DOKUMEN SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL

PEDOMAN OPERASIONAL
MEKANISME KOORDINASI
ANTARUNIT UII DALWA

Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI)

Penguatan tata kelola, koordinasi lintas unit, dan peningkatan mutu berkelanjutan.



LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
UII DARULLUGHAH WADDA'WAH
PASURUAN | 2026

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL
DARULLUGHAH WADDA'WAH

PEDOMAN OPERASIONAL
MEKANISME KOORDINASI ANTARUNIT
UII DALWA

Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI)

Identitas Dokumen	Keterangan
Kode Dokumen	SPMI-TU-___ (ditetapkan oleh unit pengendali dokumen)
Nomor Revisi	00
Tanggal Berlaku	Diisi setelah disahkan
Status Dokumen	Draf untuk ditelaah dan disahkan
Unit Pemilik Dokumen	Pimpinan Universitas bersama unit penjaminan mutu
Klasifikasi	Dokumen tata kelola dan penjaminan mutu

BANGIL – PASURUAN
2026

LEMBAR PENGESAHAN

Dokumen Mekanisme Koordinasi Antarunit ini menjadi pedoman koordinasi lintas unit dalam penyelenggaraan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, layanan kemahasiswaan, administrasi, sumber daya, dan penjaminan mutu di lingkungan Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah.

Disusun oleh	Ditelaah oleh	Disahkan oleh
Unit pemilik dokumen Nama: _____ Jabatan: _____ Tanggal: _____ Tanda tangan: _____	Lembaga/Unit Penjaminan Mutu Nama: _____ Jabatan: _____ Tanggal: _____ Tanda tangan: _____	Rektor Nama: _____ Tanggal: _____ Tanda tangan/stempel: ____

RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN

Revisi	Tanggal	Uraian Perubahan	Disahkan oleh
00	Diisi setelah pengesahan	Penerbitan awal dokumen	Rektor

KETENTUAN PENGENDALIAN DOKUMEN

Dokumen ini harus dikendalikan oleh unit yang ditetapkan universitas. Perubahan substansi dilakukan melalui penelaahan, persetujuan, penetapan revisi, dan distribusi versi terbaru. Unit pengguna wajib memastikan bahwa dokumen yang digunakan merupakan versi yang berlaku. Nomor dokumen, pejabat pengesah, tanggal berlaku, dan struktur unit harus disesuaikan dengan ketentuan resmi universitas sebelum dokumen diberlakukan.

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyelenggaraan perguruan tinggi melibatkan unit akademik dan nonakademik yang saling bergantung. Kualitas layanan dan pencapaian sasaran institusi tidak hanya ditentukan oleh kinerja masing-masing unit, tetapi juga oleh kejelasan hubungan kerja, ketepatan aliran informasi, keselarasan rencana, serta konsistensi tindak lanjut keputusan. Koordinasi yang tidak terstruktur dapat menimbulkan keterlambatan layanan, duplikasi pekerjaan, ketidakjelasan kewenangan, ketidaksinkronan data, dan lemahnya bukti pelaksanaan tata kelola.

Oleh karena itu, universitas memerlukan mekanisme koordinasi antarunit yang terdokumentasi, terukur, dan dapat dievaluasi. Dokumen ini mengatur prinsip, pihak, tahapan, media, rekaman, serta mekanisme pemantauan koordinasi lintas unit sebagai bagian dari tata kelola institusi dan pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

1.2 Tujuan

- Menetapkan tata cara koordinasi antarunit secara konsisten dan dapat dipertanggungjawabkan.
- Memperjelas pembagian peran, tanggung jawab, kewenangan, dan jalur eskalasi permasalahan.
- Menjamin informasi, data, dan keputusan lintas unit disampaikan secara tepat, akurat, dan tepat waktu.
- Menyelaraskan perencanaan dan pelaksanaan program akademik maupun nonakademik.
- Memastikan keputusan koordinasi memiliki penanggung jawab, tenggat waktu, bukti pelaksanaan, dan status penyelesaian.
- Menyediakan rekaman yang dapat digunakan untuk evaluasi tata kelola, monitoring, audit mutu internal, dan peningkatan berkelanjutan.

1.3 Ruang Lingkup

Dokumen ini berlaku bagi koordinasi lintas unit yang berkaitan dengan penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan layanan pendukung, meliputi:

- Perencanaan akademik, kalender akademik, jadwal perkuliahan, kurikulum, RPS, pelaksanaan pembelajaran, penilaian, dan pelaporan hasil belajar.
- Penelitian, publikasi ilmiah, pengabdian kepada masyarakat, dan pengelolaan luaran tridharma.
- Kemahasiswaan, pembinaan, layanan konseling, kegiatan organisasi, prestasi, dan layanan alumni.
- Keuangan, perencanaan anggaran, pengadaan, sarana-prasarana, sumber daya manusia, dan layanan teknologi informasi.
- Penjaminan mutu, evaluasi kinerja, audit mutu internal, pengelolaan risiko, serta tindak lanjut hasil evaluasi.
- Penyusunan laporan institusi, pengelolaan data, akreditasi, dan pelaksanaan keputusan pimpinan.

1.4 Sasaran

Sasaran dokumen adalah pimpinan universitas, fakultas, program studi, unit penjaminan mutu, unit akademik dan administrasi, dosen, tenaga kependidikan, serta unit lain yang ditetapkan dalam struktur organisasi resmi universitas.

1.5 Prinsip Koordinasi

- Kejelasan kewenangan: keputusan dibuat oleh pejabat/unit yang berwenang.
- Akuntabilitas: setiap keputusan dan tindak lanjut memiliki penanggung jawab yang jelas.
- Transparansi yang proporsional: informasi dibagikan kepada pihak yang berkepentingan sesuai kewenangan dan aturan perlindungan data.
- Ketepatan waktu: koordinasi dilaksanakan sesuai jadwal atau tingkat urgensi.
- Kolaborasi dan saling menghormati: perbedaan pendapat diselesaikan secara profesional.
- Berbasis data dan bukti: pembahasan menggunakan informasi yang relevan dan dapat diverifikasi.
- Perbaikan berkelanjutan: hasil koordinasi dievaluasi dan digunakan untuk memperbaiki proses.

BAB II. DASAR, DEFINISI, DAN KETENTUAN UMUM

2.1 Dasar Acuan

Penyusunan dan pelaksanaan dokumen ini mengacu pada ketentuan berikut sepanjang relevan dan berlaku:

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, dengan memperhatikan perubahan melalui Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 10 Tahun 2026.
- Statuta, struktur organisasi dan tata kerja, rencana strategis, kebijakan akademik, kebijakan SPMI, standar pendidikan tinggi, serta peraturan internal UII Dalwa yang berlaku.
- Ketentuan internal tentang tata naskah dinas, pengelolaan arsip, keamanan informasi, dan perlindungan data yang berlaku di universitas.

Catatan: sebelum pengesahan, unit hukum/administrasi dan unit penjaminan mutu perlu memverifikasi judul, status, pasal yang relevan, serta kesesuaian seluruh peraturan dengan regulasi terbaru dan dokumen internal universitas.

2.2 Definisi

Istilah	Definisi operasional
Koordinasi antarunit	Proses menyelaraskan rencana, tugas, informasi, keputusan, dan tindak lanjut antara dua unit atau lebih.
Unit	Bagian organisasi yang ditetapkan dalam struktur resmi universitas, termasuk fakultas, program studi, biro, lembaga, pusat, atau unit layanan.
Unit koordinator	Unit yang ditunjuk untuk mengatur proses koordinasi, menghimpun masukan, memantau jadwal, dan menyiapkan rekaman.
Unit pelaksana	Unit yang bertanggung jawab menjalankan tugas atau keputusan sesuai kewenangannya.
Rapat koordinasi	Pertemuan terencana atau insidental untuk membahas isu lintas unit, menetapkan keputusan, dan menyepakati tindak lanjut.
Eskalasi	Penyampaian masalah kepada pejabat yang memiliki kewenangan lebih tinggi ketika masalah tidak dapat diselesaikan pada tingkat awal.
Tindak lanjut	Tindakan yang dilakukan untuk melaksanakan keputusan, menyelesaikan kendala, atau memperbaiki ketidaksesuaian.
Rekaman koordinasi	Bukti terdokumentasi, seperti undangan, daftar hadir, notulen, keputusan, matriks tindak lanjut, dan laporan.
SPMI	Sistem penjaminan mutu internal yang dijalankan secara terencana dan berkelanjutan sesuai peraturan dan kebijakan universitas.

2.3 Ketentuan Umum

- Koordinasi dilaksanakan berdasarkan program kerja, kebutuhan layanan, risiko, instruksi pimpinan, atau temuan evaluasi.
- Koordinasi rutin dapat dilakukan melalui rapat, surat resmi, sistem informasi, atau media komunikasi kedinasan yang disetujui.
- Keputusan yang berdampak pada kebijakan, anggaran, sumber daya, atau kewenangan unit harus memperoleh persetujuan pejabat berwenang.

- Komunikasi digital dapat digunakan untuk mempercepat proses, tetapi keputusan penting wajib direkam dalam bentuk yang dapat ditelusuri.
- Informasi rahasia, data pribadi, dan dokumen terbatas hanya dibagikan kepada pihak yang memiliki hak akses.
- Apabila terdapat perbedaan antara dokumen ini dan peraturan yang lebih tinggi atau statuta/ketentuan internal yang sah, ketentuan yang lebih tinggi atau ketentuan resmi yang berlaku harus diutamakan.

BAB III. PERAN DAN TANGGUNG JAWAB

Pihak	Tanggung jawab
Rektor/pimpinan universitas	Menetapkan kebijakan koordinasi; memutuskan isu strategis lintas unit sesuai kewenangan; menerima laporan berkala; menyelesaikan eskalasi yang tidak dapat dituntaskan di tingkat unit.
Pimpinan fakultas	Mengoordinasikan unit di bawah fakultas; memastikan program akademik selaras dengan kebijakan universitas; menindaklanjuti masalah lintas program studi.
Ketua program studi	Mengoordinasikan dosen dan kegiatan program studi; menyampaikan kebutuhan dan kendala akademik; menindaklanjuti keputusan yang menjadi tanggung jawab prodi.
Unit akademik/administrasi	Menyediakan data, kalender, jadwal, layanan, dan rekaman administrasi; mengoordinasikan proses sesuai mandat resminya.
Unit penjaminan mutu/LPM	Memberikan fasilitasi mutu; memantau bukti koordinasi yang terkait standar; menganalisis tren masalah dan tindak lanjut; menghubungkan hasil evaluasi dengan siklus peningkatan mutu sesuai mandatnya.
Unit pendukung (keuangan, SDM, TI, sarpras, kemahasiswaan, perpustakaan, dan lainnya)	Memberikan informasi dan layanan sesuai kewenangan; menunjuk narahubung; melaksanakan keputusan dan melaporkan hasilnya.
Unit koordinator kegiatan	Menyusun agenda; mengundang pihak relevan; menyiapkan bahan; membuat notulen; memelihara matriks tindak lanjut; menyampaikan laporan.
Seluruh peserta/unit terkait	Memberikan data yang benar; hadir atau menunjuk wakil; menyepakati tugas; melaksanakan tindak lanjut; menjaga kerahasiaan informasi.

Catatan penerapan: nama jabatan dan unit di atas bersifat generik. Universitas perlu memetakan istilah tersebut ke nomenklatur resmi yang tercantum dalam statuta dan struktur organisasi UII Dalwa.

BAB IV. MEKANISME DAN PROSEDUR KOORDINASI

4.1 Identifikasi kebutuhan koordinasi

1. Unit pemrakarsa mengidentifikasi isu, tujuan koordinasi, hasil yang diharapkan, unit yang terdampak, urgensi, dan batas waktu.
2. Unit pemrakarsa menentukan apakah isu cukup diselesaikan melalui komunikasi kerja, rapat teknis, rapat pimpinan, atau mekanisme eskalasi.
3. Apabila isu berkaitan dengan standar mutu, ketidaksesuaian, atau tindak lanjut evaluasi, unit pemrakarsa melibatkan unit penjaminan mutu sesuai kewenangannya.

4.2 Persiapan koordinasi

1. Unit koordinator menetapkan peserta yang relevan berdasarkan tanggung jawab dan kebutuhan keputusan.
2. Agenda, bahan rapat, data pendukung, dan usulan keputusan disiapkan sebelum pertemuan.
3. Undangan memuat tujuan, waktu, tempat/media, agenda, dan dokumen yang perlu dipelajari.
4. Untuk koordinasi mendesak, undangan dapat disampaikan melalui media kedinasan yang disepakati, dengan rekaman waktu dan pihak yang dihubungi.

4.3 Pelaksanaan koordinasi

1. Koordinator membuka pertemuan dengan menyampaikan tujuan, agenda, dan keluaran yang harus dihasilkan.
2. Unit terkait menyampaikan kondisi, data, kendala, risiko, serta kebutuhan dukungan secara ringkas dan berbasis bukti.
3. Peserta mengklarifikasi pembagian peran, ketergantungan antarpekerjaan, batas waktu, sumber daya, dan jalur komunikasi.
4. Keputusan harus menyebutkan tindakan, penanggung jawab, tenggat waktu, indikator selesai, dan pihak yang memverifikasi.
5. Jika keputusan belum dapat diambil, notulen mencatat hal yang belum disepakati, data tambahan yang diperlukan, penanggung jawab, dan tanggal pembahasan lanjutan.

4.4 Dokumentasi hasil

1. Notulen disusun oleh sekretaris/koordinator dan memuat minimal tanggal, peserta, agenda, ringkasan pembahasan, keputusan, penanggung jawab, tenggat, serta status tindak lanjut.
2. Notulen atau ringkasan keputusan disampaikan kepada peserta dan pejabat terkait untuk koreksi dalam waktu kerja yang ditetapkan unit koordinator.
3. Dokumen final disimpan pada repositori atau sistem arsip resmi dengan penamaan, hak akses, dan retensi sesuai kebijakan universitas.
4. Keputusan yang memerlukan penetapan formal dituangkan dalam surat keputusan, surat tugas, surat edaran, atau dokumen resmi lain sesuai kewenangan.

4.5 Pelaksanaan dan pemantauan tindak lanjut

1. Setiap unit pelaksana mengerjakan tindak lanjut sesuai tenggat yang disepakati.
2. Unit pelaksana memperbarui status dengan bukti yang memadai: belum dimulai, dalam proses, selesai, atau memerlukan eskalasi.
3. Unit koordinator memantau tindak lanjut dan mengingatkan penanggung jawab apabila mendekati atau melewati tenggat.
4. Tindak lanjut dinyatakan selesai setelah bukti diperiksa oleh pihak yang ditetapkan dan hasilnya dicatat.
5. Tindak lanjut yang belum selesai harus memiliki alasan, risiko, tindakan sementara jika diperlukan, dan tenggat baru yang disetujui.

4.6 Eskalasi masalah

Tingkat	Kondisi	Tindakan
Tingkat 1: teknis	Masalah dapat diselesaikan oleh unit pelaksana/koordinator kegiatan.	Klarifikasi langsung; catat keputusan dan tindakan.
Tingkat 2: lintas unit	Masalah melibatkan beberapa unit atau terjadi konflik jadwal, data, sumber daya, atau tanggung jawab.	Rapat koordinasi lintas unit; tetapkan keputusan dan penanggung jawab.
Tingkat 3: pimpinan	Masalah menyangkut kebijakan, anggaran besar, risiko institusi, konflik kewenangan, atau tidak selesai pada tingkat 2.	Ajukan ringkasan masalah dan opsi keputusan kepada pimpinan berwenang.
Tingkat 4: kepatuhan/risiko khusus	Masalah berkaitan dengan dugaan pelanggaran, keselamatan, perlindungan data, atau risiko hukum/etik.	Gunakan prosedur khusus yang berlaku dan batasi akses informasi sesuai kebutuhan.

4.7 Penutupan koordinasi

Koordinasi dinyatakan selesai apabila keputusan telah disampaikan, seluruh tindak lanjut telah ditutup atau dialihkan melalui keputusan resmi, bukti pelaksanaan tersimpan, dan hasilnya telah diinformasikan kepada pihak yang relevan. Isu yang belum tuntas tidak boleh dihapus dari matriks tindak lanjut; statusnya harus tetap terbuka dengan penanggung jawab dan tenggat yang jelas.

BAB V. JENIS, FREKUENSI, DAN MEDIA KOORDINASI

Jenis koordinasi	Contoh penggunaan	Frekuensi/ketentuan
Koordinasi perencanaan	Penyusunan kalender akademik, program kerja, kebutuhan anggaran, dan target mutu.	Sebelum periode/program dimulai; sesuai kalender institusi.
Koordinasi operasional	Jadwal kuliah, layanan mahasiswa, penggunaan ruang, sistem akademik, atau pelaksanaan kegiatan.	Sesuai kebutuhan operasional; dapat mingguan/bulanan jika diperlukan.
Koordinasi evaluasi	Evaluasi akhir semester, capaian program, keluhan layanan, dan hasil monitoring.	Sekurang-kurangnya pada periode evaluasi yang ditetapkan institusi.
Koordinasi tindak lanjut	Penyelesaian temuan, keluhan, hambatan, atau keputusan yang belum selesai.	Sesuai tingkat risiko dan tenggat yang disepakati.
Koordinasi insidental/darurat	Gangguan layanan, perubahan jadwal mendesak, atau masalah yang berisiko tinggi.	Dilaksanakan sesegera mungkin sesuai prosedur darurat yang berlaku.

Frekuensi di atas merupakan rancangan minimal yang dapat disesuaikan. Jadwal final ditetapkan melalui kalender kerja, keputusan pimpinan, atau kebijakan unit.

5.1 Media koordinasi

- Rapat tatap muka atau rapat daring melalui platform yang disetujui.
- Surat dinas, nota dinas, disposisi, surat tugas, dan berita acara.
- Sistem informasi akademik, sistem manajemen dokumen, atau aplikasi kerja resmi.
- Surat elektronik dan kanal komunikasi kedinasan yang ditetapkan.
- Formulir monitoring, matriks tindak lanjut, dan laporan periodik.

5.2 Standar minimal komunikasi

Setiap komunikasi koordinasi sekurang-kurangnya menjelaskan konteks/masalah, tindakan atau keputusan yang diperlukan, unit/pihak yang bertanggung jawab, batas waktu, dan bukti yang diharapkan. Pesan melalui aplikasi percakapan tidak menggantikan surat atau persetujuan formal apabila kebijakan universitas mensyaratkannya.

BAB VI. MATRIKS KOORDINASI ANTARUNIT

Matriks berikut adalah contoh awal untuk dipetakan ke struktur resmi UII Dalwa. Unit koordinator dan unit terkait dapat diubah sesuai kewenangan formal.

No.	Kegiatan/proses	Koordinator	Unit terkait	Waktu/trigger	Rekaman utama
1	Penetapan kalender akademik	Unit akademik	Pimpinan, fakultas, prodi, unit layanan	Sebelum tahun/semester akademik	Notulen, kalender yang disahkan
2	Persiapan perkuliahan	Unit akademik/fakultas sesuai struktur	Prodi, dosen, TI, sarpras	Sebelum perkuliahan	Checklist kesiapan, jadwal, RPS
3	Perubahan jadwal/ruang kuliah	Unit akademik	Prodi, dosen, TI/sarpras	Saat perubahan diperlukan	Permohonan dan persetujuan perubahan
4	Pelaksanaan evaluasi pembelajaran	Program studi	Dosen, mahasiswa, unit akademik, penjaminan mutu	Akhir semester	Rekap evaluasi dan laporan
5	Penyelesaian kendala layanan mahasiswa	Unit layanan terkait	Prodi, akademik, keuangan atau unit lain sesuai kasus	Saat laporan diterima	Register kasus dan bukti penyelesaian
6	Pengelolaan data akademik dan pelaporan	Unit pemilik data	Akademik, prodi, TI, pimpinan	Sesuai jadwal pelaporan	Validasi data, berita acara, laporan
7	Pelaksanaan penelitian dan pengabdian	Unit pengelola tridharma	Prodi, dosen, keuangan, mitra	Sesuai siklus program	Proposal, surat tugas, laporan, luaran
8	Pengadaan/sarana pendukung pembelajaran	Unit pemilik kebutuhan	Keuangan, pengadaan, sarpras, pengguna	Sesuai perencanaan dan persetujuan	Usulan, persetujuan, berita acara
9	Tindak lanjut hasil AMI/evaluasi mutu	Unit pemilik temuan	Unit penjaminan mutu, pimpinan terkait	Sesuai tenggat temuan	Rencana tindakan korektif dan verifikasi
10	Persiapan akreditasi/laporan institusi	Unit yang ditugaskan pimpinan	Prodi, fakultas, penjaminan mutu, unit data	Sesuai jadwal resmi	Matriks data, bukti, laporan final

BAB VII. MONITORING, EVALUASI, DAN PENJAMINAN MUTU

7.1 Tujuan monitoring

Monitoring dilakukan untuk memastikan koordinasi terlaksana sesuai rencana, peserta/unit yang tepat terlibat, keputusan tercatat, tindak lanjut diselesaikan, dan hambatan lintas unit ditangani.

7.2 Indikator pemantauan

Indikator	Cara ukur/sumber data	Target awal yang disarankan
Keterlaksanaan koordinasi terjadwal	Jumlah rapat/koordinasi terlaksana dibandingkan rencana	Target ditetapkan unit; misalnya minimal 90%
Kelengkapan rekaman koordinasi	Persentase kegiatan dengan notulen/rekaman keputusan	100% untuk koordinasi formal
Kejelasan penanggung jawab tindak lanjut	Persentase keputusan yang memiliki PIC dan tenggat	100%
Ketepatan waktu penyelesaian tindak lanjut	Persentase tindak lanjut selesai sesuai tenggat	Target ditetapkan berdasarkan baseline dan risiko
Penyelesaian isu lintas unit	Jumlah isu yang ditutup dengan bukti penyelesaian	Dipantau per periode
Efektivitas koordinasi	Umpan balik unit, pengulangan masalah, dan waktu penyelesaian	Dianalisis secara berkala

Target numerik di atas merupakan rekomendasi awal, bukan standar yang otomatis berlaku. Target resmi harus disetujui universitas setelah melihat data dasar, kemampuan sumber daya, dan tingkat risiko.

7.3 Evaluasi dan tindak lanjut

1. Unit koordinator menyusun rekap pelaksanaan koordinasi dan status tindak lanjut sesuai periode yang ditetapkan.
2. Pimpinan terkait menelaah isu berulang, keterlambatan, konflik kewenangan, dan kebutuhan perubahan proses.
3. Unit penjaminan mutu dapat menggunakan hasil evaluasi sebagai masukan evaluasi standar, monitoring, atau audit mutu internal sesuai mandat.
4. Ketidaksesuaian ditangani melalui tindakan korektif dengan akar masalah, rencana tindakan, PIC, tenggat, bukti, dan verifikasi efektivitas.
5. Hasil evaluasi digunakan sebagai masukan pada siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan (PPEPP) sesuai sistem mutu yang berlaku.

BAB VIII. REKAMAN, ARSIP, DAN PENGENDALIAN INFORMASI

8.1 Rekaman minimal

- Agenda dan undangan koordinasi.
- Daftar hadir atau bukti partisipasi.
- Bahan/data yang dibahas, sepanjang relevan.
- Notulen atau ringkasan keputusan.
- Matriks tindak lanjut beserta status dan bukti.
- Laporan evaluasi koordinasi dan tindakan perbaikan.

8.2 Penyimpanan dan akses

Rekaman disimpan oleh unit koordinator atau pengelola arsip yang ditetapkan. Penyimpanan dapat berbentuk elektronik atau cetak, dengan penamaan file yang konsisten dan pencatatan versi. Hak akses diberikan sesuai tugas. Data pribadi, informasi rahasia, dan dokumen yang dibatasi harus dilindungi sesuai ketentuan yang berlaku.

8.3 Retensi

Masa simpan ditetapkan mengikuti jadwal retensi arsip dan kebijakan pengelolaan dokumen universitas. Jika jadwal retensi belum tersedia, unit pengendali dokumen perlu menetapkan ketentuan sementara secara formal sebelum penerapan, bukan menentukan masa simpan secara informal.

BAB IX. PENUTUP

Dokumen Mekanisme Koordinasi Antarunit ini menjadi acuan bagi unit-unit di lingkungan Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah dalam membangun koordinasi yang terencana, efektif, terdokumentasi, dan berorientasi pada hasil. Setiap unit wajib menindaklanjuti ketentuan ini sesuai tugas dan kewenangannya.

Dokumen mulai berlaku setelah ditetapkan oleh pejabat yang berwenang. Peninjauan dilakukan secara berkala atau apabila terdapat perubahan struktur organisasi, peraturan, sistem kerja, atau hasil evaluasi yang menunjukkan perlunya perbaikan.

LAMPIRAN 1. FORMULIR RENCANA KOORDINASI

Elemen	Isian
Nomor kegiatan / kode rekaman	_____
Nama kegiatan/isu	_____
Unit pemrakarsa/koordinator	_____
Tujuan dan keluaran yang diharapkan	_____ _____
Unit/pihak yang dilibatkan	_____
Tanggal, waktu, tempat/media	_____
Agenda utama	1. _____ 2. _____ 3. _____
Bahan/data yang harus disiapkan	_____
Risiko/hal yang perlu diputuskan	_____
Disiapkan oleh / tanggal	_____

LAMPIRAN 2. FORMULIR NOTULEN KOORDINASI

Elemen	Isian
Nomor notulen	_____
Hari/tanggal dan waktu	_____
Tempat/media	_____
Pimpinan rapat	_____
Notulis	_____
Peserta/unit	Lampirkan daftar hadir atau bukti partisipasi
Agenda	_____
Ringkasan pembahasan	_____ _____ _____
Keputusan	_____ _____
Hal yang belum diputuskan	_____

Elemen	Isian
Tanggal koordinasi lanjutan (jika ada)	_____
Pengesahan/konfirmasi notulen	Pimpinan rapat: _____ Tanggal: _____

LAMPIRAN 3. MATRIKS TINDAK LANJUT KEPUTUSAN

No.	Keputusan/tindakan	PIC/unit	Tenggat	Indikator/bukti selesai	Status	Verifikator/tanggal
1					Belum mulai / Proses / Selesai	
2					Belum mulai / Proses / Selesai	
3					Belum mulai / Proses / Selesai	
4					Belum mulai / Proses / Selesai	

Petunjuk: setiap tindakan harus memiliki satu penanggung jawab utama, tenggat yang realistis, bukti penyelesaian, dan pihak verifikator. Jika belum selesai, catat alasan, risiko, langkah sementara, serta tenggat baru yang disetujui.

LAMPIRAN 4. FORMULIR EVALUASI EFEKTIVITAS KOORDINASI

Aspek evaluasi	Skor (1–4)	Catatan/bukti	Tindak lanjut
Tujuan koordinasi jelas			
Unit/peserta yang relevan terlibat			
Data dan bahan memadai			
Keputusan dan pembagian tugas jelas			
Notulen/rekaman tersedia			
Tindak lanjut sesuai tenggat			
Koordinasi membantu menyelesaikan masalah			
Perbaikan proses diperlukan			

Skala penilaian: 1 = tidak memadai; 2 = perlu banyak perbaikan; 3 = memadai; 4 = sangat baik. Skala dapat disesuaikan dengan instrumen evaluasi internal universitas.

LAMPIRAN 5. CHECKLIST KELENGKAPAN BUKTI

No.	Bukti yang diperiksa	Ada	Tidak	Catatan
1	Agenda/undangan koordinasi	☐	☐	
2	Daftar hadir/bukti partisipasi	☐	☐	
3	Bahan/data pendukung	☐	☐	
4	Notulen atau ringkasan keputusan	☐	☐	
5	Matriks tindak lanjut dengan PIC dan tenggat	☐	☐	
6	Bukti pelaksanaan tindak lanjut	☐	☐	
7	Verifikasi penyelesaian	☐	☐	
8	Evaluasi efektivitas dan rekomendasi perbaikan	☐	☐	

LAMPIRAN 6. CONTOH FORMAT LAPORAN PERIODIK

Komponen	Isi yang dilaporkan
Periode pelaporan	Bulan/semester/tahun: _____
Koordinasi yang dilaksanakan	Jumlah, tanggal, agenda utama, dan unit terlibat
Keputusan penting	Ringkasan keputusan lintas unit yang berdampak pada layanan/kinerja
Tindak lanjut selesai	Jumlah/daftar tindakan selesai dan bukti utama
Tindak lanjut terbuka/terlambat	Alasan, risiko, PIC, dan tenggat baru
Isu berulang/akar masalah	Masalah yang berulang dan analisis penyebab
Dukungan/keputusan yang dibutuhkan	Hal yang perlu diputuskan oleh pimpinan
Rekomendasi perbaikan	Perubahan prosedur, jadwal, alur data, atau pembagian peran
Disusun oleh / tanggal	_____
Ditelaah oleh / tanggal	_____

DAFTAR ACUAN

- Republik Indonesia. (2012). Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
- Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Republik Indonesia. (2026). Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 10 Tahun 2026 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
- Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah. (berlaku). Statuta, struktur organisasi dan tata kerja, kebijakan SPMI, standar pendidikan tinggi, dan ketentuan internal terkait.

ADENDUM OPERASIONAL DAN INSTRUMEN PENERAPAN

Bagian ini merupakan penguatan operasional atas Bab I–IX dan Lampiran 1–6. Ketentuan teknis di bawah merupakan rancangan standar layanan untuk ditetapkan melalui keputusan Rektor. Apabila terdapat pertentangan, ketentuan peraturan perundang-undangan, statuta, dan keputusan resmi universitas yang berlaku diutamakan.

A. Tata Kelola, Otorisasi, dan Prinsip Pengambilan Keputusan

Setiap koordinasi wajib memiliki satu unit pemrakarsa, satu penanggung jawab keputusan, dan satu pengelola rekaman. Forum koordinasi tidak dengan sendirinya memiliki kewenangan menetapkan kebijakan, melakukan pengadaan, mengubah anggaran, atau mengubah standar akademik. Keputusan tersebut hanya sah setelah disetujui pejabat berwenang sesuai statuta, delegasi kewenangan, dan ketentuan internal.

Keputusan rapat bersifat: (a) operasional dalam kewenangan peserta, (b) rekomendasi yang memerlukan persetujuan, atau (c) penugasan pengumpulan data. Klasifikasi wajib dicantumkan dalam notulen. Konflik kepentingan dinyatakan sebelum pembahasan; pihak berkepentingan tidak menjadi verifikator tunggal atas hasilnya.

A.1 Matriks RACI untuk proses prioritas (usulan awal)

R = pelaksana, A = pemilik akuntabilitas akhir, C = dikonsultasikan, I = diberi informasi. Satu proses harus memiliki satu A; pemetaan final mengikuti struktur organisasi resmi.

Proses	Rektor/ pimpinan	Fakultas/ UPPS	Prodi	Unit teknis	LPM
Kalender akademik	A	C	C	R	I
Evaluasi pembelajaran	I	A	R	C	C
Validasi data PDDikti	I	C	R	A	C
AMI dan tindak lanjut	I	A	R	C	C
Pengadaan sarpras	A*	C	C	R	I
Persiapan akreditasi	A	R	R	C	C

*Kewenangan pengadaan dan keuangan mengikuti batas otorisasi dalam aturan resmi; peran A dapat didelegasikan secara tertulis.

B. Standar Waktu Layanan Koordinasi

Tabel berikut merupakan usulan SLA internal dan baru mengikat setelah ditetapkan. Hari kerja mengikuti kalender universitas. Peristiwa darurat keselamatan, keamanan data, atau dugaan pelanggaran ditangani segera melalui jalur khusus tanpa menunggu SLA rutin.

Tahap	Rutin	Prioritas tinggi	Bukti
Registrasi permintaan	Maks. 2 hari kerja	Pada hari diterima	Nomor tiket/register
Penunjukan koordinator	Maks. 2 hari kerja	Maks. 1 hari kerja	Disposisi
Distribusi agenda	Min. 3 hari kerja sebelum rapat	Sesegera mungkin	Undangan
Draf notulen	Maks. 2 hari kerja setelah rapat	Maks. 1 hari kerja	Draf notulen

Tahap	Rutin	Prioritas tinggi	Bukti
Konfirmasi notulen	Maks. 2 hari kerja sejak diterima	Maks. 1 hari kerja	Persetujuan/catatan
Pembaruan tindak lanjut	Minimal mingguan	Sesuai tenggat harian	Register aksi
Verifikasi penutupan	Maks. 3 hari kerja setelah bukti masuk	Maks. 1 hari kerja	Berita acara verifikasi

C. SOP Koordinasi Lintas Unit (Alur Wajib)

1. Registrasi. Unit pemrakarsa mengisi formulir permintaan, kategori risiko, unit terdampak, urgensi, dan keluaran yang diharapkan.
2. Triage. Koordinator memeriksa kelengkapan dan memilih penyelesaian langsung, rapat teknis, rapat pimpinan, atau jalur khusus.
3. Persiapan. Koordinator menetapkan agenda, data, daftar peserta, pemilik keputusan, serta jadwal.
4. Pembahasan. Peserta memvalidasi fakta, alternatif tindakan, konsekuensi sumber daya, dan risiko.
5. Penetapan. Setiap keputusan diberi klasifikasi otorisasi, PIC tunggal, indikator hasil, tenggat, dan verifikator.
6. Dokumentasi. Notulen dikonfirmasi, dokumen bernomor disimpan, dan ringkasan didistribusikan sesuai hak akses.
7. Pelaksanaan. PIC melaksanakan keputusan dan mengunggah bukti, termasuk kendala dan usulan perubahan tenggat.
8. Verifikasi. Verifikator menilai kesesuaian bukti dan efektivitas; aksi yang tidak efektif dibuka kembali.
9. Evaluasi. Koordinator menyusun laporan berkala; LPM memanfaatkan tren untuk evaluasi SPMI dan RTM.

D. Klasifikasi Risiko, Eskalasi, dan Penanganan Khusus

Kategori	Kriteria	Tindakan minimum
Rendah	Dampak terbatas pada satu proses; tidak mengganggu layanan utama	Ditangani koordinator teknis; dipantau berkala
Sedang	Melibatkan dua unit atau menunda target layanan	Rapat lintas unit; keputusan dan mitigasi tertulis
Tinggi	Berpotensi mengganggu layanan akademik, anggaran, kepatuhan, atau reputasi	Eskalasi ke pimpinan berwenang; pemantauan intensif
Kritis	Keselamatan, kebocoran data, dugaan kecurangan, atau pelanggaran serius	Aktifkan prosedur insiden/etik/hukum khusus; lindungi bukti dan kerahasiaan

Apabila terjadi ketidaksepakatan, koordinator mencatat posisi para pihak dan data pendukung. Persoalan kewenangan disampaikan secara berjenjang kepada pimpinan terkait; keputusan akhir mengikuti mandat formal, bukan pemungutan suara informal. Pelapor dugaan pelanggaran dilindungi sesuai mekanisme pengaduan yang berlaku.

E. Integrasi dengan SPMI dan Siklus PPEPP

Tahap	Implementasi koordinasi	Bukti
Penetapan	Penetapan standar, SOP, indikator dan pemilik proses	SK/pedoman/standar
Pelaksanaan	Rapat, surat, disposisi dan pelaksanaan keputusan	Undangan, notulen, register
Evaluasi	Pengukuran SLA, audit rekaman, survei dan telaah hambatan	Dashboard, laporan monev/AMI
Pengendalian	Analisis akar masalah, koreksi dan tindakan korektif	Form CAPA dan verifikasi
Peningkatan	Revisi prosedur, kapasitas, teknologi dan target	Keputusan RTM, revisi SOP

LPM berfungsi memfasilitasi penjaminan mutu dan tidak menggantikan tanggung jawab pemilik proses. Hasil koordinasi menjadi masukan AMI dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM); temuan AMI ditindaklanjuti oleh unit auditee dan diverifikasi sesuai prosedur audit yang berlaku.

F. Indikator Kinerja dan Metode Pengukuran

Indikator	Rumus	Usulan target	Frekuensi
Keterlaksanaan koordinasi	Kegiatan terlaksana / kegiatan direncanakan × 100%	≥90%	Semester
Kelengkapan notulen	Koordinasi formal dengan notulen sah / total koordinasi formal × 100%	100%	Bulanan
Kejelasan PIC dan tenggat	Aksi dengan PIC dan tenggat / total aksi × 100%	100%	Bulanan
Ketepatan waktu aksi	Aksi selesai tepat waktu / seluruh aksi jatuh tempo × 100%	Ditetapkan setelah baseline	Bulanan
Penutupan tervalidasi	Aksi diverifikasi selesai / seluruh aksi dinyatakan selesai × 100%	100%	Bulanan
Isu berulang	Jumlah isu berulang pada periode berjalan	Tren menurun	Semester

Perhitungan harus menggunakan register yang dapat diaudit. Aksi yang belum jatuh tempo tidak dimasukkan ke penyebut indikator ketepatan waktu. Perubahan tenggat tidak menghapus keterlambatan awal dan harus disertai alasan serta persetujuan. Target awal adalah usulan, bukan klaim capaian universitas.

G. Pengendalian Dokumen, Rekaman, dan Akses

Setiap rekaman memuat kode unik, tanggal, unit pemilik, klasifikasi akses, versi, penanggung jawab, dan lokasi penyimpanan. Klasifikasi minimum: publik, internal, terbatas, dan rahasia. Pengiriman dokumen terbatas menggunakan kanal institusional yang disetujui. Hak akses mengikuti prinsip kebutuhan mengetahui dan ditinjau bila personel berganti tugas.

Perubahan dokumen melalui pengajuan revisi, penelaahan pemilik proses dan LPM, persetujuan pejabat berwenang, publikasi versi berlaku, penarikan versi kedaluwarsa, dan pencatatan riwayat revisi. Retensi dan pemusnahan rekaman mengikuti jadwal retensi arsip universitas; tidak ditentukan sepihak oleh penyusun dokumen ini.

H. Program Implementasi 90 Hari Setelah Pengesahan

Periode	Kegiatan	Penanggung jawab	Luaran
Hari 1–15	Penetapan SK, pemetaan struktur unit dan PIC, sosialisasi	Pimpinan/unit pemilik	SK, daftar PIC, berita acara
Hari 16–30	Pelatihan notulen, register aksi, pengendalian dokumen	Unit koordinator dan LPM	Daftar hadir, contoh rekaman
Hari 31–60	Uji coba pada proses akademik dan layanan lintas unit	Fakultas, prodi, unit layanan	Register uji coba, temuan
Hari 61–75	Evaluasi SLA, risiko, kelengkapan bukti dan perbaikan	LPM dan unit pemilik	Laporan evaluasi
Hari 76–90	RTM/pembahasan pimpinan, penyesuaian SOP, perluasan penerapan	Pimpinan dan seluruh unit	Keputusan perbaikan, rencana lanjut

I. Lampiran 7 – Formulir Permintaan Koordinasi dan Penetapan Prioritas

Kolom isian	Data
Nomor register / tanggal	.....
Unit pemrakarsa / narahubung	.....
Uraian masalah dan dampak	.....
Unit yang terdampak	.....
Kategori risiko dan alasan	.....
Keputusan yang dimohon	.....
Batas waktu / urgensi	.....
Dokumen pendukung	.....
Koordinator dan disposisi	.....

J. Lampiran 8 – Register Keputusan dan Tindak Lanjut

ID	Keputusan/aksi	PIC	Tenggat	Bukti	Status	Verifikator
____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____

Status: belum dimulai; berjalan; menunggu keputusan; selesai-menunggu verifikasi; ditutup-terverifikasi; dibuka kembali. Setiap status memiliki tanggal pembaruan dan catatan perubahan.

K. Lampiran 9 – Formulir Tindakan Korektif dan Verifikasi Efektivitas (CAPA)

Elemen	Isian
Nomor temuan dan sumber	.....
Uraian ketidaksesuaian / bukti	.....
Dampak dan tingkat risiko	.....
Koreksi segera	.....
Analisis akar masalah (5 Why/fishbone)	.....
Tindakan korektif	.....
PIC dan tenggat	.....
Bukti pelaksanaan	.....
Hasil verifikasi efektivitas	.....
Status penutupan dan otorisasi	.....

L. Lampiran 10 – Format Laporan Monitoring Bulanan

Komponen laporan	Isian/analisis
Periode dan unit pelapor	.....
Jumlah koordinasi terencana/terlaksana	.....
Jumlah keputusan dan aksi jatuh tempo	.....
Jumlah aksi selesai tepat waktu/terlambat	.....
Daftar isu tinggi/kritis	.....
Temuan berulang dan akar masalah	.....
Rekomendasi serta keputusan pimpinan	.....
Lampiran register dan bukti	.....

M. Lampiran 11 – Checklist Kesiapan Pemberlakuan

- ☐ Kode dan nomor dokumen ditetapkan
- ☐ Nomenklatur dan struktur unit disesuaikan dengan SK terbaru

- ☐ Dasar hukum dan regulasi diverifikasi oleh unit berwenang
- ☐ Matriks otorisasi dan delegasi kewenangan disahkan
- ☐ Target SLA dan indikator ditetapkan
- ☐ Repositori, hak akses, dan retensi ditentukan
- ☐ PIC dan verifikator ditunjuk
- ☐ Formulir dan kanal pelaporan disosialisasikan
- ☐ Rencana uji coba dan evaluasi ditetapkan
- ☐ Dokumen ditandatangani Rektor dan didistribusikan

N. Ketentuan Penutup Adendum

Adendum ini digunakan bersama dokumen induk Mekanisme Koordinasi Antarunit. Seluruh contoh target, jadwal, matriks peran, dan formulir merupakan rancangan yang perlu disesuaikan dengan struktur, kapasitas, dan keputusan resmi UII Dalwa. Penerapan formal dimulai pada tanggal yang ditetapkan dalam pengesahan oleh pejabat berwenang.