LAPORAN KINERJA PERGURUAN TINGGI

BIDANG TATA PAMONG DAN TATA KELOLA

Berbasis SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong / SOTK 2026

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU / REKTORAT

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL DARULLUGHAH WADDA'WAH

PASURUAN • 2026

LEMBAR KENDALI DAN PENGESAHAN

Komponen	Informasi
Nama dokumen	Laporan Kinerja Perguruan Tinggi – Bidang Tata Pamong dan Tata Kelola
Unit pelapor	[Rektorat / LPM / unit penanggung jawab]
Periode pelaporan	[Isi periode yang benar]
Kode dokumen	[Diisi oleh pengendali dokumen]
Versi	Draf 0.1
Sumber utama	SOP 1–4 Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong, revisi 00, tanggal 05 Juli 2023
Status	Draf evaluasi kinerja; belum merupakan laporan capaian terverifikasi

Alur pemeriksaan dan pengesahan

Tahap	Pejabat/unit	Tanda tangan / tanggal
Disusun	[Tim penyusun / unit pengolah data]	_____
Diverifikasi	[LPM dan pemilik data kinerja]	_____
Diperiksa	[Wakil Rektor yang berwenang]	_____
Disahkan	[Rektor menurut kewenangan]	_____

Pengisian nama pejabat, nomor dokumen, tanggal, target, dan capaian hanya dilakukan berdasarkan dokumen resmi. Lembar ini tidak menjadi bukti pengesahan sebelum ditandatangani.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan ini disusun sebagai rancangan pengukuran kinerja tata pamong UII DALWA berdasarkan SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong tahun 2023. SOP menetapkan tujuh fungsi manajemen serta lima prinsip penyelenggaraan tata pamong. Dokumen sumber menjelaskan prosedur, fungsi, aktor, dan alur pemilihan pimpinan, tetapi tidak memuat capaian kinerja kuantitatif, daftar pelaksanaan tahunan, maupun hasil audit periode pelaporan. Oleh karena itu, seluruh kolom realisasi, persentase ketercapaian, status penilaian, dan kesimpulan efektivitas harus diisi setelah verifikasi bukti.

Status informasi yang dapat dipertanggungjawabkan

Aspek	Status dalam sumber	Implikasi bagi laporan
Kebijakan/prosedur tata pamong	Ada: SOP 1–4, 05 Juli 2023	Dapat dijadikan kerangka evaluasi prosedural.
Prinsip dan fungsi manajemen	Tercantum eksplisit	Dapat diturunkan menjadi indikator kinerja usulan.
Peran Rektor, Wakil Rektor, Senat, Biro Rektorat	Tercantum sebagai pelaksana SOP	Perlu SK, uraian tugas, dan bukti aktivitas periode pelaporan.
Data target, realisasi, dan capaian	Tidak disajikan dalam SOP	Belum dapat dinilai sampai data terverifikasi.
Keputusan tindak lanjut	Tidak disajikan dalam SOP	Perlu notulen, laporan AMI, dan bukti

Aspek	Status dalam sumber	Implikasi bagi laporan
RTM/AMI		penyelesaian RTL.

Sumber: SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong UII DALWA, halaman 1–7. Penilaian status di atas hanya berdasarkan cakupan dokumen yang dilampirkan.

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Tata pamong perguruan tinggi menjadi dasar untuk memastikan pengambilan keputusan, koordinasi organisasi, alokasi sumber daya, dan penjaminan mutu berjalan secara sistematis. SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong UII DALWA menyatakan bahwa prosedur tata pamong ditujukan untuk menjelaskan mekanisme, tata cara, dan persyaratan struktur organisasi agar visi dan misi dapat diwujudkan secara efektif melalui proses yang disepakati bersama (SOP 2023, hlm. 2).

SOP tersebut meliputi kelengkapan struktur organisasi dan tujuh fungsi manajemen, yakni perencanaan, pengorganisasian, pengembangan staf, pengawasan, pengarahan, representasi, dan penganggaran. Tata pamong diharapkan mencerminkan kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, dan keadilan (SOP 2023, hlm. 2–3). Agar tidak berhenti pada aspek normatif, pengukuran kinerja perlu menunjukkan hubungan antara prosedur, bukti implementasi, hasil terukur, evaluasi, dan tindak lanjut.

1.2 Tujuan laporan

- Mendokumentasikan kerangka operasional tata pamong sebagaimana dinyatakan dalam SOP 2023.
- Menyediakan indikator kinerja dan instrumen pencatatan realisasi pada tingkat universitas serta unit terkait.
- Membedakan kepatuhan terhadap prosedur, keluaran pelaksanaan, dan dampak kinerja.
- Mengidentifikasi kebutuhan bukti, kesenjangan dokumentasi, risiko, dan langkah peningkatan mutu.
- Menjadi bahan pendukung evaluasi diri/LED dan penyusunan laporan kinerja setelah validasi institusi.

1.3 Ruang lingkup dan sumber data

Ruang lingkup utama adalah kinerja bidang tata pamong/tata kelola, khususnya fungsi manajemen, pengambilan keputusan, kepemimpinan, dan mekanisme pengawasan. Sebagai kerangka pelaporan institusi yang lebih luas, disediakan lembar ringkasan indikator tridharma dan layanan pendukung; angka di dalamnya belum diisi karena tidak termuat dalam SOP.

Sumber utama: “Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong SPMI UII DALWA Tahun 2023”, SOP 1–4, revisi 00, tanggal 05 Juli 2023. Sumber pendamping kontekstual: Pedoman Pengelolaan Risiko UII DALWA 2026 yang masih berstatus draf dan dokumen identifikasi/peta risiko yang disusun untuk kebutuhan pengembangan bukti akreditasi. Dokumen pendamping tidak digunakan sebagai bukti realisasi kinerja.

1.4 Metode penyusunan dan aturan validasi

Metode yang digunakan adalah telaah dokumen, pemetaan prosedur–indikator, perancangan alat ukur, dan identifikasi daftar bukti. Pengukuran capaian aktual mensyaratkan pengambilan data dari sistem, notulen rapat, laporan keuangan, AMI, RTM, survei, serta dokumen lain yang telah disahkan.

Kode status	Arti	Perlakuan
T	Terdokumentasi pada SOP	Dapat dijelaskan sebagai norma/prosedur yang tertulis.
V	Terverifikasi dengan bukti pelaksanaan	Dapat dicatat sebagai realisasi kinerja.
B	Bukti belum diserahkan	Jangan dihitung sebagai nilai 0 maupun sebagai capaian.

Kode status	Arti	Perlakuan
P	Perlu klarifikasi/koreksi	Tunda simpulan dan tindak lanjuti ketidaksesuaian.

BAB II. KERANGKA TATA PAMONG DAN SOTK

2.1 Prinsip dasar

Prinsip tata pamong	Makna operasional untuk pengukuran	Bukti yang diperlukan
Kredibel	Persyaratan, kompetensi, dan legitimasi proses penetapan/penyelenggaraan jabatan.	Statuta; SK; kualifikasi; dokumen seleksi.
Transparan	Kriteria, prosedur, kebijakan, dan keputusan yang relevan disampaikan pada pihak yang berkepentingan.	Pengumuman; website/arsip; notulen sosialisasi.
Akuntabel	Kegiatan dan keputusan disertai pertanggungjawaban kinerja akademik dan nonakademik.	Laporan kinerja; AMI; laporan audit; pertanggungjawaban.
Bertanggung jawab	Penerapan tugas, wewenang, aturan, dan kode etik secara konsisten.	Uraian jabatan; laporan pelaksanaan; tindak lanjut pelanggaran.
Adil	Kesempatan dan layanan berdasarkan aturan serta kriteria yang dapat dipertanggungjawabkan.	Pedoman seleksi; data penerima manfaat; berita acara.

Kelima prinsip berasal dari SOP 2023, hlm. 2, 5–6; definisi indikator pada tabel merupakan operasionalisasi untuk evaluasi, bukan kutipan literal.

2.2 Tujuh fungsi manajemen

Fungsi	Objek pengukuran yang disarankan
Perencanaan	Keselarasan rencana kerja dengan sasaran strategis, serta pemantauan ketercapaian.
Pengorganisasian	Kelengkapan struktur, kejelasan tugas, dan koordinasi lintas unit.
Pengembangan staf	Pemenuhan kompetensi dan pembinaan dosen/tenaga kependidikan.
Pengawasan	Cakupan dan tindak lanjut audit/pemantauan.
Pengarahan	Efektivitas rapat koordinasi, instruksi kerja, dan sosialisasi kebijakan.
Representasi	Keterlibatan dan keberhasilan interaksi dengan pemangku kepentingan eksternal.
Penganggaran	Akuntabilitas perencanaan, realisasi, dan pelaporan anggaran.

2.3 Peran pelaksana

Dalam SOP (hlm. 3–6), Rektor diposisikan sebagai pimpinan universitas, dibantu Wakil Rektor, dengan keterlibatan Senat dan Biro Rektorat dalam ruang lingkup tata pamong. Struktur dan kewenangan merujuk kepada Statuta. Untuk pelaporan kinerja, unit penanggung jawab indikator harus disesuaikan dengan struktur organisasi yang berlaku pada tahun laporan, bukan semata-mata menggunakan jabatan yang tercantum pada dokumen tahun 2023.

BAB III. MATRIKS INDIKATOR KINERJA TATA PAMONG

Indikator berikut adalah instrumen usulan yang diturunkan dari tujuh fungsi manajemen dalam SOP. Seluruh target dan realisasi harus ditetapkan/dilengkapi dengan sumber resmi. Notasi [isi] tidak berarti target nol.

Matriks KPI usulan (belum diisi realisasi)

Kode	Definisi indikator / rumus	Satuan	Target	Realisasi	Bukti primer	Pemilik*
TP-01	Program kerja selaras Renstra / total program × 100%	%	[isi]	[isi]	Renstra, Renop, RKAT	Rektorat
TP-02	Kegiatan terlaksana / kegiatan direncanakan × 100%	%	[isi]	[isi]	Laporan kerja unit	Rektorat
TP-03	Unit memiliki struktur dan uraian tugas yang mutakhir	% unit	[isi]	[isi]	OTK, SK, uraian tugas	Biro
TP-04	Keputusan rapat dengan tindak lanjut terpantau / total keputusan	%	[isi]	[isi]	Notulen, RTL	Biro
TP-05	Dosen/tendik mengikuti pengembangan kompetensi	%	[isi]	[isi]	Data SDM, sertifikat	SDM
TP-06	Unit memenuhi standar kompetensi jabatan	% unit	[isi]	[isi]	Peta kompetensi	SDM
TP-07	Audit/pemantauan terlaksana / rencana audit × 100%	%	[isi]	[isi]	Program AMI, laporan	LPM
TP-08	Temuan AMI ditutup / temuan jatuh tempo × 100%	%	[isi]	[isi]	Daftar temuan, bukti RTL	LPM
TP-09	Rapat koordinasi terlaksana / rencana rapat × 100%	%	[isi]	[isi]	Undangan, notulen	Rektorat
TP-10	Kebijakan yang disosialisasikan / kebijakan baru × 100%	%	[isi]	[isi]	Dokumentasi sosialisasi	Biro
TP-11	Kerja sama aktif dengan bukti implementasi	Jumlah	[isi]	[isi]	MoU/MoA/IA, laporan	Kerja sama
TP-12	Masukan/aduan tertangani sesuai standar layanan	%	[isi]	[isi]	Register pengaduan	Unit layanan
TP-13	Realisasi anggaran / pagu anggaran × 100%	%	[isi]	[isi]	RKAT, laporan realisasi	Keuangan
TP-14	Laporan pertanggungjawaban tepat waktu / total LPJ	%	[isi]	[isi]	Log LPJ	Keuangan
TP-15	Proses seleksi pimpinan dengan dokumen lengkap	% proses	[isi]	[isi]	BA, pengumuman, SK	Senat/Tim
TP-16	Laporan kinerja akademik & nonakademik yang diverifikasi	Jumlah	[isi]	[isi]	Laporan hasil audit	LPM
TP-17	Penyelesaian sengketa/aduan sesuai prosedur	%	[isi]	[isi]	Log kasus terproteksi	Unit terkait
TP-18	Keputusan/layanan yang memenuhi uji keadilan prosedural	% samp	[isi]	[isi]	Review kebijakan,	Pengawasan

Kode	Definisi indikator / rumus	Satuan	Target	Realisasi	Bukti primer	Pemilik*
		el			sampel	

*Pemilik pada tabel merupakan saran peran/unit; tetapkan sesuai struktur dan penugasan yang berlaku. Untuk indikator berbasis persentase, pembilang, penyebut, dan periode harus dilampirkan agar perhitungan dapat direplikasi.

3.1 Ketentuan penilaian capaian

Untuk indikator “semakin tinggi semakin baik”, tingkat capaian dapat dihitung sebagai realisasi dibagi target dikalikan 100%, apabila target lebih dari nol dan satuannya sebanding. Untuk indikator “semakin rendah semakin baik”, metode penilaian harus dinyatakan terlebih dahulu. Nilai status “tercapai/tidak tercapai” tidak boleh ditetapkan apabila target atau data realisasi belum tersedia.

Sumber: konstruksi indikator berbasis SOP 2023, hlm. 2–3 dan 5–6; daftar indikator bukan bagian dari teks SOP yang telah ditetapkan.

BAB IV. RINGKASAN KINERJA INSTITUSI

Bagian ini disediakan agar dokumen dapat berkembang menjadi laporan kinerja perguruan tinggi yang lebih luas. SOP Tata Pamong 2023 tidak mencantumkan angka kinerja tridharma, SDM, keuangan, maupun akreditasi. Oleh sebab itu, tabel ini seluruhnya masih berupa format pengumpulan data, bukan hasil penilaian.

4.1 Dashboard kinerja institusi — tiga periode pelaporan

Bidang	Indikator	Satuan	T-2	T-1	T	Sumber
Pendidikan	Jumlah mahasiswa aktif	Mahasiswa	[isi]	[isi]	[isi]	PD Dikti/SIAKAD
Pendidikan	Rasio dosen tetap : mahasiswa	Rasio	[isi]	[isi]	[isi]	PD Dikti/SDM
Pendidikan	Kelulusan tepat waktu	%	[isi]	[isi]	[isi]	SIAKAD/tracer
Pendidikan	Ketercapaian CPL	%	[isi]	[isi]	[isi]	Evaluasi CPL
Penelitian	Penelitian dosen yang terlaksana	Judul	[isi]	[isi]	[isi]	LPPM
Penelitian	Publikasi ilmiah dosen	Artikel	[isi]	[isi]	[isi]	LPPM/repository
PkM	Pengabdian kepada masyarakat terlaksana	Kegiatan	[isi]	[isi]	[isi]	LPPM
PkM	Kemitraan PkM aktif	Mitra	[isi]	[isi]	[isi]	MoA/IA
SDM	Dosen tetap berkualifikasi doktor	%	[isi]	[isi]	[isi]	Unit SDM
SDM	Dosen bersertifikat pendidik	%	[isi]	[isi]	[isi]	Unit SDM
Tata kelola	AMI terlaksana	Kegiatan	[isi]	[isi]	[isi]	LPM
Tata kelola	Tindak lanjut AMI diselesaikan	%	[isi]	[isi]	[isi]	LPM/RTM
Kerja sama	Kerja sama berimplementasi	Jumlah	[isi]	[isi]	[isi]	Unit kerja sama
Keuangan	Realisasi RKAT	%	[isi]	[isi]	[isi]	Bagian keuangan
Sarana/TI	Gangguan layanan TI utama	Jam	[isi]	[isi]	[isi]	Unit TI

T = periode pelaporan yang ditetapkan; T-1 dan T-2 adalah dua periode sebelumnya. Definisi operasional dan konsistensi kohort harus ditetapkan unit pengelola data. Indikator hanya bersifat contoh; tabel resmi LKPT BAN-PT diisi pada instrumen yang berlaku.

4.2 Panduan analisis tren

Analisis tren baru dapat disusun setelah data tersedia: (1) bandingkan realisasi terhadap target dan dua periode sebelumnya; (2) jelaskan faktor pendorong/penghambat berdasarkan bukti; (3) identifikasi dampak terhadap tujuan strategis; (4) kaitkan dengan temuan audit dan risiko; (5) tentukan RTL yang bertanggung jawab dan terjadwal. Hindari kesimpulan peningkatan atau penurunan jika basis pengukuran belum sama.

BAB V. EVALUASI PELAKSANAAN PROSEDUR SOTK

5.1 Keterlacakan alur pemilihan dan penetapan Rektor

Bagan alir pada halaman 7 SOP memuat tahapan mulai, sosialisasi/penjaringan dan penyaringan calon Rektor, pendaftaran, verifikasi, paparan visi–misi–strategi–program, pemilihan/pengangkatan, penetapan, dan selesai. Dokumen tersebut menjelaskan prosedur normatif, bukan riwayat pelaksanaan suatu periode.

No.	Tahap SOP	Bukti minimum	Status
01	Pembentukan panitia	SK panitia; dasar kewenangan; jadwal	[V/B/P]
02	Sosialisasi, penjaringan, penyaringan	Pengumuman; kriteria; daftar peserta; notulen	[V/B/P]
03	Pendaftaran calon	Berkas pendaftaran dan log penerimaan	[V/B/P]
04	Verifikasi kelengkapan/kriteria	Berita acara dan daftar periksa verifikasi	[V/B/P]
05	Paparan visi, misi, strategi, program	Undangan; materi; berita acara; dokumentasi	[V/B/P]
06	Pemilihan dan pengangkatan	Berita acara; hasil rapat/pemilihan; keputusan terkait	[V/B/P]
07	Penetapan dan pengarsipan	SK penetapan; bukti publikasi; arsip sah	[V/B/P]

5.2 Penilaian kepatuhan prosedural

Setiap tahap dinilai “terpenuhi” hanya bila bukti autentik tersedia, sesuai periode, dan sesuai pembagian kewenangan yang berlaku. Bila tidak ada proses pemilihan pada periode laporan, tandai “tidak berlaku pada periode” dan gunakan bukti penerapan tata pamong lain, bukan menganggapnya sebagai kegagalan.

5.3 Catatan verifikasi redaksional dalam sumber

Terdapat penyebutan nama badan/entitas di halaman 3–4 SOP yang perlu dibandingkan dengan Statuta dan dokumen badan penyelenggara UII DALWA, termasuk frasa “Perkumpulan Keagamaan dan Sosial Boen Tek Bio” pada ketentuan pengangkatan Wakil Rektor. Penyebutan ini tidak boleh langsung dipakai sebagai identitas resmi badan penyelenggara tanpa klarifikasi. Selain itu, rujukan peraturan lama dalam SOP memerlukan penelaahan aktualisasi sebelum dipakai sebagai dasar regulatif laporan.

Tindak lanjut yang diusulkan: telaah legal/kelembagaan terhadap frasa bermasalah, pencocokan dengan Statuta dan keputusan yayasan/perkumpulan, penerbitan koreksi atau revisi SOP sesuai prosedur kendali dokumen, dan penelusuran dokumen yang terlanjur merujuk redaksi tersebut.

Log koreksi yang disarankan

Isu	Sumber	Penanggung jawab	Status / bukti
Konsistensi nama badan penyelenggara	SOP hlm. 3–4	[Unit hukum / rektorat]	[isi]
Kebaruan dasar regulasi dan statuta	SOP hlm. 5–6	[Unit tata kelola]	[isi]
Kesesuaian nama pejabat dan kewenangan	SOP hlm. 1, 3–5	[Sekretariat]	[isi]

BAB VI. PENGENDALIAN RISIKO DAN SIKLUS PPEPP

6.1 Hubungan prosedur, risiko, dan bukti

Pengelolaan risiko diposisikan sebagai instrumen pendamping untuk memprioritaskan pengendalian atas kemungkinan tidak tercapainya tujuan tata pamong. Pedoman Pengelolaan Risiko UII DALWA yang tersedia masih berstatus draf dan memuat metode skoring kemungkinan × dampak serta format register risiko. Karenanya, skoring yang pernah dicontohkan tidak boleh dicantumkan sebagai realisasi risiko tanpa dokumen penilaian yang disetujui.

Daftar risiko tata pamong yang perlu diuji (contoh, bukan temuan aktual)

Potensi risiko	Indikator pemicu	Pengendalian/mitigasi usulan	Bukti implementasi
Ketidakjelasan tugas/kewenangan	Uraian tugas belum sinkron	Review SOTK, SK, RACI	OTK/Statuta terbaru; SK
Keputusan tanpa jejak administrasi	Notulen dan dasar keputusan tidak tersedia	Registrasi keputusan dan arsip digital	Notulen; buku agenda; SK
RTL audit terlambat	Temuan melampaui tenggat	Dashboard pemantauan serta eskalasi	Laporan AMI dan RTL
Prosedur seleksi tidak konsisten	Tahap seleksi tidak terdokumentasi	Checklist prosedur dan audit administrasi	BA seleksi; pengumuman
Keterbatasan kompetensi unit	Kesenjangan kompetensi jabatan	Pemetaan SDM dan program pengembangan	Peta kompetensi; sertifikat
Ketidakpatuhan pelaporan keuangan	LPJ terlambat/tidak lengkap	Kalender dan uji petik pertanggungjawaban	LPJ; log koreksi

6.2 Rangkaian PPEPP dan dokumen keluaran

Tahap	Pertanyaan evaluasi kinerja	Bukti yang harus tersedia
Penetapan	Apakah standar, target, dan peran ditetapkan resmi?	Statuta; SOP; SK; Renstra; RKAT; indikator.
Pelaksanaan	Apakah program dan prosedur dijalankan?	Agenda; surat tugas; kegiatan; realisasi; log layanan.
Evaluasi	Bagaimana capaian target dan kepatuhan?	Laporan KPI; survei; AMI; evaluasi diri.
Pengendalian	Apakah ketidaksesuaian dan risiko ditindaklanjuti?	RTM; RTL; evaluasi risiko; koreksi.
Peningkatan	Perbaikan apa terbukti diterapkan?	Revisi SOP; target baru; bukti perbaikan.

6.3 Pengukuran efektivitas pengendalian

Setiap penanggung jawab perlu mengidentifikasi kontrol yang sudah berjalan, bukti pelaksanaan kontrol, perubahan indikator sesudah kontrol, dan penilaian risiko residual. Laporan dinyatakan lengkap jika hubungan risiko–kendali–bukti–hasil dapat ditelusuri. Pernyataan “sudah efektif” tidak cukup tanpa pembanding sebelum/sesudah atau penilaian independen yang didokumentasikan.

BAB VII. ANALISIS EVALUATIF DAN TINDAK LANJUT

7.1 Sintesis kondisi terdokumentasi

Berdasarkan penelaahan sumber yang dilampirkan, keberadaan SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong Tahun 2023 dapat dibuktikan secara administratif. SOP memuat tujuan, ruang lingkup, definisi, mekanisme organisasi, uraian fungsi pimpinan, persyaratan jabatan, aktor pelaksana, serta bagan alir seleksi pimpinan. Hal tersebut merupakan dasar penilaian sistem, tetapi belum dapat diperlakukan sebagai bukti bahwa seluruh praktik telah dilaksanakan secara konsisten atau bahwa capaian indikator telah memenuhi target.

7.2 Matriks kesenjangan bukti

Area pemeriksaan	Bukti saat ini	Bukti tambahan untuk menyatakan kinerja
Landasan tata pamong	SOP 2023 tersedia	Statuta, OTK/struktur terkini, SK unit/jabatan.
Keputusan dan rapat pimpinan	Alur normatif pada SOP	Notulen, daftar hadir, keputusan, pelacakan RTL.
Tujuh fungsi manajemen	Nama fungsi ada dalam SOP	Target, realisasi, bukti pelaksanaan tiap fungsi.
Kredibilitas, transparansi, keadilan	Prinsip tercantum	Publikasi kriteria, asesmen, survei/keluhan.
Akuntabilitas dan pengawasan	Rujukan audit dalam SOP	Laporan AMI, audit nonakademik, laporan Rektor.
Kinerja tridharma dan nonakademik	Tidak disajikan dalam SOP	Data 3 tahun terverifikasi dari pemilik data.
Perbaikan berkelanjutan	Kewajiban evaluasi di SOP	RTM, RTL, bukti penutupan dan standar revisi.

7.3 Rencana tindak lanjut yang diusulkan

No.	Rencana aksi	Penanggung jawab*	Batas waktu	Keluaran
01	Validasi identitas, periode, indikator dan pemilik data	Sekretariat/LPM	[tanggal]	Daftar indikator disepakati
02	Kumpulkan realisasi tiga periode dan bukti primer	Seluruh unit terkait	[tanggal]	Data tersahkan & daftar eviden
03	Review redaksi SOP dan kewenangan organisasi	Rektorat/unit hukum	[tanggal]	BA koreksi dan naskah revisi
04	Laksanakan reviu mutu dan uji silang angka	LPM/penelaah	[tanggal]	Lembar verifikasi
05	Bahas temuan, risiko, dan RTL dalam RTM	Pimpinan/LPM	[tanggal]	Notulen RTM dan keputusan
06	Finalisasi laporan dan pengesahan	Rektorat	[tanggal]	Laporan sah; arsip digital

*Penanggung jawab adalah rancangan dan harus dipastikan melalui struktur organisasi serta pembagian tugas yang sah.

7.4 Kesimpulan sementara

UII DALWA telah memiliki satu dokumen SOP Tata Pamong bertanggal 05 Juli 2023 yang menjelaskan struktur proses serta prinsip penyelenggaraan tata pamong. Namun, dengan hanya mengandalkan SOP, efektivitas dan tingkat capaian kinerja perguruan tinggi belum dapat dihitung secara sahih. Laporan ini siap difinalisasi setelah data kinerja, laporan audit, bukti pelaksanaan, dan hasil tindak lanjut dikumpulkan serta diverifikasi oleh pemilik proses dan LPM.

LAMPIRAN A. FORMULIR REKAP CAPAIAN PER INDIKATOR

Gunakan satu lembar untuk setiap indikator. Apabila bukti belum ada, tulis “belum tersedia”, bukan mengisi capaian numerik berdasarkan perkiraan.

Elemen pengukuran	Isian
Kode dan nama indikator	[Kode / nama indikator]
Tujuan/sasaran terkait	[Renstra / standar / SOP]
Unit pemilik data / validator	[unit / jabatan]
Periode dan unit analisis	[periode / populasi]
Definisi operasional, pembilang, penyebut	[definisi dan rumus]
Target dan dasar penetapan	[target; SK / RKAT]
Realisasi dan sumber data	[angka; asal data]
Hasil penilaian / status	[tercapai / belum / belum dapat dinilai]
Analisis penyebab dan konteks	[uraian dengan sumber]
Risiko terkait dan kontrol	[ID risiko / bukti mitigasi]
Rencana tindak lanjut dan tenggat	[aksi / PJ / tanggal]
Kode bukti / tautan arsip resmi	[ID bukti / tautan]
Tanggal verifikasi dan verifikator	[tanggal / tanda tangan]

LAMPIRAN B. REGISTER BUKTI KINERJA

Kode bukti memungkinkan asesor menelusuri setiap klaim capaian ke dokumen primer.

Kode	Dokumen bukti yang diperlukan	Tahun / periode	Lokasi arsip / PIC	Verifikasi
B-01	Statuta & SOTK/struktur organisasi terkini	[isi]	[isi]	[isi]
B-02	SK pengangkatan dan uraian tugas pimpinan	[isi]	[isi]	[isi]
B-03	Renstra, Renop, RKAT, laporan kerja	[isi]	[isi]	[isi]
B-04	Notulen rapat pimpinan/Senat & RTL	[isi]	[isi]	[isi]
B-05	Laporan pelaksanaan program dan monev	[isi]	[isi]	[isi]
B-06	Laporan AMI, audit nonakademik, RTM	[isi]	[isi]	[isi]
B-07	Data SDM dan pengembangan kompetensi	[isi]	[isi]	[isi]
B-08	Laporan keuangan/LPJ terverifikasi	[isi]	[isi]	[isi]
B-09	Bukti sosialisasi dan layanan pengaduan	[isi]	[isi]	[isi]
B-10	Register risiko, mitigasi, bukti pengendalian	[isi]	[isi]	[isi]
B-11	Data tridharma, PDDikti, tracer, akreditasi	[isi]	[isi]	[isi]
B-12	Berita acara peninjauan dan revisi SOP	[isi]	[isi]	[isi]

LAMPIRAN C. CONTOH NARASI AMAN UNTUK LED / SAPTO

Naskah di bawah ini dapat digunakan untuk menjelaskan bukti prosedural yang memang didukung lampiran. Tambahkan pernyataan capaian hanya setelah data dan dokumen implementasi tersedia.

> *"Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah memiliki Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong SPMI Tahun 2023 (SOP 1–4, revisi 00, tanggal 05 Juli 2023). SOP tersebut mengatur tujuan dan ruang lingkup tata pamong, menegaskan tujuh fungsi manajemen, serta mencantumkan prinsip kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, dan adil. Mekanisme yang dideskripsikan meliputi struktur organisasi, fungsi pimpinan, koordinasi, dan alur seleksi serta penetapan Rektor. Untuk menilai efektivitas implementasinya, perguruan tinggi melakukan pengumpulan dan verifikasi bukti berupa [sebutkan dokumen yang benar-benar tersedia], pengukuran [indikator dan capaian terverifikasi], dan tindak lanjut [keputusan serta bukti pelaksanaan]."*

Hapus atau lengkapi bagian tanda kurung siku sebelum dipakai. Jangan mengklaim pelaksanaan, audit, capaian, atau dampak yang belum memiliki bukti primer.

LAMPIRAN D. JEJAK SUMBER DAN BATAS INTERPRETASI

Topik dalam laporan	Dasar dokumen	Batas interpretasi
Tujuan, ruang lingkup, prinsip	SOP 2023, hlm. 2	Menunjukkan norma yang didokumentasikan.
Struktur, tujuh fungsi, koordinasi	SOP 2023, hlm. 2–3	Pelaksanaan tahunan perlu bukti lain.
Peran dan persyaratan pimpinan	SOP 2023, hlm. 3–5	Validasi dengan Statuta/SK terkini.
Kredibel/transparan/akuntabel/adil	SOP 2023, hlm. 5–6	Indikator merupakan pengembangan.
Bagan alir pemilihan Rektor	SOP 2023, hlm. 7	Alur SOP, bukan laporan proses aktual.
Risiko dan pengendalian	Pedoman risiko 2026, draf	Belum dinyatakan telah disahkan/diterapkan.
KPI & dashboard tiga periode	Instrumen rancangan laporan ini	Perlu data realisasi dan validasi.

Dokumen rujukan

- Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah. (2023). Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong SPMI Tahun 2023. SOP 1–4, revisi 00, 05 Juli 2023.
- Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah. (2026). Pedoman Operasional Pengelolaan Risiko SPMI, kode UII-DALWA/SPMI/PG-RSK/001 (draf untuk ditelaah dan disahkan).
- Dokumen Identifikasi dan Peta Risiko UII DALWA 2026 (draf kerja; sebagai acuan format bila digunakan oleh tim).

Pernyataan kendali mutu

Laporan ini disusun sebagai rancangan yang memungkinkan pelaporan akuntabel. Semua angka, status capaian, kesimpulan efektivitas, dan bukti peningkatan mutu harus diperiksa sebelum dokumen ditetapkan sebagai Laporan

Kinerja Perguruan Tinggi. Pengisian instrumen LKPT resmi BAN-PT tetap mengikuti format dan tabel yang berlaku pada aplikasi akreditasi.