**STIKES RAFLESIA**

# RANGKUMAN LAPORAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Jl. Mahkota Raya No. 32B Pondok Duta 1, Tugu, Cimanggis Kota Depok

(021) 8712294/8702735. kampus.stikesraflesia.ac.id

**STIKes Raflesia**

Jl. Mahkota Raya No.32B, Pondok Duta I, Kel.Tugu, Kec.Cimanggis

Kota Depok - 16452

# RANGKUMAN LAPORAN PELAKSANAAN

# AUDIT MUTU INTERNAL

| | | |
|---|---|---|
| Standar | : | 1. VISI MISI DAN TUJUAN STRATEGIS |
| | | 2. TATA PAMONG DAN KERJASAMA |
| | | 3. MAHASISWA |
| | | 4. SUMBER DAYA MANUSIA |
| | | 5. KEUANGAN, SARANA DAN PRASARANA |
| | | 6. PENDIDIKAN |
| | | 7. PENELITIAN |
| | | 8. PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT |
| | | 9. LUARAN DAN CAPAIAN PENDIDIKAN, PENELITIAN, DAN PKM |
| Pelaksana Standar | : | KETUA, WAKIL 1, WAKIL 2, KETUA PRODI, DAN KETUA LPPM STIKES RAFLESIA |
| Ketua Tim Auditor | : | IGA Purnama Wulan, S.Kp.,MM |
| Anggota Tim Auditor | : | Weni Widya Shari, S.Kep.,M.Kep<br>Yulia Anggraeni HP, S.Kep.,M.Epid<br>Susilawati, SKM, MARS |
| Tipe Audit | : | AMI Reguler |
| Periode Audit | : | Tahun Akademik 2021/2022 |
| Tanggal Audit | : | September 2022 |

# Kata Pengantar

Assalamu'alaikum wr.wb.,

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas nikmat yang telah diberikan kepada kita semua untuk dapat menjalankan amanah pekerjaan dengan baik.

Sejak tahun 2012 dimana Pemerintah mengeluarkan UU No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (UU Dikti), maka Pemerintah mendorong pengembangan Budaya Mutu di Perguruan Tinggi yang dikelola secara otonomi Unit Pengelola Perguruan TInggi. Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi (SPM Dikti) mendorong agar Perguruan Tinggi mengimplementasikan Sistem Penjaminan Mutu Internal secara konsisten untuk menjaga keberlangsungan institusi.

Dengan demikian AMI adalah bagian siklus penjamin mutu yang pelaksanaanya menjadi bagian pokok kelengkapan silus tersebut. Tujuan utama AMI ialah memperoleh rekomendasi peningkatan mutu serta menjamin akuntabilitas dengan cara menidentifikasi temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar Pendidikan tinggi yang ditetapkan. Agar pelaksanaan AMI dapat berlangsung optimal maka diperlukan tim auditor yang profesional, terlatih, serta penuh integritas. Dalam rangka penguatan implementasi SPMI tersebut khususnya pelaksanaan AMI di pergurtuan tinggi, maka Satuan Penjamin Mutu Internal telah melaksanakan Audit Mutu Internal dan diharapkan selanjutnya Unit Keuangan dapat menindaklanjuti hasil temuan dari tim auditor.

Kami berharap bahwa laoran AMI ini dapat bermanfaat bagi terselenggaranya pendidikan yang berkualitas dan sesuai standar sehingga dapat mencetak lulusan-lulusan yang kompeten dibidangnya. Saran dan kritik kami harapkan untuk perbaikan pelaksanaan AMI dikemudian hari. Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terkait dalam pelaksanaan AMI ini berlangsung.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar ..... ii
DAFTAR ISI ..... iii
BAB I PENDAHULUAN ..... 4
1.1. Latar Belakang Pelaksanaan AMI ..... 4
1.2. Tujuan Pelaksanaan Audit Mutu Internal ..... 4
1.3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal ..... 5
BAB II MEKANISME AUDIT, AREA AUDIT DAN WAKTU PELAKSANAAN AMI ..... 6
2.1. Kebijakan Audit Mutu Internal ..... 6
2.2. Mekanisme Pelaksanaan Audit Mutu Internal ..... 6
2.3. Waktu Pelaksanaan Audit Mutu Internal ..... 7
2.4. Pelaksana Audit Mutu Internal ..... 8
BAB III HASIL AUDIT ..... 9
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI ..... 26
4.1. Kesimpulan ..... 26
4.2. Rekomendasi ..... 26

# BAB I

# PENDAHULUAN

## I. LATAR BELAKANG PELAKSANAAN AMI

Audit Mutu Internal adalah proses pengujian yang sistematik, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi. AMI bukanlah asesmen/penilaian melainkan pencocokan kesesuaian antara pelaksanaan dengan perencanaan suatu kegiatan.

1.1. Landasan Hukum

Bab III Pasal 52 Undang-undang Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi:

1.1.1. Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan.

1.1.2. Penjaminan mutu sebagaimnana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar Pendidikan Tinggi.

1.2. Pasal 5 Permenristekdikti No.62 tahun 2016 tentang SPM Dikti

1.2.1. SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas:

- Penetapan Standar Pendidikan tinggi
- Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi
- Evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi
- Pengendalian pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi.
- Peningkatan Standar pendidikan Tinggi

1.2.2. Evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c dilakukan melaui Audit Mutu Internal

## II. TUJUAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

2.1. Memastikan sistem manajemen mutu memenuhi standar/regulasi.

AMI melakukan penelusuran bukti-bukti yang ada untuk memastikan bahwa sistem manajemen mutu yang diterapkan oleh Auditor telah memenuhi standar yang ditetapkan dan tidak bertentangan dengan Peraturan Menteri dan BAN-PT.

2.2. Memastikan penerapan sistem manajemen mutu sesuai dengan

sasaran/tujuan.

AMI melakukan analisis kesesuaian atau ketidaksesuaian proses pelaksanaan standar mutu dan mencari akar masalah untuk mencari ruang untuk perbaikan.

2.3. Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu.

AMI memeriksa hasil pencapaian mutu dengan mengacu pada Indikator Pencapaian Standar sehingga dapat ditentukan skala pencapaian.

2.4. Mengidentifikasi peluang perbaikan sistem penjaminan mutu.

AMI mengidentifikasi akar masalah dan melaporkan kepada Auditee sebagai dasar perbaikan mutu selanjutnya.

## III. PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Menjawab paradigma baru Sistem Penjaminan Mutu Perguruan Tinggi yang tercantumdalam Permendikbud Nomor 5/2020 di mana pada prinsipnya, PT/PS yang sudah memperoleh status akreditasi dapat bersifat pasif, kecuali PT/PS yang ingin meningkatkan status akreditasi yang dapat mengajukan permintaan reakreditasi..

Peraturan itu menunjukkan bahwa PT/PS harus mampu menjamin bahwa mutu tridharma perguruan tinggi tetap terjaga setiap saat, sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Maka di tahun 2020 ini UPM STIKes Raflesia menerapkan SPMI paradigma baru dengan instrumen yang baru dan Auditor Mutu Internal yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Ketua.

AMI Tahun Akademik 2019-2020 Semester Genap dalam masa pandemi ini harus dilaksanakan dengan sistem daring dengan area audit yang dibatasi. Bagi Satuan Pendidikan, mengacu pada standar isi pembelajaran, proses pembelajaran, penilaian pembelajaran, dan penilaian pembelajaran, dan bagi Satuan Pendukung dilaksanakan audit standar dosen dan tenaga kependidikan, standarsarana prasarana pembelajaran dan standar pembiayaan pembelajaran.

Dengan adanya proses audit ini diharapkan agar STIKes Raflesia dapat mengendalikan serta meningkatkan mutu pembelajaran ke depannya melalui rekomendasi kepada Pimpinan yang diberikan oleh Tim Auditor atas temuan yang diperoleh. Karena itu, dukungan Pimpinan STIKes sebagai pengambil kebijakan sangat menentukan keberhasilan mutu pembelajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

# BAB II

# MEKANISME AUDIT

## 2.1. KEBIJAKAN AUDIT MUTU INTERNAL

Penerapan SPMI di STIKes Raflesia sesuai dengan Permenristekdikti No. 61 Tahun 2016 pasal 5 yang menyatakan siklus kegiatan SPMI terdiri dari Penetapan-Pelaksanaan–Evaluasi– Pengendalian–Peningkatan (PPEPP) Standar Pendidikan Tinggi yang akan menghasilkan *kaizen* atau *continuous quality improvement* mutu Pendidikan Tinggi di perguruan tinggi. Evaluasi pelaksanaan standar Dikti dan standar Perguruan Tinggi dilakukan dengan cara Audit Mutu Internal oleh UPM.

Pada prinsipnya, pelaksanaan SPMI menganut asas:

a. *Quality First*

   Semua pikiran dan tindakan pengelola perguruan tinggi harus memprioritaskan mutu.

b. *Stakeholders-in*

   Semua pikiran dan tindakan pengelola perguruan tinggi harus ditujukan pada kepuasan para pemangku kepentingan (internal dan eksternal).

c. *The next process is our stakeholder*

   Setiap pihak yang menjalankan tugasnya dalam proses pendidikan pada perguruan tinggi harus menganggap pihak lain yang menggunakan hasil pelaksanan tugasnya tersebut sebagai pemangku kepentingan yang harus dipuaskan.

d. *Speak with data*

   Setiap pengambilan keputusan/kebijakan dalam proses pendidikan pada perguruan tinggi harus didasarkan pada analisis data; bukan berdasarkan asumsi atau rekayasa.

e. *Upstream management*

   Setiap pengambilan keputusan/kebijakan dalam proses pendidikan pada perguruantinggi harus dilakukan secara partisipatif dan kolegial; bukan otoritatif.

Ketua meminta kepada UPM untuk melaksana AMI, untuk memeriksa pemenuhan Standar Dikti, dari tahap penetapan sampai tahap pelaksanaan standar Dikti dan Standar Perguruan Tinggi.

Hasil pemeriksaan AMI dianalisis untuk menilai efektivitas kinerja SPMI di

lingkungan STIKes Raflesia dan dilaporkan oleh Ketua UPM kepada Ketua STIKes. Evaluasi ini dilakukan satu kali dalam setahun, di akhir tahun akademik, agar hasil temuannya dapat digunakan menjadi dasar penentuan program kerja pada tahun akademik berikutnya.

## 2.2. MEKANISME PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Mekanisme pelaksanaan AMI untuk Tahun Akademik 2021-2022 adalah sebagai berikut:

1. Ketua mengeluarkan Surat Perintah Pelaksanaan AMI.
2. Ketua mengadakan *kick off meeting* untuk meresmikan dimulainya masa AMI dan menentukan area audit.
3. Kepala UPM membentuk Tim Audit yang terdiri dari Auditor Mutu Internal STIKes.
4. Ketua dan Sekretaris Prodi mengisi Laporan Kinerja Program Studi (LKPS)
5. Auditor Lapangan sesuai dengan penugasannya melakukan Audit Dokumen sudah diisi oleh Prodi/Unit
6. Auditor membuat Daftar Pertanyaan AMI yang diserahkan kepada Auditeesetidaknya H – 1 dari jadwal Audit Lapangan.
7. Auditor melaksanaan Audit Lapangan sesuai dengan waktu yang disepakati ke lokasiProdi/Unit.
8. Auditor melakukan rapat hasil Audit Lapangan dan menyampaikan kembali kepadaAuditee untuk mendapat persetujuan.

Luaran AMI adalah rekomendasi untuk pengendalian dan peningkatan mutu, dituangkan dalam dokumen Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) dan Permintaan Tindakan Peningkatan(PTP). Luaran ini akan didiskusikan dalam Rapat Tinjauan Manajen (RTM) bersama para Pimpinan STIKes dan Prodi untuk ditentukan tindaklanjut yang harus dilaksanakan pada tahun akademik berikutnya, untuk peningkatan mutu pengelolaan dan operasional STIKes Raflesia.

## 2.3. WAKTU PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Waktu Pelaksanaan AMI adalah pada bulan September 2022

## 2.4. PELAKSANA AUDIT MUTU INTERNAL

Auditor 1 : IGA Purnama Wulan, S.Kp.,MM

Auditor 2 : Yulia Anggraeni HP, S.Kep.,M.Epid

Susilawati , SKM, MARS

Weni Widya Shari, S.Kep.,M.Kep

# BAB III

# Hasil Audit

## 3.1. Hasil Audit Lapangan

Secara umum kinerja pencapaian standar Stikes Raflesia adalah cukup baik dibuktikan dengan tercapainya 89 standar dari 108 standar yang ada. Berdasarkan hasil Audit Lapangan tidak ditemukan ketidaksesuaian Mayor, namun ada 13 sasaran standar dengan kategori KTS Minor dan 14 sasaran standar dengan kategori KTS Observasi.

Tabel 3.1.1. Ketercapaian Sasaran Standar

| Sasaran Standar | Ketercapaian Sasaran Standar | | Keterangan |
|---|---|---|---|
| | Tercapai | Tidak Tercapai | |
| **Visi Misi (Standar 1)** | | | |
| 1. Persentase integrasi nilai-nilai keislaman kedalam proses pembelajaran | √ | | |
| 2. Persentase integrasi kenggulan kedalam kurikulum dan proses pembelajaran | √ | | |
| 3. Jumlah kegiatan peningkatan pemahaman dan integrasi nilai-nilai islami dalam proses pembelajaran | | √ | Pemahaman dosen dalam mengintegrasikan keislaman dan kesehatan kedalam proses pembelajaran masih kurang |
| 4. Persentase program studi yang terakreditasi | √ | | Program studi baru yang belum siap untuk pelaksanaan akreditasi |
| 5. Terlaksananya sosialisasi VMTS kepada sivitas akademika | √ | | |
| 6. Persentase pamahaman dosen dan tenaga kependidikan terhadap VMTS | √ | | |
| 7. Persentase pemahaman | √ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| mahasiswa/alumni VMTS | | | |
| 8. Persentase kinerja monev ketercapaian Renstra | √ | | |
| **Tata Pamong (Standar 2)** | | | |
| 9. Laporan pelaksanaan tugas pokok & fungsi Pimpinan dan pejabat sttruktural STIKes Raflesia minimal 70% pertahun | | √ | Pencapaian standar pada tahun 2021/2022 adalah 68% |
| 10. Indikator Kinerja Tata pamong & Tata Kelola minimal 3 per tahun (skala 1 – 4) | √ | | |
| 11. Indeks kepuasan mahasiswa terhadap layanan manajemen minimal 3,0 per tahun | √ | | |
| 12. Hasil evaluasi pelaksanaan standar mutu STIKes minimal 70% per tahun. | √ | | |
| 13. Hasil monev penjaminan mutu ditindak lanjuti minimal 70% per tahun | √ | | |
| 14. Manfaat kerjasama bagi PS dalam pemenuhan Tri Dharma PT minimal 50% kerjasama berjalan per tahun. | | √ | 35% |
| 15. Peningkatan kinerja tridharma dan fasilitas pendukung PS minimal 70% per tahun. | | √ | 35% |
| 16. Skor kepuasan mitra kerjasama minimal 3 per tahun.(skala 1 – 4) | √ | | |
| 17. Mitigasi risiko minimal 50% per tahun | | √ | 35% |
| **Mahasiswa (Standar 3)** | | | |
| 18. Rasio jumlah | √ | | 3,9 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | pendaftar terhadap jumlah yang lulus seleksi ≥ 2 kali | | | |
| 19. | Persentase jumlah mahasiswa yang mendaftar ulang dengan jumlah yang lulus seleksi ≥ 90% | √ | | 94% |
| 20. | Jumlah prestasi akademik dan non akademik di tingkat nasional | | √ | 9 prestasi untuk tingkat lokal |
| 21. | Presentase jumlah mahasiswa lulus tepat waktu | √ | | 100% |
| 22. | Presentase mahasiswa lulus uji kompetensi = 100% | | √ | 95,97% |
| 23. | Masa tunggu lulusan mendapatkan pekerjaan ≥ 3 bulan | √ | | 100% |
| 24. | Jumlah mahasiswa yang menerima beasiswa | | | 3 orang |
| 25. | Kepuasan mahasiswa terhadap layanan kemahasiswaan | | | 80% |
| 26. | Partisipasi aktif mahasiswa menjadi pengurus organisasi kemahasiswan | | √ | 20% |
| 27. | Partisipasi mahasiswa yang mengikuti kegiatan kewirausahaan | | | 70% |
| 28. | Persentase mahasiswa lulus membaca Al Quran | √ | | 98% |
| 29. | Persentase Mahasiswa lulus TOEFL dengan score 350-400 | √ | | 100% |
| **SDM (STANDAR 4)** | | | | |
| 30. | Dosen tetap berpendidikan S3 | | √ | Hanya 5.9% yang berpendidikan S3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | pada tahun30% | | | |
| 31. | Persentase Dosen tetap dengan jabatan Asisten Ahli 40 %. | | √ | Persentase dosen tetap dengan jabatan AA adalah 33,3 % |
| 32. | Persentase dosen tetap yang memiliki sertifikat pendidik professional minimal 80% | √ | | 83,3 % |
| 33. | Persentase Dosen tetap memiliki sertifikat profesi/kompe-tensi 80% | √ | | 83,3 % |
| 34. | SWMP (Setara Waktu Mengajar Penuh) untuk dosen tetap: 12-16 sks | | √ | 14-24 |
| 35. | Rasio jumlah mahasiswa PS terhadap jumlah dosen tetap maksimal 20 | √ | | |
| 36. | Beban dosen dalam membimbing TA mahasiswa sebagai pembimbing utama maksimal 9. mahasiswa per dosen. | √ | | |
| 37. | Rasio jumlah mahasiswa praktik klinik terhadap jumlah dosen pembimbing maksimal 9 | √ | | |
| 38. | Persentase dosen tidak tetap maksimal 20%. | √ | | |
| 39. | Indeks kinerja dosen dalam rentang 3.0-3.5 | √ | | |
| 40. | Indeks kinerja tenaga kependidikan dalam rentang 3.0-3.50 | √ | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 41. | Rerata Indeks kepuasan dosen terhadap pengelolaan SDM dalam rentang 3.0-3,5. | √ | | |
| 42. | Rerata Indeks kepuasan tenaga kependidikan terhadap pengelolaan SDM 3,5. | √ | | |
| 43. | Persentase dosen sebagai peserta seminar ilmiah/ lokakarya/ penataran/ pameran minimal 2 kali per tahun minimal 90%. | √ | | |
| 44. | Persentase dosen sebagai penyaji seminar ilmiah/ lokakarya/ penataran/ pameran minimal 1 kali per tahun minimal 30%. | √ | | |
| **KEUANGAN (STANDAR 5)** | | | | |
| 45. | Persentase perolehan dana dari mahasiswa minimal 66% dari keseluruhan penerimaan dana | | √ | Stikes Raflesia 70,60 % |
| 46. | Penggunaan biaya operasional pendidikan/ pembelajaran minimal Rp.20 juta per mahasiswa/ tahun | √ | | |
| 47. | Dosen sudah mendapatkan biaya penelitian baik internal maupun eksternal minimal Rp.5 juta per dosen/ tahun | | √ | Stikes Raflesia 2,2 juta |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 48. | Dosen sudah mendapatkan biaya pengabdian kepada masyarakat baik internal maupun eksternal minimal Rp.10 juta per dosen/ tahun | | √ | STIKes Raflesia 4 juta |
| **SARANA DAN PRASARANA (STANDAR 5)** | | | | |
| 49. | STIKes Raflesia menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan isi dan proses pembelajaran dalam rangka pemenuahan capaian pembelajaran lulusan yang memadai dan terawat | √ | | |
| 50. | STIkes memiliki bangunandengan standar kuatitas minimal kelas A atau setara | √ | | |
| 51. | Tersedia bangunan yang memenuhi persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan keamanan, serta dilengkapi dengan instalasi listrik yang berdaya memadai dan instalasi,baik limbah domestik maupun limbah khusus, apabila diperlukan | √ | | |
| 52. | STIKes Raflesia menyediakan sarana dan prasarana untuk yang berkubutuhan khusus | | √ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 53. Kelengkapan laboratorium Prodi S1 Kesehatan Masyarakat | | √ | |
| 54. Kesesuaian luas perpustakaan dengan peraturan menteri | | √ | |
| **PENDIDIKAN (STANDAR 6)** | | | |
| 55. Peninjauan dan penyempurnaan kurikulum dengan melibatkan pemangku kepentingan internal STIKes Raflesia, serta s*stakeholder* dan ahli.secara umum | √ | | |
| 56. Terdapat panduan penyususnan kurikulum pendidikan tinggi sebagai dasar penyusunan RPS | √ | | |
| 57. Terdapat panduan penyusunan kurikulum pendidikan tinggi sebagai dasar penyusunan RPS | √ | | |
| 58. Kesuaian antara profil lulusan dan jenjang KKNI serta capaian pembelajaran pada kurikulum yang digunakan | √ | | |
| 59. Keterlaksanaan pembelajaran setiap mata kuliah yang berpusat pada mahasiswa, serta dilakukan secara interaktif, holistik, integratif, kreative, efektif dan kolaboratif. | √ | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 60. | Perkuliahan menggunakan berbagai strategi / metode untuk mengakomodasikan karakteristik mahasiswa dan kesesuaianya dengan karakteristik mata kuliah. | √ | | |
| 61. | Evaluasi terhadap pelaksaan pembelajaran | √ | | |
| 62. | Penelitian/PKM dosen yang diintegrasikan ke dalam pembelajaran | | √ | |
| 63. | Tersedianya fasilitas pembelajaran dan sumber belajar bagi dosen dan mahasiswa | √ | | |
| 64. | Tersedianya matakuliah unggunlan yang disesuaikan dengan visi dan misi program studi | √ | | |
| 65. | Pelaksanaan pembelajaran bilingual | | √ | |
| 66. | Prosedur pendokumentasian kurikulum | | √ | |
| **PENELITIAN (STANDAR 7)** | | | | |
| 67. | 100 % penelitian prodi merupakan penelitian pengembangan ilmu pengetahuan, sains dan seni yang terintegrasi kearifan lokal. | √ | | 100% |
| 68. | 80% hasil penelitian di publikasikan | | √ | 20% dari target 80% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 69. | 100% luaran penelitian bidang riset kesehatan dapat digunakan untuk peningkatan program kesehatan masyarakat | | √ | 70% dari target 100% |
| 70. | 100% penelitian sesuai dengan roadmap penelitian | √ | | |
| 71. | Penelitian menjadi rujukan masalah minimal 3x dalam setahun | √ | | |
| 72. | Jumlah penelitian yang diaplikasikan | √ | | |
| 73. | Terdapat 80 % penelitian yang dilakukan secara kolektif atau kolaboratif antara dosen dengan mahasiswa | √ | | |
| 74. | 100% proses seleksi sampai pelaporan sesuai dengan agenda penelitian | √ | | |
| 75. | 100% Pelaksanaan penelitian sesuai dengan jadwal proposal yang telah disetujui | √ | | |
| 76. | Pelaksanaan monitoring dilakukan 2 kali dalam setahun | √ | | |
| 77. | Proses penilaian sesuai dengan agenda penelitian | √ | | |
| 78. | Adanya berita acara penilaian proposal | √ | | |
| 79. | Semua tim peneliti memenuhi kriteria yang ditetapkan pada skema penelitian | √ | | |
| 80. | 90% penelitian dasar dilaksanakan | √ | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | dengan menggunakan sarana dan prasarana penelitian internal | | | |
| 81. | Tersedianya buku pedoman penelitian | √ | | |
| 82. | Semua penelitian dilakukan sesuai dengan pedoman penelitian, baik proposal, pelaporan dan publikasi | √ | | |
| 83. | Semua dosen wajib melaksanakan penelitian minimal 2 kali setahun | √ | | |
| 84. | Jumlah pelaksana sesuai dengan jumlah dosen | √ | | |
| 85. | Penggunaan dana penelitian sesuai dengan alokasi anggaran yang ditetapkan dalam RAB penelitian | √ | | |
| 86. | Kontrak biaya penelitian ditandatangani dosen peneliti | √ | | |
| 87. | Bukti kwitansi penelitian sudah lengkap | √ | | |
| **PKM (STANDAR 8)** | | | | |
| 88. | 100 % PkM merupakan pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan yang terintegrasi dengan kearifan lokal untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat serta daya saing bangsa yang proposional. | √ | | |
| 89. | 70% hasil PKM diseminarkan, dipublikasikan atau dipatenkan | | √ | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 90. | 100% PKM sesuai dengan roadmap penelitian | √ | | |
| 91. | 100 % PkM merupakan hilirisasi/penerapan keilmuan PS. | √ | | |
| 92. | Terdapat 100 % PKM yang dilakukan secara kolektif atau kolaboratif antara dosen dengan mahasiswa | √ | | |
| 93. | Proses seleksi sampai pelaporan sesuai dengan agenda pengabdian | √ | | |
| 94. | Pelaksanaan pengabdian sesuai dengan jadwal proposal yang telah disetujui | √ | | |
| 95. | Pelaksanaan monitoring dilakukan 2 kali dalam setahun | √ | | |
| 96. | Proses seleksi sampai pelaporan sesuai dengan agenda pengabdian | √ | | |
| 97. | 90% penelitian dasar dilaksanakan dengan menggunakan sarana dan prasarana penelitian internal | √ | | |
| 98. | Tersedianya buku pedoman pengabdian | √ | | |
| 99. | Semua penelitian dilakukan sesuai dengan pedoman laporan pengabdian, baik proposal dan | √ | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | pembuatan pelaporna | | | |
| 100. | Semua dosen wajib melaksanakan pengabdian masyarakat minimal 2 kali setahun | √ | | |
| 101. | Penggunaan dana pengabdian sesuai dengan alokasi anggaran yang ditetapkan dalam RAB pengabdian | √ | | |
| 102. | Kontrak biaya penelitian ditandatangani dosen pengabdi | √ | | |
| 103. | Bukti Kwitansi Pengabdian sudah lengkap | √ | | |
| LUARAN PENDIDIKAN, PENELITIAN, PENGMAS (STANDAR 9) | | | | |
| 104. | Rata-rata Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) | √ | | 44 lulusan tahun 2021 target Lulusan yang memperoleh sertifikat kompetensi sebanyak 42 lulusan (95,45%). |
| 105. | Rata-rata IPK (minimal 3.00) | √ | | 3,09-3,27 |
| 106. | Lama studi mahasiswa | √ | | Semua mahasiswa DIII Keperawatan lulus dalam waktu 6 semester (3 tahun). |
| 107. | Persentase kelulusan tepat waktu. | √ | | 100% |
| 108. | Waktu tunggu lulusan untuk berkerja | √ | | |

Tabel 3.1.2. Ketidaksesuaian Sasaran Standar

| NO | STANDAR | KATEGORI KETIDAKSESUAIAN | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Mayor | Minor | Obs |
| 1 | Presentase jumlah program studi yang terakreditasi masih perlu dikembangkan | | | √ |
| 2 | Kegiatan yang meningkatkan pemahaman dosen dalam integrasi keislaman dan kesehatan dalam Tridarma Perguruan Tinggi | | √ | |
| 3 | SOP belum berjalan dengan baik | | √ | |
| 4 | Jumlah publikasi dan pengabdian masyarakat belum sesuai target | | | √ |
| 5 | Jumlah kerjasama luar negeri | | √ | |
| 6 | Laporan pelaksanaan tugas pokok & fungsi Pimpinan dan pejabat sttruktural STIKes Raflesia minimal 70% pertahun | | | √ |
| 7 | Manfaat kerjasama bagi PS dalam pemenuhan Tri Dharma PT minimal 50% kerjasama berjalan per tahun. | | | √ |
| 8 | Peningkatan kinerja tridharma dan fasilitas pendukung PS minimal 70% per tahun. | | | √ |
| 9 | Mitigasi risiko minimal 50% per tahun | | | √ |
| 10 | Jumlah prestasi akademik dan non akademik di tingkat nasional | | √ | |
| 11 | Masih rendah jumlah animo pendaftaran | | | √ |
| 12 | Presentase mahasiswa lulus uji kompetensi = 100% | | | √ |
| 13 | Jumlah mahasiswa yang menerima beasiswa | | | √ |
| 14 | Partisipasi mahasiswa yang mengikuti kegiatan kewirausahaan | | | √ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15 | Jabatan Fungsional Lektor dan lektor Kepala belum ada | | √ | |
| 16 | Dosen tetap berpendidikan S3 | | | √ |
| 17 | SWMP (Setara Waktu Mengajar Penuh) untuk dosen tetap: 12-16 sks | | √ | |
| 18 | Penelitian dan Publikasi masih minim | | | √ |
| 19 | Peningkatan Pendidikan Dan pelatihan untuk Tenaga Kependidikan | | √ | |
| 20 | Masih besarnya sumber penerimaan dana yang berasal dari mahasiswa | | √ | |
| 21 | Masih ada mata kuliah yang belum mengintegrasikan hasil penelitian dan pengmas ke dalam pembelajaran | | √ | |
| 22 | Prosedur pendokumentasian kurikulum | | | √ |
| 23 | Belum terlaksananya kegiatan pembelajaran secara maksimal di lingkup internasional | | √ | |
| 24 | Kurangnya penelitian PS dilakukan secara multi dan lintas ilmu | | √ | |
| 25 | Rendahnya luaran hasil PkM | | | √ |
| 26 | Dosen belum ada yang mendapatkan dana penelitian hibah DIKTI | | √ | |
| 27 | Kurangnya prestasi mahasiswa | | √ | |

### 3.2. Permintaan Tindakan Koreksi

Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) berdasarkan hasil temuan Audit Lapangan dianalisis dan dikategorikan dalam 2 (dua) kategori, yaitu:

A. KTS-MINOR

Ketidaksesuaian Minor (KTS-Minor) dapat terjadi jika pihak yang diaudit telah memahami standar yang ada dan terdapat bukti perencanaan untuk pelaksanaan perbaikan.

Ketidaksesuaian ini memiliki dampak yang terbatas terhadap sistem mutu yang ada pada kampus.

Berdasarkan hasil audit lapangan, terdapat 13 sasaran standar yang dikategorikan ketidaksesuaian minor. Berikut rekomendasi dari ketidaksesuaian minor tersebut:

| NO | STANDAR | REKOMENDASI |
|---|---|---|
| 1 | Kegiatan yang meningkatkan pemahaman dosen dalam integrasi keislaman dan kesehatan dalam Tridarma Perguruan Tinggi | Peningkatan pemahaaman dosen untuk mengintegrasikan kesilaman, keunggulan dan kesehatan kedalam proses pemebelajaran melalui kegiatan seminar/pelatihan dengan mengundang pakar, pada tahun 2023 |
| 2 | SOP belum berjalan dengan baik | Workshop dan sosialisasi tentang SOP dan tupoksi |
| 3 | Jumlah kerjasama luar negeri | Melakukan penelitian bersama dengan dosen di luar negeri |
| 4 | Jumlah prestasi akademik dan non akademik di tingkat nasional | 1. Meningkatkan kualitas kegiatan kemahasiswaan dan fasilitas,<br>2. Pembinaan secara intensif pada lomba public speaking |
| 5 | Jabatan Fungsional Lektor dan lektor Kepala belum ada | Pimpinan STIKes dan Ka. Prodi Memotivasi dan memberikan Dukungan agar jumlah dosen yang memiliki Jabatan Fungsional Asisten Ahli dapat meningkat menjadi lector |
| 6 | SWMP (Setara Waktu Mengajar Penuh) untuk dosen tetap: 12-16 sks | Maping tebaran dosen per semester |
| 7 | Peningkatan Pendidikan Dan pelatihan untuk Tenaga Kependidikan | Pimpinan STIKes dan Ka. Prodi Berupaya Meningkatkan Partisipasi dan motovasi Aktif Tenaga kependidikan dalam Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan formal Maupun Non formal |
| 8 | Masih besarnya sumber penerimaan dana yang berasal dari mahasiswa | Para Ketua dan semua Kaprodi Segera menindak lanjuti percepatan mencari dana-dana hibah dan usaha sendiri |
| 9 | Masih ada mata kuliah yang belum mengintegrasikan hasil penelitian dan pengmas ke dalam pembelajaran | Melakukan pendampingan dosen untuk memasukan penelitian ke dalam pembelajaran |
| 10 | Belum terlaksananya kegiatan pembelajaran secara maksimal di lingkup internasional | Memperluas jaringan di tingkat internasional serta menyesuaiakan kemampuan mahasiswa dengan kebutuhan stakeholder internasional |
| 11 | Kurangnya penelitian PS dilakukan secara multi dan lintas ilmu | Maping persiapan penelitian masing-masing Prodi setiap awal semester |

| | | |
|---|---|---|
| 12 | Dosen belum ada yang mendapatkan dana penelitian hibah DIKTI | 1. Meningkatkan keikutsertaan dosen dalam kompetisi/pelatihan<br>2. Pendampingan berkala dari bidang mutu berkolaborasi dengan UPPM dan Waket I |
| 13 | Kurangnya prestasi mahasiswa | Memberikan *reward* bagi mahasiswa yang berprestasi. |

B. KTS-OBSERVASI

Ketidaksesuaian Observasi (KTS-OBS) terjadi apabila standar dinyatakan sudah terlaksana, tetapi bukti sahih belum dapat ditunjukkan pada saat Audit Lapangan.

Berdasarkan hasil audit lapangan, terdapat 14 standar yang dikategorikan ketidaksesuaian yang perlu diobservasi yakni:

| NO | STANDAR | REKOMENDASI |
|---|---|---|
| 1 | Presentase jumlah program studi yang terakreditasi masih perlu dikembangkan | Peningkatan kegiatan yang menunjang pemenuhan nilai akreditasi baik diberbagai aspek |
| 2 | Jumlah publikasi dan pengabdian masyarakat belum sesuai target | Meningkatkan dana penelitian & pengabdian masyarakat |
| 3 | Laporan pelaksanaan tugas pokok & fungsi Pimpinan dan pejabat sttruktural STIKes Raflesia minimal 70% pertahun | Melakukan sosialisasi tentang tupoksi secara terus menerus, dimulai dari pelatihan *inhouse training* (IHT) pimpinan yang diselenggarakan di awal tahun ajaran. |
| 4 | Manfaat kerjasama bagi PS dalam pemenuhan Tri Dharma PT minimal 50% kerjasama berjalan per tahun. | Sedang disosialisasikan tentang kerja di LN |
| 5 | Peningkatan kinerja tridharma dan fasilitas pendukung PS minimal 70% per tahun. | Perlu meningkatkan kinerja tridharma dengan tetap memperhatikan kondisi pandemic Covid. |
| 6 | Mitigasi risiko minimal 50% per tahun | • Perlu penyusunan pedoman manajemen risiko yang di sosialisasikan seluruh elemen STIKes Raflesia.<br>• Mengadakan workshop mengundang pakar sebagai nara sumber |
| 7 | Masih rendah jumlah animo pendaftaran | Meningkatkan kegiatan Promosi Prodi melalui web,kegiatan seminar, dan pengajian bulanan online |
| 8 | Presentase mahasiswa lulus uji kompetensi = 100% | Mahasiswa yang memiliki masalah dalam pembelajaran |
| 9 | Jumlah mahasiswa yang menerima beasiswa | Menggali informasi beasiswa dari Kemendikbud dan institusi lain |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Partisipasi mahasiswa yang mengikuti kegiatan kewirausahaan | Peningkatan kegiatan bimbingan kewirausahaan dengan mengundang pakar |
| 11 | Dosen tetap berpendidikan S3 | Laporan *progress* studi |
| 12 | Penelitian dan Publikasi masih minim | Meningkatkan kualitas dan kuantitas pada layanan penelitian dan pengabdian kepada masysrakat dengan melakukan bimbingan yang lebih insentif ataupun bersaing pada hibah yang ditawarkan baik secara nasional dan internasional |
| 13 | Prosedur pendokumentasian kurikulum | Peningkatan kesadaran untuk mengunggah perangkat pembelajaran ke aplikasi SIAKAD. |
| 14 | Rendahnya luaran hasil PkM | Meningkatkan kualitas dan kuantitas pada PkM dengan melakukan bimbingan yang lebih intensif ataupun bersaing pada hibah yang ditawarkan baik secara nasional dan internasional. |

# BAB IV
# KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

## 4.1. KESIMPULAN

Berdasarkan Audit Lapangan pada keseluruhan unit, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar standar pada masing-masing bidang telah terlaksana dan melampaui standar yang telah ditetapkan oleh SN Dikti. Terdapat 89 standar yang tercapai dari 108 standar yang ada. Berdasarkan hasil Audit Lapangan tidak ditemukan ketidaksesuaian Mayor, namun ada 13 sasaran standar dengan kategori KTS Minor dan 14 sasaran standar dengan kategori KTS Observasi.

## 4.2. REKOMENDASI

Rekomendasi untuk setiap unit dalam pencapaian standar adalah perlu meningkatkan dan memasifkan upaya sosialisasi standar dan membuat strategi khusus dalam pencapaian standar (rekomendasi dijelaskan pada bab III).