

2025

LAPORAN

AUDIT MUTU INTERNAL

PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN DAN
PENDIDIKAN PROFESI DOKTER

No. 010/DOK/F1/UNAJA/X/2025



UNIVERSITAS ADIWANGSA JAMBI

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga Laporan Audit Mutu Internal (AMI) Program Studi S1 Kedokteran dan Program Profesi Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Adiwangsa Jambi Tahun 2025 dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Penyusunan laporan ini merupakan bagian dari komitmen institusi dalam memastikan terselenggaranya budaya mutu yang berkesinambungan, serta sebagai bentuk tanggung jawab akademik dalam pemenuhan standar pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, tata kelola, dan layanan kemahasiswaan sesuai ketentuan yang berlaku.

Audit Mutu Internal dilaksanakan sebagai instrumen evaluasi yang sistematis, objektif, dan terukur untuk menilai tingkat kesesuaian pelaksanaan kegiatan tridarma dan tata kelola program studi terhadap Standar Pendidikan Tinggi serta Standar Mutu Internal Universitas Adiwangsa Jambi. Melalui kegiatan ini, Program Studi S1 Kedokteran dan Program Profesi Dokter diharapkan memperoleh informasi yang komprehensif mengenai capaian mutu, area yang memerlukan penguatan, serta rekomendasi tindak lanjut dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan (continuous quality improvement).

Pada kesempatan ini, kami menyampaikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada tim auditor internal, pimpinan fakultas, pimpinan program studi, para dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, serta seluruh pihak yang telah berperan aktif dalam proses pelaksanaan audit hingga penyusunan laporan ini. Semoga hasil AMI Tahun 2025 ini dapat dijadikan dasar pengambilan keputusan, penguatan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), peningkatan efektivitas manajemen akademik, serta pemantapan kualitas lulusan sejalan dengan visi Universitas Adiwangsa Jambi sebagai Applied Science and Socio-Technopreneurship University yang unggul, berdaya saing internasional, dan terpercaya.

Akhirnya, kami berharap laporan ini memberikan manfaat optimal bagi seluruh pemangku kepentingan serta menjadi rujukan dalam penyusunan rencana tindak lanjut dan pengembangan mutu program studi secara berkelanjutan.

Jambi, Agustus 2025
Ketua Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
EXECUTIVE SUMMARY	4
BAB I PENDAHULUAN.....	5
1.1 Latar Belakang Pelaksanaan AMI.....	5
1.2. Tujuan Audit Mutu Internal	5
1.3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal.....	5
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).....	10
3.3 Permintaan Tindakan Peningkatan (PTP)	11
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	12
4.1. Kesimpulan.....	12
4.2. Rekomendasi.....	12
Lampiran 1. Matriks Audit Mutu Internal Tahun 2025	13
Lampiran 2. Matriks Temuan pada Kegiatan AMI tahun 2025.....	18
Lampiran 3. MATRIKS RISIKO dan Mapping PTK.....	24
Lampiran 4. Permintaan Tindakan Koreksi – Program Studi Kedokteran & Profesi Dokter FKIK – UNAJA.....	25
Lampiran 5. Perencanaan Audit Mutu Internal.....	28
Lampiran 6. Daftar Hadir	29

EXECUTIVE SUMMARY

Audit Mutu Internal (AMI) Tahun 2025 telah dilaksanakan sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Universitas Adiwangsa Jambi (UNAJA) dengan mengacu pada siklus PPEPP. Audit ini mencakup evaluasi kesesuaian standar pada Program Studi Sarjana Kedokteran dan Program Profesi Dokter, meliputi tata pamong, kurikulum, pembelajaran, asesmen, SDM, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, layanan mahasiswa, sarana-prasarana, dan pengelolaan mutu.

Secara keseluruhan, tingkat kepatuhan program studi terhadap Standar Mutu UNAJA mencapai 90%, menunjukkan adanya peningkatan signifikan dibanding periode sebelumnya. Pencapaian ini didukung oleh implementasi kurikulum berbasis kompetensi, penerapan PBL secara lebih konsisten, peningkatan kualitas asesmen berbasis CBT-OSCE, serta peningkatan aktivitas dosen dalam pelatihan pedagogik dan e-learning.

A. Temuan Utama per Standar :

Berdasarkan analisis 57 temuan audit, diperoleh ringkasan sebagai berikut:

1. Standar Akademik & Kurikulum: Implementasi kurikulum kompetensi berjalan baik, namun masih terdapat kebutuhan harmonisasi CPL-CPMK-RPS dan penjaminan keberlanjutan pelaksanaan PBL.
2. Standar Pembelajaran & Asesmen: PBL dan pendidikan klinik sudah berjalan, namun SOP OSCE, monitoring logbook, dan mekanisme remedial belum sepenuhnya konsisten.
3. Standar SDM: Ketersediaan dosen tetap meningkat, tetapi masih diperlukan percepatan pemenuhan dosen bersertifikasi dan preceptor klinik.
4. Standar Penelitian & Pengabdian: Produktivitas meningkat, meski distribusi dosen dan pemenuhan output publikasi perlu ditingkatkan.
5. Standar Layanan Mahasiswa & Sarpras: Sudah memenuhi standar dasar, namun pemeliharaan fasilitas laboratorium, jaringan internet, dan sistem informasi masih perlu diperkuat.

B. Profil Risiko Mutu Program Studi (2025)

Berdasarkan pemetaan status temuan:

1. High Risk (Merah) : 4 temuan — mayoritas terkait konsistensi asesmen klinik, sarpras, dan tata pamong.
2. Medium Risk (Kuning) : 12 temuan — terutama terkait implementasi pembelajaran dan dokumentasi mutu.
3. Low Risk (Hijau) : 41 temuan — menunjukkan standar telah terpenuhi namun tetap perlu pemantauan berkala.

C. Kesimpulan

AMI Tahun 2025 menunjukkan bahwa Program Studi Sarjana Kedokteran dan Program Profesi Dokter UNAJA berada dalam kategori mutu baik, dengan sebagian besar standar telah terpenuhi dan peningkatan secara signifikan dibanding tahun sebelumnya. Meskipun demikian, sejumlah area prioritas masih memerlukan penguatan, khususnya pada tata kelola pendidikan klinik, konsistensi dokumentasi mutu, pemenuhan SDM, dan optimalisasi sarana-prasarana.

Rekomendasi tindak lanjut telah disusun untuk memastikan peningkatan mutu berkelanjutan dan pencapaian visi UNAJA sebagai *Applied Science and Socio-Technopreneurship University* yang unggul dan terpercaya.

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 berlandaskan siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan). Pelaksanaan AMI Tahun 2025 pada Program Studi Sarjana Kedokteran dan Program Profesi Dokter merupakan tindak lanjut evaluasi mutu berkelanjutan terhadap pemenuhan Standar Nasional Pendidikan Tinggi serta Standar Mutu UNAJA.

Sebagai program studi yang menyelenggarakan pendidikan kedokteran berbasis kompetensi, pelaksanaan AMI 2025 diarahkan untuk memastikan bahwa seluruh proses akademik, pendidikan klinik, sistem evaluasi pembelajaran, tata pamong, sumber daya manusia, serta pelaksanaan tridarma telah berjalan sesuai standar yang ditetapkan dan mendukung pencapaian mutu secara terukur.

Pada Tahun 2025, fokus audit mencakup beberapa aspek utama, yaitu:

1. Kepatuhan terhadap Standar Nasional Pendidikan Kedokteran.
2. Implementasi kurikulum berbasis OBE dan *Problem-Based Learning* (PBL).
3. Mutu pembelajaran, asesmen, dan penyelenggaraan pendidikan klinik.
4. Manajemen promosi dan penerimaan mahasiswa baru (PMB).
5. Efektivitas pengelolaan sumber daya manusia, sarana-prasarana, serta tata pamong program studi.

Hasil audit menunjukkan bahwa program studi mengalami perkembangan positif, antara lain ditandai dengan peningkatan skor kepatuhan terhadap standar mutu hingga mencapai 93%, peningkatan partisipasi dosen dalam pelatihan pedagogik terkait PBL dan pembelajaran digital (*e-learning*), serta perbaikan implementasi sistem asesmen berbasis *Computer-Based Test* (CBT), *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), dan penilaian kinerja klinis. Temuan tersebut menunjukkan adanya komitmen berkelanjutan program studi dalam melakukan perbaikan mutu serta upaya pencapaian standar pendidikan kedokteran yang lebih unggul dan berdaya saing.

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 2025 (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 2025 melalui kombinasi audit dokumen dan kunjungan lapangan.

BAB III HASIL AUDIT MUTU INTERNAL

3.1. Hasil Audit Lapangan

3.1.1 Pencapaian Umum

1. Skor kepatuhan standar mutu meningkat menjadi 93%, naik signifikan dibanding tahun sebelumnya.
2. Terdapat perbaikan pada aspek pembelajaran, asesmen, pendidikan klinik, serta PMB.
3. Kinerja unit sudah terdokumentasi namun integrasi pelaporan digital lintas unit masih belum optimal.

3.1.2 Temuan Utama per Standar

Berikut rangkuman temuan sesuai area audit:

A. Standar Pendidikan : Kurikulum & Capaian Pembelajaran (No. 1-6)

Temuan Positif

1. Siklus revisi kurikulum berjalan baik dan terdokumentasi.
2. CPL-CPMK selaras dan telah dimapping dengan baik.
3. Dokumen kurikulum relatif lengkap (>80%).
4. Stakeholder eksternal terlibat dalam penyusunan kurikulum.
5. Monev kurikulum berjalan dengan prinsip PPEPP.

Temuan Negatif

1. Integrasi hasil penelitian/PKM ke kurikulum belum sistematis.

Rekomendasi Utama

1. Mengembangkan mekanisme baku integrasi tridarma ke kurikulum baru.

B. Standar Pendidikan : Pembelajaran (No. 7-15)

Temuan Positif

1. RPS tersedia >80% dan sebagian besar sudah diperbarui.
2. Kehadiran dosen sangat baik ($\geq 80\%$).
3. LMS digunakan konsisten (>80%).
4. SCL, PBL, dan e-learning telah diterapkan.
5. Input nilai tepat waktu dan arsip penilaian lengkap.

Kelemahan / Temuan Utama

1. Masih terdapat RPS yang belum ter-update 100%.

Rekomendasi Utama

1. Percepat pembaruan RPS yang tersisa dan lakukan standarisasi rubrik lintas MK.

C. Standar Pendidikan : Penilaian Pembelajaran (CBT & OSCE) (No. 16-20)

Temuan Positif

1. Rubrik penilaian telah tersedia.
2. Kelengkapan dokumen OSCE sebagian besar terpenuhi.

Temuan Negatif (Risiko Tinggi – Merah)

1. 23% soal CBT terlalu mudah / tidak membedakan.
2. 20% soal belum sesuai CPL / blueprint.
3. Distribusi kesulitan soal belum standar.

4. Kalibrasi pengujian OSCE belum rutin.
5. Rubrik OSCE belum seragam.

Rekomendasi Utama

1. Melaksanakan pelatihan penyusunan soal & item analysis berkala.
2. Melakukan kalibrasi pengujian OSCE minimal 2x/tahun.
3. Membangun bank soal terstandarisasi.

D. Standar Mahasiswa & Layanan Akademik (No. 21–22)

Temuan Positif

1. Survei kepuasan dilakukan rutin tiap semester.

Temuan Negatif

1. Partisipasi mahasiswa dalam monev masih rendah (<70%).

Rekomendasi Utama

1. Integrasikan monev ke LMS dan berikan insentif partisipasi.

E. Standar Dosen & Tenaga Kependidikan (No. 23–25)

Temuan Positif

1. STR/SIP dosen klinik 100% aktif.

Temuan Negatif (Risiko Merah)

1. Persentase dosen tersertifikasi <10% (masih satu)
2. Persentase dosen dengan jabatan fungsional Lektor <10% (bertambah dua, menjadi tiga)

Rekomendasi Utama

1. Program percepatan sertifikasi pendidik dan pendampingan JFA.

F. Standar Sarana Prasarana (No. 26, 49–50)

Temuan Positif

1. Sarpras pembelajaran dan PkM layak mendukung CPL.
2. Penggunaan sarpras sesuai peruntukan.

Temuan Negatif

1. Dokumentasi sarpras belum rapi dan belum terintegrasi.

Rekomendasi Utama

1. Penataan inventaris dan integrasi ke sistem informasi sarpras.

G. Standar Penjaminan Mutu Internal & Sistem Informasi (No. 30, 56–57)

Temuan Positif

1. Monev rutin setiap semester dan tindak lanjut terdokumentasi.

Temuan Negatif (Risiko Merah)

1. Sistem pelaporan tridarma belum terintegrasi.

Rekomendasi Utama

1. Integrasi SIADO–LMS–Penelitian–PkM menjadi satu dashboard mutu.

H. Standar : Penelitian (No. 32–40)

Temuan Positif

1. Roadmap prodi tersedia dan 80% dosen memiliki roadmap.
2. Kesesuaian penelitian dengan roadmap >80%.
3. Publikasi meningkat dan pelatihan penelitian berjalan.

4. LPJ tepat waktu dan komponen pembiayaan lengkap.

Temuan Negatif

1. 20% dosen belum memiliki roadmap penelitian 5 tahun.

Rekomendasi Utama

1. Pendampingan penyusunan roadmap individual dosen.

I. Standar Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) (No. 41–55)

Temuan Positif

1. Seluruh aspek PkM (tema, pelaksanaan, laporan, evaluasi, SOP) tercapai.
2. Kemitraan aktif dan sarpras mendukung kegiatan PkM.

Temuan Negatif

1. Hampir tidak ada kelemahan signifikan pada PkM 2025.

Rekomendasi Utama

2. Perkuat jejaring mitra dan evaluasi dampak berbasis indikator.

Temuan Risiko Tinggi (High Risk – Merah)

1. Mutu soal CBT (3 indikator: No. 16, 17, 18)
2. Sertifikasi dosen (<10%) (No. 23)
3. Jabatan fungsional dosen (<10%) (No. 25)
4. Sistem pelaporan tridarma belum terintegrasi (No. 30)

Ini menjadi **prioritas perbaikan 2025–2026**.

3.2 Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

3.2.1 KTS-Mayor

Temuan :

1. Analisis butir soal sangat rendah (23%)
2. Kesesuaian soal CBT dengan CPL masih rendah (20%)
3. Bank soal tidak standar dan belum dianalisis
4. % dosen tersertifikasi <10%
5. Integrasi sistem digital (SIADO–LMS–Tridarma) belum berjalan

3.2.2 KTS-Minor

Temuan :

1. Integrasi hasil penelitian ke kurikulum belum sistematis.
2. Variasi nilai OSCE antar-penguji belum terkalibrasi.
3. Rubrik OSCE belum terstandar.
4. Partisipasi mahasiswa dalam survei <70%.
5. Dokumentasi sarpras belum rapi.
6. Timeline publikasi tidak ada.

3.2.3 Observasi

Temuan :

1. Siklus revisi kurikulum sudah rutin → pertahankan + dokumentasi lebih lengkap.
2. LMS sudah digunakan ≥80% → peluang integrasi otomatis dengan penilaian.
3. Pelatihan PBL/e-learning sudah tinggi → perlu penguatan lanjutan.

4. Survei kepuasan rutin → perlu dashboard digital.

3.3 Permintaan Tindakan Peningkatan (PTP)

1. Digitalisasi penuh: absensi, logbook, dan penilaian klinik.
2. Audit bank soal berkala dan validasi kompetensi minimal dua kali per tahun.
3. Pelatihan examiner OSCE (standard setting, analytic rubric).
4. Standardisasi dokumen pembelajaran (judul, versi, penanggung jawab, tanggal revisi).
5. Penguatan monev blok & clerkship dengan analisis tren hasil belajar.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

4.1. Kesimpulan

Audit mutu internal yang dilakukan terhadap seluruh standar menunjukkan bahwa tingkat kesesuaian umum sudah berjalan, namun terdapat sejumlah aspek penting yang masih memerlukan penguatan serius, terutama pada :

1. **Konsistensi Implementasi Dokumen Mutu**
Sebagian besar temuan terkait ketidaksesuaian bersumber dari ketidaktepatan penggunaan dokumen, SOP yang belum diperbarui, ketidaklengkapan bukti, serta ketidaksinkronan antara dokumen perencanaan – pelaksanaan – pelaporan.
2. **Pengelolaan Bukti Kinerja & Rekam Jejak (Record Keeping)**
Masih ditemukan bukti kegiatan yang tidak terdokumentasi, tidak tersimpan rapi, atau belum dapat ditelusuri. Ini berisiko tinggi terhadap akuntabilitas dan pelaporan eksternal.
3. **Integrasi Sistem Penjaminan Mutu**
Implementasi siklus PPEPP belum sepenuhnya konsisten, terutama pada bagian Evaluasi dan Peningkatan, sehingga beberapa proses berjalan tanpa mekanisme kontrol berkelanjutan.
4. **Variasi Kualitas Antar Unit/Prodi**
Terdapat perbedaan signifikan antar unit yang menunjukkan bahwa kesadaran mutu (quality awareness) belum merata dan belum adanya sistem supervisi/pendampingan yang terstandarisasi.

4.2. Rekomendasi

Rekomendasi Audit (Tingkat Institusi) :

1. **Penguatan Sistem Dokumentasi & Digitalisasi Bukti**
 - Membangun/menyempurnakan repository dokumen terintegrasi (Google Drive/OneDrive/Sistem Akademik).
 - Menetapkan standar penamaan file, format, dan mekanisme unggah bukti wajib.
 - Melakukan audit bukti setiap triwulan.
2. **Penyelarasan & Revisi Standar / SOP**
 - Semua SOP yang sudah tidak relevan harus direvisi maksimal 1 bulan setelah audit.
 - Menetapkan PIC revisi untuk setiap standar.
3. **Peningkatan Pelaksanaan Monev Berkala**
 - Membuat kalender Monev institusi.
 - Membentuk Tim Monev yang bertugas memastikan PPEPP berjalan pada seluruh prodi/unit.
 - Melaporkan hasil Monev dan status tindak lanjut setiap 3 bulan.
4. **Penguatan Kapasitas SDM Mutu**
Pelatihan wajib: Audit Mutu Internal, Penyusunan Dokumen Mutu, Penyusunan Bukti Kinerja, Manajemen Risiko dan Workshop pendampingan per prodi/unit.
5. **Penguatan Koordinasi Antar Unit : Membuat dashboard capaian mutu.**

Lampiran 1. Matriks Audit Mutu Internal Tahun 2025

TABEL MATRIKS AUDIT MUTU INTERNAL TAHUN 2025

No	Indikator Utama	Sub Indikator	Pertanyaan Audit	Bukti yang Diperiksa	Kriteria Keberhasilan	Temuan 2025
1	Kurikulum	Revisi Kurikulum	Apakah kurikulum direvisi dalam periode 2-4 tahun?	Dokumen kurikulum, SK revisi	Revisi ≤ 4 tahun	Tercapai – siklus revisi terdokumentasi
2	Kurikulum	CPL-CPMK	Apakah CPL selaras dengan CPMK dan materi pembelajaran?	CPL, CPMK, matriks kurikulum	Selaras & terdokumentasi	Tercapai
3	Kurikulum	Dokumen Kurikulum	Apakah profil lulusan, struktur kurikulum, dan RPS lengkap?	Buku kurikulum, RPS	Dokumen lengkap	Tercapai , cakupan >80%
4	Kurikulum	Pelibatan Stakeholder	Apakah penyusunan kurikulum melibatkan stakeholder?	Notulen, daftar hadir	Ada keterlibatan stakeholder	Tercapai
5	Evaluasi Kurikulum	Integrasi Penelitian/PKM	Apakah hasil penelitian/PKM masuk ke kurikulum?	Laporan penelitian, RPS	Ada bukti integrasi tridarma	Belum optimal – belum sistematis
6	Evaluasi Kurikulum	Tindak Lanjut Monev	Apakah monev digunakan utk perbaikan kurikulum?	Notulen revisi kurikulum	Ada bukti perbaikan	Tercapai
7	Pembelajaran	RPS	Apakah semua mata kuliah memiliki RPS terbaru?	RPS seluruh MK	100% tersedia	Tercapai , >80%
8	Pembelajaran	Kehadiran Dosen	Apakah kehadiran dosen ≥ 80%?	Presensi, berita acara mengajar	≥80%	Tercapai

No	Indikator Utama	Sub Indikator	Pertanyaan Audit	Bukti yang Diperiksa	Kriteria Keberhasilan	Temuan 2025
9	Pembelajaran	Metode SCL	Apakah dosen menggunakan metode SCL?	RPS, LMS	Ada penggunaan SCL	Tercapai
10	Pembelajaran	Teknologi Pembelajaran	Apakah LMS digunakan secara konsisten?	LMS, aktivitas mahasiswa	Penggunaan konsisten >80%	Tercapai (>80%)
11	Pembelajaran	Pelatihan PBL & e-Learning	Apakah dosen sudah mengikuti pelatihan dan menerapkannya?	Sertifikat, RPS PBL	≥70% dosen mengikuti	Tercapai
12	Penilaian	Instrumen Penilaian	Apakah penilaian sesuai instrumen pada RPS?	RPS, rubrik	Penilaian sesuai RPS	Tercapai
13	Penilaian	Ketepatan Input Nilai	Apakah nilai diinput tepat waktu?	Rekap nilai, LMS	Tepat waktu	Tercapai (>90%)
14	Penilaian	Rubrik Penilaian	Apakah rubrik tersedia & digunakan?	Rubrik, contoh nilai	Rubrik lengkap	Tercapai
15	Penilaian	Arsip Penilaian	Apakah arsip soal & nilai terdokumentasi?	Arsip soal/nilai	Arsip lengkap	Tercapai
16	Mutu Soal CBT	Kualitas Butir Soal	Berapa persen soal mudah/tidak membedakan?	Analisis butir	Soal bermasalah <10%	Belum tercapai – 23% mudah
17	Mutu Soal CBT	Kesesuaian dengan CPL	Apakah soal sesuai blueprint & CPL?	Blueprint, analisis item	Tidak ada diskriminasi <0,2	Belum tercapai – 20% (masih rendah)
18	Mutu Soal CBT	Distribusi Kesulitan	Bagaimana distribusi kesulitan?	Laporan analisis	<5% soal bermasalah	Belum tercapai
19	OSCE	Konsistensi Penilai	Apakah terdapat variasi nilai antar penguji?	Nilai OSCE, rubrik	Variasi <10%	Belum tercapai
20	OSCE	Kelengkapan Rubrik	Apakah rubrik OSCE lengkap & objektif?	Rubrik, SOP	Rubrik jelas & terukur >70%	Belum tercapai

No	Indikator Utama	Sub Indikator	Pertanyaan Audit	Bukti yang Diperiksa	Kriteria Keberhasilan	Temuan 2025
21	Monev Mahasiswa	Pelibatan Mahasiswa	Apakah mahasiswa terlibat monev pembelajaran?	Kuesioner	≥70% partisipasi	Belum tercapai
22	Kepuasan	Evaluasi Kepuasan	Apakah survei kepuasan dilakukan tiap semester?	Laporan survei	≥1×/tahun	Tercapai
23	SDM Dosen	Sertifikasi Pendidik	Berapa persen dosen tersertifikasi?	SK sertifikasi	≥80%	Belum Tercapai (masih<10%)
24	SDM Klinis	STR & SIP	Apakah seluruh dosen klinik memiliki STR & SIP aktif?	STR, SIP	100% aktif	Tercapai
25	Jabatan Fungsional	Peningkatan JFA	Berapa persen dosen Lektor?	SK JFA	≥10%	Belum tercapai
26	Sarpras	Sarpras Pembelajaran	Apakah sarpras mendukung CPL?	Inventaris	Sarpras layak	Tercapai, dokumen belum rapi
27	PMB	Publikasi Informasi	Apakah publikasi menjangkau ≥90% audiens?	Insights media sosial	≥90%	Tercapai
28	PMB	Kecepatan Pembaruan Informasi	Apakah pembaruan diunggah tepat waktu?	Log unggahan	Tidak terlambat	Belum tercapai
29	PMB	Jangkauan Pendaftar	Apakah pendaftar luar provinsi meningkat?	Data pendaftar	Ada peningkatan	Tercapai
30	Sistem Digital	Integrasi Sistem	Apakah pelaporan tridarma terintegrasi?	Dashboard sistem	Terintegrasi	Belum tercapai
31	Pendidikan Klinik	Kesesuaian Prosedur Klinis	Apakah indikator prosedur klinis lengkap?	SOP, rubrik	Indikator lengkap	Belum tercapai (≤80%)
32	Roadmap Dosen	Roadmap Penelitian	Apakah dosen punya roadmap 5 tahun?	Roadmap dosen	100% dosen	80% – belum 100%
33	Roadmap Prodi	Roadmap Penelitian	Apakah roadmap penelitian	Dokumen	Tersedia	Tercapai

No	Indikator Utama	Sub Indikator	Pertanyaan Audit	Bukti yang Diperiksa	Kriteria Keberhasilan	Temuan 2025
		Prodi	prodi tersedia?	roadmap		
34	Pelaksanaan Penelitian	Kesesuaian Roadmap	Apakah penelitian dosen sesuai roadmap?	Proposal, laporan	≥80% sesuai	Tercapai
35	Publikasi	Tren Publikasi	Apakah publikasi meningkat?	Rekap publikasi	Tren positif	Tercapai
36	Pengembangan Dosen	Pelatihan Penelitian	Apakah ada pelatihan penulisan publikasi?	Sertifikat	≥1×/tahun	Tercapai
37	Output Penelitian	Publikasi & KI	Apakah dosen difasilitasi publikasi & KI?	Bukti publikasi	Fasilitasi berjalan	Tercapai
38	Diseminasi Penelitian	Seminar/Jurnal	Apakah hasil penelitian didiseminasikan?	Dokumentasi	Diseminasi berjalan	Tercapai
39	Pelaporan Penelitian	Pertanggungjawaban Dana	Apakah laporan dana tepat waktu?	LPJ penelitian	≤2 minggu	Tercapai
40	Pembiayaan Penelitian	Kelengkapan Komponen	Apakah pembiayaan mencakup seluruh komponen?	Proposal	Komponen lengkap	Tercapai
41	PkM	Kesesuaian Tema	Apakah tema sesuai roadmap & kebutuhan masyarakat?	Roadmap PkM	Sesuai roadmap	Tercapai
42	PkM	Analisis Kebutuhan	Apakah analisis kebutuhan masyarakat dilakukan?	Need assessment	Ada analisis kebutuhan	Tercapai
43	PkM	Relevansi Sasaran	Apakah sasaran sesuai prioritas pembangunan daerah?	Proposal PkM	Selaras RPJMD	Tercapai
44	PkM	Proposal PkM	Apakah proposal sesuai pedoman?	Proposal	Sesuai pedoman	Tercapai

No	Indikator Utama	Sub Indikator	Pertanyaan Audit	Bukti yang Diperiksa	Kriteria Keberhasilan	Temuan 2025
45	PkM	Pelaksanaan PkM	Apakah pelaksanaan sesuai jadwal & proposal?	Laporan kegiatan	100% sesuai	Tercapai
46	PkM	Partisipasi Masyarakat	Apakah masyarakat terlibat aktif?	Daftar hadir	≥70%	Tercapai
47	PkM	Monev PkM	Apakah monev dilakukan?	Laporan monev	Monev lengkap	Tercapai
48	PkM	Evaluasi Efektivitas	Apakah evaluasi dilakukan?	Evaluasi pasca kegiatan	Evaluasi lengkap	Tercapai
49	Sarpras PkM	Kelengkapan Sarpras	Apakah sarpras mendukung PkM?	Inventaris	Sarpras layak	Tercapai
50	Sarpras PkM	Penggunaan Sarpras	Apakah sarpras digunakan sesuai peruntukan?	Dokumentasi	Sesuai	Tercapai
51	Manajemen PkM	SOP	Apakah seluruh proses mengikuti SOP?	SOP PkM	100% sesuai	Tercapai
52	Kemitraan	MoU/MoA	Apakah FKIK memiliki MoU/MoA dengan mitra PkM?	Dok. MoU	≥1 per tahun	Tercapai
53	Pelaporan PkM	Laporan PkM	Apakah laporan diserahkan tepat waktu?	Laporan PkM	Tepat waktu	Tercapai
54	Pendanaan PkM	Alokasi Dana	Apakah dana tersedia sesuai kebutuhan?	RAB	Dana sesuai kebutuhan	Tercapai
55	Pertanggungjawaban	LPJ PkM	Apakah LPJ disampaikan tepat waktu?	LPJ	Tepat waktu	Tercapai
56	Monev Prodi	Monitoring Rutin	Apakah monev dilakukan setiap semester?	Laporan monev	Rutin setiap semester	Tercapai
57	Monev Prodi	Tindak Lanjut	Apakah TL terdokumentasi?	Laporan TL	TL lengkap	Tercapai

Lampiran 2. Matriks Temuan pada Kegiatan AMI tahun 2025

**TABEL MATRIKS TEMUAN PADA KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL TAHUN 2025
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN DAN PROFESI DOKTER**

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
1	Dokumen kurikulum, SK revisi	Apakah kurikulum direvisi ≤ 4 tahun?	Tercapai	Hijau	–	Siklus revisi terdokumentasi	Pertahankan siklus revisi berkala & tingkatkan dokumentasi evaluasi.
2	CPL–CPMK–Matriks Kurikulum	Apakah CPL selaras CPMK?	Tercapai	Hijau	–	Dokumen lengkap & sinkron	Lakukan <i>review alignment</i> minimal tiap 2 tahun.
3	Buku kurikulum & RPS	Apakah dokumen kurikulum lengkap?	Tercapai (>80%)	Hijau	–	Dokumen kurikulum dan RPS sudah tersedia	Optimalkan kelengkapan RPS hingga 100%.
4	Notulen, daftar hadir	Apakah stakeholder dilibatkan?	Tercapai	Hijau	–	Keterlibatan mitra eksternal	Tingkatkan porsi masukan stakeholder klinis & pengguna lulusan.
5	Laporan penelitian/PKM	Apakah hasil penelitian masuk kurikulum?	Belum optimal	Kuning	Integrasi belum sistematis	Ada kegiatan penelitian dosen	Susun mekanisme integrasi tridarma ke kurikulum.
6	Notulen monev kurikulum	Apakah monev digunakan untuk perbaikan?	Tercapai	Hijau	–	Monev rutin & terdokumentasi	Pertahankan siklus PPEPP kurikulum.

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
7	RPS seluruh mata kuliah	Apakah semua MK memiliki RPS baru?	Tercapai (>80%)	Hijau	–	Mayoritas RPS lengkap	Percepat pembaruan RPS yang belum update.
8	Presensi, BA mengajar	Apakah kehadiran dosen $\geq 80\%$?	Tercapai	Hijau	–	Kehadiran tinggi	Tetapkan mekanisme monitoring digital.
9	RPS, LMS	Apakah dosen menggunakan SCL?	Tercapai	Hijau	–	Implementasi SCL rutin	Tingkatkan variasi metode SCL berbasis PBL & TBL.
10	LMS, aktivitas mahasiswa	Apakah LMS digunakan konsisten?	Tercapai (>80%)	Hijau	–	Penggunaan LMS tinggi	Integrasikan LMS dengan penilaian berbasis data.
11	Sertifikat, RPS PBL	Pelatihan PBL & e-learning?	Tercapai	Hijau	–	>70% dosen mengikuti pelatihan	Dorong pelatihan lanjutan untuk konsistensi implementasi.
12	RPS, rubrik	Penilaian sesuai instrumen?	Tercapai	Hijau	–	Rubrik & instrumen tersedia	Pastikan rubrik digunakan secara konsisten.
13	Rekap nilai	Input nilai tepat waktu?	Tercapai (>90%)	Hijau	–	Komitmen dosen tinggi	Optimalkan pengingat otomatis melalui LMS.
14	Rubrik penilaian	Apakah rubrik tersedia & digunakan?	Tercapai	Hijau	–	Rubrik lengkap	Standarkan format rubrik antar-mata kuliah.
15	Arsip soal & nilai	Apakah arsip penilaian lengkap?	Tercapai	Hijau	–	Arsip tersimpan baik	Kembangkan sistem arsip digital terpusat.
16	Analisis butir soal	Kualitas soal (mudah/tidak	Belum tercapai	Merah	Analisis butir tidak rutin	–	Lakukan item analysis & pembinaan

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
		membedakan)?	(23%)				penulisan soal.
17	Blueprint, item analysis	Kesesuaian soal dgn CPL?	Belum tercapai (20% rendah)	Merah	Penulisan soal belum berbasis kompetensi	–	Pelatihan penyusunan blueprint & uji kualitas soal.
18	Laporan analisis CBT	Distribusi kesulitan?	Belum tercapai	Merah	Bank soal belum terstandardisasi	–	Bangun bank soal standar & review berkala.
19	Nilai OSCE	Variasi nilai antar penguji?	Belum tercapai	Kuning	Kalibrasi penguji belum rutin	–	Lakukan examiner calibration minimal 2×/tahun.
20	Rubrik OSCE	Apakah rubrik lengkap & objektif?	Belum tercapai	Kuning	Rubrik belum seragam	–	Standarkan rubrik OSCE & pelatihan penguji.
21	Kuesioner	Partisipasi mahasiswa $\geq 70\%$?	Belum tercapai	Kuning	Partisipasi rendah	–	Gunakan insentif & integrasi ke LMS.
22	Survei kepuasan	Apakah survei dilakukan tiap semester?	Tercapai	Hijau	–	Survei rutin	Perlu dashboard kepuasan mahasiswa.
23	SK sertifikasi	% dosen tersertifikasi?	Belum tercapai (<10%)	Merah	Belum tersedia fasilitas sertifikasi	–	Program percepatan sertifikasi pendidik.
24	STR & SIP	Apakah STR/SIP aktif?	Tercapai	Hijau	–	Dosen klinik lengkap STR/SIP	Monitor masa berlaku secara digital.
25	SK JFA	% Lektor $\geq 10\%$?	Belum tercapai	Merah	Kegiatan publikasi/JFA belum optimal	–	Pendampingan JFA & publikasi.

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
26	Inventaris	Sarpras mendukung CPL?	Tercapai (dokumen belum rapi)	Kuning	Dokumentasi belum rapi	Sarpras layak	Rapi & integrasikan dokumentasi Sarpras.
27	Insights media sosial	Publikasi menjangkau $\geq 90\%$?	Tercapai	Hijau	–	Cakupan publikasi tinggi	Tingkatkan publikasi multi-platform.
28	Log unggahan	Pembaruan tepat waktu?	Belum tercapai	Kuning	Belum ada timeline publikasi	–	Susun SOP pembaruan informasi.
29	Data pendaftar	Pendaftar luar provinsi meningkat?	Tercapai	Hijau	–	Jangkauan promosi luas	Perkuat jejaring antarprovinsi.
30	Dashboard sistem	Integrasi pelaporan tridarma?	Belum tercapai	Merah	Sistem digital belum terintegrasi	–	Bangun integrasi SIADO-LMS-Tridarma.
31	SOP Prosedur Klinis	Indikator prosedur klinis lengkap?	Belum tercapai ($\leq 80\%$)	Kuning	Belum semua prosedur terstandar	–	Lengkapi indikator & SOP prosedur klinis.
32	Roadmap dosen	Roadmap penelitian 5 tahun?	80% (belum 100%)	Kuning	Belum semua dosen menyusun roadmap	Ada 80% dosen patuh	Pendampingan penyusunan roadmap.
33	Roadmap prodi	Roadmap penelitian tersedia?	Tercapai	Hijau	–	Dokumen tersedia	Update roadmap setiap 3 tahun.
34	Proposal, laporan	Kesesuaian penelitian dgn roadmap?	Tercapai	Hijau	–	Kesesuaian $> 80\%$	Kembangkan penelitian kolaboratif.
35	Rekap publikasi	Tren publikasi meningkat?	Tercapai	Hijau	–	Kenaikan publikasi	Dorong publikasi internasional Q3-Q2.
36	Sertifikat	Pelatihan penulisan	Tercapai	Hijau	–	Pelatihan rutin	Tambahkan pelatihan

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
	pelatihan	publikasi $\geq 1 \times / \text{tahun}$?					metodologi lanjutan.
37	Bukti publikasi	Fasilitasi KI & publikasi?	Tercapai	Hijau	–	Fasilitasi berjalan	Perkuat pendanaan publikasi.
38	Dokumentasi seminar	Diseminasi penelitian?	Tercapai	Hijau	–	Kegiatan berjalan	Wajibkan diseminasi per penelitian.
39	LPJ penelitian	LPJ tepat waktu (≤ 2 minggu)?	Tercapai	Hijau	–	Kepatuhan tinggi	Tetapkan sistem pengingat otomatis.
40	Proposal	Komponen pembiayaan lengkap?	Tercapai	Hijau	–	Proposal standar	Perkuat evaluasi efisiensi pembiayaan.
41	Roadmap PkM	Tema sesuai roadmap?	Tercapai	Hijau	–	Selaras roadmap	Pertahankan kesesuaian tema.
42	Need assessment	Analisis kebutuhan dilakukan?	Tercapai	Hijau	–	Analisis lengkap	Integrasikan dengan data desa/daerah.
43	Proposal PkM	Sasaran sesuai RPJMD?	Tercapai	Hijau	–	Selaras RPJMD	Tingkatkan sinergi dgn pemda.
44	Proposal	Sesuai pedoman?	Tercapai	Hijau	–	Proposal standar	Pastikan seluruh komponen 100% lengkap.
45	Laporan kegiatan	Pelaksanaan sesuai jadwal?	Tercapai	Hijau	–	Ketepatan pelaksanaan	Lakukan monitoring timeline.
46	Daftar hadir	Partisipasi masyarakat $\geq 70\%$?	Tercapai	Hijau	–	Antusiasme masyarakat	Kembangkan model partisipatif.
47	Laporan monev	Monev dilakukan?	Tercapai	Hijau	–	Monev lengkap	Perbaiki sistem pelaporan digital.
48	Evaluasi pasca	Evaluasi efektivitas dilakukan?	Tercapai	Hijau	–	Evaluasi lengkap	Gunakan instrumen evaluasi berbasis

No	Bukti Audit	Pertanyaan Audit	Temuan 2025	Status	Akar Masalah	Faktor Pendukung	Rekomendasi Auditor
							indikator.
49	Inventaris	Sarpras PkM layak?	Tercapai	Hijau	–	Sarpras memadai	Tambahkan inventaris desa binaan.
50	Dokumentasi	Penggunaan sarpras sesuai?	Tercapai	Hijau	–	Penggunaan tepat	Optimalkan penggunaan multi-kegiatan.
51	SOP PkM	Apakah proses mengikuti SOP?	Tercapai	Hijau	–	SOP dijalankan	Pantau kepatuhan SOP tiap kegiatan.
52	MoU/MoA	Apakah ada MoU dengan mitra?	Tercapai	Hijau	–	Kemitraan aktif	Perluasan jejaring mitra baru.
53	Laporan PkM	Laporan tepat waktu?	Tercapai	Hijau	–	Kepatuhan tinggi	Monitoring digital.
54	RAB	Dana sesuai kebutuhan?	Tercapai	Hijau	–	Alokasi cukup	Pastikan efisiensi biaya.
55	LPJ	LPJ disampaikan tepat waktu?	Tercapai	Hijau	–	LPJ lengkap	Tetapkan pengingat LPJ.
56	Laporan monev	Monev setiap semester?	Tercapai	Hijau	–	Monev berjalan	Integrasi monev ke dashboard mutu.
57	TL Prodi	Tindak lanjut terdokumentasi?	Tercapai	Hijau	–	Dokumen TL lengkap	Lakukan analisis efektivitas TL.

Jambi, 12 Agustus 2025

Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

Lampiran 3. MATRIKS RISIKO dan Mapping PTK

Tabel Matriks Risiko

Kategori Risiko	Jumlah Temuan	Persentase
High Risk	4	7%
Medium Risk	12	21%
Low Risk	41	72%

Tabel Mapping PTK Berdasarkan 57 Temuan

Kategori	Jumlah Temuan	No Temuan	Keterangan
KTS-Mayor	6	item no. 16, 17, 18, 23, 25, 30	Risiko tinggi, wajib ditindaklanjuti segera
KTS-Minor	12	item no. 5, 19, 20, 21, 26, 28, 31, 32	Ketidaksesuaian ringan / belum optimal
Observasi (OFI)	39	semua temuan status Hijau	Standar tercapai, peluang peningkatan

Lampiran 4. Permintaan Tindakan Koreksi – Program Studi Kedokteran & Profesi Dokter FKIK – UNAJA

No	Temuan 2025	Status	Kategori PTK	Ringkasan Akar Masalah / Faktor Pendukung	Tindakan Koreksi yang Direkomendasikan
1	Kurikulum direvisi ≤4 tahun	Hijau	Observasi	Siklus revisi sudah rutin	Pertahankan siklus revisi & dokumentasi evaluasi.
2	CPL selaras CPMK	Hijau	Observasi	Alignment sangat baik	Review alignment tiap 2 tahun.
3	Kelengkapan kurikulum & RPS	Hijau	Observasi	RPS lengkap >80%	Selesaikan RPS hingga 100%.
4	Pelibatan stakeholder	Hijau	Observasi	Mitra aktif	Tingkatkan kontribusi stakeholder klinis.
5	Integrasi penelitian dalam kurikulum belum optimal	Kuning	KTS-Minor	Integrasi tidak sistematis	Susun mekanisme integrasi tridarma.
6	Monev kurikulum rutin	Hijau	Observasi	Siklus PPEPP berjalan	Pertahankan monev terjadwal.
7	RPS terbaru tersedia >80%	Hijau	Observasi	Mayoritas RPS lengkap	Update seluruh RPS.
8	Kehadiran dosen ≥80%	Hijau	Observasi	Kehadiran tinggi	Kembangkan monitoring digital.
9	Implementasi SCL	Hijau	Observasi	SCL konsisten	Perlu variasi PBL/TBL.
10	Penggunaan LMS konsisten	Hijau	Observasi	Penggunaan tinggi	Integrasi LMS ke penilaian digital.
11	Pelatihan PBL/e-learning >70% dosen	Hijau	Observasi	Pelatihan rutin	Tambah pelatihan lanjutan.
12	Penilaian sesuai instrumen	Hijau	Observasi	Rubrik tersedia	Jaga konsistensi penggunaan rubrik.
13	Input nilai tepat waktu >90%	Hijau	Observasi	Disiplin dosen	Tambah reminder otomatis.
14	Rubrik lengkap & digunakan	Hijau	Observasi	Rubrik standar	Standarkan format antar MK.
15	Arsip penilaian lengkap	Hijau	Observasi	Arsip rapi	Digitalisasi arsip terpusat.
16	Analisis butir soal rendah (23%)	Merah	KTS-Mayor	Tidak ada item analysis rutin	Latihan penyusunan soal + analisis butir berkala.
17	Blueprint & kesesuaian soal rendah (20%)	Merah	KTS-Mayor	Soal tidak berbasis CPL	Pelatihan blueprint + validasi soal.
18	Standarisasi bank soal belum ada	Merah	KTS-Mayor	Bank soal belum dibangun	Susun bank soal terstandarisasi.
19	Variasi nilai antar	Kuning	KTS-	Kalibrasi tidak rutin	Kalibrasi penguji

No	Temuan 2025	Status	Kategori PTK	Ringkasan Akar Masalah / Faktor Pendukung	Tindakan Koreksi yang Direkomendasikan
	penguji OSCE tinggi		Minor		minimal 2×/tahun.
20	Rubrik OSCE belum seragam	Kuning	KTS-Minor	Variasi format rubrik	Standarkan rubrik OSCE.
21	Partisipasi survei mahasiswa <70%	Kuning	KTS-Minor	Partisipasi rendah	Integrasi survei ke LMS + insentif.
22	Survei kepuasan rutin	Hijau	Observasi	Survei semesteran	Buat dashboard kepuasan.
23	Dosen tersertifikasi <10%	Merah	KTS-Mayor	Fasilitasi tidak tersedia	Program percepatan sertifikasi pendidik.
24	STR/SIP aktif	Hijau	Observasi	STR/SIP lengkap	Monitoring masa berlaku digital.
25	Dosen lektor <10%	Merah	KTS-Mayor	Kinerja publikasi kurang	Pendampingan JFA & publikasi.
26	Dokumentasi sarpras belum rapi	Kuning	KTS-Minor	Administrasi belum tertata	Merapikan & integrasi inventaris.
27	Jangkauan publikasi luas	Hijau	Observasi	Engagement tinggi	Tingkatkan multi-platform.
28	Timeline publikasi belum ada	Kuning	KTS-Minor	Belum ada SOP publikasi	Buat timeline & SOP update.
29	Pendaftar luar provinsi meningkat	Hijau	Observasi	Promosi efektif	Perkuat jejaring antarprovinsi.
30	Sistem digital belum terintegrasi	Merah	KTS-Mayor	SIADO-LMS belum sinkron	Bangun integrasi sistem digital.
31	Indikator prosedur klinis belum lengkap	Kuning	KTS-Minor	SOP belum lengkap	Lengkapi indikator prosedur klinis.
32	Roadmap dosen belum 100%	Kuning	KTS-Minor	Sebagian belum menyusun	Pendampingan penyusunan roadmap.
33	Roadmap prodi tersedia	Hijau	Observasi	Dokumen ada	Update tiap 3 tahun.
34	Penelitian sesuai roadmap	Hijau	Observasi	Kesesuaian >80%	Kembangkan kolaborasi.
35	Publikasi meningkat	Hijau	Observasi	Tren naik	Dorong publikasi Q3-Q2.
36	Pelatihan publikasi rutin	Hijau	Observasi	Pelatihan berjalan	Tambah pelatihan metodologi.
37	Fasilitasi publikasi & KI	Hijau	Observasi	Fasilitas ada	Perkuat pendanaan publikasi.
38	Diseminasi penelitian berjalan	Hijau	Observasi	Seminar dilakukan	Wajibkan diseminasi tiap penelitian.
39	LPJ penelitian tepat waktu	Hijau	Observasi	Kepatuhan tinggi	Sistem reminder.
40	Proposal lengkap	Hijau	Observasi	Dokumen standar	Evaluasi pembiayaan.
41	PkM sesuai roadmap	Hijau	Observasi	Selaras roadmap	Pertahankan

No	Temuan 2025	Status	Kategori PTK	Ringkasan Akar Masalah / Faktor Pendukung	Tindakan Koreksi yang Direkomendasikan
					kesesuaian.
42	Need assessment lengkap	Hijau	Observasi	Analisis tersedia	Integrasi dgn data desa/daerah.
43	Sasaran PkM sesuai RPJMD	Hijau	Observasi	Selaras RPJMD	Perkuat sinergi pemda.
44	Proposal PkM sesuai pedoman	Hijau	Observasi	Dokumen lengkap	Jaga kelengkapan komponen.
45	Pelaksanaan sesuai jadwal	Hijau	Observasi	Ketepatan tinggi	Monitoring timeline.
46	Partisipasi masyarakat $\geq 70\%$	Hijau	Observasi	Antusias tinggi	Kembangkan model partisipatif.
47	Monev PkM dilakukan	Hijau	Observasi	Monev lengkap	Integrasi digital.
48	Evaluasi pasca kegiatan lengkap	Hijau	Observasi	Evaluasi baik	Gunakan indikator kuantitatif.
49	Sarpras PkM memadai	Hijau	Observasi	Sarpras layak	Tambah inventaris desa binaan.
50	Penggunaan sarpras tepat	Hijau	Observasi	Pemanfaatan baik	Optimalkan multi-kegiatan.
51	Kepatuhan SOP PkM	Hijau	Observasi	SOP terimplementasi	Pantau tiap kegiatan.
52	MoU dengan mitra tersedia	Hijau	Observasi	Kemitraan aktif	Perluas jejaring.
53	Laporan PkM tepat waktu	Hijau	Observasi	Disiplin laporan	Monitoring digital.
54	RAB sesuai kebutuhan	Hijau	Observasi	Alokasi cukup	Jaga efisiensi.
55	LPJ tepat waktu	Hijau	Observasi	Kepatuhan tinggi	Reminder LPJ.
56	Monev tiap semester	Hijau	Observasi	Monev berjalan	Integrasi ke dashboard mutu.
57	Tindak lanjut terdokumentasi	Hijau	Observasi	Dokumen TL lengkap	Analisis efektivitas TL.

Jambi, 12 Agustus 2025

Ketua Auditor



(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

Lampiran 5. Perencanaan Audit Mutu Internal

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		12 - 13 Agustus 2025	
Distribusi Dokumen **)	Auditee	Auditor	GPM	Arsip
	√	√	√	√

***) 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	Apt Rahmadevi, S.Si, M.Farm
Anggota Auditor	Dr Margareta Pratiwi, S.Kep, M.Kes
	Eprina Intami, S.Keb, M.Kes
Auditee	dr. Meki Karolina, M.Biomed
	dr. Dhanny Jovindho, MM (RS)

Jambi, 12 Agustus 2025
Ketua Auditor

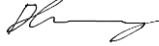
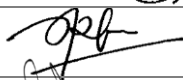


(apt Rahmadevi, S.Si, Apt)

Lampiran 6. Daftar Hadir

DAFTAR HADIR PEMBUKAAN AUDIT MUTU INTERNAL

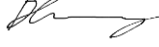
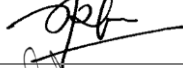
Program Studi : S1 Kedokteran dan Profesi Dokter
Hari / Tanggal : 12 Agustus 2025
Tempat : Kantor Program Studi S1 Kedokteran

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	Dr Margareta Pratiwi, S.Kep, M.Kes	Anggota Tim Auditor	
6	Eprina Intami, S.Keb, M.Kes	Anggota Tim Auditor	
7	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 : 13 Agustus 2025
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	Dr Margareta Pratiwi, S.Kep, M.Kes	Anggota Tim Auditor	
6	Eprina Intami, S.Keb, M.Kes	Anggota Tim Auditor	
7	Ringga Chandra Perdana, S.Kom., M.Kom	Staf IT FKIK	