

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL INSTITUSI PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN



Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI
Tahun 2021

Kata Sambutan

Pada saat ini Institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan memiliki tantangan yang cukup berat, diantaranya karena permasalahan kesehatan semakin beragam dan tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan semakin meningkat. Untuk mengakomodir tuntutan tersebut dan untuk melakukan penyesuaian seiring dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan harus mampu menghasilkan peserta pelatihan yang kompeten sesuai dengan kebutuhan.

Untuk menghasilkan peserta pelatihan yang memiliki kompetensi sesuai dengan yang telah dipersyaratkan, tentunya perlu diselenggarakan oleh Institusi/ Lembaga Penyelenggara Pelatihan yang dapat melakukan penjaminan mutu. Oleh karena itu Badan PPSDM Kesehatan melalui Pusat Pelatihan SDM Kesehatan telah menerapkan kebijakan akreditasi terhadap institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan agar dapat memberikan penjaminan mutu seperti yang diharapkan atau jika dimungkinkan melebihi ekspektasi.

Salah satu kunci utama keberhasilan akreditasi institusi yaitu penerapan system manajemen mutu yang dilakukan secara berkesinambungan. Agar hal ini dapat berjalan, maka institusi/ Lembaga harus memastikan Audit Mutu Internal yang telah dibentuk, berjalan sesuai dengan yang seharusnya. Acuan dalam melaksanakan Audit Mutu Internal Institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan adalah Pedoman Audit Mutu Internal ini.

Terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan masukan dan kontribusi dalam proses penyusunan Pedoman Audit Mutu Internal ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan Rahmat Hidayah-Nya kepada kita semua.

Jakarta, November 2021
Plt. Kepala Badan PPSDM Kesehatan,

dr. Kirana Pritasari, MQIH
NIP 196404081990032001

Kata Pengantar

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala berkat dan rahmat-Nya sehingga Pedoman Audi Mutu Internal Institusi/ Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan ini dapat selesai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Pedoman Audi Mutu Internal Institusi/ Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan ini merupakan penyempurnaan dari buku pedoman dengan judul yang sama dan diterbitkan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan pada tahun 2020. Hal ini dilakukan karena adanya perubahan atas instrument akreditasi institusi yang terdahulu, sehingga diperlukan berbagai penyesuaian agar Audi Mutu Internal di institusi/Lembaga dapat berjalan secara berkesinambungan.

Isi pedoman diantaranya menjelaskan pengelolaan audit mutu internal, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, analisis hasil audit sampai dengan rekomendasi dan dilengkapi dengan berbagai tabel dan lampiran, agar mempermudah Tim Audit Mutu dalam melaksanakan tugasnya.

Penyusunan pedoman ini telah melibatkan berbagai pihak terkait, untuk itu kami sampaikan apresiasi dan ucapan terima kasih kepada seluruh tim yang telah bekerja secara optimal, sehingga pedoman ini dapat diselesaikan.

Masukan yang membangun tetap kami nantikan dalam rangka penyempurnaan pedoman di masa yang akan datang.

Jakarta, November 2021
Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan

Dra. Oos Fatimah Rosyati, M. Kes
NIP 196504181989032002

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| BAB 1 PENDAHULUAN | 5 |
| A. Latar Belakang..... | 5 |
| B. Acuan Normatif..... | 6 |
| C. Tujuan Pedoman..... | 6 |
| D. Sasaran Pedoman | 7 |
| E. Ruang Lingkup..... | 7 |
| BAB II DASAR-DASAR AUDIT MUTU INTERNAL..... | 8 |
| A. Definisi Operasional..... | 8 |
| B. Tujuan Audit Mutu Internal..... | 9 |
| C. Sifat Audit | 9 |
| D. Prinsip Audit | 10 |
| E. Manfaat Audit Mutu Internal | 11 |
| F. Ketentuan Audit Mutu Internal | 12 |
| G. Peran Manajemen Puncak | 12 |
| H. Lingkup Audit Mutu Internal | 13 |
| BAB III TIM AUDIT MUTU INTERNAL | 14 |
| A. Susunan Tim Audit Mutu Internal..... | 14 |
| B. Kriteria Tim Audit Mutu Internal..... | 14 |
| C. Tugas Tim Audit Mutu Internal | 14 |
| D. Sifat-Sifat yang Harus Dimiliki Auditor..... | 15 |
| BAB IV PENGELOLAAN PROGRAM AUDIT MUTU | 17 |
| A. Perencanaan Audit Mutu Internal | 17 |
| B. Pelaksanaan Audit Mutu Internal | 21 |
| BAB V LAPORAN DAN UMPAN BALIK HASIL AUDIT MUTU INTERNAL .. | 40 |
| A. Ketentuan Laporan Hasil Audit | 40 |
| B. Umpan Balik dan RTL Hasil Audit..... | 41 |
| BAB VI PENUTUP | 43 |
| Lampiran | |

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Untuk menjamin mutu pelatihan bidang kesehatan, pemerintah telah mengamanatkan didalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pasal 31 yang menyatakan bahwa pelatihan tenaga kesehatan harus memenuhi program pelatihan dan tenaga pelatih yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi serta diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi. Selanjutnya diatur didalam Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan, pasal 79 bahwa yang melaksanakan akreditasi adalah pemerintah pusat.

Sebagai implementasi dari perundangan dan peraturan yang berlaku, Badan PPSDM Kesehatan melalui Pusat Pelatihan SDM Kesehatan telah menetapkan dan melaksanakan berbagai ketentuan untuk melakukan penjaminan mutu pelatihan melalui akreditasi. Dalam upaya penjaminan mutu program pelatihan dilakukan melalui akreditasi pelatihan dan penjaminan mutu penyelenggara pelatihan melalui akreditasi institusi penyelenggara pelatihan.

Sebagai bentuk penjaminan mutu di Institusi/ lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan, maka institusi/ lembaga dituntut untuk dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan internal maupun eksternal. Untuk menjamin pencapaian mutu, institusi/ lembaga harus mampu merencanakan, menjalankan dan mengendalikan penerapan sistem manajemen mutu dimasing-masing institusi/ lembaganya. Oleh karena itu, paradigma penerapan sistem manajemen mutu yang dilakukan dengan tujuan hanya untuk mencapai nilai terbaik dalam penilaian akreditasi, sudah harus diubah karena tujuan mutu tidak akan tercapai. Hasil akreditasi dapat optimal apabila institusi/ lembaga menerapkan sistem manajemen mutu secara *Continuous Quality Improvement (CQI)*. Artinya sistem untuk memberikan penjaminan mutu di institusi/ Lembaga tersebut sudah menjadi *habbit* yang selalu diterapkan pada setiap pelaksanaan kegiatan.

Salah satu upaya agar sistem manajemen mutu di institusi/ lembaga dapat berjalan secara berkesinambungan, diperlukan Audit Mutu Internal (AMI) yang merupakan salah satu solusi untuk menjawab berbagai permasalahan yang ada di masing-masing institusi/ lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan. Oleh karena itu, Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) ini disusun,

untuk dijadikan acuan bagi institusi/ lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan dalam memastikan bahwa sistem manajemen mutu dapat berjalan sesuai dengan yang seharusnya.

B. Acuan Normatif.

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
4. Peraturan Lembaga Administrasi Negara RI Nomor 13 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Pelatihan
5. Peraturan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 25 Tahun 2015 tentang Pedoman Akreditasi Lembaga Pendidikan dan Pelatihan Pemerintah;
6. SNI/ ISO 19011 Tahun 2018 tentang Pedoman Audit Sistem Manajemen
7. SNI: ISO 17011-2017. Penilaian kesesuaian — Persyaratan umum badan akreditasi dalam mengakreditasi lembaga penilaian kesesuaian.
8. Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 314/K.1/PDP.09/2021 tentang Penetapan Pusat Pelatihan SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan sebagai Instansi Pengakreditasi Program Terakreditasi.

C. Tujuan Pedoman.

1. Tujuan Umum
Tersedianya panduan dalam mengelola program audit mutu internal terhadap penerapan sistem manajemen mutu pada Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.
2. Tujuan Khusus
Tersedianya panduan bagi Tim AMI dalam mengelola program audit yang meliputi:
 - a. Merencanakan audit mutu internal
 - b. Melaksanakan audit mutu internal
 - c. Melakukan analisis hasil audit mutu internal
 - d. Menyusun laporan dan rekomendasi hasil audit mutu internal.

D. Sasaran Pedoman.

1. Tim Audit Mutu Internal Institusi/ lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan;
2. Tim Penjamin Mutu Institusi/ Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan;
3. Institusi penyelenggara pelatihan bidang kesehatan yang sedang melakukan persiapan akreditasi institusi;
4. Institusi penyelenggara pelatihan bidang kesehatan yang sudah terakreditasi;
5. Pihak-pihak lain yang terkait atau berkepentingan.

E. Ruang Lingkup.

Ruang lingkup pedoman terdiri dari:

Bab I Pendahuluan

Dalam bab ini menjelaskan tentang latar belakang, acuan normatif, tujuan pedoman, sasaran pedoman dan ruang lingkup.

Bab II Dasar-Dasar Audit Mutu Internal

Bab ini menjelaskan tentang definisi operasional, tujuan audit mutu internal, sifat audit, prinsip audit, manfaat audit mutu internal, ketentuan audit mutu internal, peran manajemen puncak, lingkup audit mutu internal.

Bab III Tim Audit Mutu Internal

Bab ini menjelaskan susunan Tim AMI, kriteria Tim AMI, tugas Tim AMI, sifat-sifat yang harus dimiliki auditor.

Bab IV Pengelolaan Program Audit Mutu

Bab ini menjelaskan tentang perencanaan AMI, pelaksanaan AMI, analisis hasil audit, rekomendasi.

Bab V.

Bab ini menjelaskan tentang ketentuan laporan hasil audit, umpan balik dan rencana tindak lanjut.

Bab VI Penutup.

BAB II

DASAR-DASAR AUDIT MUTU INTERNAL

A. Definisi Operasional

1. Audit.

Adalah kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang bersifat faktual, signifikan dan relevan melalui pemeriksaan, pengukuran dan penilaian secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi.

2. Mutu.

Adalah kesesuaian terhadap persyaratan atau standar yang telah ditetapkan.

3. Audit Mutu Internal

Adalah proses pengukuran dan penilaian secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang dilakukan oleh auditor dari institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan itu sendiri (Tim Audit Internal) dengan tujuan untuk memastikan bahwa kegiatan tiap komponen dalam akreditasi institusi penyelenggara pelatihan telah sesuai dengan standar/ persyaratan-persyaratan yang telah ditentukan.

4. Auditee.

Adalah unit yang diperiksa oleh auditor termasuk seluruh objek audit yang ada didalam setiap unsur atau komponen dalam organisasi yang menghasilkan produk barang atau jasa/ layanan dalam organisasi tersebut.

5. Program Audit

Adalah pengaturan perencanaan pelaksanaan audit baik rencana tahunan maupun rencana pelaksanaan audit meliputi sasaran audit, waktu, objek audit, siapa yang melakukan audit.

6. Ruang Lingkup Audit

disebut juga cakupan dan batasan audit adalah lembaga/institusi penyelenggara pelatihan bidang kesehatan dalam melaksanakan aktivitas dan proses penerapan sistem manajemen mutu.

7. Rencana Audit

uraian aktivitas dan pengaturan audit tahunan dan pelaksanaan kegiatan audit.

8. Bukti Objektif

Data yang mendukung keberadaan atau kebenaran sesuatu. Bukti objektif dapat diperoleh melalui observasi langsung, wawancara, telusur dokumen. Bukti objektif untuk tujuan *audit* dapat berupa rekaman, pernyataan tentang fakta, atau informasi lain yang relevan terhadap kriteria audit yang dapat diverifikasi.

9. Bukti Audit

Rekaman, pernyataan mengenai fakta atau informasi lain yang terkait dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.

10. Hasil temuan Audit

Adalah hasil dari suatu proses audit berupa kesimpulan auditor yang didukung oleh bukti-bukti objektif.

11. Kesimpulan audit

Adalah hasil akhir dari sebuah proses audit berupa pernyataan auditor yang dibuat setelah menganalisa dan mempertimbangkan semua bukti-bukti obyektif yang dikumpulkan.

B. Tujuan Audit Mutu Internal.

Audit mutu internal bertujuan untuk:

1. Memastikan kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen Sistem Manajemen Mutu yang ada di institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan dengan persyaratan yang telah ditetapkan.
2. Memastikan implementasi sistem manajemen sesuai dengan sasaran/tujuan.
3. Mengidentifikasi peluang perbaikan sistem manajemen mutu.
4. Mengevaluasi efektifitas penerapan sistem manajemen mutu.
5. Memastikan sistem manajemen memenuhi standar/regulasi.

C. Sifat Audit.

Sifat dilaksanakannya audit karena untuk:

1. Memenuhi persyaratan sertifikasi Standar Sistem Manajemen (SSM) dalam rangka persiapan penilaian akreditasi institusi/ Lembaga.
2. Melaksanakan verifikasi kesesuaian dengan persyaratan akreditasi institusi/Lembaga.

3. Memperoleh dan memelihara kepercayaan terhadap kemampuan lembaga.
4. Memberikan masukan bagi peningkatan sistem manajemen mutu institusi/ lembaga.

D. Prinsip Audit.

Prinsip ini harus membantu menjadikan audit sebagai alat yang efektif dan andal dalam mendukung kebijakan dan kendali manajemen, dengan memberikan informasi yang dapat digunakan oleh organisasi dalam meningkatkan kinerjanya. Ketaatan pada prinsip ini merupakan prasyarat untuk memberikan kesimpulan audit yang relevan dan memadai, dan untuk memungkinkan auditor bekerja secara independen satu sama lain.

Tujuh prinsip audit yang dilakukan oleh auditor, yaitu sebagai berikut:

1. Integritas/landasan profesionalisme
 - a. melakukan audit secara etis, jujur dan tanggung jawab;
 - b. memiliki kompetensi untuk melakukan audit;
 - c. tidak memihak, yaitu tetap adil dan tidak bias dalam semua kegiatan audit;
 - d. peka terhadap pengaruh apapun yang mungkin diberikan pada saat melakukan audit.
2. Presentasi yang adil/kewajiban untuk melaporkan secara jujur dan akurat.

Temuan audit, kesimpulan audit dan laporan audit harus mencerminkan aktivitas audit secara jujur dan akurat. Hambatan signifikan yang dihadapi selama audit dan perbedaan pendapat yang tidak terselesaikan antara tim audit dan auditi harus dilaporkan kepada pimpinan institusi/lembaga. Komunikasi harus jujur, akurat, objektif, tepat waktu, jelas dan lengkap.
3. Bersikap profesional

Bersikap hati-hati sesuai dengan kepentingan kerja yang dilaksanakan dan kepercayaan yang diberikan oleh pimpinan. Salah satu faktor penting dalam pelaksanaan kerja berdasarkan sikap profesional adalah mempunyai kemampuan untuk mengambil pertimbangan.
4. Kerahasiaan/ keamanan informasi

Menerapkan diskresi dalam menggunakan dan melindungi informasi yang diperoleh selama menjalankan tugas. Informasi audit tidak boleh digunakan untuk keuntungan pribadi oleh auditor.
5. Independensi

Ketidakterpapahan dan objektivitas kesimpulan audit. Auditor harus independen dari aktivitas yang diaudit jika dimungkinkan, dan dalam semua kasus harus bertindak dengan cara yang bebas dari bias dan konflik

kepentingan. Untuk audit internal, auditor harus independen dari fungsi yang diaudit jika memungkinkan. Auditor harus menjaga objektivitas selama proses audit untuk memastikan bahwa temuan dan kesimpulan audit hanya didasarkan pada bukti audit.

Untuk organisasi kecil, auditor internal mungkin tidak sepenuhnya independen dari aktivitas yang diaudit, tetapi setiap upaya harus dilakukan untuk menghilangkan bias dan mendorong objektivitas.

6. Pendekatan berbasis bukti

Metode rasional untuk mencapai kesimpulan audit yang andal dan dapat direproduksi dalam proses audit sistematis. Bukti audit harus dapat diverifikasi. Secara umum, hal ini harus didasarkan pada sampel dari informasi yang tersedia, karena audit dilakukan selama periode waktu yang terbatas dan dengan sumber daya yang terbatas. Pengambilan sampel yang tepat harus diterapkan, karena ini terkait erat dengan keyakinan yang dapat ditempatkan dalam kesimpulan audit.

7. Pendekatan berbasis risiko

Pendekatan audit yang mempertimbangkan risiko dan peluang. Pendekatan berbasis risiko harus secara substantif mempengaruhi perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan audit untuk memastikan bahwa audit difokuskan pada hal yang penting bagi auditi, dan untuk mencapai sasaran program audit.

E. Manfaat Audit Mutu Internal.

1. Bagi Pimpinan

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

2. Bagi auditor (Tim Audit Mutu Internal)

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

3. Bagi unit kerja dalam organisasi yang diaudit.

AMI membantu pegawai yang terlibat dalam menghasilkan jasa/layanan di instansi/lembaga tersebut, untuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi sehingga dapat mengambil langkah-langkah yang tepat untuk melakukan perbaikan yang diperlukan sesuai masukan dan rekomendasi auditor.

4. Bagi Pelanggan

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

5. Bagi instansi yang bekerjasama

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

F. Ketentuan Audit Mutu Internal.

1. Audit mutu internal dilaksanakan oleh Tim Audit Mutu Internal terhadap tanggung jawab langsung atas produk atau aktivitas yang diaudit baik terhadap komponen administrasi dan manajemen, pelayanan pelatihan, dan pelayanan penunjang pelatihan.
2. Audit harus bersifat komprehensif, meliputi operasional organisasi yang diaudit sesuai dengan kewenangannya.
3. Audit harus dijadwalkan berdasarkan penentuan prioritas kegiatan atau aktifitas yang diaudit.
4. Audit harus dilakukan sesuai dengan prosedur yang terdokumentasikan.
5. Hasil audit perlu didokumentasikan dan menjadi perhatian manajemen yang bertanggung jawab untuk mengambil tindakan koreksi/ perbaikan
6. Auditor tidak bertanggung jawab untuk mengambil tindakan koreksi
7. Untuk menjaga obyektivitas, auditor tidak diperkenankan untuk menjalankan audit terhadap komponen yang ada dibawah wewenangnya.

G. Peran Manajemen Puncak.

Audit mutu merupakan suatu bentuk audit manajemen, maka kegiatan audit ini harus diprakarsai oleh manajemen puncak. Dalam hal ini manajemen puncak mempunyai peran :

1. Memberi dukungan moril maupun materiil
2. Menerapkan perubahan-perubahan yang telah disepakati
3. Mereview laporan audit yang mengarah pada rencana perbaikan
4. Memantau pelaksanaan perbaikan.

H. Lingkup Audit Mutu Internal.

Lingkup audit mutu internal adalah audit terhadap kecukupan dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM) dan kepatuhan penerapan dokumen SMM pada semua komponen akreditasi. Rinciannya sebagai berikut:

1. Kecukupan dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM)

Di dalam audit terhadap kecukupan dokumen SMM, ada 2 kegiatan yang harus dikaji, yaitu memastikan:

- a. Jumlah dokumen SMM (pedoman mutu/Quality Assurance Manual, prosedur mutu, instruksi kerja dan standar-standar) yang dipersyaratkan sudah terpenuhi;
- b. isi masing-masing dokumen SMM sudah sesuai dengan ketentuan dengan memperhatikan tugas, fungsi dan struktur organisasi institusi penyelenggara pelatihan.

2. Kepatuhan penerapan dokumen SMM

Kegiatan ini untuk memastikan penerapan dokumen SMM dalam pelaksanaan kegiatan. Pengukuran kepatuhan penerapan dokumen SMM menggunakan ceklis yang isinya sesuai dengan isi dokumen SMM yang akan diukur. Jika pada saat melakukan audit tidak ada kegiatan yang sedang berlangsung, maka untuk mendapatkan informasi dapat dilakukan dengan metode:

- a. wawancara,
- b. observasi, pengukuran atau
- c. cek dokumen.

BAB III

TIM AUDIT MUTU INTERNAL

Pelaksanaan Audit Mutu Internal di bawah kendali pimpinan Institusi/Lembaga yang memberikan kewenangan kepada Tim Audit Mutu Internal untuk melakukan audit. Kewenangan ini ditandai dengan penugasan dari pimpinan berupa Surat Keputusan (SK). Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, Tim Audit Mutu Internal harus berpegang pada prinsip-prinsip audit sebagaimana dijelaskan pada Bab II.

A. Susunan Tim Audit Mutu Internal

Tim Audit Mutu Internal ditetapkan dengan SK Kepala Institusi/Lembaga, berjumlah ganjil dan disesuaikan kebutuhan organisasi dengan susunan sebagai berikut:

1. Ketua, merangkap anggota : pejabat/widyaiswara/ staf yang memahami AMI
2. Sekretaris, merangkap anggota: staf yang memahami AMI
3. Anggota, minimal 1 (satu) orang

Tim Audit Mutu Internal merupakan gabungan dari berbagai unit kerja di lingkungan institusi/lembaga pelatihan tersebut. Keanggotaan Tim Audit Mutu Internal dipilih berdasarkan keahlian dan penguasaannya terhadap komponen yang akan diaudit.

Kriteria Tim Audit Mutu Internal.

1. Salah satu anggota diutamakan sudah mengikuti pelatihan/workshop AMI.
2. Bersedia menjadi Tim AMI dan mampu melaksanakan tugas.
3. Mampu melakukan komunikasi efektif.

B. Tugas Tim Audit Mutu Internal.

Tugas Tim AMI secara umum adalah sebagai berikut:

1. Mengelola program audit mutu internal terhadap kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen SMM dengan pendekatan *Plan Do Chek Action* (PDCA).
2. Melakukan *self assessment* sebelum dilakukan audit mutu eksternal.
3. Menyusun laporan hasil AMI.

Rincian tugas dari masing-masing personil yang ada di dalam Tim adalah sebagai berikut:

1. Ketua

Ketua Tim AMI dikenal dengan istilah Ketua Auditor/ *lead auditor* memiliki tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan audit dan menggunakan sumber daya secara efektif

selama audit.

- b. Mewakili tim audit dalam komunikasi dengan auditi.
 - c. Mengorganisir dan mengarahkan anggota tim audit.
 - d. Memberikan arahan dan panduan untuk auditor yang magang.
 - e. Memimpin tim audit untuk mencapai kesimpulan audit.
 - f. Mencegah dan mengatasi konflik.
 - g. Menyiapkan dan melengkapi laporan audit.
2. Sekretaris
- a. Memproses surat menyurat
 - b. Menyiapkan bahan-bahan yang diperlukan oleh tim untuk pelaksanaan audit mutu internal
 - c. Mengkompilasi semua hasil temuan, analisis hasil audit dan rekomendasi
 - d. Menyusun laporan untuk ditindaklanjuti pimpinan
 - e. Mencatat tindak lanjut (hasil rekomendasi) dari pimpinan dan mendistribusikan kepada yang terkait
 - f. Mendokumentasikan hasil tindak lanjut/ disposisi pimpinan.
3. Anggota/Auditor
- a. Mempersiapkan ceklis.
 - b. Melaksanakan rencana audit.
 - c. Berkomunikasi dengan auditi dan tim audit.
 - d. Mencatat dan melaporkan hasil observasi secara jelas.
 - e. Menjaga dokumen audit.
 - f. Mematuhi peraturan.
 - g. Menjaga kerahasiaan.
 - h. Menginventarisir tindak lanjut dari rekomendasi hasil audit mutu sebelumnya yang belum direalisasi

C. Sifat-sifat yang harus dimiliki auditor diantaranya:

1. Etis: adil, menyatakan yang sebenarnya, tulus, jujur dan bijaksana.
2. Terbuka: mau mempertimbangkan pandangan dan ide-ide alternatif.
3. Diplomatis: bijaksana dalam menghadapi orang lain.
4. Suka memperhatikan: secara aktif menyadari kegiatan dan lingkungan.
5. Cepat mengerti: secara naluri menyadari dan mampu memahami situasi.
6. Luwes: selalu siap menyesuaikan diri utk situasi yang berbeda.
7. Tangguh: teguh, fokus pada pencapaian tujuan.
8. Tegas: menghasilkan kesimpulan dengan tepat waktu berdasarkan alasan dan analisis yang logis.
9. Percaya diri: bertindak dan berfungsi secara independen ketika berinteraksi

dengan orang lain secara efektif.

10. Objektif

Tim AMI objektif dalam mengumpulkan, mengevaluasi, dan mengkomunikasikan informasi tentang kegiatan atau proses yang sedang diaudit.

11. Tidak menggurui

12. Sistematis

BAB IV

PENGELOLAAN PROGRAM AUDIT MUTU

Pengelolaan Audit Mutu Internal terdiri dari tahapan-tahapan sebagai berikut:

A. Perencanaan Audit Mutu Internal.

Perencanaan audit dibuat setelah Tim AMI ditetapkan oleh pimpinan. Perencanaan audit yang dibuat sesuai lingkup kerja Tim AMI yang meliputi kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen SMM pada semua komponen akreditasi dengan tahapan perencanaan yang jelas.

Langkah-langkah dalam menyusun perencanaan Audit Mutu Internal adalah sebagai berikut:

1. Melakukan koordinasi dengan Tim Penjamin Mutu (TPM) untuk menyampaikan maksud dan tujuan penyusunan perencanaan AMI, serta hal-hal yang perlu didukung termasuk kelengkapan dokumen dan data yang dibutuhkan sebagai dasar pembuatan perencanaan AMI.

Dokumen dan data yang diperlukan adalah sebagai berikut:

a. Dokumen SMM.

Untuk mengetahui kecukupan dokumen SMM yang terdiri dari kesesuaian jumlah dan isi dokumen SMM, langkah yang dilakukan:

Mengumpulkan seluruh dokumen SMM yang dimiliki oleh institusi/lembaga dan disandingkan dengan yang dipersyaratkan. Untuk mencatat seluruh dokumen yang sudah dimiliki menggunakan formulir Rekapitulasi Keadaan Dokumen SMM (lampiran 1).

- b. Data/ informasi dari Laporan hasil audit yang sudah dilakukan sebelumnya. Apabila sebelumnya pernah dilakukan audit, maka Tim AMI dapat mempelajari rekomendasi yang tercantum didalam laporan hasil audit terdahulu. Rekomendasi yang belum ditindaklanjuti dapat dimasukkan kedalam perencanaan. Untuk mengidentifikasi hasil audit yang belum ditindaklanjuti, dapat menggunakan format Rekapitulasi Hasil Audit Mutu Terdahulu yang belum ditindaklanjuti (lampiran 2).

2. Setelah selesai mengumpulkan dan mengidentifikasi dokumen SMM dan hasil audit mutu terdahulu, lakukan koordinasi dengan institusi/lembaga untuk membahas kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan oleh institusi/lembaga. Ini penting, untuk dijadikan dasar dalam menentukan waktu audit terhadap penerapan dokumen SMM

3. Membuat perencanaan audit

Membuat rencana kerja audit dengan menetapkan:

a. Tujuan perencanaan

Tuliskan pada kolom tujuan, perencanaan audit per-komponen, misalnya tersusunnya rencana pelaksanaan audit kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen SMM pada komponen administrasi dan manajemen.

b. Objek audit

Setelah lampiran 1 dan 2 terisi, Tim AMI dapat menentukan objek audit. Penentuan objek audit harus berdasarkan prioritas dengan mempertimbangkan kondisi organisasi, jumlah anggota Tim AMI dan prediksi waktu yang diperlukan. Objek audit adalah seluruh dokumen SMM yang ada pada semua komponen.

Perencanaan audit terhadap kecukupan dokumen mutu yang terdiri dari jumlah dan/ atau isi, bisa tidak dimasukkan dalam rencana untuk diaudit jika jumlah dan/ atau isi dokumen mutu yang ada sudah sesuai dengan yang seharusnya

c. Sasaran audit

Tentukan unit kerja/ tim/ perorangan yang terkait dengan objek yang diaudit.

d. Waktu pelaksanaan audit.

1) Audit kecukupan dokumen SMM.

Untuk merencanakan waktu audit terhadap kecukupan dokumen mutu, terlebih dahulu pelajari objek audit yang sudah ditentukan. Waktu untuk melakukan audit kecukupan dapat dilakukan dalam waktu tertentu (*blocking* waktu). Misalnya dilakukan selama 1 minggu, atau 1 bulan (sesuaikan dengan kondisi). Biasanya audit terhadap kecukupan dokumen SMM dilakukan diakhir atau diawal tahun, dengan tujuan agar hasil audit segera ditindaklanjuti untuk melakukan perbaikan.

2) Audit penerapan dokumen SMM.

a) Untuk merencanakan waktu audit terhadap kepatuhan penerapan dokumen SMM yang terkait dengan SPO dan instruksi kerja perlu koordinasi dengan pelaksana kegiatan, karena audit terhadap kepatuhan penerapan dokumen SMM dapat dilakukan pada saat kegiatan dilaksanakan.

- b) Untuk merencanakan waktu audit terhadap kepatuhan penerapan dokumen SMM yang tidak terkait dengan pelaksanaan pelatihan, seperti ketentuan pengelolaan tenaga, standar kelas, dll, dapat dilakukan dalam waktu tertentu (*blocking* waktu).

Perencanaan waktu pelaksanaan audit terhadap kecukupan dokumen mutu dan penerapan standar dapat dilakukan *blocking* sedangkan untuk audit terhadap penerapan dokumen mutu, disesuaikan dengan kegiatan yang dilaksanakan.

e. Metode

Tentukan metode yang akan digunakan dalam melaksanakan audit, sesuaikan dengan objek yang akan diaudit. Metode yang digunakan bisa lebih dari 1 metode untuk 1 objek audit.

Metode pengumpulan informasi terdiri dari:

1) Wawancara

Wawancara dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab langsung untuk mendapatkan informasi atau untuk melakukan klarifikasi.

Faktor Keberhasilan dalam Wawancara :

- a) Persiapan yang baik, buat pertanyaan yang jelas/ spesifik/ tidak bermakna ganda
- b) Wawancara dengan orang yang tepat
- c) Usahakan agar wawancara dalam keadaan santai dan hindari kesan selalu membaca daftar tilik
- d) Auditor harus berusaha untuk mendapatkan akar masalah
- e) Hindari mengkonfrontasi cross-check pernyataan auditee dengan auditee lain (misal atasan)

2) Observasi/ pengamatan

Observasi dilakukan untuk mengukur penerapan dokumen sistem manajemen mutu yang dilakukan oleh SDM institusi atau mengukur kesesuaian penerapan standar.

3) Pengukuran

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner atau check list terhadap penerapan dokumen mutu.

4) Cek dokumen dan catatan

Cek dokumen dilakukan untuk mendapatkan informasi dan memastikan bahwa dokumen mutu betul-betul diterapkan dengan dilengkapi dengan beberapa dokumen yang dipersyaratkan.

- f. Tempat/ lokasi dimana audit akan dilakukan
Tuliskan tempat/ lokasi dimana audit akan dilakukan, sesuai dengan objek yang akan diaudit.
- g. Pelaksana audit (auditor)
Tuliskan nama pelaksana audit yang merupakan anggota dari Tim AMI.

Rencana kerja AMI dapat dibuat dalam bentuk narasi, maupun dalam format. Contoh Rencana Kerja AMI dalam bentuk format (lampiran 3). Perencanaan audit dianggap sah apabila sudah ditandatangani oleh Ketua Tim AMI.

4. Menyusun instrumen/ *checklist*.

Untuk mempermudah pelaksanaan audit, perlu dibuat instrumen/ *checklist*.

a. Instrumen/ *checklist* audit kecukupan dokumen mutu

1) Jumlah dokumen SMM.

Untuk audit terhadap jumlah dokumen SMM tidak perlu dibuatkan instrumen/ *checklist*, Instrumen/ *checklist* yang digunakan adalah formulir Rekapitulasi Jumlah Dokumen Mutu (lampiran 1). Dengan mengisi instrumen tersebut akan diketahui jumlah dokumen mutu yang belum dimiliki institusi.

2) Isi dokumen SMM

Untuk audit terhadap isi dokumen SMM tidak perlu dibuatkan Instrumen/ *checklist*, karena audit dilakukan dengan cara langsung memeriksa dokumen mutunya.

b. Instrumen/ *checklist* audit Kepatuhan penerapan dokumen SMM.

Instrumen/ *checklist* untuk melakukan audit penerapan dokumen SMM menggunakan format Instrumen/ *checklist* seperti contoh pada lampiran 6 untuk mengukur penerapan SPO, lampiran 7 untuk penerapan standar. Instrumen/ *checklist* tersebut sebelum digunakan perlu disusun/ disiapkan terlebih dahulu.

5. Melakukan koordinasi dengan unit terkait

- a. Rencana kerja Tim AMI yang sudah disahkan oleh Ketua Tim AMI dibagikan kepada masing-masing penanggung jawab komponen.
- b. Memastikan unit/ bagian yang akan diaudit telah menerima pemberitahuan dari Tim AMI minimal 1 minggu sebelum audit dilakukan, agar pelaksanaan audit dapat berjalan lancar.

6. Melakukan koordinasi dengan unit terkait
 - a. Rencana kerja Audit Mutu Internal ditandatangani oleh ketua tim dan dibagikan kepada masing-masing penanggung jawab komponen/ unit/bagian yang akan diaudit.
 - b. Memastikan unit/ bagian yang akan diaudit telah menerima pemberitahuan dari Tim AMI minimal 1 minggu sebelum audit dilakukan, agar pelaksanaan audit dapat berjalan lancar.

B. Pelaksanaan Audit Mutu Internal.

Langkah-langkah dalam melaksanakan audit mutu internal terdiri dari:

1. Pemeriksaan kecukupan dan atau penerapan dokumen SMM.

Untuk pemeriksaan kecukupan dokumen SMM dapat menggunakan Form terlampir, sedangkan untuk pemeriksaan kepatuhan penerapan dokumen SMM perlu perlu membuat ceklist seperti contoh checklist terlampir.

- a. Pemeriksaan kecukupan dokumen SMM:

- 1) Jumlah dokumen mutu.

Jumlah seluruh dokumen SMM level 1, 2, 3 yang dimiliki oleh institusi sudah tertulis pada Rekapitulasi Jumlah Dokumen Mutu (lampiran 1). Dari data rekap tersebut, Tim AMI dapat mengetahui jumlah dokumen mutu setiap komponen yang jumlahnya sesuai maupun tidak sesuai dengan yang seharusnya.

- 2) Isi dokumen SMM

- a) Pengumpulan data kesesuaian isi dokumen mutu dilakukan dengan meng-audit isi dokumen mutu.
- b) Audit dilakukan dengan cara memeriksa/ mempelajari langsung dokumen mutu apakah sudah sesuai dengan ketentuan penulisan atau belum.
- c) Dokumen mutu yang diperiksa boleh diberi tanda untuk diperbaiki, dan dokumen dimaksud sebaiknya disimpan karena merupakan bukti bahwa telah dilakukan audit. Setelah dokumen SMM diperiksa, hasilnya ada yang sudah sesuai dan ada yang belum sesuai. Sehingga perlu dituangkan kedalam format KESESUAIAN ISI DOKUMEN SMM yang tercantum pada lampiran 4. Contoh format pelaksanaan audit kesesuaian isi dokumen SMM pada tabel 1.
- d) Lakukan klarifikasi dengan tim TPM atau unit/ bidang terkait dengan isi dokumen mutu yang belum sesuai, untuk menyepakati isi dokumen mutu. Apabila hasil klarifikasi ada yang perlu

ditindaklanjuti, tuangkan pada format KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT, seperti contoh pada lampiran 4b.

- e) Hasil audit terhadap isi dokumen mutu yang sesuai maupun tidak sesuai direkap pada format Rekapitulasi Kesesuaian Penulisan Isi Dokumen Mutu (lampiran 4).

CONTOH : pengukuran kesesuaian isi dokumen **hanya beberapa sub unsur** pada komponen Administrasi dan Manajemen

Tabel 1
KESESUAIAN ISI DOKUMEN SMM
DI INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN

A. Komponen Administrasi dan Manajemen.

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | NOMOR DOKUMEN | ISI DOKUMEN SMM | | KETERANGAN |
|-----------|---|---------------|-----------------|--------------|---|
| | | | Sudah sesuai | Belum sesuai | |
| 1. | U1: Organisasi dan kepemimpinan | | | | |
| | 1) Kelembagaan dan penyelenggara pelatihan | - | - | - | - |
| | 2) Kepemimpinan dan budaya organisasi: | | | | |
| | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan | 01.01.00 | | v | Penulisan pelaksana pada SPO ini belum sesuai |
| | 3) Rencana strategis | - | - | - | - |
| 2 | U2: Kemitraan dan Hubungan Pemangku Kepentingan | | | | |
| | 1) Kemitraan: | | | | |
| | SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan | 02.01.00 | | v | Langkah-langkah didalam SPO belum sesuai. |
| 3 | dst | | | | |

Tabel 2

**KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT TERKAIT ISI DOKUMEN SMM
ANTARA TIM AMI DENGAN TPM
INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN**

| No | Jumlah/ Isi dokumen SMM yang belum sesuai | Rekomendasi oleh auditor | Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian |
|----|---|--|--|--------------------|------------------|--------------------|
| 1 | SPO memimpin institusi/ lembaga pelatihan | Belum ada | Akan dibuat SPO Kepemimpinan dan budaya organisasi | TPM | Ka. TPM | 6 hari |
| 2 | SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan | Langkah-langkah yang tercantum didalam SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan, belum sesuai | SPO pelaksanaan penjaminan mutu Akan diperbaiki | TPM | Ka. TPM | 6 hari |

.....,

Auditee

Auditor,

(.....)

(.....)

Tabel 3
HASIL KESEPAKATAN
TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT TERKAIT ISI DOKUMEN SMM
ANTARA TIM AMI DAN AUDITEE
INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN

| No | Jumlah/ Isi dokumen SMM yang belum sesuai | Rekomendasi oleh auditor | Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian | Keterangan |
|----|---|--|---|--------------------|------------------|--------------------|---------------|
| 1 | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan | Pelaksana yang tercantum didalan SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan akan diperbaiki | TU | Ka. TPM | 6 hari | Belum selesai |
| 2 | SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan | Langkah-langkah yang tercantum didalam SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan, belum sesuai | SPO pelaksanaan penjaminan mutu Akan diperbaiki | TU | Ka. TPM | 6 hari | Selesai |

- *) Kolom keterangan diisi setelah batas waktu penyelesaian berakhir.
 Apabila sampai dengan batas waktu penyelesaian, rekomendasi sudah dilaksanakan maka tuliskan “selesai”, apabila rekomendasi belum selesai dilaksanakan maka tuliskan “belum selesai” dan beri keterangan mengapa belum bisa diselesaikan.
 Kesepakatan tindaklanjut yang belum diselesaikan menjadi “masalah” yang perlu dilaporkan kepada pimpinan.

Contoh

Tabel 4
MASALAH KECUKUPAN DOKUMEN SMM
INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN

| No | Jumlah/Judul dokumen mutu | Nomor | Masalah |
|----|--|----------|--|
| 1 | JUMLAH DOKUMEN SMM | | |
| | 3 dokumen SMM: 1. QAM 2. SPO 3. Standar | | Dokumen SMM yang belum ada sehingga tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi institusi |
| 2 | ISI DOKUMEN SMM | | |
| | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | 01.01.00 | Penulisan pelaksana pada SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai |
| | dst | | |

2. Pemeriksaan/ Observasi penerapan dokumen SMM.

Tahapan pemeriksaan/ observasi untuk pengumpulan dan memverifikasi informasi (audit lapangan):

a. Pembukaan Audit.

Pada saat pembukaan audit ketua tim auditor menyampaikan beberapa hal berikut:

- 1) Penyampaian tujuan, ruang lingkup, dan metode audit
- 2) Konfirmasi standar/kriteria audit yang digunakan yaitu Panduan Mutu (*Quality Assurance Manual*) yang telah ditetapkan oleh Institusi/Lembaga.
- 3) Konfirmasi jadwal audit, mencakup jam kerja dan waktu penutupan audit.
 - a) Tim AMI melakukan observasi langsung terhadap penerapan dokumen mutu, menggunakan instrumen/ *checklist* yang sudah disiapkan pada saat perencanaan.
 - b) Untuk mendapatkan informasi penerapan dokumen SMM yang lengkap, dapat dilakukan *crosscheck* antara pelaksanaan kegiatan dengan dokumen SMM yang akan diukur, dengan menggunakan *checklist* yang sudah disiapkan pada saat perencanaan. Contoh *checklist* penerapan SPO tercantum pada lampiran 5, contoh *checklist* audit penerapan standar pada lampiran 6.
 - c) Beri catatan pada kolom keterangan, apabila ada hal-hal yang perlu ditindaklanjuti dengan wawancara, observasi atau praktik.
 - d) Meminta nama-nama audite yang akan diwawancara, atau diobservasi (disesuaikan dengan kebutuhan).
 - e) Jika diperlukan, dapat meminta pegawai terkait untuk memperagakan atau mendemonstrasikan kegiatan sesuai dengan catatan yang telah dibuat. Ketika peragaan sedang berlangsung Tim AMI mengamati proses sambil membandingkan dengan prosedur mutu, instruksi kerja, ketentuan atau persyaratan yang telah ditentukan.
 - f) Melakukan klarifikasi apabila ada hal-hal yang kurang dimengerti agar dapat melengkapi data dan informasi yang diperlukan.
 - g) Pengambilan contoh secara acak, kemungkinan diperlukan untuk memperoleh data serta bukti yang obyektif. Untuk itu Tim AMI harus dapat memutuskan seberapa banyak contoh yang harus diambil agar mewakili kondisi yang sesungguhnya.

Misalnya:

Fasilitas dan sarana yang tidak sesuai standar, laporan-laporan

kegiatan yang tidak lengkap atau tidak tepat waktu, dll.

- h) Segera mengambil keputusan jika waktu untuk melakukan audit tidak sesuai dengan perencanaan.
- i) Hasil yang diperoleh pada waktu audit terhadap kepatuhan penerapan dokumen mutu dicatat pada kolom “dilaksanakan” yang terdapat pada instrumen/ *check list*.
- j) Melakukan klarifikasi dan tindak lanjut
 - (1) Setelah mendapatkan data, lakukan klarifikasi terhadap auditee untuk memastikan temuan yang didapat merupakan masalah atau bukan. Jika temuan bukan masalah, maka auditee harus dapat membuktikan pemenuhan informasi yang diperlukan. Jika temuan merupakan masalah, buat kesepakatan untuk menindaklanjutinya yang dituliskan pada instrumen/ *checklist* Contoh pada lampiran 5 dan 6.
 - (2) Tindak lanjut dapat dilakukan secara berjenjang, tidak semua tindak lanjut oleh pimpinan tertinggi, apabila masalah yang ditemukan sifatnya sederhana, dapat langsung diumpanbalikkan kepada *auditee* dan struktural di atasnya untuk menindaklanjuti masalah tersebut. Apabila masalah bisa langsung diselesaikan oleh struktural tersebut maka tidak perlu diteruskan kepada pimpinan tertinggi.
- k) Hasil audit kepatuhan penerapan dokumen SMM yang ditemukan masalah kemudian dirangkum pada lampiran 7.

3. Analisis Hasil Audit

a. Identifikasi masalah yang ditemukan.

Masalah yang diidentifikasi adalah temuan audit pada kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen SMM yang belum dapat ditindaklanjuti auditee. Masalah yang belum dapat diselesaikan, diangkat menjadi masalah yang harus dicantumkan didalam laporan dan disampaikan kepada pimpinan. Contoh: Masalah kecukupan dokumen SMM pada tabel 4 dan masalah hasil pengukuran penerapan dokumen SMM pada lampiran 7.

Contoh:

Tabel 5
MASALAH KECUKUPAN DAN PENERAPAN DOKUMEN SMM
INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN

| No | Judul dokumen SMM | Nomor | Masalah |
|----|---|-------------|--|
| A | Jumlah dokumen SMM: | | |
| | 1. QAM 2. SPO 3. Standar | | 3 dokumen SMM belum ada sehingga tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi institusi |
| B | Isi dokumen SMM | | |
| | 1. SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | | Penulisan pelaksana pada SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai |
| C | Penerapan dokumen SMM | | |
| | 1.SPO QC internal | 02.01.01.00 | SPO QC Internal belum dapat diterapkan sesuai dengan yang seharusnya karena dengan waktu 6 hari, belum ada pelatihan yang diselenggarakan. |
| | 2.Standar kelas | - | Sarana prasarana kelas (kursi dan AC) belum sesuai standar dan belum dapat dilengkapi karena belum ada anggarannya. |

b. Penentuan prioritas masalah.

Setelah masalah diidentifikasi kemudian lakukan penentuan prioritas masalah dengan metode yang dianggap paling tepat. Ini perlu dilakukan agar rekomendasi yang akan disampaikan kepada pimpinan sudah sesuai urutan prioritas permasalahan. Dengan demikian akan mempermudah pimpinan dalam memberikan disposisi penyelesaian masalah.

Contoh:

Tabel 6
PENENTUAN PRIORITAS MASALAH

| NO. | MASALAH | RANG KING | ALASAN PENENTUAN RANKING |
|----------|---|-----------|--|
| A | Jumlah dokumen SMM | | |
| | 3 dokumen SMM (QAM; SPO ...; Standar) belum ada sehingga tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi institusi | 1 | Kalau tidak ada dokumen SMM ini tidak akan terakreditasi. |
| B | Isi dokumen SMM | | |
| | Penulisan pelaksana pada SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | 2 | Tidak seiring dengan uraian tugas. Kemungkinan akan terjadi kekacauan pelaksanaan sistem |
| C | Penerapan dokumen SMM | | |
| 1 | SPO QC Internal belum diterapkan sesuai dengan yang seharusnya | 4 | Tidak dapat mengukur kesesuaian proses belajar dengan hasil akreditasi pelatihan, sehingga tidak dapat membuktikan penjaminan mutu pelatihan yang diselenggarakan. |
| 2 | Sarana prasarana kelas (kursi dan AC) belum sesuai standar dan belum dapat dilengkapi karena belum ada anggarannya. | 3 | peserta kurang nyaman ketika mengikuti proses pembelajaran, sehingga kemungkinan pencapaian tujuan pelatihan kurang optimal. |
| 3 | dst | | |

c. Analisis penyebab masalah.

Setelah ada ranking pada saat menentukan prioritas masalah, kemudian buat tabel analisis penyebab masalah sesuai dengan urutan ranking. Dalam melakukan analisis tergantung dari kejelian Tim AMI, tetapi dapat juga menggunakan 7 faktor kemungkinan penyebab yaitu Faktor Man (manusia), Method/ Machine (Metode), Money (Dana/ Anggaran), Maintenance (Pemeliharaan), Management (Manajemen), Measurement (Pengukuran).

Contoh:

Tabel 7
ANALISIS PENYEBAB MASALAH

| No | MASALAH | FAKTOR KEMUNGKINAN PENYEBAB |
|----|---|--|
| 1 | 3 dokumen SMM (QAM; SPO ...; Standar) belum ada sehingga tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi institusi | MAN : TPM kurang teliti dalam menginventarisi dokumen SMM yang dipersyaratkan. |
| 2 | Penulisan pelaksana pada SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | MAN : TPM belum memahami penulisan pelaksana yang harus di crosscheckkan dengan uraian tugas masing-masing pegawai. |
| 3 | Sarana prasarana kelas (kursi dan AC) belum sesuai standar dan belum dapat dilengkapi karena belum ada anggarannya. | MAN : Petugas belum memahami pemenuhan standar yang sudah ditetapkan. MATERIAL: Institusi tidak memiliki kursi dan AC cadangan MONEY: Anggaran pembelian AC tidak dialokasikan untuk tahun ini |
| 4 | SPO QC Internal belum diterapkan sesuai dengan yang seharusnya | MAN : Petugas belum memahami isi SPO QC Internal. |

4. Rekomendasi

Rekomendasi dibuat setelah selesai dilakukan analisis hasil audit, karena telah diketahui penyebab masalahnya.

Rekomendasi dibuat per item berdasarkan hasil analisis. Untuk membuat rekomendasi gunakan tabel 7 Analisis Penyebab Masalah yang ditambahkan kolom untuk rekomendasi.

Tabel 8
REKOMENDASI

| No | MASALAH | FAKTOR KEMUNGKINAN PENYEBAB | REKOMENDASI |
|-----------|--|--|--|
| 1 | 3 dokumen SMM (QAM; SPO ...; Standar) belum ada sehingga tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi institusi | MAN : TPM kurang teliti dalam menginventarisasi dokumen SMM yang dipersyaratkan. | Lakukan pembimbingan kepada TPM dalam penyusunan dokumen SMM. |
| 2 | Penulisan pelaksana pada SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan belum sesuai | MAN : TPM belum memahami penulisan pelaksana yang harus di crosscheck dengan uraian tugas masing-masing pegawai. | Lakukan sosialisasi uraian tugas pimpinan dan cara menuangkan pelaksana di SPO |
| 3 | Kekurangan Sarana prasarana (kursi dan AC) belum dapat dilengkapi sesuai standar, karena belum ada anggarannya | MAN : Petugas belum memahami pemenuhan standar yang sudah ditetapkan. MATERIAL: Tidak memiliki kursi dan AC cadangan MONEY: Anggaran pembelian kursi dan AC tidak dialokasikan untuk tahun ini | Berikan arahan kepada Tata Usaha cq penanggung jawab sarana pra sarana agar menginventarisir dan mencocokkan sarpras yang ada di kelas, kemudian yang belum sesuai dengan standar diusulkan untuk perencanaan pengadaan tahun berikut. |
| 4 | SPO QC Internal belum diterapkan sesuai dengan yang seharusnya | MAN : Petugas belum memahami isi prosedur QC Internal. | Lakukan sosialisasi SPO QC internal kepada petugas QC |

BAB V
LAPORAN DAN UMPAN BALIK HASIL
AUDIT MUTU INTERNAL

Hal-hal yang perlu diketahui terkait laporan hasil audit mutu internal:

A. Ketentuan laporan hasil audit adalah sebagai berikut:

1. Laporan audit mutu dibuat per semester
2. Laporan audit diberi tanggal dan ditandatangani oleh semua anggota tim audit.
3. Laporan audit tidak perlu terlalu mencantumkan rekomendasi, agar menjadi perhatian pimpinan untuk ditindaklanjuti sesuai dengan urutan prioritas masalah.
4. Laporan audit disampaikan kepada pimpinan untuk ditindaklanjuti.
5. Laporan disusun dengan sistematika sebagai berikut:

I. Pendahuluan

- A. Latar belakang dilakukan audit
- B. Maksud dan Tujuan Audit
- C. Ruang Lingkup audit

II. Pelaksanaan Audit

- A. Perencanaan/ persiapan yang dilakukan
Berisi mulai dari mengidentifikasi keberadaan dokumen mutu sampai dengan membuat jadwal dan menyusun instrumen.
- B. Pelaksanaan audit
Berisi proses mengelola audit mulai dari perencanaan sampai dengan menghasilkan rekomendasi.
- C. Kesimpulan dan Rekomendasi
 1. Kesimpulan berisi tentang proses audit mutu secara keseluruhan termasuk kendala dan pemecah-annya.
 2. Rekomendasi sesuai dengan hasil rekomendasi pada bab pelaksanaan.I

III. Penutup

Lampiran-lampiran:

1. Tabel 2: Kesepakatan Tindak Lanjut Temuan Audit Terkait Dokumen SMM yang sudah diisi sesuai kondisi.
2. Tabel 3: Hasil Kesepakatan Tindak Lanjut Temuan Audit Terkait Isi

Dokumen SMM yang sudah diisi sesuai kondisi

3. Tabel 4: Masalah kecukupan dokumen SMM yang sudah diisi sesuai kondisi.
4. Tabel 5: Masalah kecukupan dan penerapan dokumen SMM yang sudah diisi sesuai kondisi.
5. Tabel 6: Penentuan prioritas masalah yang sudah diisi sesuai kondisi
6. Tabel 7: Analisis penyebab masalah yang sudah diisi sesuai kondisi.
7. Tabel 8: Rekomendasi yang sudah diisi sesuai kondisi
8. Lampiran 1: Rekapitulasi Keadaan Dokumen SMM (yang sudah diisi)
9. Lampiran 2: Rekapitulasi hasil audit mutu terdahulu yang belum ditindaklanjuti
10. Lampiran 3: Rencana kerja Tim Audit Mutu Internal.
11. Lampiran 4: Kesesuaian Isi Dokumen SMM (yang sudah diisi)
12. Lampiran 5: Checklist Audit Penerapan SPO
13. Lampiran 6: Checklist Audit Penerapan Standar
14. Lampiran 7: Hasil kesepakatan Tindak Lanjut Temuan Audit Terkait Penerapan Dokumen SMM.

B. Umpan Balik dan Rencana Tindak Lanjut Hasil Audit.

Laporan hasil audit dikomunikasikan/ diumpanbalikkan kepada pimpinan institusi dan *auditee*. Jika dimungkinkan dilakukan dalam suatu pertemuan yang disepakati bersama.

Hal-hal yang perlu diketahui didalam pelaksanaan umpan balik:

1. Pertemuan dipimpin oleh Ketua AMI.
2. Ketua AMI menjelaskan hasil temuan audit yang didukung oleh bukti-bukti obyektif yang telah ditemukan, menyimpulkan hasil audit, dan membuka forum tanya jawab.
3. Menyepakati tindak lanjut hasil temuan dengan merinci kegiatan, penanggung jawab, waktu, tempat penyelesaian untuk setiap hasil rekomendasi. Kesepakatan pelaksanaan tindak lanjut dimonitor Tim AMI sesuai waktu kesepakatan pada saat penentuan rencana tindak lanjut.

Rencana tindak lanjut pada tabel 9, disusun mengacu tabel 8 rekomendasi.

Contoh:

Tabel 9
RENCANA TINDAK LANJUT HASIL TEMUAN
PERIODE JANUARI S/D JUNI TAHUN 2021

| No | Kegiatan | Penanggung jawab | Waktu | Tempat | Pelaksanaan Tindak Lanjut | |
|----|--|----------------------------------|-------------------|--------------|---------------------------|-------|
| | | | | | Selesai | Tidak |
| 1. | Pembimbingan penyusunan dokumen SMM kepada TPM | Ka. TU | Minggu III Juli | Tempat rapat | | |
| 2. | Sosialisasi uraian tugas pimpinan dan cara menuangkan pelaksana di SPO | Ka. Sub. Bag. TU | Minggu I Juli | Setiap kelas | | |
| 3. | Berikan arahan kepada Tata Usaha cq penanggung jawab sarana pra sarana agar menginventarisir dan mencocokkan sarpras yang ada di kelas, kemudian yang belum sesuai dengan standar diusulkan untuk perencanaan pengadaan tahun berikut. | Ka. Bid. Penyelenggara Pelatihan | Minggu II Juli | Ruang rapat | | |
| | sosialisasi SPO QC internal kepada petugas QC | Ka. Bid. Penyelenggara Pelatihan | Mgg 3 bulan Maret | Ruang rapat | | |

4. Ketua Tim AMI menutup pertemuan.
Setelah ada kesepakatan untuk ditindaklanjuti, pertemuan berakhir.

BAB VI PENUTUP

Tim Audit Mutu Internal (AMI) sangat berpengaruh terhadap pencapaian penerapan system manajemen mutu institusi/ Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan Sehubungan dengan itu Tim AMI hendaknya menjadi katalisator untuk mempercepat perubahan dalam upaya memberdayakan sistem dan mengamankan kebijakan mutu akreditasi institusi pelatihan. Oleh karena itu dalam melaksanakan tugasnya, Tim AMI tidak berorientasi hanya untuk memenuhi kewajibannya saja, tetapi hasil audit yang dilakukan harus betul-betul dapat bermanfaat bagi institusi penyelenggara pelatihan agar terjadi perbaikan yang lebih berkualitas.

Dengan telah disusunnya Pedoman Audit Mutu Internal ini untuk dijadikan acuan bagi Tim AMI dalam melaksanakan tugasnya, sehingga pemantauan dan pengukuran dapat dijalankan dan dilaksanakan secara konsisten.

LAMPIRAN - LAMPIRAN

Contoh:

Rekapitulasi Keadaan Dokumen SMM
Institusi Penyelenggara Pelatihan :
Tahun

1. Komponen Administrasi dan Manajemen

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | DOKUMEN SMM LEVEL 1, 2 DAN 3 | | JUMLAH KESELURUHAN |
|-----------|--|---------------------------------|-----------|-----------------------|
| | | Ada | Tidak ada | |
| 1. | U1: Organisasi dan kepemimpinan | | | |
| | 1. Kelembagaan dan penyelenggara pelatihan | - | - | |
| | 2. Kepemimpinan dan budaya organisasi: | | | |
| | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | 1 |
| | 3. Rencana strategis | - | - | |
| 2 | U2: Kemitraan dan Hubungan Pemangku Kepentingan | | | |
| | 1) Kemitraan: | | | |
| | SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | 1 |
| | 2) Hubungan pemangku kepentingan: | | | |
| | Prosedur dan Instruksi Kerja mengelola komunikasi dengan pemangku kepentingan mengacu pada Standar Australia : BSBGOV404 | | | 1 |
| 3 | U3: Manajemen Mutu | | | |
| | 1) Panduan Mutu (Quality Assurance Manual) | | | 1 |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | 2) SPO pelaksanaan penjaminan mutu (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | 1 |
| | JUMLAH | | | 5 |

2. Komponen Pelayanan Pelatihan

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | DOKUMEN SMM LEVEL 1,2 DAN 3 | | JUMLAH KESELURUHAN |
|-----------|---|-----------------------------|-----------|--------------------|
| | | Ada | Tidak ada | |
| 1. | U1: Manajemen Sumber Daya Manusia | | | |
| | 1) Pejabat struktural | - | - | - |
| | 2) Penyelenggara pelatihan | - | - | - |
| | 3) Tenaga pelatih | - | - | - |
| | 4. Pengendali pelatihan | - | - | - |
| | 5. Pengelola Sistem Informasi Pelatihan | - | - | - |
| 2 | U2: Manajemen Pelayanan Pelatihan | | | |
| | 1) Pelayanan peserta | | | |
| | a. SPO pelayanan penyelenggaraan pelatihan mengacu pada SKKNI 333 th 2020. | | | 1 |
| | b. SPO monitoring penyelenggaraan pelatihan/ SPO quality control internal mengacu | | | 1 |
| | 2) Media komunikasi | - | - | - |
| 3 | U3: Hasil Kinerja Utama | | | |
| | 1) Pencapaian kinerja utama | - | - | - |
| | 2) Penghargaan: | | | |
| | SPO mengukur kepuasan pelanggan (mengacu pada SKKNI No. 170 th 2016) | | | 1 |
| | 3) Wilayah Bebas dari Korupsi | - | - | - |
| | JUMLAH | | | 3 |

3. Komponen Penunjang Pelayanan Pelatihan

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | DOKUMEN SMM LEVEL 1 ,2 DAN 3 | | JUMLAH KESELURUHAN |
|-----------|--|---------------------------------|-----------|--|
| | | Ada | Tidak ada | |
| 1. | U1: Manajemen Sumber Daya | | | |
| | 1) Sarana Prasarana | | | Sesuai keadaan/jumlah sarana prasarana |
| | a. Standar kelas | | | |
| | b. Standar ruang auditorium | | | |
| | c. Standar ruang diskusi | | | |
| | d. Standar ruang sekretariat | | | |
| | e. Standar ruang tenaga pelatih | | | |
| | f. Standar perpustakaan online/ offline | | | |
| | g. Standar laboratorium kelas | | | |
| | h. Standar pendukung teknologi informasi | | | |
| | 2) Pembiayaan | - | - | |
| 2 | U2: Manajemen pengetahuan dan inovasi | | | |
| | 1) Manajemen pengetahuan | - | - | |
| | 2) Inovasi | - | - | |
| | JUMLAH | | | Sesuai kondisi |

Contoh:

**REKAPITULASI HASIL AUDIT MUTU TERDAHULU
YANG BELUM DITINDAKLANJUTI**

Institusi Pelatihan :

Waktu audit :

| NO | REKOMENDASI | DISPOSISI TINDAK LANJUT | KETERANGAN/ ALASAN TIDAK DITINDAK LANJUTI |
|----|-------------|----------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Saran-saran:

.....
.....

....., 2021

Petugas TPM,

(.....)

Contoh:

RENCANA KERJA AMI
INSTITUSI PENYELENGGARA PELATIHAN :
Tahun

| No | Tujuan | Objek Audit | Sasaran audit | Waktu Audit | | | | | | | | | | | | Metode | Tempat | Pelaksana audit |
|----|---|---|---------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--------|--------|-----------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | |
| A. | Tersusunnya rencana pelaksanaan audit kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen mutu pada komponen administrasi dan manajemen | A.Kecukupan dokumen SMM: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1. Jumlah dokumen SMM | dokmut | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2. Isi dokumen SMM | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3. Penyusunan checklist untuk audit penerapan SPO dan instruksi kerja | chekslis | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B.Kepatuhan penerapan dokumen SMM: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Penerapan SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan | Pimpinan | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Penerapan Prosedur dan Instruksi Kerja mengelola komunikasi dengan pemangku | Pegawai instalasi diklat | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Hasil audit terdahulu yang belum ditindaklanjuti: 1. 2. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | dst | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | dst | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....,

Kepala TPM

(.....)

CONTOH:**FORMAT UNTUK PEMERIKSAAN KECUKUPAN DOKUMEN SMM:**

1. Untuk mengukur kesesuaian jumlah Dokumen SMM, dapat menggunakan lampiran 1. Tinggal dianalisis dan dicatatat jumlah dan judul Dokumen SMM yang belum ada sehingga perlu dibuat oleh TPM.
2. Untuk mengukur kesesuaian isi, menggunakan format:

KESESUAIAN ISI DOKUMEN SMM
INSTITUSI PENYELENGGARA PELATIHAN :
TAHUN

1. Komponen Administrasi dan Manajemen

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | NOMOR DOKUMEN | ISI DOKUMEN SMM | | KETERANGAN KETIDAK SESUAIAN |
|-----------|--|---------------|-----------------|--------------|-----------------------------|
| | | | Sudah sesuai | Belum sesuai | |
| 1. | U1: Organisasi dan kepemimpinan | | | | |
| | 4) Kelembagaan dan penyelenggara pelatihan | - | - | - | |
| | 5) Kepemimpinan dan budaya organisasi: | | | | |
| | SPO memimpin institusi/ Lembaga pelatihan (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | | |
| | 6) Rencana strategis | - | - | - | |
| 2 | U2: Kemitraan dan Hubungan Pemangku Kepentingan | | | | |
| | 2) Kemitraan: | | | | |
| | SPO mengembangkan jejaring kerja sama kemitraan dengan pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan pelatihan (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | | |
| | 3) Hubungan pemangku kepentingan: | | | | |

| | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|
| | Prosedur dan Instruksi Kerja mengelola komunikasi dengan pemangku kepentingan mengacu pada Standar Australias : BSBGOV404 | | | | |
| 3 | U3: Manajemen Mutu | | | | |
| | 1) Panduan Mutu (Quality Assurance Manual) | | | | |
| | 2) SPO pelaksanaan penjaminan mutu (mengacu pada SKKNI No. 333 th 2020) | | | | |

2. Komponen Pelayanan Pelatihan

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | NOMOR DOKUMEN | ISI DOKUMEN SMM | | KETERANGAN KETIDAK SESUAIAN |
|-----------|---|---------------|-----------------|--------------|-----------------------------|
| | | | Sudah sesuai | Belum sesuai | |
| 1. | U1: Manajemen Sumber Daya Manusia | | | | |
| | 1) Pejabat struktural | - | - | - | |
| | 2) Penyelenggara pelatihan | - | - | - | |
| | 3) Tenaga pelatih | - | - | - | |
| | 4) Pengendali pelatihan | - | - | - | |
| | 5) Pengelola Sistem Informasi Pelatihan | - | - | - | |
| 2 | U2: Manajemen Pelayanan Pelatihan | | | | |
| | 1) Pelayanan peserta | | | | |
| | a. SPO pelayanan penyelenggaraan pelatihan mengacu pada SKKNI 333 th 2020. | | | | |
| | b. SPO monitoring penyelenggaraan pelatihan/ SPO quality control internal mengacu | | | | |
| | 2) Media komunikasi | | | | |
| 3 | U3: Hasil Kinerja Utama | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | 1) Pencapaian kinerja utama | - | - | - | |
| | 2) Penghargaan: | | | | |
| | SPO mengukur kepuasan pelanggan (mengacu pada SKKNI No. 170 th 2016) | | | | |
| | 3) Wilayah Bebas dari Korupsi | - | - | - | |

3. Komponen Penunjang Pelayanan Pelatihan

| NO | UNSUR (U)/ SUB UNSUR (SU) | NOMOR DOKUMEN | ISI DOKUMEN SMM | | KETERANGAN KETIDAK SESUAIAN |
|-----------|--|---------------|-----------------|--------------|-----------------------------|
| | | | Sudah sesuai | Belum sesuai | |
| 1. | U1: Manajemen Sumber Daya | | | | |
| | 1) Sarana Prasarana | | | | |
| | a. Standar kelas: | | | | |
| | Kelas | | | | |
| | Kelas | | | | |
| | dst | | | | |
| | b. Standar ruang auditorium | | | | |
| | Auditorium | | | | |
| | dst | | | | |
| | c. Standar ruang diskusi | | | | |
| | Ruang diskusi | | | | |
| | dst | | | | |
| | d. Standar ruang sekretariat | | | | |
| | e. Standar ruang tenaga pelatih | | | | |
| | f. Standar perpustakaan online/ offline | | | | |
| | g. Standar laboratorium kelas | | | | |
| | h. Standar pendukung teknologi informasi | | | | |
| | 2) Pembiayaan | | | | |
| 2 | U2: Manajemen pengetahuan dan inovasi | | | | |
| | 1) Manajemen pengetahuan | | - | - | |
| | 2) Inovasi | | - | - | |

Contoh:**Check List Audit Penerapan SPO**

Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan :

Komponen : Pelayanan Pelatihan

Prosedur : Quality Control Internal

Waktu Audit : 9 Maret 2021

Apabila prosedur yang diaudit terkait pelatihan

Nama Pelatihan : TGC

Tanggal pelatihan : 7-11 Maret 2021.

| No | Uraian langkah-langkah Prosedur | Dilaksanakan | | Keterangan *) |
|----|---|--------------|-------|--------------------------------|
| | | Ya | Tidak | |
| 1 | Ka Bapelkes menetapkan petugas QC internal | v | | |
| 2 | Petugas QC Internal menyiapkan instrument QC | v | | |
| 3 | Petugas QC melakukan QC pelatihan minimal 3 hari | | v | QC hanya 2 hari |
| 4 | Petugas QC membuat laporan QC dan menyampaikan kepada panitia penyelenggara | v | | |
| 5 | Ka seksi penyelenggara pelatihan menindaklanjuti laporan QC | | v | Hasil QC tidak ditindaklanjuti |

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

Kesepakatan tindak lanjut antara Tim AMI dengan auditee:

| Masalah (yang tidak dilaksanakan) | Rekomendasi oleh auditor | Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian |
|--|---|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| Lama QC internal tidak dilaksanakan sesuai prosedur dan laporan QC belum ditindaklanjuti | prosedur QC internal harus diterapkan pada semua pelatihan bid. kes. yang akan dilaksanakan | prosedur QC internal akan diterapkan pada semua pelatihan bid. kesehatan yang dilaksanakan | Seksi pelatihan | Ka Seksi pelatihan | 6 hari |

Auditee
(Dddddddddddddd)

.....
Auditor,
(Eeeeeeeeeeee)

Contoh:

Check List Audit Penerapan Standar

Institusi Penyelenggara Pelatihan :

Komponen : Pelayanan Penunjang Pelatihan

Unsur : Manajemen Sumber Daya

Sub Unsur : Sarana Prasarana

Standar : Fasilitas Dan Peralatan Kelas (kelas mawar)

Waktu Audit : 5 April 2021

| No | Isi Standar | Jumlah | Kesesuaian jumlah | | Fungsi | | Keterangan *) |
|----|---------------|--------|-------------------|-------|--------|-------|--|
| | | | Ya | Tidak | Ya | Tidak | |
| 1 | Meja peserta | 15 | v | | v | | |
| 2 | Kursi peserta | 30 | | v | | v | <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah kursi hanya 20 unit • Tanya ke bagian perlengkapan |
| 3 | AC | 1 | v | | v | | |
| 4 | | | v | | v | | |
| 5 | | | v | | v | | |
| | | | | | | | |

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

Kesepakatan tindak lanjut antara Tim AMI dengan auditee:

| Masalah (yang tidak dilaksanakan) | Rekomendasi oleh auditor | Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian |
|---|--|--|---|-------------------|--------------------|
| Keadaan sarana kelas mawar tidak sesuai standar yang telah ditetapkan: <ul style="list-style-type: none"> • kelas mawar jumlah kursi kurang | <ul style="list-style-type: none"> • Standar harus diterapkan • Kursi kelas mawar ditambah hingga sesuai standar | Akan dilakukan penambahan kursi kelas mawar supaya sesuai dengan standar | <ul style="list-style-type: none"> • Sub Bagian TU • Bag perlengkapan | Ka. Sub Bagian TU | 6 hari |

.....
 Auditee
 (Gggggggggggggg)

.....
 Auditor,
 (Mmmmmmmmm)

**FORM AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)/ VISITASI
QUALITY ASSURANCE MANUAL
AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA PENYELENGGARA
PELATIHAN BIDANG KESEHATAN**

Nama institusi/ Lembaga :
 Tim Asesor : 1.
 . : 2.
 : 3.
 Waktu AMI/ Visitasi :

Berikan tanda "V" pada kolom sesuai/ tidak sesuai terkait dengan pernyataan didalam kolom uraian.

PANDUAN MUTU/ QUALITY ASSURANCE MANUAL:

| NO | URAIAN | KESESUAIAN | | KETERANGAN |
|----|---|------------|--------------|------------|
| | | Sesuai | Tidak sesuai | |
| 1. | QAM dibuat di format yang dipersyaratkan | | | |
| 2. | QAM sudah ditetapkan | | | |
| 3. | Ruang lingkup | | | |
| 4. | Acuan normatif | | | |
| 5. | Definisi | | | |
| 6 | KOMPONEN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN | | | |
| 1) | U1. Organisasi dan kepemimpinan | | | |
| | SU1. Kelembagaan Penyelenggara Pelatihan | | | |
| | SU2. Kepemimpinan dan Budaya Organisasi | | | |
| | SU3. Rencana Strategis. | | | |
| 2) | U2. Kemitraan dan hubungan pemangku kepentingan | | | |
| | SU1. Kemitraan | | | |
| | SU2. Hubungan Pemangku Kepentingan | | | |
| 3) | U3. Manajemen Mutu | | | |
| | SU. Manajemen Mutu | | | |
| 4) | U4. Manajemen SDM | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | SU1. Pejabat struktural | | | |
| | SU2. Penyelenggara pelatihan | | | |
| | SU3. Tenaga pelatih | | | |
| | SU4. Pengendali pelatihan | | | |
| | SU5. Pengelola system informasi pelatihan | | | |
| 5) | U5. Manajemen Pelayanan | | | |
| | SU1. Pelayanan peserta | | | |
| | SU2. Media komunikasi | | | |
| 6) | U6. Hasil Kinerja Utama | | | |
| | SU1. Capaian Kinerja Utama | | | |
| | SU2. Penghargaan | | | |
| | SU3. Wilayah bebas dari korupsi | | | |
| 7) | U7. Manajemen Sumber Daya | | | |
| | SU1. Sarana Prasarana | | | |
| | SU2. Pembiayaan | | | |
| 8) | U8. Manajemen Pengetahuan Inovasi | | | |
| | SU1. Manajemen Pengetahuan | | | |
| | SU2. Inovasi | | | |

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

1. KOMPONEN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

| NO | UNSUR/ SUB UNSUR | DOKUMEN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA PELATIHAN | KETERANGAN |
|-----|---|--|--|
| 1 | UNSUR 1: ORGANISASI DAN KEPEMIMPINAN | | |
| 1.1 | SU1: Kelembagaan pelatihan | | |
| 1) | Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan harus memiliki bukti status kelembagaan, tugas dan fungsi sebagai penyelenggara pelatihan. | <input type="checkbox"/> | 1. SK Penetapan/Pendirian Organisasi. |
| 2) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki struktur organisasi yang dilengkapi dengan uraian tugas yang menjamin efektivitas dan mutu pelatihan (tuliskan struktur organisasi saudara). | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja dilengkapi dengan Tugas dan Fungsi Organisasi. 3. Uraian Tugas. |
| 3) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya memiliki visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk (tuliskan visi dan misi institusi/lembaga atau visi dan misi organisasi induk). | <input type="checkbox"/> | 4. Visi dan Misi Institusi/Lembaga atau Visi dan Misi Organisasi Induk. |

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

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

| 2.2 | SU2: Hubungan Pemangku Kepentingan | | |
|-----|---|--|---|
| 1) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki prosedur mengelola komunikasi dengan pemangku kepentingan untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelatihan. | <input type="checkbox"/> | 1. Prosedur dan instruksi Kerja Mengelola Komunikasi dengan Pemangku Kepentingan Mengacu pada Standar Australia: BSBGOV404 Communicate with Community Stakeholders (terlampir). |
| 2) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya mengelola komunikasi dengan pemangku kepentingan untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelatihan sesuai dengan prosedur yang dibuktikan dengan bukti sosial media. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 2. Rekaman Penerapan Prosedur dan Instruksi Kerja Mengelola Komunikasi dengan Pemangku Kepentingan. 3. Bukti Sosial Media seperti WhatsApp Group, instagram, twitter, facebook, website, youtube. Bukti Sosial Media seperti WhatsApp Group, instagram, twitter, facebook, website, youtube. |
| 3) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki dokumen dan rekapitulasi kegiatan mengelola komunikasi dengan pemangku kepentingan. | <input type="checkbox"/> | 4. Rekapitulasi Kegiatan Mengelola Komunikasi dengan Pemangku Kepentingan. |

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

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

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

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

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

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

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



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

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

| | | | | |
|------------|--|--|---|--|
| 3) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya mensosialisasikan hasil survey kepuasan pelanggan. | <input type="checkbox"/> | 4. Bukti sosialisasi hasil survey kepuasan pelanggan. | |
| 6.3 | SU3: Wilayah Bebas Korupsi | | | |
| 1) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki kebijakan pembangunan Zona Integritas (ZI) dan pembangunan Wilayah Bebas Korupsi (WBK) atau sejenisnya. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1. Kebijakan pembangunan zona integritas. 2. SK Tim pembangunan zona integritas dan WBK atau sejenisnya. | |
| 2) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan seharusnya melakukan sosialisasi kebijakan pembangunan Zona Integritas (ZI) dan Wilayah Bebas Korupsi (WBK). | <input type="checkbox"/> | 3. Bukti sosialisasi kebijakan pembangunan zona integritas dan WBK atau sejenisnya. | |
| 3) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memiliki dokumentasi proses pembangunan Zona Integritas (ZI) dan Wilayah Bebas Korupsi (WBK) atau sejenisnya | <input type="checkbox"/> | 4. Foto pembangunan zona integritas dan WBK di antaranya pakta integritas atau sejenisnya. | |
| 7 | Unsur: Manajemen Sumber Daya | | | |
| 7.1 | SU1: Sarana Prasarana | | | |
| 1) | Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan harus memiliki sarana prasarana pelatihan (ruang kelas, ruang auditorium, ruang diskusi, ruang sekretariat, ruang tenaga pelatih, perpustakaan online/offline, laboratorium kelas, jalur evakuasi) | <input type="checkbox"/> | 1. Standar Sarana Prasarana Pelatihan seperti yang dipersyaratkan pada point 1 | |

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

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

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

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

RINGKASAN LAPORAN KETIDAKSESUAIANAN

| KETIDAKSESUAIAN (PLOR= Problem, Location, Objective evidence, Reference) | PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (CAR=Corrective Action Request) | TINDAKAN KOREKSI | STATUS PERBAIKAN |
|--|--|------------------|------------------|
| | | | |
| 2022 Tim AMI/ Asesor Akreditasi: 1. 2. 3. | | Asesi: | |

Contoh :

**HASIL KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT TERKAIT PENERAPAN DOKUMEN SMM
ANTARA TIM AMI DENGAN AUDITEE
INSTITUSI/ LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN
TAHUN**

| No | Dokumen SMM | Nomor | Masalah (yang tidak dilaksanakan) | Rekomendasi TPM | Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian | Ket *) |
|----|-----------------|-------|--|--|---|--------------------|----------------------|--------------------|---|
| 1 | SPO QC internal | | SPO belum diteRapkan sesuai dengan yang seharusnya | SPO QC internal harus diterapkan pada semua pelatihan bidang kesehatan yang dilaksanakan | SPO QC internal akan diterapkan pada semua pelatihan bidang kesehatan yang dilaksanakan | • Seksi pelatihan | • Ka Seksi pelatihan | 6 hari | Belum selesai. SPO QC intern belum dapat diterapkan sesuai dengan yang seharusnya karena belum ada pelatihan yang diselenggarakan |

| No | Dokumen mutu | Nomor | Masalah (yang tidak dilaksanakan) | Rekomendasi TPM | • Rencana Tindak lanjut | Unit yang terlibat | Penanggung jawab | Waktu penyelesaian | Ket |
|----|---------------|-------|---|--|--|---|---|--------------------|--|
| 3 | Standar kelas | - | Keadaan sarana kelas tidak sesuai standar yang telah ditetapkan: <ul style="list-style-type: none"> • kelas mawar jumlah kursi kurang. • Tidak ada AC sehingga kelas kurang nyaman. | <ul style="list-style-type: none"> • Standar kelas harus diterapkan | Akan dilengkapi : b. Kursi c. AC Sesuai dengan standar yang dipersyaratkan. | <ul style="list-style-type: none"> • Sub Bagian Tata Usaha • Bag perlengkapan | <ul style="list-style-type: none"> • Ka. Sub Bagian Tata Usaha | 6 hari | Sarana prasarana kelas (kursi dan AC) belum sesuai dengan standar dan belum dapat dilengkapi karena belum ada anggarannya. |

Kolom keterangan diisi dengan kata “selesai” atau “belum selesai”

Apabila sampai dengan batas waktu penyelesaian, masalah sudah dapat diselesaikan maka tuliskan “selesai”, apabila sampai dengan batas waktu penyelesaian, masalah belum dapat diselesaikan maka tuliskan “belum selesai” dan yang belum selesai merupakan masalah yang perlu ditindaklanjuti kembali.

Tim Penyusun

Penasehat

Dra. Oos Fatimah Rosyati, M.Kes
(Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan)

Penanggung Jawab

Drs. M. Royan, M.Kes
(Koordinator Bidang Pengendalian Mutu Pelatihan)

Ketua

Vermona Marbun, SMIP, S.Kp, MKM
(Sub Koordinator Substansi Akreditasi Institusi Pelatihan)

Sekretaris

Dian Rahayu Pamungkas, SKM, MKM

Narasumber

Dedeh Syaadah, SKM, MKM
Laurence Ronald Kowel

Tim Teknis

Dewi Sukorini, SKM, MKM
Yulia Fitriani, SKM, MKM
Nur Afifah Kurniati, S.Sos, MKM
Katarina Wideaswati, ST
Ariestya Anggraeni, SKM, MKM
R.R. Kuswardhani, SH, MAP
Febrina Dwi Permata, S.Psi, M.Psi
Esti Rachmawati, SKM, MKM
Yun Inayani Satari, SE, MM

Tim Administrasi

Wahyu Widiyono
Yulhaidir
Yosias T