UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL

DARULLUGHAH WADDA'WAH

DOKUMEN PENGENDALIAN

DAN TINDAK LANJUT HASIL EVALUASI

Bidang Tata Pamong, Tata Kelola, dan Penjaminan Mutu Internal

Periode Perencanaan 2026–2027 | Rancangan Berbasis PPEPP

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

Bangil, Pasuruan • 2026

LEMBAR PENGENDALIAN DOKUMEN

Elemen	Keterangan
Judul	Dokumen Pengendalian dan Tindak Lanjut Hasil Evaluasi
Institusi	Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah (UII DALWA)
Cakupan	Tata pamong, tata kelola, dan SPMI; lintas unit terkait
Kode dokumen	[Diisi LPM setelah ditetapkan; usulan: UII-DALWA/SPMI/EV-RTL/001]
Periode	Perencanaan dan tindak lanjut 2026–2027
Revisi	00 / draf
Status dokumen	Rancangan operasional; belum merupakan laporan tindakan yang telah selesai
Pemilik dokumen	LPM / unit pengendali dokumen sesuai keputusan pimpinan
Tanggal penetapan	[Diisi setelah pengesahan]
Peninjauan	Semesteran dan sewaktu-waktu untuk temuan prioritas

Persetujuan dan pengesahan

Tahapan	Pejabat/unit yang disarankan	Nama, tanggal, tanda tangan
Disusun	Tim pengendalian/penyusun dan perwakilan unit	_____
Ditelaah	LPM dan pejabat bidang terkait	_____
Disahkan	Rektor / pejabat berwenang	_____
Pemegang versi induk	Sekretariat / pengendali dokumen LPM	_____

Status evidensi

Rujukan tersedia berupa SOP Tata Pamong 2023, pedoman risiko berstatus draf, dan tiga dokumen kerja 2026 (peta risiko, laporan kinerja, laporan pengawasan). Belum tersedia berita acara evaluasi, hasil AMI yang terkonfirmasi, keputusan RTM, bukti realisasi, atau verifikasi penutupan RTL. Karena itu seluruh usulan tindakan dalam naskah ini berstatus pra-verifikasi sampai dilakukan pembuktian oleh pejabat yang berwenang.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dokumen ini disusun sebagai instrumen pengendalian setelah tahap evaluasi pada siklus Penetapan–Pelaksanaan–Evaluasi–Pengendalian–Peningkatan (PPEPP). Sasaran utamanya ialah memastikan setiap catatan evaluasi memiliki rute klarifikasi, akar masalah, keputusan tindakan, pemilik, tenggat, bukti pelaksanaan, verifikasi efektivitas, dan mekanisme penutupan yang dapat ditelusuri.

Titik awal dokumen ialah enam catatan telaah awal (TD-01 s.d. TD-06) dan delapan rekomendasi tindak lanjut usulan (RTL-01 s.d. RTL-08) yang dicatat dalam Laporan Pengawasan dan Pemeriksaan Internal UII DALWA 2026 (draf). Enam catatan tersebut merupakan pertanyaan atau kesenjangan dokumen yang belum otomatis menjadi temuan ketidaksesuaian hasil audit. Delapan RTL merupakan paket tindakan prospektif, bukan realisasi yang sudah teruji.

Objek	Kondisi yang didukung sumber	Keputusan pengendalian
SOP Tata Pamong 2023	Prosedur tertulis tersedia, memuat lima prinsip dan tujuh fungsi manajemen.	Jadikan kriteria uji, periksa kesesuaian versi berlaku.
Catatan TD-01–TD-06	Enam topik perlu klarifikasi/kelengkapan bukti.	Lakukan klarifikasi terstruktur tanpa memberi status temuan definitif.
Usulan RTL-01–RTL-08	Delapan tindakan dan tenggat usulan telah dirumuskan.	Tetapkan pemilik dan tenggat melalui keputusan resmi sebelum pelaksanaan.
Manajemen risiko	Pedoman risiko 2026 dan daftar 18 skenario risiko bersifat draf/ilustratif.	Validasi risiko, kontrol dan ambang, lalu gunakan untuk prioritas.
Data capaian, AMI, RTM	Belum tersedia dalam bahan saat penyusunan.	Gunakan formulir kosong, jangan mengisi realisasi tanpa bukti.

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pengendalian merupakan tahapan penjaminan mutu yang memastikan hasil evaluasi tidak berhenti pada identifikasi masalah. Dalam tata pamong perguruan tinggi, kelemahan pelaksanaan atau ketidakjelasan bukti harus ditelusuri kepada penyebab, disepakati perbaikannya, dan diverifikasi agar tidak berulang. UII DALWA memiliki prosedur tata pamong tahun 2023 yang memuat lima prinsip serta tujuh fungsi manajemen. Prosedur itu memberi dasar untuk pengawasan, tetapi kesesuaian penerapan serta pencapaian kinerja memerlukan bukti pemeriksaan aktual.

Dokumen pengendalian ini melanjutkan Laporan Kinerja Perguruan Tinggi Bidang Tata Pamong 2026 (draf), Dokumen Identifikasi dan Peta Risiko 2026 (draf), serta Laporan Pengawasan dan Pemeriksaan Internal 2026 (draf). Hubungan ketiganya dimaksudkan untuk membentuk jalur bukti: sasaran/standar → kinerja → evaluasi → tindakan korektif → pembuktian → peningkatan standar.

1.2 Tujuan dan keluaran

Tujuan pengendalian	Keluaran yang harus tersedia

Tujuan pengendalian	Keluaran yang harus tersedia
Memastikan catatan hasil evaluasi ditangani secara proporsional	Daftar isu, status verifikasi, keputusan perlakuan.
Membedakan koreksi segera dan tindakan terhadap akar penyebab	Rencana tindakan korektif, preventif, dan perbaikan sistem.
Menetapkan akuntabilitas	Penanggung jawab, batas waktu, sumber daya, dan otorisasi.
Memastikan tindakan efektif	Bukti pelaksanaan, hasil uji ulang, keputusan tutup/ulang.
Memberi masukan bagi peningkatan SPMI	Notulen RTM, pembaruan SOP/standar, target baru bila sah.

1.3 Ruang lingkup dan batasan

Cakupan meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengembangan staf, pengawasan, pengarahan, representasi, penganggaran, penanganan pengaduan, bukti kinerja, dan integrasi risiko. Dokumen ini tidak menggantikan KKP atau berita acara hasil audit dan tidak menyatakan pelaksanaan kontrol yang belum dibuktikan.

BAB II. DASAR EVALUASI DAN STATUS SUMBER

2.1 Daftar sumber kerja

Kode	Sumber	Peran dalam pengendalian
S-01	Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong UII DALWA, SOP 1–4, Rev. 00, 5 Juli 2023	Kriteria tata pamong; lima prinsip, tujuh fungsi, alur pemilihan pimpinan.
S-02	Pedoman Pengelolaan Risiko UII DALWA 2026, kode UII-DALWA/SPMI/PG-RSK/001 (status draf)	Metode identifikasi/analisis risiko, kategori 1–25, eskalasi, dan PPEPP.
S-03	Dokumen Identifikasi dan Peta Risiko 2026 (draf)	Daftar 18 skenario risiko; bukan hasil identifikasi terkonfirmasi.
S-04	Laporan Kinerja Perguruan Tinggi Bidang Tata Pamong 2026 (draf)	Indikator dan kerangka rekap capaian yang perlu diisi dan divalidasi.
S-05	Laporan Pengawasan dan Pemeriksaan Internal UII DALWA 2026 (draf)	Sumber TD-01–TD-06, 16 titik uji, RTL-01–RTL-08.
S-06	Statuta/SK, hasil AMI, KKP, RTM, laporan realisasi, log insiden (belum disediakan)	Dokumen primer yang wajib diminta sebelum konfirmasi hasil.

2.2 Kategori bukti dan aturan status

Kode	Makna	Syarat penggunaannya

Kode	Makna	Syarat penggunaannya
PV	Perlu verifikasi	Indikasi dokumen; perlu uji/klarifikasi.
BP	Belum dapat dinilai	Data/sampel belum memadai; jangan diberi skor keberhasilan.
TS	Tidak sesuai	Bukti penyimpangan terhadap kriteria telah diuji dan diklarifikasi.
S	Sesuai	Kriteria dipenuhi dan bukti diuji.
T	Tindakan berlangsung	Ada disposisi, pemilik, rencana, dan bukti perkembangan.
V	Selesai—terverifikasi	Hasil, efektivitas, dan persetujuan penutupan terdokumentasi.
NA	Tidak berlaku	Disertai alasan dan persetujuan pemeriksa.

Aturan utama

Status PV/BP tidak boleh diubah langsung menjadi TS atau V tanpa pemeriksaan, klarifikasi, dan referensi bukti. Tindakan tidak dinyatakan “selesai” hanya karena dokumen revisi telah dibuat; uji efektivitas serta keputusan penutupan tetap diperlukan.

BAB III. MEKANISME PENGENDALIAN BERBASIS PPEPP

3.1 Alur pengendalian

Tahap	Kegiatan wajib	Dokumen keluaran
1. Registrasi	Catat sumber, kode, unit, kriteria, fakta dan status awal.	Daftar catatan/temuan dengan ID.
2. Verifikasi	Periksa bukti primer, lakukan sampling dan klarifikasi auditi.	KKP dan berita acara klarifikasi.
3. Analisis akar masalah	Uraikan penyebab langsung dan sistemik; hindari asumsi tanpa data.	Analisis akar penyebab yang disepakati.
4. Penetapan tindakan	Pilih koreksi, korektif, pencegahan, atau peningkatan; tetapkan PIC, tenggat.	Keputusan RTM/disposisi, register RTL.
5. Implementasi	Jalankan tindakan dan unggah bukti pelaksanaan sesuai SOP.	Dokumen perbaikan, log kerja, SK, daftar hadir.
6. Verifikasi efektivitas	Uji sampel ulang, indikator dan potensi pengulangan; perbarui risiko residual.	KKP re-uji, formulir verifikasi dan hasil KRI.
7. Penutupan/eskalasi	Tutup jika efektif; buka ulang bila gagal atau melewati batas.	BA penutupan, keputusan eskalasi, usulan revisi standar.

3.2 Diferensiasi bentuk tindakan

Jenis	Definisi operasional	Contoh dalam tata pamong
Koreksi	Memperbaiki kesalahan/kekurangan yang tampak pada saat itu.	Memperbaiki salah ketik identitas setelah verifikasi dokumen induk.
Korektif	Menghilangkan akar penyebab ketidaksesuaian agar tidak berulang.	Menetapkan prosedur kendali versi dan telaah legal sebelum publikasi SOP.
Preventif / berbasis risiko	Mencegah potensi ketidaksesuaian yang belum menjadi insiden.	Checklist kewenangan penandatanganan dan jadwal audit rutin.
Peningkatan	Menaikkan kapasitas/standar setelah kontrol efektif.	Dashboard tindak lanjut yang terintegrasi dengan RTM dan Renop.

3.3 Kriteria prioritas dan eskalasi

Untuk risiko, rancangan pedoman 2026 menggunakan skor Kemungkinan (1–5) × Dampak (1–5), dengan rentang rendah 1–4, sedang 5–9, tinggi 10–16, dan ekstrem 17–25. Rentang tersebut masih menunggu pengesahan final. Pemilik proses perlu mengutamakan keselamatan, integritas akademik, legalitas, serta perlindungan data tanpa menunggu skor tinggi. Tindakan dengan prioritas tinggi/ekstrem atau keterlambatan berulang wajib dinaikkan ke pejabat yang ditetapkan.

BAB IV. PETA CATATAN EVALUASI AWAL

Tabel berikut menelusuri enam catatan telaah dokumen pada laporan pemeriksaan draf. Ini bukan hasil AMI resmi. Kolom “bukti yang harus diminta” berfungsi sebagai persyaratan minimum sebelum perubahan status.

ID	Catatan / dasar telaah	Status	RTL terkait
TD-01	Konsistensi identitas badan penyelenggara — SOP 2023 memuat penyebutan entitas yang perlu diperiksa kesesuaiannya dengan Statuta dan keputusan sah.	PV	RTL-01
TD-02	Pemutakhiran dasar regulasi/nomenklatur — Rujukan dan pengaturan dalam SOP 2023 memerlukan telaah kesesuaian dengan kebijakan yang berlaku tahun 2026.	PV	RTL-02
TD-03	Bukti penetapan pimpinan — Bagan alir ada, tetapi rekaman pelaksanaan kasus nyata belum tersedia.	BP	RTL-04/05
TD-04	Implementasi tujuh fungsi manajemen — Fungsi didefinisikan, tetapi data realisasi belum diberikan untuk diuji.	BP	RTL-04/05
TD-05	Status pedoman risiko — Pedoman risiko yang tersedia masih berlabel draf.	PV	RTL-06
TD-06	Efektivitas pengawasan dan PPEPP — Belum tersedia KKP, daftar temuan terkonfirmasi, RTM, penutupan RTL.	BP	RTL-03/07/08

TD-01 | KONSISTENSI IDENTITAS BADAN PENYELENGGARA

Bukti yang harus diperiksa: Statuta berlaku; akta/keputusan badan; surat klarifikasi; SOP versi terkendali.

TD-02 | PEMUTAKHIRAN DASAR REGULASI/NOMENKLATUR

Bukti yang harus diperiksa: Daftar telaah regulasi; rekomendasi revisi; naskah yang ditetapkan.

TD-03 | BUKTI PENETAPAN PIMPINAN

Bukti yang harus diperiksa: Pengumuman, BA seleksi, daftar verifikasi, SK penetapan.

TD-04 | IMPLEMENTASI TUJUH FUNGSI MANAJEMEN

Bukti yang harus diperiksa: Renstra/Renop/RKA, kinerja unit, notulen, dokumen sampel.

TD-05 | STATUS PEDOMAN RISIKO

Bukti yang harus diperiksa: BA telaah, dokumen penetapan, daftar sosialisasi, register aktif.

TD-06 | EFEKTIVITAS PENGAWASAN DAN PPEPP

Bukti yang harus diperiksa: Surat tugas, program AMI, KKP, RTM, RTL, hasil uji ulang.

BAB V. REGISTER PENGENDALIAN DAN TINDAK LANJUT

5.1 Delapan tindakan prioritas yang diusulkan

Kode	Tindakan pengendalian yang diusulkan	Pemilik (usulan)	Tenggat (usulan)
RTL-01	Verifikasi identitas badan penyelenggara pada SOP dan selaraskan dengan Statuta terkini.	Rektorat / fungsi hukum	Nov 2026
RTL-02	Tinjau regulasi, istilah jabatan, dan kewenangan dalam SOP Tata Pamong.	LPM / Biro Rektorat	Nov–Des 2026
RTL-03	Terbitkan dasar penugasan, program pemeriksaan internal, dan pernyataan independensi.	Pimpinan berwenang	Nov 2026
RTL-04	Himpun bukti pengawasan dari unit; buat register dokumen dan ketertelusuran arsip.	Tim pemeriksa / pemilik data	Nov 2026
RTL-05	Laksanakan pengujian sampel berbasis risiko dan klarifikasi dengan auditi.	Tim pemeriksa	Nov–Des 2026
RTL-06	Finalisasi kebijakan/ambang pengelolaan risiko setelah review dan persetujuan resmi.	Rektorat / LPM	Des 2026
RTL-07	Bahas hasil terkonfirmasi pada RTM dan tetapkan pemilik serta batas waktu setiap RTL.	LPM / pimpinan unit	Des 2026
RTL-08	Lakukan uji ulang, laporkan penutupan, serta perbarui SOP/standar jika tindakan efektif.	Tim pengawas / pemilik proses	Jan 2027

Batas waktu dalam tabel merupakan jadwal usulan yang tercantum pada laporan pemeriksaan sebelumnya. Tenggat riil ditetapkan melalui keputusan pejabat setelah penugasan, klarifikasi, dan penilaian kapasitas unit.

5.2 Rincian cara verifikasi setiap tindakan

RTL-01 | NOV 2026

Arah tindakan: Verifikasi identitas badan penyelenggara pada SOP dan selaraskan dengan Statuta terkini.

Rujukan evaluasi: TD-01 • Usulan penanggung jawab: Rektorat / fungsi hukum

Bukti minimum untuk diuji: Statuta/akta/keputusan; notulen klarifikasi; SOP revisi bila perlu.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-02 | NOV–DES 2026

Arah tindakan: Tinjau regulasi, istilah jabatan, dan kewenangan dalam SOP Tata Pamong.

Rujukan evaluasi: TD-02 • Usulan penanggung jawab: LPM / Biro Rektorat

Bukti minimum untuk diuji: Daftar perubahan; hasil telaah legal; revisi terkendali.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-03 | NOV 2026

Arah tindakan: Terbitkan dasar penugasan, program pemeriksaan internal, dan pernyataan independensi.

Rujukan evaluasi: TD-06 • Usulan penanggung jawab: Pimpinan berwenang

Bukti minimum untuk diuji: Surat tugas/SK; program; daftar objek; pernyataan independensi.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-04 | NOV 2026

Arah tindakan: Himpun bukti pengawasan dari unit; buat register dokumen dan ketertelusuran arsip.

Rujukan evaluasi: TD-03/04/06 • Usulan penanggung jawab: Tim pemeriksa / pemilik data

Bukti minimum untuk diuji: Register permintaan bukti, dokumen bernomor, tanda terima.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-05 | NOV–DES 2026

Arah tindakan: Laksanakan pengujian sampel berbasis risiko dan klarifikasi dengan auditi.

Rujukan evaluasi: TD-03/04 • Usulan penanggung jawab: Tim pemeriksa

Bukti minimum untuk diuji: KKP, daftar sampel, bukti uji, berita acara klarifikasi.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-06 | DES 2026

Arah tindakan: Finalisasi kebijakan/ambang pengelolaan risiko setelah review dan persetujuan resmi.

Rujukan evaluasi: TD-05 • Usulan penanggung jawab: Rektorat / LPM

Bukti minimum untuk diuji: Naskah disahkan; SK/keputusan; daftar sosialisasi; register.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-07 | DES 2026

Arah tindakan: Bahas hasil terkonfirmasi pada RTM dan tetapkan pemilik serta batas waktu setiap RTL.

Rujukan evaluasi: TD-06 • Usulan penanggung jawab: LPM / pimpinan unit

Bukti minimum untuk diuji: Undangan, notulen RTM, keputusan RTL, register disetujui.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

RTL-08 | JAN 2027

Arah tindakan: Lakukan uji ulang, laporkan penutupan, serta perbarui SOP/standar jika tindakan efektif.

Rujukan evaluasi: TD-06 • Usulan penanggung jawab: Tim pengawas / pemilik proses

Bukti minimum untuk diuji: Hasil uji ulang, BA penutupan, versi SOP/standar baru bila perlu.

Kriteria selesai: seluruh keluaran relevan tersedia dan diperiksa oleh pihak selain pelaksana; keputusan penutupan tercatat dalam register. Status awal: BELUM DIVERIFIKASI.

BAB VI. INDIKATOR PENGENDALIAN DAN UJI EFEKTIVITAS

6.1 Indikator kuantitatif

Kode	Indikator	Rumus	Realisasi	Sumber verifikasi
K-01	Cakupan tindak lanjut	RTL yang mempunyai pemilik dan tenggat disetujui / seluruh RTL terkonfirmasi × 100%	[isi]	Register RTL + disposisi
K-02	Tindakan tepat waktu	RTL selesai ≤ tenggat / RTL yang jatuh tempo × 100%	[isi]	Log tanggal dan bukti penyelesaian
K-03	Bukti memadai	RTL dengan bukti cukup / RTL yang diverifikasi × 100%	[isi]	Checklist bukti dan KKP re-uji
K-04	Efektivitas perbaikan	RTL efektif / RTL yang diuji efektivitasnya × 100%	[isi]	Hasil re-uji sampel dan pengukuran
K-05	Temuan berulang	Jumlah temuan sejenis berulang / seluruh temuan yang diuji × 100%	[isi]	Laporan evaluasi antarperiode
K-06	Tindakan lewat tenggat	RTL yang lewat tenggat dan belum selesai / seluruh RTL jatuh tempo × 100%	[isi]	Register, eskalasi dan disposisi
K-07	Integrasi RTM	RTL prioritas dibahas di RTM / RTL prioritas terkonfirmasi × 100%	[isi]	Notulen RTM dan matriks keputusan

Jika penyebut bernilai nol, tulis “tidak dapat dihitung/tidak berlaku” beserta penjelasan, bukan otomatis 0% atau 100%. Target angka perlu ditetapkan sesuai baseline dan keputusan pimpinan; tidak ditetapkan sepihak dalam draf ini.

6.2 Uji efektivitas tindakan

Aspek re-uji	Pertanyaan / parameter minimum
Kesesuaian	Apakah perbaikan memenuhi kriteria standar/SOP yang relevan?
Pelaksanaan	Apakah bukti menunjukkan tindakan diterapkan, bukan hanya direncanakan?
Akar masalah	Apakah penyebab ketidaksesuaian yang disepakati sudah ditangani?
Hasil	Apakah indikator/proses menunjukkan perbaikan yang dapat diuji?
Keberlanjutan	Apakah kontrol, pelaksana, dan monitoring menjadi proses rutin?
Risiko residual	Apakah pemilik risiko telah menilai ulang risiko dengan dasar yang wajar?
Persetujuan	Apakah pemeriksa independen dan pejabat berwenang menyetujui penutupan?

6.3 Ketentuan penutupan dan pembukaan ulang

Status “ditutup” baru dapat diberikan apabila tindakan sudah dijalankan; bukti tersedia, cukup dan relevan; re-uji menunjukkan bahwa ketidaksesuaian atau kelemahan terkendali; serta persetujuan penutupan terdokumentasi. Jika salah satu syarat gagal atau masalah muncul kembali, pemeriksa mengembalikan status menjadi “proses/revisi RTL”, menetapkan tindakan tambahan, dan bila perlu melakukan eskalasi kepada pimpinan.

BAB VII. PENANGGUNG JAWAB, MONITORING, DAN ESKALASI

7.1 Pembagian peran

Peran	Tanggung jawab dalam dokumen
Rektor / pimpinan berwenang	Mengesahkan kebijakan, menugaskan pemeriksa, memutuskan eskalasi strategis dan penyelesaian lintas unit.
Wakil Rektor / pejabat bidang	Memastikan dukungan sumber daya, koordinasi unit, dan penyelesaian hambatan pada lingkup bidang.
LPM / koordinator PPEPP	Mengendalikan register, memonitor tenggat, mengagendakan RTM, menjaga arsip bukti.
Pemilik proses / pimpinan unit	Menentukan akar masalah, menjalankan tindakan, menyerahkan bukti, dan mempertanggungjawabkan hasil.
Tim pemeriksa / pengawas internal	Menguji bukti secara independen sesuai mandat; memberi rekomendasi status, bukan menilai tindakannya sendiri.
Pengendali dokumen	Mengelola nomor, revisi, tanggal berlaku, distribusi, dan arsip versi terdahulu.

7.2 Agenda monitoring dan pelaporan

Waktu / pemicu	Kegiatan	Luaran
Setelah evaluasi atau AMI	Registrasi temuan/catatan; klarifikasi dan penetapan RTL.	Daftar tindak lanjut yang disetujui.
Setiap bulan (usulan)	Pemilik memperbarui status, bukti dan hambatan.	Register status dan daftar eskalasi.
Triwulan (usulan)	LPM mengonsolidasi RTL prioritas, tren dan risiko.	Laporan pengendalian bidang.
Semester / RTM	Tinjau efektivitas tindakan dan kebutuhan revisi standar.	Berita acara RTM dan keputusan peningkatan.
Insiden kritis / kegagalan kontrol	Eskalasi segera menurut SOP yang berlaku.	Laporan insiden, keputusan dan pengamanan.

7.3 Eskalasi keterlambatan

Tindakan yang belum dimulai saat jatuh tempo, berulang kali tertunda, atau memiliki dampak kritis harus mendapat catatan penyebab, rencana pemulihan, serta persetujuan perubahan tenggat. Pergeseran tenggat tidak menghapus catatan keterlambatan historis. Kasus yang menyangkut keselamatan, hukum, integritas akademik, dana, atau data pribadi mengikuti prosedur khusus dan otorisasi yang relevan.

BAB VIII. KETERKAITAN PPEPP DAN KEBUTUHAN LED/SAPTO

Tahap PPEPP	Masukan / pelaksanaan	Keluaran dapat diverifikasi
Penetapan	Tetapkan standar, SOP, target, kewenangan, dan kriteria uji.	SK, standar, program mutu, persetujuan kriteria.
Pelaksanaan	Jalankan proses dan kontrol, catat hasil kegiatan.	Rekaman layanan, daftar hadir, notulen, data capaian.
Evaluasi	Lakukan AMI, monev, telaah data, dan klarifikasi.	KKP, laporan evaluasi, catatan TD/temuan.
Pengendalian	Tetapkan RTL, koreksi dan tindakan korektif, monitor dan re-uji.	Register RTL, bukti kontrol, disposisi, BA penutupan.
Peningkatan	Sempurnakan standar/SOP, indikator, kompetensi, atau sistem.	Revisi terkendali, RTM, target periode berikutnya.

8.1 Paket bukti minimal untuk akreditasi

Kode	Bukti yang perlu dihimpun	Penanggung jawab sumber
E-01	SOP tata pamong yang berlaku beserta riwayat revisi/pengesahan.	Sekretariat / LPM

Kode	Bukti yang perlu dihimpun	Penanggung jawab sumber
E-02	Surat tugas pemeriksaan, program audit, daftar sampel dan independensi.	Pimpinan / tim pemeriksa
E-03	KKP, catatan temuan terkonfirmasi dan berita acara klarifikasi.	Tim pemeriksa
E-04	Berita acara RTM, keputusan RTL, pemilik dan tenggat.	LPM / pimpinan
E-05	Register tindak lanjut, bukti tindakan dan kronologi pembaruan.	Pemilik proses / LPM
E-06	Formulir re-uji, keputusan penutupan, bukti efektivitas.	Tim pemeriksa
E-07	Laporan perubahan risiko/residual dan tindak lanjut prioritas.	Pemilik risiko / LPM
E-08	Dokumen revisi standar atau SOP beserta bukti sosialisasi.	Pengendali dokumen / unit

8.2 Contoh rumusan LED bersyarat

Contoh untuk dipakai setelah data faktual tersedia

"Perguruan tinggi mengendalikan hasil evaluasi melalui pencatatan temuan, klarifikasi dengan unit terkait, penetapan rencana tindak lanjut dalam forum pengambilan keputusan, pemantauan berkala, serta verifikasi efektivitas sebelum penutupan. Pada periode [tahun], tercatat [jumlah] temuan terkonfirmasi dan [jumlah] tindakan, dengan tingkat penyelesaian tepat waktu [persen] berdasarkan register [kode], notulen RTM [nomor], dan bukti uji ulang [kode]. Hasil evaluasi tersebut digunakan untuk penyempurnaan [standar/SOP] pada [tanggal]."

Narasi di atas tidak boleh digunakan dengan angka atau kejadian yang belum dibuktikan. Setiap klaim harus ditautkan pada dokumen bukti yang dapat dibuka, diberi kode, dan memiliki penanggung jawab sumber.

BAB IX. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Dari bahan yang tersedia, UII DALWA mempunyai SOP tata pamong tertulis dan perangkat rancangan pengelolaan risiko serta pelaporan kinerja/pengawasan. Enam catatan telaah awal dan delapan usulan RTL telah dapat ditata menjadi sistem pengendalian yang tertelusur. Akan tetapi, dokumen ini belum dapat menyimpulkan efektivitas pengendalian institusional karena bukti penugasan, pelaksanaan pemeriksaan, klarifikasi temuan, keputusan RTM, serta hasil uji ulang belum disertakan.

Rekomendasi penyelesaian ialah: (a) menetapkan dasar penugasan resmi dan memverifikasi dokumen induk; (b) menguji dan mengklarifikasi catatan awal; (c) menetapkan pemilik dan tenggat setiap RTL; (d) melaksanakan tindakan berbasis bukti; (e) memverifikasi efektivitas dan menutup temuan melalui persetujuan tertulis; dan (f) memakai pembelajaran untuk revisi SOP dan standar SPMI pada siklus berikutnya.

Dokumen ini dapat ditetapkan sebagai instrumen kerja setelah dikaji dan disahkan sesuai tata kelola UII DALWA. Semua kolom realisasi, status, nomor keputusan dan tanda tangan diisi berdasarkan kejadian dan dokumen nyata, bukan rekonstruksi.

LAMPIRAN A. REGISTER PEMANTAUAN RTL

Gunakan satu baris per tindakan dan perbarui status setiap siklus monitoring. Contoh delapan kode berikut mempertahankan identitas dari laporan pemeriksaan sebelumnya; kolom realisasi tidak diisi sebelum bukti tersedia.

ID	Sumber	Pemilik resmi	Tenggat resmi	Status	Bukti / catatan
RTL-01	TD-01	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-02	TD-02	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-03	TD-06	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-04	TD-03/04/06	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-05	TD-03/04	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-06	TD-05	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-07	TD-06	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]
RTL-08	TD-06	[isi]	[isi]	Belum diverifikasi	[kode/tautan]

Ketentuan pengisian	Definisi
Status	Usulan → ditetapkan → proses → menunggu verifikasi → ditutup atau dibuka ulang.
Tenggat	Diisi sesuai keputusan; perubahan harus merekam tenggat lama, baru, alasan dan persetujuan.
Bukti	Tuliskan kode berkas, unit asal, versi, tanggal, dan lokasi/tautan arsip.
Keterkaitan	Setiap RTL harus menunjukkan ID evaluasi/temuan, risiko terkait jika ada, dan keputusan pejabat.

LAMPIRAN B. FORMULIR TINDAKAN KOREKTIF DAN PENCEGAHAN

Elemen	Diisi oleh pemilik proses / pengendali
ID temuan / sumber	[TD / TM / AMI / KRI / pengaduan - nomor]
Standar/kriteria yang dipakai	[nama, kode, nomor klausul, versi]
Uraian fakta dan bukti	[fakta terverifikasi, bukan dugaan]

Elemen	Diisi oleh pemilik proses / pengendali
Kategori dan level risiko	[sesuai kriteria disahkan; alasan]
Akar penyebab	[hasil telaah 5 Why / sebab-akibat / analisis lain]
Koreksi segera	[tindakan, pelaksana, tanggal dan bukti]
Tindakan korektif	[tindakan mengatasi akar masalah]
Pencegahan / peningkatan	[perubahan sistem/standar, jika perlu]
Pemilik dan sumber daya	[nama jabatan, unit, kebutuhan]
Target dan tolok ukur	[hasil terukur + batas waktu disetujui]
Bukti realisasi	[kode berkas, URL arsip, tanggal]
Hasil verifikasi dan keputusan	[efektif/tidak; tutup/revisi; auditor dan tanggal]

LAMPIRAN C. FORMULIR VERIFIKASI EFEKTIVITAS

Komponen pemeriksaan	Isian dan hasil uji
Identitas RTL / tanggal uji	[kode] / [tanggal]
Verifikator independen	[nama, jabatan, unit, surat tugas]
Bukti yang diperiksa	[daftar bukti dan kode]
Sampel dan metode	[populasi, jumlah sampel, cara pilih]
Kriteria penerimaan	[standar/KPI/tenggat yang berlaku]
Uji keterlaksanaan	[sesuai / sebagian / tidak; bukti]
Uji dampak dan akar penyebab	[hasil perubahan, pengulangan, data]
Risiko residual	[K × D setelah kontrol; dasar penilaian]
Keputusan	[ditutup / tindakan lanjutan / uji ulang]
Persetujuan pemilik & pejabat	[nama, tanda tangan, tanggal]

LAMPIRAN D. BERITA ACARA RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM)

Elemen	Isian
Hari/tanggal/waktu/tempat	[diisi]
Pimpinan rapat	[diisi]
Peserta dan unit	[diisi; daftar hadir terlampir]
Dasar dan agenda	[laporan evaluasi/AMI dan kode agenda]
Isu yang dibahas	[kode TD/temuan; status dan bukti]
Keputusan dan tindakan	[ringkasan tindakan dan alasan]
Pemilik / tenggat / indikator	[diisi per RTL]
Kebutuhan anggaran/sumber daya	[diisi]
Risiko belum terkendali / eskalasi	[diisi]
Tanggal monitoring berikutnya	[diisi]
Lampiran bukti keputusan	[kode notulen, disposisi, daftar hadir]

Disetujui: Pimpinan rapat _____ Sekretaris _____

LAMPIRAN E. CHECKLIST KELENGKAPAN UNTUK LED/SAPTO

No.	Bukti minimum	Status / lokasi
01	Dasar pengesahan pedoman/SOP pengendalian dan struktur penanggung jawab.	[ ] [kode/tautan]
02	Surat tugas pemeriksaan serta program dan jadwal uji.	[ ] [kode/tautan]
03	Daftar temuan terkonfirmasi dan pemisahan catatan pra-verifikasi.	[ ] [kode/tautan]
04	Kertas kerja audit/monitoring dan bukti primer dengan kode.	[ ] [kode/tautan]
05	Berita acara klarifikasi dan tanggapan unit terkait.	[ ] [kode/tautan]
06	Hasil analisis akar masalah untuk tindakan korektif.	[ ] [kode/tautan]
07	Keputusan RTM/disposisi penetapan pemilik dan tenggat.	[ ] [kode/tautan]
08	Register RTL hidup dengan riwayat pembaruan.	[ ] [kode/tautan]

No.	Bukti minimum	Status / lokasi
09	Bukti implementasi dan hasil verifikasi efektivitas.	[ ] [kode/tautan]
10	Berita acara penutupan/eskalasi dan hasil perubahan risiko.	[ ] [kode/tautan]
11	Revisi SOP/standar dan bukti sosialisasi apabila diperlukan.	[ ] [kode/tautan]
12	Ringkasan capaian yang konsisten dengan LED dan bukti akreditasi.	[ ] [kode/tautan]

LAMPIRAN F. JEJAK SUMBER DAN BATAS INTERPRETASI

Sumber	Bagian yang diturunkan	Catatan pembatas
SOP Tata Pamong 2023	Lima prinsip, tujuh fungsi, peran, prosedur dan alur pimpinan.	Ketentuan, bukan bukti implementasi aktual.
Pedoman Pengelolaan Risiko 2026 (draf)	Skala K/D 1-5; pengendalian, eskalasi, KRI dan PPEPP.	Perlu pengesahan final.
Laporan Pengawasan dan Pemeriksaan Internal 2026 (draf)	Enam TD; delapan RTL; 16 objek uji; IK-01 s.d. IK-07.	Bukan temuan pemeriksaan resmi atau angka realisasi.
Laporan Kinerja dan Peta Risiko 2026 (draf)	Kerangka indikator, ilustrasi area risiko, rencana evaluasi.	Semua capaian dan skor harus dibuktikan.
AMI, RTM, SK, KKP, register bukti resmi	Dasar penutupan, pengendalian dan narasi LED aktual.	Belum diserahkan dalam bahan penyusunan.