LAPORAN Audit Mutu Internal (AMI) Bidang Keuangan, Sarpras dan SDM

Jenjang (pilih salah satu) : ~~D-IV~~/S-1 / ~~Profesi~~

Unit/Bidang : Waka II Bid. Keuangan, Sarpras & SDM

Wakil Ketua II : Bq. Nova Aprilia Azamti, S.Si.T.,M.Keb

Ketua Tim Auditor : I Made Eka Santosa, S.Kp., M.Kes

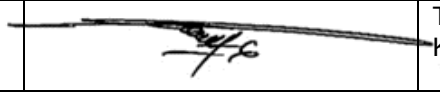
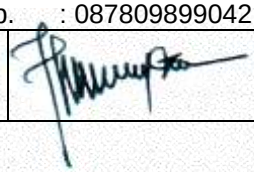
Anggota : Suhartiningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

: Sri Hardiani, S.Tr.Keb.,M.Kes

Tahun : 2025

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL
PROGRAM STUDI

I. PENDAHULUAN

Program Studi	~~S1 Keperawatan dan Profesi Bidan~~	
Alamat	STIKES Mataram Jalan Swakarsa III No 10 – 14 Grisak Kekalik Mataram	
Nama KA.Unit/Bidang	Bq. Nova Aprilia Azamty, S.Si.T.,M.Keb	Telp. : 085337383803
Tanggal Audit	11 – 17 September 2025	
Ketua Auditor	I Made Eka Santosa, S.Kp., M.Kes.	Prodi : S-1 Keperawatan Telp. : 081803634913
Anggota Auditor	1. Nama : Suhartiningsih Telp. : 087859029240	2. Nama : Sri Hardiani Telp. : 087809899042
Tanda Tangan Ketua Auditor		Tanda Tangan Kaprodi: 

II. TUJUAN AUDIT:

Beri tanda √ sesuai yang dikerjakan.

a. Memastikan apakah temuan/rencana tindakan koreksi pada Siklus Audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjuti.	√
b. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penjaminan mutu Program Studi terhadap Dokumen Akademik prodi dan Dokumen Mutu prodi	√
c. Memetakan kesiapan Program Studi dalam melaksanakan program Akreditasi	√
d. Memastikan kelancaran pelaksanaan pengelolaan Program Studi	√
e. Memetakan peluang peningkatan mutu Program Studi	√

III. LINGKUP AUDIT:

Audit yang dilakukan adalah audit by dokumen yang meliputi butir-butir Standar Standar Pendidikan :

- Standar Masukan Pembelajaran
- Standar Masukan Penelitian
- Standar Masukan PKM
- Standar SDM
- Standar Keuangan
- Standar Kesejahteraan
- Standar tekhnologi Informasi
- Standar K3

IV. JADWAL AUDIT:

Hari/Tanggal audit: Senin s/d Sabtu, 11 – 17 September 2025

No.	Kegiatan	Peserta	Waktu
A	**AUDIT PENDIDIKAN**		
1	Audit Standar Kompetensi Lulusan	Ka Prodi Keperawatan Sekretaris Prodi Keperawatan PJ	Kamis, 11 September 2025
2	Audit Standar Isi Pembelajaran	Idem	Idem
3	Audit Standar Proses Pembelajaran	Idem	Idem
4	Audit Standar Penilaian Pembelajaran	Idem	Idem
5	Audit Standar Dosen & Tenaga Kependidikan	Ka. Bag. Kepegawaian	Idem
6	Audit Standar Sarana dan Prasarana Pembelajaran	Ka.Bag. Umum & RT Kepala Lab Klinik Kepala Lab Komputer Kepala Perpustakaan	Idem
7	Audit Standar Pengelolaan Pembelajaran	Waka I Ka Prodi Keperawatan Sekretaris Prodi Keperawatan PJ	Idem
8	Audit Standar Pembiayaan Pembelajaran	Waka II Ka.Bag.Keuangan	Idem
B	**AUDIT PENELITIAN**		
1	Audit Standar Hasil Penelitian	Ketua P3M Sekretaris P3M	Jumat, 12 September 2025
2	Audit Standar Isi Penelitian		
3	Audit Standar Proses Penelitian		
C	**AUDIT PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**		
1	Audit Standar Hasil Pengabmas	Ketua P3M Sekretaris P3M	Senin, 15 September 2025
2	Audit Standar Isi Pengabmas		
3	Audit Standar Proses Pengabmas		
D	**AUDIT KERJASAMA**	Waka III Ka. Bag. Kerjasama	Selasa, 16 September 2025
E	**AUDIT KEMAHASISWAAN**	Waka III Ka. Bag. Kemahasiswaan	Selasa, 16 September 2025
F	**AUDIT PENERIMAAN MAHASISWA BARU**	Ketua UPMB Sekretaris UPMB	Rabu, 16 September 2025

V. TEMUAN AUDIT:

1. Temuan

KTS/ OB (Initial Auditor)	Referensi (butir mutu)	Pernyataan
IMES/ SHT OB KTS	Keuangan	**Temuan yang Dikendalikan** 1. Pengelolaan keuangan institusi telah dilaksanakan secara akuntabel dan terdokumentasi dengan baik, ditunjukkan dengan tersusunnya laporan pertanggungjawaban Wakil Ketua II dan Unit Keuangan secara periodik. 2. Proses perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pelaporan keuangan telah mengacu pada kebijakan dan pedoman pengelolaan keuangan STIKES Mataram. 3. Serapan anggaran tergolong tinggi dan mendukung kelancaran pelaksanaan tridharma perguruan tinggi serta operasional unit-unit kerja. 4. Hasil monitoring kepuasan layanan administrasi keuangan menunjukkan tingkat kepuasan pengguna berada pada kategori baik, khususnya pada aspek transparansi biaya dan kepastian prosedur. **Temuan Berpotensi Ditingkatkan** 1. Perencanaan anggaran masih bersifat tahunan dan berbasis kebutuhan rutin, sehingga belum sepenuhnya menerapkan pendekatan perencanaan berbasis kinerja dan risiko. 2. Integrasi sistem informasi keuangan dengan sistem akademik dan unit layanan lainnya belum optimal, sehingga pada beberapa proses masih dilakukan secara manual. 3. Dokumentasi evaluasi efektivitas penggunaan anggaran pada tingkat unit belum dilakukan secara sistematis. **Ketidaksesuaian terhadap Standar** 1. Belum seluruh unit memiliki indikator kinerja pengelolaan anggaran yang terukur dan terdokumentasi sebagai dasar evaluasi mutu pembiayaan.
IMES/ SHT OB	Sarana dan Prasarana	**Temuan yang Dikendalikan** 1. Ketersediaan sarana dan prasarana pembelajaran dan penunjang akademik secara umum memadai dan mendukung pelaksanaan kegiatan tridharma perguruan

OB KTS		tinggi. 2. Pengelolaan sarana prasarana telah dilaksanakan melalui mekanisme perencanaan, pengadaan, inventarisasi, pemeliharaan, dan pelaporan secara rutin. 3. Perpustakaan telah menyediakan layanan bahan pustaka cetak dan digital serta mendukung kebutuhan akademik dosen dan mahasiswa. 4. Laboratorium keperawatan dan kebidanan telah mendukung pelaksanaan praktikum, skill lab, dan OSCE sesuai kebutuhan kurikulum. 5. Unit Teknologi Informasi telah mendukung operasional akademik dan administrasi melalui pengelolaan sistem informasi akademik, jaringan, dan layanan IT kampus. **Temuan Berpotensi Ditingkatkan** 1. Beberapa sarana laboratorium dan fasilitas pendukung OSCE masih perlu dilengkapi dan ditingkatkan secara bertahap. 2. Pelaksanaan kalibrasi dan pemeliharaan alat laboratorium belum sepenuhnya memenuhi target tahunan yang ditetapkan. 3. Pemanfaatan sistem informasi dan layanan digital (IT) oleh seluruh unit belum optimal dan memerlukan peningkatan integrasi serta sosialisasi. 4. Dokumentasi evaluasi tingkat pemanfaatan sarana prasarana oleh pengguna belum dilakukan secara komprehensif. **Ketidaksesuaian terhadap Standar** 1. Belum seluruh unit sarana prasarana memiliki indikator kinerja pemanfaatan dan pemeliharaan yang terukur dan terdokumentasi secara formal.
IMES/ SHT OB	SDM	**Temuan yang Dikendalikan** 1. Pengelolaan SDM telah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan institusi dan didukung oleh dokumen perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kinerja SDM. 2. Ketersediaan dosen dan tenaga kependidikan secara umum telah memenuhi kebutuhan layanan akademik dan administrasi. 3. Hasil monitoring kepuasan dosen dan tenaga kependidikan menunjukkan tingkat kepuasan berada

OB		pada kategori baik. 4. Institusi telah memfasilitasi pengembangan kompetensi SDM melalui pelatihan, seminar, dan kegiatan peningkatan kapasitas. **Temuan Berpotensi Ditingkatkan** 1. Perencanaan pengembangan kompetensi SDM belum sepenuhnya berbasis pemetaan kebutuhan dan analisis kinerja individu. 2. Dokumentasi evaluasi dampak pelatihan dan pengembangan SDM terhadap peningkatan kinerja belum dilakukan secara sistematis. 3. Integrasi data kinerja SDM dengan sistem informasi manajemen belum optimal.
KTS		**Ketidaksesuaian terhadap Standar** 1. Belum seluruh unit memiliki indikator kinerja SDM yang terukur dan terdokumentasi sebagai dasar evaluasi dan pengambilan keputusan pengembangan SDM.

2. Saran peningkatan/Rekomendasi:

No	Bidang	Temuan	Saran Peningkatan/Rekomendasi
1.	Keuangan	1. Perencanaan anggaran masih bersifat tahunan dan berbasis kebutuhan rutin	1. Wakil Ketua II disarankan menyusun perencanaan anggaran berbasis kinerja dan risiko (risk-based budgeting) sebagai dasar penguatan efektivitas dan efisiensi pengelolaan keuangan.
		2. Integrasi sistem informasi keuangan belum optimal	2. Perlu dilakukan penguatan integrasi sistem keuangan dengan sistem akademik dan unit layanan lain guna meningkatkan akurasi data dan efisiensi proses administrasi keuangan.
		3. Evaluasi efektivitas penggunaan anggaran belum terdokumentasi sistematis	3. Unit keuangan disarankan menyusun mekanisme evaluasi efektivitas penggunaan anggaran (cost–

			benefit analysis) sebagai dasar perbaikan perencanaan anggaran periode berikutnya.
		4. Indikator kinerja pengelolaan keuangan belum terstandar di seluruh unit	4. Perlu ditetapkan indikator kinerja pengelolaan keuangan yang terukur dan terdokumentasi sebagai bagian dari sistem penjaminan mutu bidang pembiayaan.
		5. Responsivitas layanan administrasi keuangan masih perlu ditingkatkan	5. Disarankan peningkatan kapasitas layanan dan penyesuaian alur pelayanan pada periode pembayaran dengan volume tinggi untuk meningkatkan kepuasan pengguna layanan.
2.	Sarana & Prasarana	1. Kelengkapan sarana laboratorium dan OSCE belum sepenuhnya terpenuhi	1. Institusi disarankan menyusun skala prioritas pengadaan dan pengembangan sarana laboratorium dan OSCE secara bertahap sesuai kebutuhan kurikulum dan standar mutu.
		2. Kalibrasi dan pemeliharaan alat laboratorium belum mencapai target tahunan	2. Unit laboratorium perlu menyusun jadwal kalibrasi dan pemeliharaan alat yang lebih terencana dan terdokumentasi sebagai bagian dari pengendalian mutu sarana.
		3. Pemanfaatan layanan IT dan sistem informasi belum optimal	3. Unit IT disarankan meningkatkan sosialisasi, pendampingan pengguna, serta integrasi sistem informasi untuk mendukung layanan akademik dan administrasi secara optimal.
		4. Evaluasi tingkat pemanfaatan sarana prasarana belum	4. Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan sarana prasarana berbasis

		komprehensif 5. Indikator kinerja pengelolaan sarana prasarana belum terdokumentasi formal	data pengguna sebagai dasar peningkatan layanan dan pengambilan keputusan. 5. Disarankan penetapan indikator kinerja sarana prasarana yang terukur dan terdokumentasi dalam sistem penjaminan mutu institusi.
3.	SDM	1. Pengembangan kompetensi SDM belum sepenuhnya berbasis pemetaan kebutuhan 2. Evaluasi dampak pelatihan terhadap kinerja belum terdokumentasi sistematis 3. Integrasi data kinerja SDM dengan sistem informasi belum optimal 4. Indikator kinerja SDM belum seragam di seluruh unit 5. Pemanfaatan hasil survei kepuasan SDM belum maksimal	1. Bagian SDM disarankan menyusun peta kebutuhan pengembangan kompetensi dosen dan tenaga kependidikan berbasis analisis kinerja dan kebutuhan unit kerja. 2. Perlu disusun mekanisme evaluasi pascapelatihan untuk menilai dampak pengembangan SDM terhadap peningkatan kinerja dan mutu layanan. 3. Disarankan penguatan integrasi data kinerja SDM ke dalam sistem informasi manajemen sebagai dasar pengambilan keputusan berbasis data. 4. Perlu ditetapkan indikator kinerja SDM yang terukur dan seragam sebagai bagian dari evaluasi mutu pengelolaan SDM. 5. Disarankan agar hasil survei kepuasan dosen dan tenaga kependidikan dimanfaatkan secara optimal sebagai dasar penyusunan program peningkatan mutu SDM.

VI. KESIMPULAN AUDIT

Tim audit menyimpulkan:

1. Sistem dokumentasi cukup lengkap dan terstruktur untuk mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal. √☐ Ya ☐ Tidak ☐ Lainnya, sebutkan: _____
2. Program studi telah menjalankan Sistem Penjaminan Mutu Internal secara konsisten dan berkelanjutan. √☐ Ya ☐ Tidak ☐ Lainnya, sebutkan: _____
3. Temuan pada periode audit ini adalah: ( ) ___(Major), ( ) _(Minor), ( )√_(Observasi)
4. PTK pada temuan audit sebelumnya telah ditindak-lanjuti secara efektif. √ ☐ Ya ☐ Tidak Jika tidak, sebutkan rekomendasi tim auditor: Ya namun belum sepenuhnya. Rekomendasi terutama pada upaya peningkatan pembiayaan pada kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat
5. Kaprodi menunjukkan komitmennya terhadap impementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal untuk tercapainya kepuasan *stakeholder*.√ ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Lainnya, sebutkan : _____

VII. LAMPIRAN AUDIT:

1. PTK
2. Pemantauan PTK
3. Daftar Tilik
4. Daftar Pertanyaan
5. Daftar Hadir

Lampiran 1.

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Fakultas	Kesehatan		
Unit/Bidang	Wakil Ketua III Bidang Keuangan, Sarpras & SDM		
Ketua Program Studi			
Auditor	I Made Eka Santosa Suhartiningsih	Tanggal Audit	18 – 22 November 2024
PTK No:	**Kategori**: ☐ Mayor ☐ Minor √ ☐ Observasi		
Referensi (Butir Mutu)	S.S.1 s/d S.S. 8		

Uraian Temuan (*diisi oleh auditor & ditandatangani*):

Keuangan

Temuan yang Dikendalikan

1. Pengelolaan keuangan institusi telah dilaksanakan secara akuntabel dan terdokumentasi dengan baik, ditunjukkan dengan tersusunnya laporan pertanggungjawaban Wakil Ketua II dan Unit Keuangan secara periodik.
2. Proses perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pelaporan keuangan telah mengacu pada kebijakan dan pedoman pengelolaan keuangan STIKES Mataram.
3. Serapan anggaran tergolong tinggi dan mendukung kelancaran pelaksanaan tridharma perguruan tinggi serta operasional unit-unit kerja.
4. Hasil monitoring kepuasan layanan administrasi keuangan menunjukkan tingkat kepuasan pengguna berada pada kategori baik, khususnya pada aspek transparansi biaya dan kepastian prosedur.

Temuan Berpotensi Ditingkatkan

1. Perencanaan anggaran masih bersifat tahunan dan berbasis kebutuhan rutin, sehingga belum sepenuhnya menerapkan pendekatan perencanaan berbasis kinerja dan risiko.
2. Integrasi sistem informasi keuangan dengan sistem akademik dan unit layanan lainnya belum optimal, sehingga pada beberapa proses masih dilakukan secara manual.
3. Dokumentasi evaluasi efektivitas penggunaan anggaran pada tingkat unit belum dilakukan secara sistematis.

Ketidaksesuaian terhadap Standar

Belum seluruh unit memiliki indikator kinerja pengelolaan anggaran yang terukur dan terdokumentasi sebagai dasar evaluasi mutu pembiayaan.

Sarana dan Prasarana

Temuan yang Dikendalikan

1. Ketersediaan sarana dan prasarana pembelajaran dan penunjang akademik secara umum memadai dan mendukung pelaksanaan kegiatan tridharma perguruan tinggi.
2. Pengelolaan sarana prasarana telah dilaksanakan melalui mekanisme perencanaan, pengadaan, inventarisasi, pemeliharaan, dan pelaporan secara rutin.
3. Perpustakaan telah menyediakan layanan bahan pustaka cetak dan digital serta mendukung kebutuhan akademik dosen dan mahasiswa.
4. Laboratorium keperawatan dan kebidanan telah mendukung pelaksanaan praktikum, skill lab, dan OSCE sesuai kebutuhan kurikulum.
5. Unit Teknologi Informasi telah mendukung operasional akademik dan administrasi melalui pengelolaan sistem informasi akademik, jaringan, dan layanan IT kampus.

Temuan Berpotensi Ditingkatkan

1. Beberapa sarana laboratorium dan fasilitas pendukung OSCE masih perlu dilengkapi dan ditingkatkan secara bertahap.
2. Pelaksanaan kalibrasi dan pemeliharaan alat laboratorium belum sepenuhnya memenuhi target tahunan yang ditetapkan.
3. Pemanfaatan sistem informasi dan layanan digital (IT) oleh seluruh unit belum optimal dan memerlukan peningkatan integrasi serta sosialisasi.
4. Dokumentasi evaluasi tingkat pemanfaatan sarana prasarana oleh pengguna belum dilakukan secara komprehensif.

Ketidaksesuaian terhadap Standar

1. Belum seluruh unit sarana prasarana memiliki indikator kinerja pemanfaatan dan pemeliharaan yang terukur dan terdokumentasi secara formal.

SDM

Temuan yang Dikendalikan

1. Pengelolaan SDM telah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan institusi dan didukung oleh dokumen perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kinerja SDM.
2. Ketersediaan dosen dan tenaga kependidikan secara umum telah memenuhi kebutuhan layanan akademik dan administrasi.
3. Hasil monitoring kepuasan dosen dan tenaga kependidikan menunjukkan tingkat kepuasan berada pada kategori baik.
4. Institusi telah memfasilitasi pengembangan kompetensi SDM melalui pelatihan, seminar, dan kegiatan peningkatan kapasitas.

Temuan Berpotensi Ditingkatkan

1. Perencanaan pengembangan kompetensi SDM belum sepenuhnya berbasis pemetaan kebutuhan dan analisis kinerja individu.
2. Dokumentasi evaluasi dampak pelatihan dan pengembangan SDM terhadap peningkatan kinerja belum dilakukan secara sistematis.
3. Integrasi data kinerja SDM dengan sistem informasi manajemen belum optimal.

Ketidaksesuaian terhadap Standar

Belum seluruh unit memiliki indikator kinerja SDM yang terukur dan terdokumentasi sebagai dasar evaluasi dan pengambilan keputusan pengembangan SDM.

Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	22 November 2025

Rencana Tindakan Koreksi (*diisi oleh teraudit & ditandatangani*):

Keuangan

1. Menyusun perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja dan risiko sebagai dasar penyusunan RKAT
2. Mengintegrasikan sistem keuangan dengan sistem akademik dan unit layanan pendukung
3. Menyusun mekanisme evaluasi efektivitas penggunaan anggaran sebagai bagian dari laporan keuangan
4. Menetapkan indikator kinerja pengelolaan keuangan pada tingkat institusi dan unit
5. Menyempurnakan alur layanan dan penjadwalan pelayanan pada periode pembayaran

Sarana dan Prasarana

1. Menyusun prioritas pengadaan sarana laboratorium dan OSCE secara bertahap
2. Menyusun dan melaksanakan jadwal kalibrasi dan pemeliharaan alat laboratorium
3. Melakukan sosialisasi dan pendampingan penggunaan sistem informasi dan layanan IT
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pemanfaatan sarana prasarana berbasis data pengguna
5. Menetapkan indikator kinerja pengelolaan sarana prasarana pada setiap unit

SDM

1. Menyusun peta kebutuhan pengembangan kompetensi dosen dan tenaga kependidikan
2. Menyusun mekanisme evaluasi pascapelatihan terhadap kinerja SDM
3. Mengintegrasikan data kinerja SDM ke dalam sistem informasi manajemen
4. Menetapkan indikator kinerja SDM yang terukur dan seragam
5. Menggunakan hasil survei kepuasan sebagai dasar penyusunan program peningkatan SDM

Tanda Tangan Auditor		Tanggal :	22 November 2025

Lampiran 2.

PEMANTAUAN PTK

A. Standar Keuangan

No	Tindakan Koreksi	Langkah Penyelesaian (Operasional)	Penanggung Jawab	Waktu	Indikator Keberhasilan
1	Penerapan anggaran berbasis kinerja dan risiko	a) Menyusun RKAT berbasis kinerja dan risiko. b) Mensosialisasikan RKAT kepada unit kerja. c) Melakukan evaluasi pelaksanaan anggaran secara berkala.	Wakil Ketua II	Tahun berjalan	RKAT berbasis kinerja dan risiko ditetapkan dan diterapkan
2	Integrasi sistem informasi keuangan	a) Mengidentifikasi kebutuhan integrasi sistem. b) Melakukan pengembangan sistem bersama Unit IT. c) Uji coba dan implementasi sistem terintegrasi.	Wakil Ketua II, Unit IT	Tahun berjalan	Sistem keuangan terintegrasi dan digunakan oleh unit
3	Evaluasi efektivitas penggunaan anggaran	a) Menyusun format evaluasi efektivitas anggaran. b) Menghimpun data realisasi dan capaian output. c) Menyusun laporan evaluasi anggaran.	Wakil Ketua II, Unit Keuangan	Tahun berjalan	Laporan evaluasi efektivitas anggaran tersedia
4	Penetapan indikator kinerja keuangan	a) Menyusun indikator kinerja pengelolaan keuangan. b) Menetapkan indikator melalui SK pimpinan. c) Memonitor capaian indikator setiap semester.	Wakil Ketua II, UPMI	Tahun berjalan	Indikator kinerja keuangan terdokumentasi dan dimonitor
5	Peningkatan layanan administrasi keuangan	a) Evaluasi alur layanan administrasi keuangan. b) Penyesuaian jadwal dan pembagian tugas petugas. c) Monitoring kepuasan pengguna layanan.	Wakil Ketua II, Unit Keuangan	Tahun berjalan	Tingkat kepuasan layanan administrasi keuangan meningkat

B. Standar Sarana dan Prasarana

No	Tindakan Koreksi	Langkah Penyelesaian (Operasional)	Penanggung Jawab	Waktu	Indikator Keberhasilan
1	Pengadaan dan pengembangan sarana laboratorium & OSCE	a) Menyusun daftar prioritas pengadaan. b) Melaksanakan pengadaan bertahap. c) Mendokumentasikan hasil pengadaan.	Wakil Ketua II, Ka. Lab	Tahun berjalan	Ketersediaan sarana laboratorium dan OSCE meningkat
2	Kalibrasi dan pemeliharaan alat laboratorium	a) Menyusun jadwal kalibrasi dan pemeliharaan. b) Melaksanakan kalibrasi sesuai jadwal. c) Mendokumentasikan hasil kalibrasi.	Ka. Lab	Tahun berjalan	Persentase alat terkalibrasi meningkat
3	Optimalisasi pemanfaatan layanan IT	a) Sosialisasi penggunaan sistem IT. b) Pendampingan pengguna layanan IT. c) Monitoring pemanfaatan sistem.	Kepala IT	Tahun berjalan	Pemanfaatan sistem IT meningkat
4	Monitoring pemanfaatan sarana prasarana	a) Menyusun instrumen monev pemanfaatan sarpras. b) Melaksanakan monev secara berkala. c) Menyusun laporan hasil monev.	Wakil Ketua II, RT, UPMI	Tahun berjalan	Laporan monev sarpras tersedia
5	Penetapan indikator kinerja sarana prasarana	a) Menyusun indikator kinerja sarpras. b) Menetapkan indikator secara formal. c) Monitoring capaian indikator.	Wakil Ketua II, UPMI	Tahun berjalan	Indikator kinerja sarpras terdokumentasi

C. Standar SDM

No	Tindakan Koreksi	Langkah Penyelesaian (Operasional)	Penanggung Jawab	Waktu	Indikator Keberhasilan
1	Pemetaan kebutuhan pengembangan SDM	a) Mengidentifikasi kebutuhan kompetensi SDM. b) Menyusun peta kebutuhan pengembangan SDM. c) Menetapkan prioritas pengembangan.	Wakil Ketua II, Bag. SDM	Tahun berjalan	Dokumen peta kebutuhan SDM tersedia
2	Evaluasi dampak pelatihan SDM	a) Menyusun instrumen evaluasi pascapelatihan. b) Mengumpulkan data kinerja pascapelatihan. c) Menyusun laporan evaluasi dampak pelatihan.	Bag. SDM, UPMI	Tahun berjalan	Laporan evaluasi dampak pelatihan tersedia
3	Integrasi data kinerja SDM	a) Mengidentifikasi kebutuhan data kinerja SDM. b) Mengintegrasikan data ke sistem informasi. c) Uji coba dan implementasi sistem.	Bag. SDM, IT	Tahun berjalan	Sistem data kinerja SDM terintegrasi
4	Penetapan indikator kinerja SDM	a) Menyusun indikator kinerja SDM. b) Penetapan indikator secara institusional. c) Monitoring capaian indikator.	Wakil Ketua II, UPMI	Tahun berjalan	Indikator kinerja SDM terdokumentasi
5	Pemanfaatan hasil survei kepuasan SDM	a) Menganalisis hasil survei kepuasan SDM. b) Menyusun program peningkatan SDM. c) Monitoring pelaksanaan program.	Bag. SDM	Tahun berjalan	Program peningkatan SDM berbasis survei terlaksana

Mataram, September 2025
Auditor

(_____)

LAMPIRAN 3. DAFTAR HADIR

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM

AKREDITASI INSTITUSI (B) No: 340/SK/BAN-PT/Akred/PT/IV/2021
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SK No: 0119/LAM-PTKes/Akr/Sar/IV/2021
PROGRAM STUDI PROFESI NERS SK No:0120/LAM-PTKes/Akr/Pro/IV/2021
PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN SK No. 0849/LAM-PTKes/Akr/Sar/VI/2025
PROGRAM STUDIN PENDIDIKAN PROFESI BIDAN SK No. 0850/LAM-PTKes/Akr/Pro/VI/2025
Kampus: Jalan Swakarsa III, No.10 Kekalik – Mataram, NTB Telp.(0370) 638760 Fax (0370) 641339

ABSENSI PELAKSANAAN AUDIT MUTUINTERNAL (AMI) SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM UNIT PRODI S1 KEPERAWATAN, PRODI PROFESI NERS T.A 2024/2025

NO	NAMA	JABATAN	PARAF
1	Robiatul Adawiah	waka 1	
2	Fabriati Astuti	Ka prodi profesi	
3	Eva Marlia	sekprodi profesi ners	
4	Ni Made Sumartawati	ka. prodi S1 kep	
5	Nurhafati	Po. implementasi	
6	Agung Aldi Putra	Ka Bag. Laporan	
7	Alwan Wizata	Po. Evaluasi	
8	Wahyu Cahyono	Pgi Implementasi	
9	Nurul Ihsan	Ka. Kepegawaian	
10	Nia Fitriani D	sekprodi kep	
11	I Gusti Ayu Mirah Adhi	Ka. Bag. Kemahasiswaan	
12.	Rahmawati Rumi	Po. Evaluasi	
13.	Suhartiningsih	Auditor	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM

AKREDITASI INSTITUSI (B) No: 340/SK/BAN-PT/Akred/PT/IV/2021
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SK No: 0119/LAM-PTKes/Akr/Sar/IV/2021
PROGRAM STUDI PROFESI NERS SK No:0120/LAM-PTKes/Akr/Pro/IV/2021
PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN SK No. 0849/LAM-PTKes/Akr/Sar/VI/2025
PROGRAM STUDIN PENDIDIKAN PROFESI BIDAN SK No. 0850/LAM-PTKes/Akr/Pro/VI/2025
Kampus: Jalan Swakarsa III, No.10 Kekalik – Mataram, NTB Telp.(0370) 638760 Fax (0370) 641339

ABSENSI PELAKSANAAN AUDIT MUTUINTERNAL (AMI) SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM UNIT P3M
T.A 2024/2025

NO	NAMA	JABATAN	PARAF
1	Ni Nyoman Santi	Ka. UP3M	
2	Endah Sulistiani	Sekretaris P3M	
3	Suhardiningsih	Auditor	
4	I Made Eka Sentosa	Auditor	

Lampiran 4. Surat Pemberitahuan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) MATARAM
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STATUS: TERAKREDITASI Nomor:0632/LAM-PTKes/Akr/Sar/V1/2016
Kampus: Jl. Gunung Rinjani III No.10 -14 Gerisak Kekalik-Mataram NTB Telp./Fax.(0370)638760

Nomor : 030/1A.01/83/IK/IX/2025
Lampiran : 1 (satu) Gabung
Perihal : Surat Pemberitahuan Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)

Kepada Yth.
Bapak/Ibu Jajaran Struktural
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram
Di-
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksankan kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) pada Program Studi Keperawatan tahun 2025, yang akan dimulai pada hari Kamis, 11 September 2025, dengan ini kami sampaikan kesediaan Bapak/Ibu untuk menyediakan dokumen terkait. Jadwal dan rundown kegiatan AMI Program Studi kebidanan sebagai berikut:

No.	Kegiatan	Peserta	Waktu
A	**AUDIT PENDIDIKAN**		
1	Audit Standar Kompetensi Lulusan	Ka Prodi Kebidanan Sekretaris Prodi Kebidanan PJ	Kamis, 11 September 2025 Pk. 09.00 – 14.00 Wita
2	Audit Standar Isi Pembelajaran	Idem	Idem
3	Audit Standar Proses Pembelajaran	Idem	Idem
4	Audit Standar Penilaian Pembelajaran	Idem	Idem
5	Audit Standar Dosen & Tenaga Kependidikan	Ka. Bag. Kepegawaian	Idem
6	Audit Standar Sarana dan Prasarana Pembelajaran	Ka Bag Umum & RT Kepala Lab Klinik Kepala Lab Komputer Kepala Perpustakaan	Idem
7	Audit Standar Pengelolaan Pembelajaran	Waka I Ka Prodi Kebidanan Sekretaris Prodi Kebidanan PJ	Idem
8	Audit Standar Pembiayaan Pembelajaran	Waka II Ka Bag Keuangan	Idem
B	**AUDIT PENELITIAN**		
1	Audit Standar Hasil Penelitian	Ketua P3M Sekretaris P3M	Jumat, 12 September 2025 Pk.09.00 – 14.00 Wita
2	Audit Standar Isi Penelitian		
3	Audit Standar Proses Penelitian		
4	Audit Standar Penilaian Penelitian		
5	Audit Standar Peneliti		
6	Audit Standar Sarana & Prasarana Penelitian		
7	Audit Standar Pengelolaan Penelitian		
8	Audit Standar Pendanaan & Pembiayaan Penelitian		
C	**AUDIT PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**		
1	Audit Standar Hasil Pengabmas	Ketua P3M Sekretaris P3M	Senin, 15 September 2025 Pk. 09.00 – 14.00 Wita
2	Audit Standar Isi Pengabmas		
3	Audit Standar Proses Pengabmas		
4	Audit Standar Pengabmas		
5	Audit Standar Pengabmas		
6	Audit Standar Sarana & Prasarana Pengabmas		
7	Audit Standar Pengelolaan Pengabmas		
8	Audit Standar Pendanaan & Pembiayaan Pengabmas		
D	**AUDIT KERJASAMA**	Waka III Ka. Bag. Kerjasama	Selasa, 16 September 2025 Pk. 09.00 – 12.00 Wita
E	**AUDIT KEMAHASISWAAN**	Waka III Ka. Bag. Kemahasiswaan	Selasa, 16 September 2025 Pk. 13.00 – 16.00 Wita
F	**AUDIT PENERIMAAN MAHASISWA BARU**	Ketua UPMB Sekretaris UPMB	Rabu, 16 September 2025 Pk. 09.00 – 12.00 Wita

Mengingat pentingnya kegiatan Audit Mutu Internal AMI ini, kami sangat mengharapkan Kerjasama Bapak/Ibu. Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Mataram, 8 September 2025

Ketua UPMI,

Hj. Suhartiningsih, M.Kes)

Sekretaris UPMI

(I Made Eka Santosa, S.Kp., M.Kes)

Lampiran 6. SK Tim Auditor

PROGRAM STUDI PROFESI NERS SK No: 0120/LAM-PTKes/Akr/Pro/IV/2021
PROGRAM STUDI D-IV KEBIDANAN (B) No: 0259/LAM-PTKes/Akr/Dip/XI/2020
Kampus : Jalan Swakarsa III, No.10 Kekalik – Mataram, NTB Telp.(0370) 638760 Fax (0370) 641339

SURAT KEPUTUSAN
KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM
Nomor: 015/SK/Tim.AMI/83/Stikes/IX/2025

TENTANG
PENGANGKATAN TIM AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM

KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM

Menimbang

a. Bahwa dalam rangka pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) secara berkelanjutan berbasis PPEPP dan risiko, diperlukan kegiatan Audit Mutu Internal sebagai instrumen evaluasi ketercapaian standar mutu pendidikan tinggi.
b. Bahwa Audit Mutu Internal merupakan bagian penting dalam pengendalian, peningkatan, dan pengembangan mutu akademik serta tata kelola perguruan tinggi yang akuntabel dan transparan.
c. Bahwa untuk menjamin pelaksanaan Audit Mutu Internal yang efektif, objektif, dan sistematis, perlu dibentuk Tim Audit Mutu Internal Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram.
d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, dan c, perlu ditetapkan dengan Surat Keputusan Ketua.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
6. Peraturan BAN-PT dan LAM-PTKes tentang Akreditasi Perguruan Tinggi dan Program Studi terbaru.
7. Statuta Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram;
8. Dokumen Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, dan Formulir SPMI STIKES Mataram.

MEMUTUSKAN

Kesatu : Menetapkan Tim Audit Mutu Internal Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram.
Kedua : Tim Audit Mutu Internal mempunyai tugas:
1. Menyusun program dan rencana pelaksanaan Audit Mutu Internal.
2. Menetapkan kualifikasi dan penugasan auditor.
3. Melaksanakan Audit Mutu Internal pada unit kerja dan program studi.
4. Menyusun, mengelola, dan melaporkan hasil audit.
5. Mengawal tindak lanjut hasil audit (RTL) sampai tuntas.

Ketiga : Mereka yang namanya tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini dipandang mampu dan cakap dalam melaksanakan tugasnya.
Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Di Tetapkan di: Mataram
Pada tanggal 5 September 2025
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram
Ketua,

Prof.Dr. Chairun Nasirin, M.Pd., MARS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MATARAM

AKREDITASI INSTITUSI (B) No: 340/SK/BAN-PT/Akred/PT/IV/2021

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SK No: 0119/LAM-PTKes/Akr/Sar/IV/2021

PROGRAM STUDI PROFESI NERS SK No: 0120/LAM-PTKes/Akr/Pro/IV/2021

PROGRAM STUDI D-IV KEBIDANAN (B) No: 0259/LAM-PTKes/Akr/Dip/XI/2020

Kampus : Jalan Swakarsa III, No.10 Kekalik – Mataram, NTB Telp.(0370) 638760 Fax (0370) 641339

Lampiran : Surat Keputusan Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram
Nomor : 015/SK/Tim.AMI/83/Stikes/IX/2025
Tanggal : 5 September 2025
Tentang : Penetapan Tim Audit Mutu Internal

Ketua : I Made Eka Santosa, S.Kp.,M.Kes
Sekretaris : Ns. Suhartiningsih, S.Kep.,M.Kes
Anggota : Ns. Agus Putradana, S.Kep.,M.Kep
Ns. Sri Hardiani, SST.,M.Kes

Di Tetapkan di: Mataram
Pada tanggal 5 September 2025
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram
Ketua,

Prof.Dr. Chairun Nasirin, M.Pd., MARS

Lampiran 7. Dokumentasi



