

WORKSHOP PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

SINTA JAVANI, SST,MAP

&

NI WAYAN JULIANI, SST

BALI, KAMIS, 24 FEBRUARI 2022



DAFTAR ISI

Pedoman Audit Mutu Internal



- Bab 1** Pendahuluan
- Bab 2** Dasar-dasar Audit Mutu Internal ▶▶
- Bab 3** Tim Audit Mutu Internal ▶▶
- Bab 4** Pengelolaan Program Audit ▶▶
- Bab 5** Laporan dan Umpan Balik Hasil Audit Mutu Internal
- Bab 6** Penutup

BAB I

LATAR BELAKANG

Amanah UU No 36 Tahun 2014 dan PP No 67 Tahun 2021

Penjaminan Mutu Pelatihan dilakukan melalui akreditasi pelatihan dan akreditasi institusi

Adanya tuntutan bagi institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan internal dan eksternal

Institusi harus menerapkan system manajemen mutu secara CQI (Continuous Quality Improvement) agar hasil akreditasi optimal

Disusun Pedoman Audit Mutu Internal untuk menjadi acuan pelaksanaan audit internal di institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan

ACUAN NORMATIF

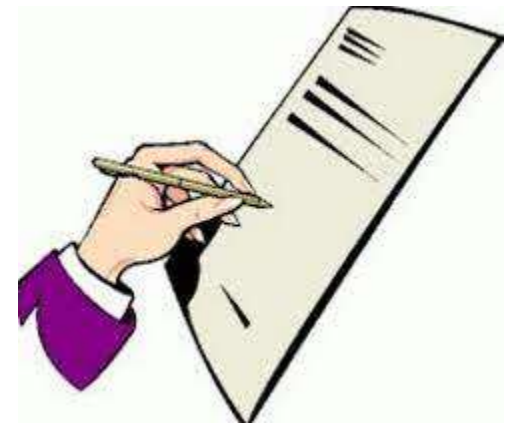
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Nakes.
2. PP Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Nakes
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
4. Peraturan Lembaga Administrasi Negara RI Nomor 13 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Pelatihan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



TUJUAN PEDOMAN

TUJUAN UMUM

Tersedianya panduan dalam mengelola program audit mutu internal terhadap penerapan sistem manajemen mutu pada Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.



TUJUAN KHUSUS

Tersedianya panduan bagi Tim AMI dalam mengelola program audit yang meliputi:

- Merencanakan audit mutu internal
- Melaksanakan audit mutu internal
- Melakukan analisis hasil audit mutu internal
- Menyusun laporan dan rekomendasi hasil audit mutu internal.

•

SASARAN PEDOMAN

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





BAB II. DASAR-DASAR AUDIT MUTU INTERNAL

DEFINISI OPERASIONAL

Audit

Mutu

Audit Mutu Internal

Auditee

Program Audit

Ruang Lingkup Audit

Rencana Audit

Bukti Audit

Hasil Temuan Audit

Kesimpulan Audit



TUJUAN AUDIT MUTU INTERNAL

Audit mutu internal bertujuan untuk:

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



SIFAT AUDIT

Sifat dilaksanakannya audit karena untuk:

1. Memenuhi persyaratan sertifikasi Standar Sistem Manajemen (SSM) dalam rangka persiapan penilaian akreditasi institusi/ Lembaga.
2. Melaksanakan verifikasi kesesuaian dengan persyaratan akreditasi institusi/Lembaga.
3. Memperoleh dan memelihara kepercayaan terhadap kemampuan lembaga.
4. Memberikan masukan bagi peningkatan sistem manajemen mutu institusi/ lembaga.

PRINSIP AUDIT

1

Integritas/landasan profesionalisme

2

Presentasi yang adil/kewajiban untuk melaporkan secara jujur dan akurat

3

Bersikap profesional

4

Kerahasiaan/ keamanan informasi

5

Independensi

6

Pendekatan berbasis bukti

7

Pendekatan berbasis risiko

MANFAAT AUDIT

1. **Bagi Pimpinan**
masukan untuk referensi dalam membuat keputusan atau mengambil/merubah kebijakan mutu
2. **Bagi Auditor (Tim AMI)**
informasi situasi mutu di institusi/lembaga
3. **Bagi Unit Kerja yang Diaudit**
untuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi sehingga dapat mengambil langkah-langkah yang tepat untuk melakukan perbaikan yang diperlukan sesuai masukan dan rekomendasi auditor
4. **Bagi Pelanggan**
mendapatkan jasa/ pelayanan yang bermutu
5. **Bagi Instansi yang Bekerjasama**
memberikan umpan balik terhadap kinerja yang telah dilakukan, sehingga menjamin terpenuhinya hak dan kewajiban dari masing-masing instansi yang berkerjasama



Ketentuan Audit Mutu Internal.

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

PERAN MANAJEMEN PUNCAK

1. Memberi dukungan moril maupun materiil

2. Menerapkan perubahan-perubahan yang telah disepakati

3. Mereview laporan audit yang mengarah pada rencana perbaikan

4. Memantau pelaksanaan perbaikan.

Lingkup Audit Mutu Internal

Kecukupan
Dokumen SMM
(Jml dan Isi)

Kepatuhan
Penerapan
Dokumen SMM

BAB III. TIM AMI

Susunan Tim AMI

- Ketua
- Sekretaris
- Anggota

Kriteria Tim AMI

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

Tugas Tim AMI secara umum adalah sebagai berikut:

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

Sifat-sifat yang harus dimiliki auditor

Etis: adil, menyatakan yang sebenarnya, tulus, jujur dan bijaksana.

Terbuka: mau mempertimbangkan pandangan dan ide-ide alternatif.

Diplomatis: bijaksana dalam menghadapi orang lain.

Suka memperhatikan: secara aktif menyadari kegiatan dan lingkungan.

Cepat mengerti: secara naluriah menyadari dan mampu memahami situasi.

Luwes: selalu siap menyesuaikan diri utk situasi yang berbeda.

Tangguh: teguh, fokus pada pencapaian tujuan.

Tegas: menghasilkan kesimpulan dengan tepat waktu berdasarkan alasan dan analisis yang logis.

Percaya diri: bertindak dan berfungsi secara independen ketika berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Objektif

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

Tidak menggurui

Sistematis

- Komponen I :
 - Kelembagaan : perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, tindak lanjut oleh siapa?
 - Evaluasi : penanggung jawab → lapor ke pimpinan
 - Tindak lanjut : oleh pimpinan → kebijakan
 - Survey : penanggung jawab yang mengalasis → lapor ke pimpinan

PENGELOLAAN PROGRAM AUDIT MUTU





**TERIMA
KASIH**

SESI II WORKSHOP PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

SINTA JAVANI, SST,MAP DAN NI
WAYAN JULIANI,SST

BALI, KAMIS, 24 FEBRUARI 2022



PENGELOLAAN PROGRAM AUDIT MUTU



BAB IV. PENGELOLAAN PROGRAM AUDIT MUTU



Perencanaan

- Koordinasi dengan Tim Penjamin Mutu
- Kumpulkan dan identifikasi dokumen SMM termasuk hasil audit terdahulu yang belum ditindaklanjuti, dan rencana pelaksanaan kegiatan (untuk menentukan pengukuran penerapan dokumen SMM)
- Membuat perencanaan audit
- Menyusun ceklist/instrumen
- 5. Melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk memastikan perencanaan sudah diterima



•Pelaksanaan

1. Pemeriksaan kecukupan dan atau penerapan dokumen SMM

- Form kecukupan dokumen SMM
- Penerapan dokumen SMM
 - QAM (level 1)
 - SPO (level 2) dan Dokumen pendukung (level 3)

- Sarana evakuasi → perkuat pada sarana disabilitas
- Kebijakan pengelolaan pengetahuan
 - SDM → Tim IT tindak lanjut
 - Penyimpanan dg Cloud?
 - Menyiapkan fitur-fitur pada Web Bapelkesmas
 - Pendampingan dari Diskominfo → magang
- Inovasi?
 - SK sdh ada
 - Rencana inovasi
 - Proses inovasi
 - Bukti inovasi
- WBK
 - Kebijakan
 - Pakta integritas → segera di tanda tangani
 - Flyer anti korupsi

- Pelaksanaan



2. Pemeriksaan/ Observasi
penerapan dokumen SMM

- Pelaksanaan



3. Analisis Hasil Audit
([Analisis Penyebab
MAsalah.docx](#))

- Pelaksanaan



4. Rekomendasi

[\(Rekomendasi.docx\)](#)



**TERIMA
KASIH**

SESI III WORKSHOP PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

SINTA JAVANI, SST,MAP DAN NI
WAYAN JULIANI,SST

BALI, KAMIS, 24 FEBRUARI 2022



PENYUSUNAN INSTRUMEN AUDIT



KOMP 1, 2, 3

1. Rekap keadaan dokumen SMM → Komp 1 : 5 dok (SPO), komp 2 : 3 dok (SPO), Komp 3 : 8 dok (standar)
2. Kesesuaian isi dokumen SMM
3. Kepatuhan penerapan SMM
 - SPO
 - Standar
4. Kesepakatan, hasil tindak lanjut dan masalah (bila belum ditindaklanjuti)

BAB V

LAPORAN DAN UMPAN BALIK HASIL AUDIT MUTU INTERNAL

Ketentuan laporan hasil audit adalah sebagai berikut:

- Laporan audit mutu dibuat per semester
- Laporan audit diberi tanggal dan ditandatangani oleh semua anggota tim audit.
- Laporan audit tidak perlu terlalu mencantumkan rekomendasi, agar menjadi perhatian pimpinan untuk ditindaklanjuti sesuai dengan urutan prioritas masalah.
- Laporan audit disampaikan kepada pimpinan untuk ditindaklanjuti.
- [Laporan disusun sesuai sistematika](#)



Umpan Balik dan Rencana Tindak Lanjut Hasil Audit

Hal-hal yang perlu diketahui didalam pelaksanaan umpan balik:

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

E:\Juliani Baru\2022_AMI_BAPELKESMAS\INSTRUMEN1 AMI 2022\Lampiran 8_HASIL KESEPAKATAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT PENERAPAN DOKUMEN SMM.doc

BAB VI PENUTUP





**TERIMA
KASIH**