

**LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
STANDAR PENGABDIAN MASYARAKAT TAHUN 2021-2022
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**



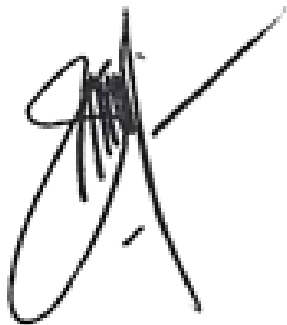
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
JAKARTA TAHUN 2022**

	STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO	KODE : STIKes.RSGS/SPMI/DP.LPAM I.03
	Jl. DR. Abdul Rahman Saleh No. 24 Jakarta Tlp. (021)3441008 Psw.2241 Fax (021) 3446463	TANGGAL :
	LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL	REVISI 01 HALAMAN : 1-4

Lembar Pengesahan

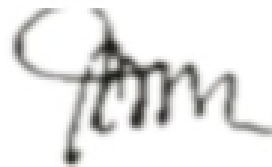
Laporan Audit Mutu Internal telah selesai dan disahkan pada tanggal 23 Januari 2022.

Mengetahui
Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto



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

Pgs. Ketua LPMI



Ns. Kristianawati, S.Kep, M.Biomed
NIDN 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 pengabdian. AMI dilaksanakan untuk memastikan bahwa kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan oleh dosen dan unit terkait telah berjalan sesuai standar institusi dan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti), serta terdokumentasi secara lengkap sebagai bukti pelaksanaan mutu.

Pelaksanaan AMI Standar Pengabdian masyarakat pada tahun pertama difokuskan pada pemenuhan komponen dasar sistem pengabdian masyarakat, mulai dari ketersediaan dokumen standar, pedoman pelaksanaan pengabdian masyarakat, tata kelola, proses seleksi proposal, pelaksanaan kegiatan, hingga pelaporan hasil pengabdian masyarakat. Audit juga dilakukan untuk memastikan bahwa kegiatan pengabdian masyarakat 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 tahun pertama menjadi dasar penguatan sistem, perencanaan tindak lanjut, serta penyusunan strategi peningkatan mutu pengabdian masyarakat secara berkelanjutan melalui siklus PPEPP. Dengan demikian, STIKes RSPAD Gatot Soebroto dapat memperkuat budaya PkM, meningkatkan produktivitas pengabdian masyarakat dosen, serta mendorong peningkatan kualitas luaran pengabdian masyarakat pada tahun-tahun berikutnya.

2. Tujuan Audit

Audit Mutu Internal Standar Pengabdian masyarakat dilaksanakan untuk:

1. Memastikan kesesuaian pelaksanaan pengabdian masyarakat dengan standar yang telah ditetapkan.
2. Menilai efektivitas tata kelola pengabdian masyarakat pada tingkat institusi dan program studi.
3. Mengidentifikasi capaian mutu pengabdian masyarakat dan temuan ketidaksesuaian.
4. Menetapkan rekomendasi perbaikan melalui RTM dan RTL.
5. Menjadi dasar peningkatan mutu pengabdian masyarakat secara berkelanjutan.

3. Dasar Hukum Audit Mutu Internal (AMI)

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) Standar pengabdian masyarakat di Sekolah

Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto (STIKes RSPAD Gatot Soebroto) berlandaskan pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- c. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- d. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti).
- e. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi.
- f. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor 01/YWBHK/X/2020 tentang Statuta UPPS
- g. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor Skep/28/XI/2020 tentang kebijakan mutu SPMI
- h. Peraturan Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada nomor Skep/96/VII/2021 tentang Pedoman Audit Mutu Internal
- i. Standar Pengabdian kepada Masyarakat STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

4. Ruang Lingkup Audit

Ruang lingkup AMI Standar Pengabdian masyarakat di STIKes RSPAD Gatot Soebroto meliputi evaluasi terhadap pelaksanaan standar Pengabdian masyarakat pada tingkat program studi dan institusi, yang mencakup:

Standar Dosen Dan SDM

Standar Pembiayaan

Standar Sarana Dan Prasarana

Standar Penilaian

Standar Proses

Standar Pengelolaan

Standar Isi

Standar Hasil

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

5. Dasar Pelaksanaan

Audit Mutu Internal (AMI) Standar Pengabdian masyarakat di STIKes RSPAD Gatot

Soebroto telah dilaksanakan sebagai bagian dari implementasi SPMI guna menjamin dan meningkatkan mutu penyelenggaraan Pengabdian masyarakat secara berkelanjutan. Pelaksanaan AMI ini dilakukan untuk menilai tingkat ketercapaian standar Pengabdian masyarakat 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 dengan Standar pendidikan di lingkungan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

BAB II

METODOLOGI AUDIT

2.1 Waktu dan Pelaksanaan

Unit yang akan diaudit	: LPPM
Tanggal pelaksanaan	: Selasa, 22 November 2022
Jam pelaksanaan	: 11.00 WIB – selesai
Tempat Pelaksanaan	: Ruang LPPM
Tim Auditor yang bertugas	: sesuai ST

2.2 Metode dan Mekanisme Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal (AMI) Standar Penelitian 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:

- a. Telaah dokumen kebijakan, SOP, dan laporan kegiatan.
- b. Verifikasi bukti objektif pelaksanaan Pengabdian masyarakat.
- c. Wawancara dengan pimpinan, pengelola LPPM, dosen, dan tenaga kependidikan.
- d. Observasi implementasi kegiatan Pengabdian masyarakat
- e. Analisis kesesuaian terhadap standar institusi.

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

BAB III
HASIL AUDIT MUTU INTERNAL
STANDAR PENGABDIAN MASYARAKAT TA 2021-2022

TEMUAN AMI STANDAR PKM TA 2021-2022

1. TEMUAN STANDAR DOSEN DAN SDM PKM TA 2021-2022

TABEL KESESUAIAN

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Peta jalan (<i>roadmap</i>) PkM dosen telah tersedia di level program studi maupun institusi.	Kelengkapan dokumen <i>roadmap</i> mencapai 100%.	<i>Roadmap</i> telah diselaraskan dengan Renstra serta visi dan misi perguruan tinggi.
2	Terdapatnya pedoman serta kebijakan terkait kerja sama PkM antara dosen dan mahasiswa.	Dokumen panduan kolaborasi telah ada.	Menunjang pencapaian kompetensi kelulusan serta target luaran PkM.
3	Telah dilaksanakannya rapat koordinasi awal mengenai rencana peningkatan kapasitas dosen.	Terdapat surat undangan serta notulensi rapat koordinasi.	Terdapat komitmen kuat dari institusi terhadap program pengembangan SDM.

TABEL KETIDAKSESUAIAN

No	Standar/Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	RTL	(RTM
1	Etika dan Integritas Dosen.	Komite Etik PkM di tingkat perguruan tinggi belum dibentuk.	Akar: Aturan internal mengenai susunan Komite Etik belum dirumuskan. Penghambat: Terbatasnya dosen yang memiliki sertifikasi etik.	Merumuskan draf SK pembentukan beserta susunan organisasi Komite Etik.	Penetapan personel serta peresmian Komite Etik PkM.
2	Peningkatan Kapasitas SDM.	Belum diselenggarakannya lokakarya atau pelatihan khusus untuk calon <i>reviewer</i> etik.	Akar: Prioritas anggaran belum difokuskan pada sertifikasi etik. Penghambat: Kurangnya informasi terkait pelatihan etik bersertifikat.	Merencanakan keikutsertaan dosen pada pelatihan etik di eksternal institusi.	Mengalokasikan dana khusus untuk pelatihan etik pada tahun berjalan.
3	Publikasi Ilmiah pada Jurnal Bereputasi.	Sedikit dosen berhasil memublikasikan karya di jurnal bereputasi.	Akar: Budaya meneliti dan publikasi belum mengakar kuat. Penghambat: Tingginya beban mengajar serta minimnya pendampingan penulisan.	Menyelenggarakan program pendampingan penyusunan naskah artikel ilmiah.	Melakukan pemantauan capaian publikasi pada setiap semester.

--	--	--	--	--	--

2. STANDAR PROSES PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Aktivitas PKM telah mematuhi prosedur baku yang sistematis (perencanaan, pelaksanaan, hingga pelaporan).	Panduan PKM serta alur prosedurnya telah tersedia secara komprehensif.	Standar operasional institusi telah memisahkan tahapan PKM secara tegas.
2	Terdapat panduan kerja sama proses PKM yang melibatkan dosen beserta mahasiswa.	Dokumen pedoman kolaborasi tersebut telah tersedia.	Menunjang pemenuhan kompetensi kelulusan melalui proses PKM bersama.

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar / Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	RTL	RTM
----	---------------------	------------------------	---------------------------	-----	-----

2	Tinjauan etik pada tahapan PkM.	Belum ada telaah etik judul PkM.	Akar: Belum ada aturan wajib terkait <i>ethical clearance</i> secara komprehensif. Penghambat: belum memahami kewajiban tsb	Mengharuskan lampiran draf instrumen etik dasar pada tiap pengajuan proposal PkM.	Mengevaluasi kelengkapan berkas etik pada tiap semester.
3	Pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).	Prosedur operasional keselamatan kerja belum dimasukkan ke dalam buku panduan PkM.	Akar: Kelengkapan dokumen K3 untuk PkM masih minim. Penghambat: Fokus utama masih terpaku pada persyaratan administrasi proposal.	Membuat SOP K3 PkM yang dipadukan dengan panduan pelaksanaan PkM.	Memantau penerapan standar K3 pada setiap aktivitas PkM.

3. STANDAR PENILAIAN PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Tersedianya panduan penyeleksian proposal serta mekanisme penilaian yang terstandar.	Buku panduan PkM dan alur proses seleksi telah ada.	Aturan institusi telah merinci proses penyeleksian PkM dengan gamblang.
2	Terdapat laporan hasil monev yang dilakukan secara periodik.	Dokumen laporan monev PkM telah tersedia.	Pihak LPPM menjalankan kegiatan pemantauan secara reguler terhadap perkembangan PkM.

--	--	--	--

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar/Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
1	Evaluasi yang berpedoman pada <i>Roadmap</i> .	Penyeleksian usulan PkM belum secara utuh didasarkan pada <i>roadmap</i> institusi.	Akar: Kesesuaian <i>roadmap</i> belum dijadikan persyaratan mutlak seleksi. Penghambat: Tahapan seleksi berjalan secara general.	Menetapkan kesesuaian proposal dengan <i>roadmap</i> sebagai kriteria wajib untuk lolos hibah.	Melakukan evaluasi setiap tahun terkait relevansi usulan PkM dengan <i>roadmap</i> .

4. STANDAR PEMBIAYAAN PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Alokasi dana PkM dari internal telah tersedia bagi para dosen maupun unit yang berkepentingan.	Bukti dokumen RKT/RAB PkM telah tersedia 	Terdapat sistem perencanaan RKT yang berjalan secara terorganisasi.

2	Terdapatnya panduan alokasi dana PkM yang transparan.	Buku pedoman pendanaan PkM telah tersedia	LPPM bertugas mengatur distribusi pendanaan PkM secara terpusat.
---	---	---	--

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar/Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
1	Fasilitasi pendanaan untuk publikasi serta pemberian insentif.	Anggaran untuk keperluan publikasi belum dipakai secara maksimal oleh staf pengajar.	Akar: Tingginya beban tugas administratif yang ditanggung dosen. Penghambat: Kesibukan pada tugas harian menunda proses pengiriman (<i>submit</i>) artikel.	Mendata perkembangan status artikel dari dosen yang sudah merampungkan PkMnya.	Melakukan pemantauan secara berkala terhadap publikasi hasil PkM internal.
2	Distribusi Anggaran untuk Hilirisasi PkM.	Belum terdapat program apresiasi untuk penyatuan hasil PkM ke dalam materi ajar.	Akar: Konsentrasi pendanaan masih tertuju pada publikasi artikel jurnal. Penghambat: Ketiadaan mekanisme pemberian insentif untuk penyusunan buku ajar.	Merevisi Panduan Hibah Internal agar mengakomodasi luaran berupa modul.	Mengesahkan penyediaan anggaran spesifik untuk insentif pembuatan Buku Ajar.
3	Administrasi Keuangan Berbasis Digital.	Sistem pengawasan anggaran secara digital yang terhubung dengan	Akar: Aplikasi DigiTepp atau SIM-PkM belum terwujud. Penghambat: Tahapan	Membuat rancangan kebutuhan untuk sistem informasi tata kelola	Merancang transisi digitalisasi untuk administrasi kelola

		luaran etik belum tersedia.	verifikasi keuangan PkM masih dikerjakan secara manual.	keuangan PkM.	dana hibah internal.
--	--	-----------------------------	---	---------------	----------------------

5. STANDAR SARANA DAN PRASARANA PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Fasilitas sarana dan prasarana PkM dapat diakses dengan baik oleh para dosen.	Kelengkapan sarana prasarana telah memadai sesuai dengan bidang keilmuan masing-masing.	Terdapat sokongan fasilitas dari laboratorium di tingkat UPPS.
2	Berkas standar <i>input</i> PkM yang berkaitan dengan fasilitas telah tersedia.	Pemenuhan indikator ketersediaan dokumen telah mencapai 100% dari segi kelengkapan administrasi.	Adanya komitmen institusi untuk memperkuat dasar tata kelola sistem.

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar/Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
----	-------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------

1	Pengarsipan Digital (Repositori).	Repositori PkM belum terkelola dengan baik, sehingga laporan PkM belum diunggah secara terstruktur.	Akar: Belum diberlakukannya aturan wajib unggah secara mandiri. Penghambat: Tidak adanya platform repositori yang mudah digunakan (<i>user-friendly</i>).	Memulai perancangan platform repositori mandiri milik institusi.	Melakukan sosialisasi pemanfaatan repositori kepada staf pengajar.
2	Keselamatan Laboratorium (K3).	Standar Operasional Prosedur (SOP) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) untuk kegiatan PkM masih belum lengkap.	Akar: Penerapan K3 belum terintegrasi secara menyeluruh. Penghambat: Perhatian utama masih tersita pada sarana fisik pembelajaran.	Merancang SOP K3 PkM yang dikhususkan bagi setiap laboratorium.	Mengadakan evaluasi (Monev) implementasi K3 PkM tiap semester.

6. STANDAR PENGELOLAAN PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Organisasi pengelola (LPPM) telah berfungsi dengan baik dalam mengurus administrasi PkM.	Dokumen RKT/RAB beserta panduan pembiayaannya telah disiapkan.	Adanya atensi penuh dari pimpinan mengenai sistem tata kelola di unit penjaminan mutu.

2	Perangkat peraturan dan pedoman mutu pengelolaan telah dilengkapi secara administratif.	Telah disiapkannya dokumen SOP, aturan kode etik, serta pedoman publikasi ilmiah.	Tingkat kesiapan institusi pada aspek Penetapan dalam siklus PPEPP sudah sangat memadai.
---	---	---	--

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar / Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
1	Pengelolaan Arsip Digital.	Repositori PkM belum terkelola lantaran unggah mandiri belum bersifat memaksa.	Akar: Tidak adanya keharusan bagi dosen untuk mengunggah dokumen secara swadaya. Penghambat: Tanggungan administrasi dosen yang dipandang tinggi.	Mengharuskan peneliti menyetorkan hasil akhirnya dalam wujud <i>softcopy</i> secara terpusat.	Mengevaluasi tingkat kepatuhan pengarsipan dokumen PkM pada tiap semester.

7. STANDAR HASIL PKM TA 2021-2022

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Terdapatnya buku panduan penerbitan hasil PkM yang diperuntukkan bagi dosen.	Dokumen SOP publikasi ilmiah telah tersedia.	Adanya ketentuan yang mengharuskan dosen untuk memublikasikan hasil PkMnya.
2	Panduan kerja sama PkM dosen dan mahasiswa telah disiapkan guna mendukung capaian luaran.	Dokumen petunjuk kolaborasi telah lengkap tersedia.	Mendukung pemenuhan kompetensi kelulusan lewat penerbitan karya ilmiah bersama.

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar / Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
1	Publikasi pada Jurnal Bereputasi.	publikasi di jurnal yang bereputasi masih sangat rendah	Akar: Tradisi memublikasikan karya ilmiah belum terbangun kuat. Penghambat: Padatnya beban mengajar serta kurangnya pendampingan penulisan.	Memfasilitasi program klinik penyusunan naskah artikel bagi dosen.	Memantau perkembangan jumlah capaian publikasi setiap satu semester.

3	Pendaftaran Hak Kekayaan Intelektual (HKI)/Paten.	Kuantitas pengajuan hak kekayaan intelektual (HKI) dari hasil PkM masih sangat rendah.	Akar: Kurangnya pemahaman dosen terhadap mekanisme pengajuan HKI. Penghambat: Minimnya sosialisasi terkait dan terbatasnya dorongan insentif.	Menyelenggarakan kegiatan lokakarya pengurusan HKI untuk staf pengajar.	Melakukan evaluasi tahunan terhadap jumlah pengajuan HKI atas hasil PkM institusi.
---	---	--	---	---	--

STANDAR ISI PKM TA 2022-2023

Tabel Kesesuaian

No	Temuan Kesesuaian	Bukti Kesesuaian	Faktor Pendukung
1	Muatan PkM telah diselaraskan dengan visi dan misi perguruan tinggi melalui panduan <i>roadmap</i> .	Berkas <i>roadmap</i> PkM telah tersedia 100%.	Peta jalan tersebut telah terhubung erat dengan Rencana Strategis serta misi institusi.
2	Penyusunan konten PkM telah mengikutsertakan elemen mahasiswa di dalamnya.	Kebijakan pelibatan mahasiswa dalam PkM dosen telah diberlakukan.	Membantu pencapaian Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) serta memperkaya materi substansi luaran PkM.

Tabel Ketidaksesuaian

No	Standar / Indikator	Temuan Ketidaksesuaian	Akar Masalah & Penghambat	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)
1	Kedalaman Substansi PkM Berdasarkan <i>Roadmap</i> .	Sebagian besar usulan materi PkM dosen belum mengacu secara konsisten dengan <i>roadmap</i> .	Akar: Kesesuaian dengan <i>roadmap</i> belum dipatok sebagai syarat mutlak kelulusan proposal. Penghambat: Penyeleksian usulan PkM masih bersifat luas (<i>general</i>).	Menetapkan keharusan agar tema proposal PkM sesuai <i>roadmap</i> sebagai syarat mutlak lulus hibah internal.	Melakukan evaluasi setiap tahun terkait kesesuaian topik pada proposal.
3	Relevansi Substansi PkM untuk Bahan Ajar.	Isi dari PkM belum diintegrasikan secara menyeluruh ke dalam modul atau materi perkuliahan.	Akar: Belum adanya aturan yang mewajibkan pembuatan luaran praktis selain publikasi jurnal. Penghambat: Konsentrasi arah PkM masih terkunci pada perolehan publikasi jurnal.	Melakukan revisi pada Buku Panduan Hibah agar penerima dana diwajibkan menyusun draf pembaruan materi pembelajaran.	Mengalokasikan dana khusus untuk apresiasi insentif penulisan Buku Ajar.
4	Standar K3 pada Muatan PkM.	Isi atau substansi PkM yang dikerjakan di laboratorium belum seluruhnya mematuhi tata cara K3.	Akar: Kelengkapan dokumen K3 dalam PkM masih minim. Penghambat: Fokus administrasi usulan proposal lebih condong pada ketentuan umum.	Menyusun lalu menyatukan SOP prosedur K3 ke dalam buku panduan isi PkM.	Mengawasi secara ketat implementasi K3 pada setiap fase kegiatan PkM.

BAB IV

URAIAN TEMUAN

4.1 Analisis Temuan Kesesuaian

Berdasarkan hasil Audit Mutu Internal (AMI) Standar Pengabdian kepada Masyarakat Tahun Akademik 2021–2022, STIKes RSPAD Gatot Soebroto telah menunjukkan upaya awal dalam membangun sistem pengabdian masyarakat yang terstruktur melalui penyediaan dokumen mutu, pedoman pelaksanaan, serta tata kelola dasar kegiatan pengabdian masyarakat. Pelaksanaan standar PkM mulai diarahkan sesuai dengan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) dan siklus PPEPP sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

A. Temuan Kesesuaian (Kekuatan)

Secara umum, institusi telah memenuhi aspek administratif dan kebijakan dasar pengabdian masyarakat. Poin-poin positif yang ditemukan meliputi:

- **Ketersediaan Dokumen Mutu:** Dokumen *roadmap* PkM dosen telah tersedia pada tingkat program studi maupun institusi dan telah diselaraskan dengan Renstra serta visi dan misi perguruan tinggi. Selain itu, pedoman pelaksanaan PkM, SOP publikasi, pedoman pembiayaan, serta pedoman kolaborasi dosen dan mahasiswa telah tersedia secara administratif.
- **Dukungan Tata Kelola dan Administrasi:** LPPM telah menjalankan fungsi pengelolaan administrasi pengabdian masyarakat dengan dukungan dokumen RKT/RAB, pedoman pembiayaan, serta sistem monitoring dan evaluasi kegiatan PkM secara berkala.
- **Pembiayaan Pengabdian Masyarakat:** Institusi telah menyediakan alokasi pembiayaan internal bagi dosen dan unit terkait untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat melalui mekanisme perencanaan anggaran yang terorganisasi.
- **Kolaborasi Dosen dan Mahasiswa:** Tersedianya pedoman serta kebijakan terkait kolaborasi PkM antara dosen dan mahasiswa menjadi salah satu bentuk dukungan terhadap pencapaian kompetensi lulusan dan penguatan luaran kegiatan pengabdian masyarakat.
- **Sarana dan Prasarana:** Fasilitas sarana dan prasarana pendukung kegiatan PkM telah tersedia sesuai dengan bidang keilmuan masing-masing serta mendapat dukungan fasilitas laboratorium pada tingkat UPPS.

B. Temuan Ketidaksesuaian (Kelemahan/Area Perbaikan)

Audit mengidentifikasi beberapa temuan kategori minor yang masih memerlukan tindak

lanjut dan penguatan sistem, antara lain:

- **Tata Kelola Etik PkM:** Komite Etik PkM di tingkat perguruan tinggi belum terbentuk sehingga proses telaah etik pada kegiatan pengabdian masyarakat belum berjalan optimal. Selain itu, belum terdapat kewajiban formal terkait *ethical clearance* pada kegiatan PkM yang melibatkan subjek manusia.
- **Publikasi dan Luaran:** Publikasi dosen pada jurnal bereputasi masih rendah dan jumlah pengajuan HKI atas hasil PkM juga masih sangat terbatas. Kondisi ini dipengaruhi oleh budaya publikasi yang belum kuat, tingginya beban mengajar dosen, serta minimnya pendampingan penulisan artikel ilmiah dan pengurusan HKI.
- **Repository dan Digitalisasi Sistem:** Repository PkM belum terkelola dengan baik karena belum adanya kewajiban unggah mandiri serta belum tersedia platform repository yang terintegrasi dan mudah digunakan. Selain itu, sistem administrasi keuangan dan pengelolaan PkM berbasis digital juga belum tersedia secara optimal.
- **Implementasi Roadmap:** Seleksi proposal dan substansi kegiatan PkM belum sepenuhnya mengacu pada *roadmap* institusi karena kesesuaian dengan roadmap belum dijadikan syarat mutlak dalam proses seleksi hibah internal.
- **Integrasi Hasil PkM ke Pembelajaran:** Hasil PkM belum diintegrasikan secara optimal ke dalam bahan ajar atau modul pembelajaran karena fokus luaran masih lebih diarahkan pada publikasi jurnal dibandingkan pengembangan materi pembelajaran.
- **K3 Pengabdian Masyarakat:** SOP Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) untuk kegiatan PkM di laboratorium masih belum lengkap dan belum terintegrasi secara menyeluruh dalam pedoman pelaksanaan pengabdian masyarakat.
- **Peningkatan Kompetensi SDM:** Belum terdapat pelatihan atau workshop khusus terkait etik dan reviewer etik PkM sehingga penguatan kapasitas SDM dalam aspek etik pengabdian masyarakat masih belum optimal.

BAB V

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil Audit Mutu Internal (AMI) Standar Pengabdian kepada Masyarakat Tahun 2021–2022 di STIKes RSPAD Gatot Soebroto, dapat disimpulkan bahwa:

1. **Pemenuhan Standar:** STIKes RSPAD Gatot Soebroto telah mulai membangun fondasi sistem pengabdian masyarakat melalui penyediaan dokumen mutu, pedoman pelaksanaan, sistem pembiayaan internal, serta tata kelola dasar kegiatan PkM sebagai bagian dari implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).
2. **Kendala Utama:** Hambatan utama dalam pengembangan mutu pengabdian masyarakat masih terletak pada rendahnya budaya publikasi ilmiah, belum optimalnya pengelolaan repository digital, minimnya pengajuan HKI, serta belum terbentuknya sistem tata kelola etik pengabdian masyarakat yang terintegrasi.
3. **Kebutuhan Integrasi:** Diperlukan penguatan integrasi sistem antara LPPM, repository digital, dan bagian akademik untuk memastikan hasil pengabdian masyarakat dapat terdokumentasi secara baik dan diintegrasikan ke dalam bahan ajar maupun proses pembelajaran. Selain itu, diperlukan pembentukan Komite Etik PkM dan penguatan implementasi SOP K3 dalam kegiatan pengabdian masyarakat.
4. **Keberlanjutan:** Melalui pelaksanaan Rencana Tindak Lanjut (RTL) seperti pembentukan Komite Etik PkM, pengembangan repository digital, pelatihan etik bagi dosen, coaching clinic publikasi, workshop HKI, revisi panduan hibah internal, serta penyusunan SOP K3 yang terintegrasi, institusi diharapkan mampu meningkatkan mutu dan produktivitas pengabdian masyarakat secara berkelanjutan.

Dengan tindak lanjut terhadap temuan-temuan di atas melalui siklus PPEPP, diharapkan mutu pengabdian masyarakat di STIKes RSPAD Gatot Soebroto dapat meningkat secara berkelanjutan pada tahun akademik berikutnya.

LAMPIRAN

FOTO KEGIATAN AMI DI LPPM

