

**LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
STANDAR PERGURUAN TINGGI TA 2021-2022
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
JAKARTA**

TAHUN 2022

	STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO Jl. DR. Abdul Rahman Saleh No. 24 Jakarta Tlp. (021)3441008 Psw.2241 Fax (021) 3446463	KODE : LPMI.STIKes/MA/STD.pp/0 1
		TANGGAL :
	LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)	REVISI : 01
		HALAMAN : 1-18

Lembar pengesahan

Laporan Audit Mutu Internal hasil audit telah selesai dan disahkan pada tanggal 24 Januari tahun 2022.

Mengetahui,

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto



Dr. Didin Syaefudin, SKp, SH, MARS
NIDK 8995220021

Ketua LPMI



Ns. Kristianawati, S Kep, M.Biomed
NIDK 8902540022

BAB I. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

STIKes RSPAD Gatot Soebroto melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) untuk menjamin ketercapaian standar perguruan tinggi. AMI dilaksanakan untuk memastikan bahwa kegiatan pengelolaan perguruan tinggi yang dilakukan unit terkait telah berjalan sesuai standar institusi dan, serta terdokumentasi secara lengkap sebagai bukti pelaksanaan mutu.

Pelaksanaan AMI Standar Perguruan Tinggi pada tahun pertama difokuskan pada pemenuhan komponen dasar sistem perguruan tinggi, mulai dari ketersediaan dokumen standar, pedoman pelaksanaan, pelaksanaan kegiatan, hingga pelaporan kegiatan. Audit juga dilakukan untuk memastikan bahwa kegiatan pengelolaan perguruan tinggi tidak hanya berjalan sebagai aktivitas rutin, namun benar-benar dikelola secara terstruktur, terukur, dan menghasilkan luaran yang relevan untuk mendukung pengembangan ilmu, kebutuhan institusi, serta kontribusi bagi masyarakat.

Melalui AMI ini, institusi memperoleh gambaran nyata terkait capaian standar yang sudah terpenuhi serta aspek yang masih memerlukan perbaikan. Hasil audit menjadi dasar penguatan sistem, perencanaan tindak lanjut, serta penyusunan strategi peningkatan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan melalui siklus PPEPP. Dengan demikian, STIKes RSPAD Gatot Soebroto dapat memperkuat budaya mutu, meningkatkan produktivitas serta mendorong peningkatan kualitas pengelolaan perguruan pada tahun-tahun berikutnya.

2. Tujuan Audit

Audit Mutu Internal Standar Perguruan Tinggi dilaksanakan untuk:

- a. Memastikan kesesuaian pelaksanaan perguruan tinggi dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Menilai efektivitas tata kelola perguruan tinggi pada tingkat institusi
- c. Mengidentifikasi capaian mutu kesesuaian perguruan tinggi dan temuan ketidaksesuaian.
- d. Menetapkan rekomendasi perbaikan melalui RTM dan RTL.
- e. Menjadi dasar peningkatan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan.

3. Dasar Hukum Audit Mutu Internal (AMI)

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) Standar perguruan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto (STIKes RSPAD Gatot Soebroto) berlandaskan pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan sebagai berikut:

- . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- b. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- c. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti).
- d. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi.

- e. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor 01/YWBHK/X/2020 tentang Statuta UPPS
- f. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor Skep/28/XI/2020 tentang kebijakan mutu SPMI
- g. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor Skep/96/VII/2021 tentang Pedoman Audit Mutu Internal

4. Ruang Lingkup Audit

Ruang lingkup AMI Standar Perguruan Tinggi di STIKes RSPAD Gatot Soebroto meliputi evaluasi terhadap pelaksanaan standar Perguruan Tinggi pada tingkat institusi, yang mencakup:

- . Standar Organisasi
- a. Standar Kerjasama
- b. Standar Pelacakan lulusan
- c. Standar Ketenagakerjaan
- d. Standar Kesejahteraan
- e. Standar Keuangan
- f. Standar Sarana prasarana

Audit dilakukan terhadap dokumen, implementasi kegiatan, sistem pengelolaan, monitoring evaluasi, serta tindak lanjut peningkatan mutu.

5. Dasar Pelaksanaan

Audit Mutu Internal (AMI) Standar Perguruan Tinggi di STIKes RSPAD Gatot Soebroto telah dilaksanakan sebagai bagian dari implementasi SPMI guna menjamin dan meningkatkan mutu penyelenggaraan Perguruan tinggi secara berkelanjutan. Pelaksanaan AMI ini dilakukan untuk menilai tingkat ketercapaian standar Perguruan tinggi yang telah ditetapkan oleh STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

Pelaksanaan AMI tersebut telah memastikan penerapan siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan) berjalan secara konsisten, terdokumentasi, dan terukur pada seluruh unit yang terkait di lingkungan STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

BAB II METODOLOGI AUDIT

2.1 Waktu dan Pelaksanaan

Unit/Standar diaudit	: Organisasi, Pelacakan Kelulusan, Ketenagakerjaan, Kesejahteraan, Sapras, Keuangan, kerjasama.
Tanggal pelaksanaan	: Rabu, 23 November 2022
Jam pelaksanaan	: 08. 00 WIB – selesai
Tempat Pelaksanaan	: Ruang sesuai unit auditee

2.2 Metode dan Mekanisme Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal (AMI) Standar Perguruan tinggi di STIKes RSPAD Gatot Soebroto telah dilaksanakan menggunakan metode audit internal berbasis standar dan dokumen (*document-based audit*) yang dipadukan dengan verifikasi lapangan. Pelaksanaan audit dilakukan melalui tahapan yang terstruktur dan terdokumentasi, sebagai berikut:

- . Telaah dokumen kebijakan, SOP, dan laporan kegiatan.
- a. Verifikasi bukti objektif pelaksanaan Perguruan Tinggi.
- b. Wawancara dengan pimpinan, pengelola Unit dibawah waket 2 dan 3
- c. Observasi implementasi kegiatan
- d. Analisis kesesuaian terhadap standar institusi.

Mekanisme audit dilaksanakan mengikuti siklus PPEPP: Penetapan → Pelaksanaan → Evaluasi → Pengendalian → Peningkatan.

BAB III
HASIL AUDIT MUTU INTERNAL
STANDAR PERGURUAN TINGGI

TEMUAN AMI STANDAR KERJASAMA TA 2021-2022

Tabel 1 . Temuan Kesesuaian Standar Kerjasama

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Obyektif	Faktor Pendukung
1	UPPS memiliki draf kebijakan dan prosedur pengembangan jejaring yang sedang difinalisasi	Draf SK Ketua, Dokumen SOP Kerjasama	Komitmen pimpinan
2	Tersedia jejaring mitra yang relevan dengan VMTS pada tingkat lokal, nasional	Dokumen MoU aktif	Jaringan pimpinan
3	Data jumlah kerjasama tridharma terdata dan didokumentasikan	Rekap data MoU/MoA	Administrasi kerjasama
4	Inisiasi kerjasama dengan mitra Luar Negeri mulai dijangkau	Draft MOU/MOA LN	Dukungan kebijakan institusi

Tabel 2 . Temuan Ketidaksesuaian Standar Kerjasama

No	Temuan	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penyebab	Bukti Obyektif	RTL	RTM
1	Laporan monev kerjasama belum tersedia secara rutin Naik jadi kesesuaian	Minor	Sistem monev belum berjalan	Jadwal monev belum tetap	Laporan tahunan tidak ditemukan	Menyusun draf jadwal monev	Penetapan kebijakan monev
2	Pedoman monev kepuasan mitra masih dalam tahap sosialisasi awal Naik jadi kesesuaian	Minor	Sosialisasi belum menyeluruh	Koordinasi antar unit terbatas	Notulen sosialisasi parsial	Melanjutkan sosialisasi pedoman	Evaluasi koordinasi unit
3	Analisis keberhasilan kerjasama belum menggunakan metode RCA	Minor	Analisis belum berbasis PPEPP	Kurang pemahaman analisis mutu	Laporan belum memuat RCA	Pelatihan analisis berbasis PPEPP	Penguatan kapasitas pengelola

4	Diseminasi kinerja kerjasama kepada pemangku kepentingan masih terbatas	Observasi	Publikasi belum optimal	Fokus pada pelaksanaan teknis	Website belum diperbarui	Persiapan materi publikasi website	Kebijakan publikasi tahunan
5	Dokumentasi manfaat dan kepuasan kerjasama masih tersebar	Minor	Sistem pelaporan belum baku	Data belum terpusat	Dokumen laporan parsial	Penataan arsip laporan kerjasama	Pengembangan sistem integrasi
6	Akses pemangku kepentingan terhadap dokumen kerjasama belum formal	Minor	Mekanisme akses belum ditetapkan	Belum ada penanggung jawab khusus	Pedoman belum diunggah	Menyiapkan kanal akses dokumen	Penetapan kebijakan akses dokumen
7	Draf instrumen kepuasan mitra sedang dalam tahap peninjauan	Minor	Validasi belum dilaksanakan	Belum melibatkan pakar/LPMI	Draft instrumen survei	Mengajukan validasi ke pakar/LPMI	Standarisasi instrumen mutu

TEMUAN AMI STANDAR PELACAKAN LULUSAN TA 2021-2022

1. TABEL KESESUAIAN

No	Indikator Standar	Temuan Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Pedoman tracer study ada	Draf pedoman tracer study telah tersedia dan dalam proses finalisasi	Dokumen draf pedoman	Komitmen pimpinan, dukungan LPMI
2	Data tracer studi TS - 4 s.d TS-2 tersedia	Data tracer studi periode sebelumnya sudah mulai dikumpulkan	Laporan progres data	Komitmen Bidang III
3	Instrument tracer studi sudah baku/tervalidasi	Instrumen sedang dalam tahap penyelarasan dengan pertanyaan inti Dikti	Draf instrumen tracer	Komitmen Bidang III
4	Hasil Tracer studi sudah disosialisasikan	Sosialisasi hasil tracer study dilakukan secara terbatas pada tingkat pimpinan unit	Notulensi rapat unit	Komitmen Bidang III

0. TABEL KETIDAKSESUAIAN

Temuan	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTL	RTM
Respon alumni pada tracer studi belum mencapai target (di bawah 93%)	Minor	Belum optimalnya penggunaan saluran komunikasi digital dalam menjangkau alumni	a) Database kontak alumni belum terpusat secara digital b) Rendahnya tingkat keterikatan (<i>engagement</i>) alumni terhadap program institusi	1. Inisiasi pembuatan grup koordinasi alumni per angkatan 2. Sosialisasi masif mengenai pentingnya data tracer bagi akreditasi	1. Peningkatan alokasi sumber daya untuk pengolahan data alumni 2. Kebijakan pemberian apresiasi bagi koordinator angkatan yang aktif
Belum adanya mekanisme integrasi hasil tracer study ke pemuakhiran kurikulum	Minor	Belum tersedianya kebijakan yang mewajibkan peninjauan kurikulum berdasarkan data eksternal	a) SOP koordinasi lintas bidang belum disusun b) Fokus kerja antar unit masih bersifat silo (terpisah-pisah)	1. Melakukan diskusi awal terkait relevansi kurikulum dengan dunia kerja 2. Merancang draf alur koordinasi antara Kemahasiswaan dan Akademik	1. Instruksi pimpinan untuk memulai penyusunan kebijakan integrasi mutu 2. Pembentukan tim sinkronisasi data kurikulum
Pencatatan sertifikasi kompetensi pada lulusan D III Keperawatan belum 100%	Observasi	Belum ada prosedur operasional untuk menjaring data sertifikasi pasca-kelulusan	a) Alumni belum terinformasi ttg pentingnya pelaporan portofolio b) Instrumen tracer belum memuat kolom khusus sertifikasi kompetensi	1. Menambahkan poin sertifikasi pada kuesioner tracer study 2. Melakukan survei awal melalui media sosial ikatan alumni	1. Wacana penetapan kebijakan pengelolaan database kompetensi lulusan 2. Penyiapan sistem penyimpanan data portofolio alumni

**TEMUAN AMI STANDAR KETENAGAKERJAAN
TAHUN 2021-2022**

Tabel kesesuaian

No	Uraian Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Kebijakan pengelolaan dosen dan tendik dalam tahap finalisasi akhir	Draf SK & Pedoman SDM	Komitmen pimpinan
2	Kualifikasi dosen sesuai SN-Dikti terpantau secara konsisten	Data kepegawaian, PDDikti	Rekrutmen selektif
3	Rasio dosen terhadap mahasiswa terpantau dalam batas aman	Laporan akademik	Sistem pelaporan
4	Program pengembangan kompetensi tendik baru mulai berjalan	Sertifikat pelatihan awal	Dukungan anggaran
5	Inisiasi program kenaikan jabatan fungsional telah dilakukan	Dokumen rencana program	Unit Karier

Tabel ketidaksesuaian

No	Uraian	Kategori	Akar Masalah	RTL	RTM
1	Peta kebutuhan dosen jangka panjang masih berupa draf kasar	Minor	Perencanaan SDM dalam tahap awal pengembangan	Mengumpulkan data proyeksi kebutuhan dosen untuk 5 tahun ke depan	Pimpinan memberikan arahan untuk memulai penyusunan rencana SDM
2	Evaluasi kinerja tendik masih menggunakan instrumen sementara	Observasi	Instrumen evaluasi sedang dalam proses standarisasi	Melakukan uji coba dan validasi instrumen evaluasi tendik	Merekomendasikan penyiapan draf instrumen evaluasi yang baku
3	Dokumentasi pengembangan karier dosen belum terhubung antar sistem	Observasi	Persiapan infrastruktur digital masih berjalan	Melakukan identifikasi kebutuhan fitur sistem informasi SDM	Merencanakan anggaran untuk integrasi sistem informasi SDM
4	Pendampingan program percepatan jafung belum terjadwal rutin	Minor	Fokus institusi masih pada penyelesaian beban kerja harian	Merumuskan kerangka kerja program percepatan jafung oleh Unit Karier	Membahas peluang pembentukan tim percepatan jafung dalam rapat unit
5	Analisis beban kerja tendik baru diusulkan pada tingkat unit	Mayor	Kurangnya alokasi waktu khusus untuk analisis beban kerja	Melakukan identifikasi awal terkait tupoksi dan	Arahan manajemen untuk memulai persiapan

				beban kerja tendik	evaluasi beban kerja
--	--	--	--	-----------------------	-------------------------

TEMUAN AMI STANDAR KESEJAHTERAAN TA 2021-2022

A. Tabel Kesesuaian

N o	Uraian Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Adanya arsip data dasar kesejahteraan SDM	Dokumen internal	Komitmen pimpinan
2	Rencana penyusunan indikator kesejahteraan	Notulensi rapat	Kebijakan mutu
3	Pengusulan program kesejahteraan SDM	Draf usulan	Siklus PPEPP
4	Pelaksanaan pemantauan kesejahteraan sederhana	Catatan monitoring	SOP monev
5	Pengumpulan data awal mengenai kepuasan	Data mentah	Sistem data
6	Persiapan pelaksanaan survei kepuasan	Draf rencana survei	Komitmen unit
7	Pembahasan awal hasil pengumpulan data	Notulensi rapat	Komitmen pimpinan

B. Tabel Ketidaksesuaian

N o	Uraian Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
1	Instrumen survei kepuasan baru mulai dirancang	Minor	Pengembangan instrumen tahap awal	Belum ada template baku	Pembahasan draf instrumen	Penyusunan instrumen survei
2	Belum ada kaitan evaluasi kesejahteraan dengan kinerja	Minor	Fokus pada pemenuhan syarat administratif	Indikator belum terukur	Identifikasi parameter	Penentuan indikator dampak
3	Pengelolaan data kesejahteraan dilakukan secara manual	Minor	Belum ada sistem informasi SDM	Keterbatasan sistem TI	Perencanaan integrasi data	Usulan sistem pelaporan
4	Monitoring kesejahteraan belum terjadwal secara resmi	Mayor	Prioritas pada pemenuhan administrasi	Indikator belum baku	Peninjauan jadwal rutin	Draf jadwal monev
5	Belum ada rencana untuk benchmarking eksternal	Observasi	Fokus pada perbaikan internal	Akses data luar terbatas	Wacana studi banding	Identifikasi target benchmark
6	Analisis dampak	Minor	Evaluasi masih pada	Metode evaluasi minim	Perancangan evaluasi awal	Draf metode

	program belum direncanakan		tahap pelaksanaan			studi dampak
--	----------------------------	--	-------------------	--	--	--------------

TEMUAN AMI STANDAR ORGANISASI TAHUN 2021-2022

No	Uraian Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Rencana pengembangan sistem tata pamong digital mulai disusun	Dokumen perencanaan	Inisiasi transformasi
2	Kode etik institusi telah disahkan oleh pimpinan	SK Kode Etik	Komitmen integritas
3	Analisis jabatan tersedia di tingkat pimpinan pusat	Dokumen analisis jabatan	Penataan SDM
4	Rapat koordinasi evaluasi pimpinan mulai dijadwalkan	Notulensi rapat	Akuntabilitas
5	Draft SOP komunikasi organisasi mulai dirancang	Draft dokumen	Koordinasi internal
6	Perencanaan awal integrasi data organisasi	Blue print sistem	Rencana sistem

No	Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
1	Pemanfaatan sistem tata pamong digital belum terlaksana	Minor	Kesiapan infrastruktur	Literasi digital rendah	Persiapan penggunaan	Pelatihan sistem
2	Implementasi manajemen risiko belum dipahami unit	Minor	Kurangnya sosialisasi	Konsep risiko baru	Edukasi implementasi	Panduan teknis risiko

No	Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
3	Evaluasi struktur organisasi belum pernah dilakukan	Minor	Fokus pada rutinitas	Belum ada metode	Rencana evaluasi	Review struktur organisasi
4	Audit tata kelola masih bersifat administratif manual	Observasi	Pola audit konvensional	Metodologi audit lama	Kajian audit risiko	Revisi program audit
5	Integrasi data organisasi masih bersifat parsial	Minor	Sistem antar unit terpisah	Server belum terpusat	Analisis sistem	Upgrade infrastruktur
6	Monitoring kinerja unit belum memiliki standar baku	Observasi	Fokus pada output kerja	Budaya kerja lama	Sosialisasi indikator	Revisi indikator kinerja
7	Format pelaporan kinerja pimpinan tidak seragam	Minor	Belum ada pedoman tetap	Standarisasi belum ada	Draft standarisasi	Format laporan baku
8	Evaluasi efektivitas Unit Kode Etik belum direncanakan	Observasi	Unit masih sangat baru	Instrumen belum ada	Inisiasi evaluasi	Instrumen evaluasi kode etik

5. TEMUAN AMI STANDAR KEUANGAN TAHUN 2021-2022

A. Tabel Kesesuaian

No	Uraian Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Adanya kebijakan standar pengelolaan keuangan	SK Standar Keuangan	Komitmen pimpinan
2	Pedoman pengelolaan keuangan tersedia dalam bentuk draf	Pedoman Keuangan	Regulasi internal

3	Proses penyusunan Anggaran Tahunan mulai dilakukan	Dokumen RKA	Perencanaan institusi
4	Alur pencairan dana telah ditetapkan	SOP Keuangan	Tata kelola keuangan
5	Laporan keuangan disusun secara berkala	Laporan keuangan	Unit keuangan aktif
6	Pencatatan dana operasional tersedia di buku kas	Buku kas	Sistem administrasi
7	Agenda monitoring keuangan mulai dijadwalkan	Notulen rapat	Fungsi pengawasan
8	Unit audit internal mulai menjalankan fungsi pengawasan	Program kerja audit	Peran SPI/LPMI
9	Pengelolaan data keuangan masih sepenuhnya manual	Sudah menggunakan system akuntansi Accurate	Waket 2

B. Tabel Ketidaksesuaian

N o	Uraian Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
1	Usulan anggaran unit sering tidak sinkron dengan pagu	Observasi	Perencanaan masih sentralistik	Data unit belum lengkap	Koordinasi anggaran	Pendataan kebutuhan unit
2	Monitoring serapan anggaran belum melihat capaian kinerja	Minor	Indikator belum ditetapkan	Fokus pada administrasi	Diskusi indikator	Penentuan target kinerja
3	Publikasi laporan keuangan ke sivitas belum tersedia	Observasi	Mekanisme belum diatur	Kebijakan internal	Rencana transparansi	Draf kebijakan publikasi
4	Penyimpanan bukti transaksi masih berupa dokumen fisik	Minor	Budaya kerja manual	SDM & waktu terbatas	Penataan arsip	Rencana digitalisasi arsip
5	Tindak lanjut hasil temuan keuangan belum terdokumentasi	Observasi	Belum ada format baku		Merancang format baku	koordinasi dg LPMI

TEMUAN AMI STANDAR SARANA DAN PRASARANA TA 2021-2022

A. Tabel Kesesuaian

No	Uraian Kesesuaian	Bukti Objektif	Faktor Pendukung
1	Adanya Standar Sarana dan Prasarana	SK Standar Sarpras	Komitmen pimpinan
2	Inisiasi penyusunan pedoman pengelolaan sarpras	Notulensi rapat pedoman	Kebijakan institusi
3	Ketersediaan ruang kelas untuk menampung mahasiswa	Daftar ruang kelas	Perencanaan akademik
4	Sarana pembelajaran dasar tersedia di seluruh kelas	Inventaris sarpras	Dukungan yayasan
5	Fasilitas laboratorium sudah disiapkan untuk praktikum	Data laboratorium	Dukungan institusi
6	Koleksi buku perpustakaan dapat dipinjam	Data koleksi	Unit perpustakaan
7	Pemeriksaan kondisi sarpras dilakukan secara terbatas	Catatan pemeriksaan	Komitmen pimpinan

. Tabel Ketidaksesuaian

No	Uraian Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
1	Perencanaan sarpras masih bersifat jangka pendek	Minor	Fokus pada kebutuhan mendesak	Data kebutuhan belum lengkap	Rapat koordinasi sarpras	Pendataan kebutuhan sarpras
2	Inventarisasi sarpras belum terpusat	Minor	Pencatatan masih manual	Keterbatasan sistem	Penataan administrasi	Usulan sistem inventaris

No	Uraian Ketidaksesuaian	Kategori	Akar Masalah	Faktor Penghambat	RTM	RTL
3	Prosedur pemeliharaan sarpras belum dibukukan	Observasi	Belum ada standar operasional	Dokumentasi terbatas	Penyusunan draf aturan	Rencana SOP pemeliharaan
4	Fasilitas inklusif bagi pengguna belum tersedia	Observasi	Perencanaan belum spesifik	Keterbatasan fasilitas	Kajian kebutuhan akses	Mapping fasilitas inklusif
5	Data sarpras belum terintegrasi dengan penjaminan mutu	Observasi	Sistem masih terpisah	Koordinasi lintas unit	Sosialisasi sistem mutu	Sinkronisasi data awal
6	Monitoring tindak lanjut hasil pengecekan belum ada	Minor	Fokus pada operasional rutin	RTL belum baku	Evaluasi hasil pengecekan	Rencana format pelaporan

LAMPIRAN

FOTO KEGIATAN AMI STANDAR PT

