soal CBT                | Bagaimana distribusi kesulitan soal & diskriminasi?          | Laporan analisis CBT               | <10% soal bermasalah               | Belum tercapai: 15% mudah, 20% tidak membedakan (Blok Endokrin) |
| 19 | OSCE            | Konsistensi Penilai (Inter-rater) | Apakah terdapat variasi nilai antar penguji?                 | Rekap nilai OSCE, rubrik penilaian | Perbedaan skor antar penilai <10%  | Belum tercapai: variasi nilai tinggi                            |
| 20 | OSCE            | Rubrik Penilaian                  | Apakah rubrik OSCE memiliki indikator yang jelas & terukur?  | Rubrik OSCE, SOP Skill lab         | Rubrik lengkap, indikator objektif | Belum tercapai: rubrik belum detail                             |
| 21 | Monev Mahasiswa | Pelibatan Mahasiswa               | Apakah mahasiswa terlibat aktif dalam monev pembelajaran?    | Kuesioner, form evaluasi blok      | Pelibatan minimal 70% mahasiswa    | Belum tercapai: belum terstruktur                               |
| 22 | Kepuasan        | Evaluasi Mahasiswa                | Apakah survei kepuasan mahasiswa dilakukan tiap semester?    | Rekap survei, laporan evaluasi     | Survei minimal 1x/tahun            | Tercapai 100%                                                   |
| 23 | SDM Dosen       | Sertifikasi pendidik              | Berapa persen dosen tersertifikasi?                          | SK sertifikasi, data dosen         | ≥80% tersertifikasi                | Tercapai: 80%                                                   |
| 24 | SDM Klinis      | STR & SIP                         | Apakah seluruh dosen klinik memiliki STR & SIP aktif?        | STR, SIP, data kepegawaian         | 100% STR & SIP aktif               | Tercapai 100%                                                   |
| 25 | JFA Dosen       | Kenaikan Jabatan Fungsional       | Berapa persen dosen Lektor? Apakah ada upaya percepatan JFA? | SK JFA, dokumen kenaikan pangkat   | ≥10% lektor                        | Belum Tercapai                                                  |
| 26 | Sarpras         | Sarana pembelajaran               | Apakah sarpras mendukung capaian                             | Inventaris, foto sarpras           | Sarpras tersedia & layak           | Tercapai namun dokumen belum                                    |

| No | Indikator                  | Sub Indikator                 | Detail Pertanyaan Audit                                                                           | Bukti yang Diperiksa                   | Kriteria Keberhasilan                 | Temuan                                    |
|----|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
|    |                            |                               | pembelajaran?                                                                                     |                                        |                                       | rapi                                      |
| 27 | PMB                        | Publikasi Informasi           | Apakah publikasi menjangkau $\geq 90\%$ audiens?                                                  | Insights media sosial, laporan PMB     | Jangkauan $\geq 90\%$                 | Terlampau (>90%)                          |
| 28 | PMB                        | Kecepatan Pembaruan Informasi | Apakah pembaruan kebijakan diunggah real-time?                                                    | Log unggahan, screenshot               | Tidak ada keterlambatan signifikan    | Belum tercapai: unggahan sering terlambat |
| 29 | PMB                        | Jangkauan Informasi           | Apakah terjadi peningkatan pendaftar luar provinsi?                                               | Data pendaftar, persebaran asal daerah | Ada peningkatan jangkauan             | Tercapai: pendaftar luar Jambi meningkat  |
| 30 | Sistem Digital Lintas Unit | Integrasi Sistem              | Apakah pelaporan tridarma terintegrasi ke sistem?                                                 | Dashboard, platform akademik           | Sistem terintegrasi                   | Observasi: belum terintegrasi             |
| 31 | Pendidikan Klinik          | Kesesuaian Prosedur Klinis    | Apakah indikator prosedur klinis (TPD, pemeriksaan fisik, dsb.) sesuai standar?                   | Rubrik klinis, SOP skill lab           | Indikator lengkap & terukur           | Belum tercapai: indikator belum lengkap   |
| 32 | Roadmap Penelitian         | Roadmap Dosen                 | Apakah setiap dosen memiliki roadmap penelitian 5 tahun sesuai bidang keilmuan & visi misi prodi? | Roadmap penelitian dosen               | 100% dosen memiliki roadmap 5 tahun   | Tercapai: 80%                             |
| 33 | Roadmap Penelitian         | Roadmap Program Studi         | Apakah Program Studi memiliki roadmap penelitian sesuai visi misi UNAJA?                          | Dokumen roadmap Program Studi          | Roadmap tersedia & sesuai renstra     | Tercapai: 100%                            |
| 34 | Pelaksanaan Penelitian     | Kesesuaian dengan Roadmap     | Apakah penelitian dosen sesuai roadmap                                                            | Proposal, laporan penelitian           | $\geq 80\%$ penelitian sesuai roadmap | Tercapai: 100%                            |

| No | Indikator             | Sub Indikator           | Detail Pertanyaan Audit                                                                   | Bukti yang Diperiksa                    | Kriteria Keberhasilan  | Temuan   |
|----|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------|
|    |                       |                         | program studi & pedoman LPPM?                                                             |                                         |                        |          |
| 35 | Publikasi             | Peningkatan Publikasi   | Apakah publikasi ilmiah meningkat sesuai target?                                          | Rekap publikasi                         | Tren positif publikasi | Tercapai |
| 36 | Pengembangan Dosen    | Pelatihan Penelitian    | Apakah dosen difasilitasi pelatihan penulisan dan publikasi?                              | Sertifikat pelatihan                    | Minimal 1×/tahun       | Tercapai |
| 37 | Output Penelitian     | Publikasi & KI          | Apakah dosen difasilitasi publikasi & KI?                                                 | Bukti publikasi, bukti pendaftaran KI   | Fasilitasi berjalan    | Tercapai |
| 38 | Pengembangan Dosen    | Pelatihan Penelitian    | Apakah dosen difasilitasi pelatihan penulisan dan publikasi?                              | Sertifikat pelatihan                    | Minimal 1×/tahun       | Tercapai |
| 39 | Output Penelitian     | Publikasi & KI          | Apakah dosen difasilitasi publikasi & KI?                                                 | Bukti publikasi, bukti pendaftaran KI   | Fasilitasi berjalan    | Tercapai |
| 40 | Diseminasi            | Diseminasi Penelitian   | Apakah hasil penelitian didiseminasikan sesuai roadmap?                                   | Dokumentasi seminar/jurnal              | Diseminasi berjalan    | Tercapai |
| 41 | Pelaporan penelitian  | Pertanggungjawaban Dana | Apakah laporan penggunaan dana penelitian disusun ≤2 minggu setelah akhir tahun akademik? | Laporan pertanggungjawaban              | Tepat waktu            | Tercapai |
| 42 | Pembiayaan Menyeluruh | Komponen Pembiayaan     | Apakah semua komponen pembiayaan (operasional, publikasi, KI) tercakup?                   | Proposal penelitian                     | Komponen lengkap       | Tercapai |
| 43 | Kesesuaian Tema       | Fokus PkM & Roadmap     | Apakah tema PkM sesuai roadmap Program studi                                              | Roadmap PkM Prodi, dokumen tema tahunan | Tema sesuai roadmap    | Tercapai |

| No | Indikator               | Sub Indikator          | Detail Pertanyaan Audit                                     | Bukti yang Diperiksa                    | Kriteria Keberhasilan   | Temuan   |
|----|-------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------|
|    |                         |                        | & kebutuhan masyarakat?                                     |                                         |                         |          |
| 44 | Keterlibatan Masyarakat | Analisis Kebutuhan     | Apakah analisis kebutuhan masyarakat dilakukan sebelum PkM? | Laporan <i>need assessment</i>          | Ada analisis kebutuhan  | Tercapai |
| 45 | Relevansi Program       | Kesesuaian Sasaran     | Apakah sasaran PkM sesuai prioritas pembangunan daerah?     | Proposal PkM, dokumen RPJMD             | PkM selaras RPJMD       | Tercapai |
| 46 | Perencanaan             | Proposal PkM           | Apakah proposal disusun sesuai pedoman LPPM?                | Proposal PkM                            | Sesuai pedoman          | Tercapai |
| 47 | Pelaksanaan             | Kesesuaian Proses      | Apakah pelaksanaan PkM sesuai proposal & jadwal?            | Laporan kegiatan, presensi, dokumentasi | 100% sesuai jadwal      | Tercapai |
| 48 | Pelaksanaan             | Partisipasi Masyarakat | Apakah masyarakat terlibat aktif dalam PkM?                 | Daftar hadir, dokumentasi keterlibatan  | Partisipasi minimal 70% | Tercapai |
| 49 | Monitoring              | Monev PkM              | Apakah monev dilakukan selama dan setelah kegiatan?         | Laporan monitoring                      | Monev lengkap           | Tercapai |
| 50 | Evaluasi                | Evaluasi Efektivitas   | Apakah terdapat evaluasi hasil PkM?                         | Evaluasi pasca kegiatan                 | Evaluasi dilaksanakan   | Tercapai |
| 51 | Sarpras Pendukung       | Ketersediaan Sarpras   | Apakah sarpras mendukung pelaksanaan PkM?                   | Inventaris PkM, dokumentasi             | Sarpras layak & memadai | Tercapai |
| 52 | Penggunaan Sarpras      | Efektivitas Sarpras    | Apakah sarpras digunakan sesuai peruntukan?                 | Foto penggunaan sarpras                 | Sesuai peruntukan       | Tercapai |
| 53 | Manajemen               | SOP PkM                | Apakah seluruh proses PkM mengikuti SOP?                    | SOP PkM, laporan kegiatan               | 100% sesuai SOP         | Tercapai |
| 54 | Manajemen               | SOP PkM                | Apakah seluruh proses                                       | SOP PkM, laporan                        | 100% sesuai SOP         | Tercapai |

| No | Indikator                       | Sub Indikator         | Detail Pertanyaan Audit                            | Bukti yang Diperiksa           | Kriteria Keberhasilan        | Temuan        |
|----|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------|
|    |                                 |                       | PkM mengikuti SOP?                                 | kegiatan                       |                              |               |
| 55 | Koordinasi                      | Kemitraan             | Apakah FKIK memiliki MoU/MoA dengan mitra PkM?     | Minimal 1 MoU/MoA setiap tahun | Dokumen legal tersedia       | Tercapai      |
| 56 | Pelaporan                       | Laporan PkM           | Apakah laporan PkM diserahkan tepat waktu?         | Laporan PkM                    | Tepat waktu                  | Tercapai      |
| 57 | Alokasi Dana                    | Pendanaan PkM         | Apakah FKIK menyediakan dana PkM sesuai kebijakan? | RAB, laporan keuangan          | Dana sesuai kebutuhan        | Tercapai      |
| 58 | Pertanggungjawaban kegiatan PkM | LPJ                   | Apakah LPJ disampaikan tepat waktu?                | Laporan pertanggungjawaban     | Tepat waktu                  | Tercapai      |
| 59 | Pemanfaatan Dana PkM            | Kesesuaian Penggunaan | Apakah penggunaan dana sesuai RAB?                 | Bukti belanja, RAB             | Sesuai RAB                   | Tercapai      |
| 60 | Monev                           | Monitoring Semester   | Apakah monev dilakukan setiap semester?            | Laporan monev                  | Monev rutin setiap semester  | Tercapai 100% |
| 61 | Monev                           | Tindak Lanjut         | Apakah ada tindak lanjut hasil monev?              | Laporan TL, BA rapat           | Tindak lanjut terdokumentasi | Tercapai 100% |

Jambi, 06 Agustus 2024

Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

## Lampiran 2. Matriks Temuan pada Kegiatan AMI tahun 2024

**TABEL MATRIKS TEMUAN PADA KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL TAHUN 2024  
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN DAN PROFESI DOKTER**

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti)            | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit)   | Hasil Temuan / Visitasi | Status         | Akar Masalah (jika Belum Tercapai) | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor                        |
|----|----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1  | Dokumen kurikulum, SK revisi, BA rapat | Apakah kurikulum direvisi 2–4 tahun?         | Partisipasi >70%        | Tercapai       | –                                  | Siklus revisi berjalan           | Tetapkan jadwal revisi baku setiap 4 tahun |
| 2  | CPL, CPMK, matriks kurikulum           | Apakah CPL selaras CPMK?                     | Partisipasi >75%        | Tercapai       | –                                  | Penyelarasan kurikulum baik      | Standarisasi matriks CPL–CPMK              |
| 3  | Buku kurikulum, RPS lengkap            | Apakah dokumen kurikulum komplit?            | Partisipasi >80%        | Tercapai       | –                                  | Dokumen lengkap tersedia         | Perbaiki konsistensi format antar prodi    |
| 4  | Notulen, daftar hadir stakeholder      | Apakah libatkan stakeholder?                 | Ada keterlibatan        | Tercapai       | –                                  | Kemitraan prodi cukup aktif      | Tingkatkan dokumentasi keterlibatan        |
| 5  | Laporan penelitian, RPS                | Apakah integrasi penelitian masuk kurikulum? | Belum sistematis        | Belum Tercapai | Integrasi belum menjadi kebijakan  | –                                | Perlu SOP integrasi tridarma               |
| 6  | Notulen revisi kurikulum               | Apakah monev digunakan untuk perbaikan?      | Terdapat bukti          | Tercapai       | –                                  | Monev berjalan konsisten         | Tetapkan format baku tindak lanjut monev   |
| 7  | RPS lengkap                            | Apakah semua mata kuliah punya RPS?          | >80% tersedia           | Tercapai       | –                                  | RPS lengkap per MK               | Review kualitas RPS secara berkala         |
| 8  | Presensi, jurnal mengajar              | Kehadiran dosen $\geq 80\%$ ?                | >80%                    | Tercapai       | –                                  | Kepatuhan dosen baik             | Digitalisasi presensi untuk akurasi        |
| 9  | RPS, LMS, dokumentasi                  | Apakah dosen gunakan SCL?                    | >80%                    | Tercapai       | –                                  | Implementasi SCL baik            | Penguatan pelatihan SCL                    |

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti)   | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit)        | Hasil Temuan / Visitasi     | Status         | Akar Masalah (jika Belum Tercapai) | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor             |
|----|-------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 10 | LMS, bukti aktivitas          | Penggunaan LMS konsisten?                         | >80%                        | Tercapai       | –                                  | LMS aktif digunakan              | Integrasi LMS–SIKAD             |
| 11 | Sertifikat pelatihan, RPS PBL | Apakah dosen telah ikut pelatihan PBL/e-learning? | >80%                        | Tercapai       | –                                  | Pelatihan berjalan               | Jadikan pelatihan PBL wajib     |
| 12 | RPS, rubrik, soal             | Penilaian sesuai RPS?                             | >70%                        | Tercapai       | –                                  | Rubrik tersedia                  | Perbaiki keselarasan rubrik–CPL |
| 13 | Rekap nilai, SIKAD            | Input nilai tepat waktu?                          | >90%                        | Tercapai       | –                                  | Ketepatan input tinggi           | Buat reminder otomatis          |
| 14 | Rubrik, contoh penilaian      | Rubrik digunakan?                                 | >70%                        | Tercapai       | –                                  | Rubrik lengkap                   | Evaluasi kualitas rubrik        |
| 15 | Arsip soal, lembar nilai      | Arsip penilaian lengkap?                          | >50%                        | Tercapai       | –                                  | Arsip tersedia                   | Perapian arsip digital          |
| 16 | Analisis butir soal           | % soal bermasalah <10%?                           | Tidak tercapai (23% mudah)  | Belum Tercapai | Analisis soal belum rutin          | –                                | Wajibkan telaah butir pra–ujian |
| 17 | Blueprint asesmen             | Apakah sesuai CPL?                                | Tidak tercapai              | Belum Tercapai | Blueprint belum diperbarui         | –                                | Revisi blueprint berbasis CPL   |
| 18 | Laporan CBT                   | % soal bermasalah <10%?                           | Tidak tercapai              | Belum Tercapai | Daya pembeda rendah                | –                                | Pelatihan penyusunan soal HOTS  |
| 19 | Rekap nilai OSCE              | Nilai antar penguji <10%?                         | Variasi tinggi              | Belum Tercapai | Belum ada kalibrasi penilai        | –                                | Kalibrasi inter-rater tiap OSCE |
| 20 | Rubrik OSCE                   | Rubrik lengkap?                                   | Belum detail                | Belum Tercapai | Rubrik belum standar               | –                                | Standarisasi rubrik OSCE UNAJA  |
| 21 | Kuesioner, form evaluasi blok | Apakah mahasiswa terlibat aktif dalam monev?      | Pelibatan belum terstruktur | Belum Tercapai | Mekanisme monev belum baku         | –                                | Susun SOP monev mahasiswa       |
| 22 | Rekap survei                  | Survei kepuasan tiap                              | 100%                        | Tercapai       | –                                  | Sistem survei                    | Lanjutkan digitalisasi          |

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti)  | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit)    | Hasil Temuan / Visitasi   | Status                    | Akar Masalah (jika Belum Tercapai)               | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor                                              |
|----|------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|    |                              | semester?                                     | dilakukan                 |                           |                                                  | berjalan baik                    | survei                                                           |
| 23 | SK sertifikasi, data dosen   | Berapa % dosen tersertifikasi?                | Kurang dari 5%            | Belum Tercapai            | Sebagian besar Dosen memiliki jabatan fungsional | -                                | Dorong percepatan jabatan fungsional sehingga bisa disertifikasi |
| 24 | STR, SIP aktif               | Apakah dosen klinik memiliki STR & SIP aktif? | 100% aktif                | Tercapai                  | -                                                | Kepatuhan legalitas tinggi       | Pertahankan monitoring STR/SIP                                   |
| 25 | SK JFA                       | Berapa % dosen Lektor?                        | < 5% Lektor (target 10%)  | Belum Tercapai (Sebagian) | Proses JFA lambat                                | -                                | Program percepatan JFA                                           |
| 26 | Inventaris, foto sarpras     | Apakah sarpras mendukung pembelajaran?        | Layak, dokumen belum rapi | Tercapai                  | -                                                | Sarpras memadai                  | Benahi inventaris & dokumentasi                                  |
| 27 | Laporan PMB, insight media   | Jangkauan publikasi $\geq 90\%$ ?             | Terlampau                 | Terlampau                 | -                                                | Strategi publikasi efektif       | Perluas target luar provinsi                                     |
| 28 | Log unggahan, screenshot     | Pembaruan info real-time?                     | Unggahan sering terlambat | Belum Tercapai            | Koordinasi PMB lambat                            | -                                | Susun alur persetujuan konten                                    |
| 29 | Data pendaftar               | Apakah pendaftar luar provinsi meningkat?     | Meningkat                 | Tercapai                  | -                                                | Promosi efektif                  | Penguatan branding nasional                                      |
| 30 | Dashboard, platform akademik | Apakah pelaporan terintegrasi?                | Belum terintegrasi        | Observasi                 | Sistem belum sinkron                             | -                                | Integrasi SIAKAD – LMS – LPPM                                    |
| 31 | Rubrik klinis, SOP skill lab | Apakah indikator klinis sesuai standar?       | Indikator belum lengkap   | Belum Tercapai            | Belum ada update indikator klinis                | -                                | Harmonisasi SOP klinik prodi-RS                                  |
| 32 | Roadmap penelitian dosen     | Apakah semua dosen punya roadmap 5 tahun?     | 80% sudah                 | Tercapai (belum penuh)    | -                                                | Kesadaran dosen meningkat        | Wajibkan unggah roadmap di LPPM                                  |
| 33 | Roadmap Program              | Apakah roadmap                                | 100% tersedia             | Tercapai                  | -                                                | Dokumen prodi                    | Review roadmap tiap 3                                            |

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti)     | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit)               | Hasil Temuan / Visitasi | Status   | Akar Masalah (jika Belum Tercapai) | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor                         |
|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
|    | Studi                           | penelitian tersedia?                                     |                         |          |                                    | lengkap                          | tahun                                       |
| 34 | Proposal & laporan              | Apakah penelitian sesuai roadmap?                        | 100% sesuai             | Tercapai | –                                  | Penelitian terarah               | Pertahankan keselarasan roadmap             |
| 35 | Rekap publikasi                 | Apakah publikasi meningkat?                              | Tren positif            | Tercapai | –                                  | Dosen aktif publikasi            | Dorong publikasi SINTA 2                    |
| 36 | Sertifikat pelatihan            | Apakah ada pelatihan penelitian?                         | Ada                     | Tercapai | –                                  | Pelatihan berjalan rutin         | Wajibkan pelatihan penulisan artikel        |
| 37 | Bukti publikasi & KI            | Difasilitasi publikasi & KI?                             | Fasilitasi berjalan     | Tercapai | –                                  | Dukungan LPPM baik               | Tambah klinik penulisan KI                  |
| 38 | Sertifikat pelatihan            | Pelatihan penelitian dilakukan?                          | Ya                      | Tercapai | –                                  | Partisipasi dosen baik           | Lanjutkan peningkatan kapasitas             |
| 39 | Bukti publikasi & KI            | Fasilitasi publikasi & KI?                               | Terlaksana              | Tercapai | –                                  | Akses publikasi tersedia         | Manfaatkan jurnal internal UNAJA            |
| 40 | Dokumentasi seminar/jurnal      | Diseminasi penelitian sesuai roadmap?                    | Terlaksana              | Tercapai | –                                  | Kegiatan diseminasi rutin        | Perlu jadwal diseminasi tahunan             |
| 41 | Laporan pertanggungjawaban      | Apakah LPJ penelitian disusun ≤2 minggu?                 | Tepat waktu             | Tercapai | –                                  | Kepatuhan laporan baik           | Lanjutkan sistem pengingat LPJ              |
| 42 | Proposal penelitian             | Apakah pembiayaan mencakup seluruh komponen?             | Komponen lengkap        | Tercapai | –                                  | Perencanaan anggaran baik        | Penguatan monitoring penggunaan anggaran    |
| 43 | Roadmap PkM Prodi, tema tahunan | Apakah tema PkM sesuai roadmap dan kebutuhan masyarakat? | Sesuai roadmap          | Tercapai | –                                  | Roadmap jelas                    | Konsisten memperbarui kebutuhan masyarakat  |
| 44 | Need assessment                 | Apakah ada analisis kebutuhan sebelum PkM?               | Ada                     | Tercapai | –                                  | Analisis kebutuhan tersedia      | Standardisasi format need assessment        |
| 45 | Proposal PkM, RPJMD             | Apakah sasaran PkM sesuai prioritas daerah?              | Selaras RPJMD           | Tercapai | –                                  | Kesesuaian PkM–RPJMD baik        | Perkuat kerja sama dengan pemerintah daerah |

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti) | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit)  | Hasil Temuan / Visitasi | Status   | Akar Masalah (jika Belum Tercapai) | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor                      |
|----|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| 46 | Proposal PkM                | Apakah proposal sesuai pedoman LPPM?        | Sesuai                  | Tercapai | –                                  | Pedoman digunakan dengan baik    | Tingkatkan sosialisasi pedoman           |
| 47 | Laporan & presensi PkM      | Apakah pelaksanaan sesuai jadwal?           | 100% sesuai             | Tercapai | –                                  | Kegiatan berjalan tepat waktu    | Terapkan sistem kontrol timeline         |
| 48 | Daftar hadir, dokumentasi   | Apakah masyarakat terlibat aktif?           | ≥70%                    | Tercapai | –                                  | Hubungan baik dengan masyarakat  | Buat database mitra masyarakat           |
| 49 | Laporan monitoring          | Apakah monev dilakukan selama & setelah?    | Monev lengkap           | Tercapai | –                                  | Sistem monev berjalan            | Perlu format baku laporan monev          |
| 50 | Evaluasi pasca kegiatan     | Apakah evaluasi hasil PkM dilakukan?        | Dilaksanakan            | Tercapai | –                                  | Evaluasi rutin                   | Tambahkan evaluasi dampak jangka panjang |
| 51 | Inventaris, foto sarpras    | Apakah sarpras mendukung PkM?               | Sarpras layak           | Tercapai | –                                  | Sarpras memadai                  | Benahi dokumentasi inventaris            |
| 52 | Foto penggunaan sarpras     | Apakah sarpras digunakan sesuai peruntukan? | Sesuai                  | Tercapai | –                                  | Penggunaan tepat sasaran         | Lakukan audit sarpras tahunan            |
| 53 | SOP PkM, laporan kegiatan   | Apakah proses mengikuti SOP?                | 100% sesuai             | Tercapai | –                                  | Implementasi SOP baik            | Review SOP setiap 2 tahun                |
| 54 | SOP PkM, laporan kegiatan   | Apakah seluruh proses mengikuti SOP?        | 100% sesuai             | Tercapai | –                                  | Pelaksanaan konsisten            | Penguatan pelatihan SOP untuk dosen      |
| 55 | Dokumen MoU/MoA             | Apakah memiliki kerja sama dengan mitra?    | Ada MoU/MoA             | Tercapai | –                                  | Kemitraan aktif                  | Evaluasi kebermanfaatan mitra            |
| 56 | Laporan PkM                 | Apakah laporan diserahkan tepat waktu?      | Tepat waktu             | Tercapai | –                                  | Kedisiplinan pelaporan           | Sediakan template laporan baku           |
| 57 | RAB, laporan keuangan       | Apakah dana PkM sesuai kebutuhan?           | Dana sesuai kebutuhan   | Tercapai | –                                  | Pendanaan memadai                | Buat mekanisme review anggaran           |
| 58 | LPJ kegiatan PkM            | Apakah LPJ disampaikan                      | Tepat waktu             | Tercapai | –                                  | Kepatuhan LPJ                    | Digitalisasi LPJ                         |

| No | Hasil Audit Dokumen (Bukti) | Daftar Tilik / Skenario (Pertanyaan Audit) | Hasil Temuan / Visitasi | Status         | Akar Masalah (jika Belum Tercapai) | Faktor Pendukung (jika Tercapai) | Rekomendasi Auditor                  |
|----|-----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
|    |                             | tepat waktu?                               |                         |                |                                    | tinggi                           |                                      |
| 59 | Bukti belanja, RAB          | Apakah penggunaan dana sesuai RAB?         | Sesuai RAB              | Tercapai       | –                                  | Pengelolaan dana baik            | Perketat verifikasi bukti belanja    |
| 60 | Laporan monev               | Apakah monev dilakukan tiap semester?      | 100%                    | Tercapai       | –                                  | Sistem monitoring kuat           | Publikasikan hasil monev di internal |
| 61 | Laporan TL, BA rapat        | Apakah tindak lanjut terdokumentasi?       | 100% ada TL             | Belum Tercapai | Masih AMI pertama                  | -                                | Buat dashboard tindak lanjut mutu    |

Jambi, 06 Agustus 2024

Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

### Lampiran 3. MATRIKS RISIKO (High – Medium – Low)

**Tabel Matriks Risiko Tinggi (High Risk)**

| No | Area Risiko                                        | Penyebab Utama                                       | Dampak                          | Rekomendasi Kunci                                         |
|----|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1  | CBT – Daya pembeda soal rendah (15–23%)            | Bank soal belum terstandardisasi; minim review       | Validitas asesmen rendah        | Bentuk tim penjaminan mutu soal + pelatihan item analysis |
| 2  | OSCE – Variasi nilai antar penilai tinggi          | Inter-rater reliability rendah, rubrik kurang detail | Ketidakadilan penilaian         | Revisi rubrik + pelatihan penilai                         |
| 3  | Integrasi Sistem Digital antar unit belum berjalan | Sistem bekerja sendiri-sendiri                       | Data tidak konsisten            | Implementasi dashboard terpadu Tridarma                   |
| 4  | Indikator prosedur klinis belum lengkap            | SOP skill lab belum diperbarui                       | Penilaian klinis tidak objektif | Lengkapi indikator + validasi SOP klinis                  |

**Tabel Matriks Risiko Sedang (MEDIUM RISK)**

| No | Area Risiko                                        | Penyebab Utama         | Dampak                                    | Rekomendasi                      |
|----|----------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| 1  | Integrasi penelitian ke kurikulum belum sistematis | Belum ada pedoman baku | Kurikulum kurang relevan                  | Susun pedoman integrasi Tridarma |
| 2  | Dokumentasi sarpras & kurikulum belum rapi         | Format tidak seragam   | Audit internal sulit                      | Standarisasi format dokumen      |
| 3  | Pelibatan mahasiswa dalam monev belum terstruktur  | Mekanisme kurang jelas | Data suara mahasiswa kurang representatif | Bakuan SOP monev mahasiswa       |
| 4  | JFA dosen masih rendah (5% L)                      | Minim pembinaan        | Pengembangan SDM akademik lambat          | Program percepatan JFA           |

### Lampiran 3 (lanjutan)

**Tabel Risiko Rendah (Low Risk)**

| No | Area Risiko                 | Penyebab Utama          | Dampak                      | Rekomendasi                    |
|----|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1  | Ketepatan waktu nilai & LPJ | Perbedaan unit          | Potensi keterlambatan kecil | Pertahankan mekanisme reminder |
| 2  | Pelaksanaan PkM             | Format dokumen variatif | Minor                       | Standardisasi dokumen          |
| 3  | Kehadiran dosen & SCL       | Variasi antar prodi     | Minor                       | Pelatihan berkelanjutan        |

Jambi, 06 Agustus 2024

Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

## Lampiran 4. Perencanaan Audit Mutu Internal Program Studi

### PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL PROGRAM STUDI

| Audit                            | Tipe Audit    | Standar yang digunakan   |              |              |
|----------------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------|
| Mutu Internal                    | Lapangan      | Standard SPMI UNAJA 2018 |              |              |
| Nama Program Studi               | Ruang Lingkup | Tanggal Audit            |              |              |
| S1 Kedokteran dan Profesi Dokter | Akademik      | 05 - 06 Agustus 2024     |              |              |
| Distribusi Dokumen **)           | Auditee       | Auditor                  | GPM          | Arsip        |
|                                  | <div>√</div>  | <div>√</div>             | <div>√</div> | <div>√</div> |

\*\*) Checklist sesuai dengan peruntukan dokumen

#### Jadwal Pelaksanaan Audit

Diisi mulai jam  
Hari pertama  
09.00 – 15.00 WIB : Audit Lapangan (dokumen, wawancara dan analisis)

Hari Kedua  
09.00 – 12.00: Formulasi temuan dalam meeting internal  
13.30 – 14.30: penyampaian temuan audit kepada auditee

#### Ketua Auditor Anggota Auditor

Apt Rahmadevi, S.Si, M.Farm  
Liani Setyrasih, S.Gz, M.Gz  
Eprina Intami, S.Keb, M.Kes

#### Auditee

dr. Meki Karolina, M.Biomed  
dr. Dhanny Jovindho, MM (RS)

Jambi, 06 Agustus 2024  
Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

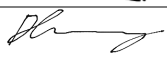
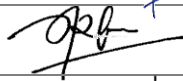
## Lampiran 5. Daftar Hadir

### DAFTAR HADIR PEMBUKAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Program Studi : S1 Kedokteran dan Profesi Dokter

Hari / Tanggal : 05 Agustus 2024

Tempat : Kantor Program Studi S1 Kedokteran

| No | Nama                                  | Departemen                                   | Tanda Tangan                                                                          |
|----|---------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Dr Subang Aini Nsution, SKM, M.Kes    | Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan |    |
| 2  | dr. Meki Karolina, M.Biomed           | Ka Prodi S1 Kedokteran                       |    |
| 3  | dr. Dhanny Jovindho, MM (RS)          | Ka Prodi Profesi Dokter                      |    |
| 4  | Apt Rahmadevi, S.Si, M.Farm           | Ketua Tim Auditor                            |   |
| 5  | Liani Setyrasih, S.Gz, M.Gz           | Anggota Tim Auditor                          |  |
| 6  | Eprina Intami, S.Keb, M.Kes           | Anggota Tim Auditor                          |  |
| 7  | dr. Tiarany Erlinda, M.Biomed         | Staf Prodi Profesi Dokter                    |  |
| 8  | Ringga Chandra Perdana, S.Kom., M.Kom | Staf IT FKIK                                 |  |

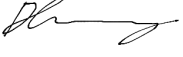
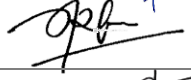
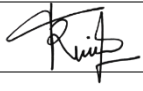
## Lampiran 5 (lanjutan)

### DAFTAR HADIR PENUTUPAN AUDIT MUTU INTERNAL

Program Studi : S1 Kedokteran dan Profesi Dokter

Hari / Tanggal : 06 Agustus 2024

Tempat : Kantor Program Studi S1 Kedokteran

| No | Nama                                  | Departemen                                   | Tanda Tangan                                                                          |
|----|---------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Dr Subang Aini Nsution, SKM, M.Kes    | Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan |    |
| 2  | dr. Meki Karolina, M.Biomed           | Ka Prodi S1 Kedokteran                       |    |
| 3  | dr. Dhanny Jovindho, MM (RS)          | Ka Prodi Profesi Dokter                      |   |
| 4  | Apt Rahmadevi, S.Si, M.Farm           | Ketua Tim Auditor                            |  |
| 5  | Liani Setyrasih, S.Gz, M.Gz           | Anggota Tim Auditor                          |  |
| 6  | Eprina Intami, S.Keb, M.Kes           | Anggota Tim Auditor                          |  |
| 7  | dr. Tiarany Erlinda, M.Biomed         | Staf Prodi Profesi Dokter                    |  |
| 8  | Ringga Chandra Perdana, S.Kom., M.Kom | Staf IT FKIK                                 |  |



