LAPORAN

PENGAWASAN DAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bidang Tata Pamong, Tata Kelola, dan Pengendalian Internal

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL

DARULLUGHAH WADDA'WAH

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL DARULLUGHAH WADDA'WAH

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU / UNIT PENGAWASAN YANG DITUNJUK

PASURUAN

2026

LEMBAR KENDALI DAN PENGESAHAN

Informasi kendali berikut disediakan untuk dilengkapi sesuai tata naskah dinas dan kewenangan yang berlaku pada UII DALWA.

Elemen	Keterangan
Nama dokumen	Laporan Pengawasan dan Pemeriksaan Internal - Bidang Tata Pamong dan Tata Kelola
Tahun pelaporan	2026
Kode / nomor dokumen	[Diisi oleh unit pengendali dokumen]
Unit penyusun	[LPM / unit pengawasan internal yang secara resmi ditugaskan]
Dasar penugasan	[Nomor dan tanggal surat tugas / SK tim pemeriksa]
Periode pemeriksaan	[Tanggal mulai - tanggal selesai]
Cakupan	Tingkat universitas dan unit terkait, menurut surat tugas
Versi / status	Versi 0.1 / draf telaah awal, belum merupakan berita acara audit definitif
Klasifikasi akses	Internal - akses sesuai kewenangan

Lembar telaah dan pengesahan

Tahapan	Penanggung jawab	Nama / tanda tangan / tanggal
Disusun	Ketua tim pemeriksa / penyusun	_____
Ditelaah	Ketua LPM / pejabat pemeriksa	_____

Tahapan	Penanggung jawab	Nama / tanda tangan / tanggal
Diketahui	Wakil Rektor terkait	_____
Disahkan	Rektor sesuai kewenangan	_____

Kendali integritas laporan
Sebelum disahkan, setiap kesimpulan harus ditopang kertas kerja pemeriksaan, bukti otentik, berita acara klarifikasi auditi, serta keputusan unit yang berwenang. Kolom yang belum terisi bukan penilaian negatif.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan ini menyediakan kerangka pengawasan dan pemeriksaan internal atas efektivitas tata pamong serta tata kelola UII DALWA dalam tahun pelaporan 2026. Landasan utama berasal dari SOP Pelaksanaan Sistem Tata Pamong SPMI UII DALWA (SOP 1-4, revisi 00, 5 Juli 2023), pedoman pengelolaan risiko 2026 yang masih berupa draf, dan laporan kinerja tata pamong 2026 yang masih memerlukan verifikasi data realisasi.

Hasil telaah awal secara dokumenter menunjukkan bahwa SOP 2023 memuat tujuan, ruang lingkup, lima prinsip tata pamong, tujuh fungsi manajemen, kedudukan pimpinan, persyaratan jabatan, mekanisme koordinasi, dan bagan alir pemilihan pimpinan. Hal tersebut merupakan bukti adanya pengaturan tertulis, tetapi belum membuktikan bahwa seluruh pengawasan, pemeriksaan, dan tindak lanjut benar-benar telah dilaksanakan dalam periode laporan.

Dokumen pendukung yang tersedia tidak memuat surat tugas audit 2026, populasi dan sampel pemeriksaan, hasil pengujian transaksi, daftar temuan yang telah diklarifikasi, tindak lanjut yang ditutup, maupun notulen RTM yang secara khusus mengesahkan hasil pemeriksaan. Karena itu status kesimpulan substantif ditetapkan sebagai BELUM DAPAT DINILAI dari sisi implementasi, bukan dinyatakan memenuhi atau tidak memenuhi.

Hal yang dapat dijelaskan	Status berdasarkan bahan yang tersedia
Keberadaan kerangka tata pamong	Ada prosedur tertulis dalam SOP 2023.
Pengaturan tujuh fungsi manajemen	Disebutkan pada SOP; uji implementasi belum disediakan.
Pengaturan prinsip tata pamong	Kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, adil.
Pedoman pengelolaan risiko 2026	Draf untuk ditelaah/disahkan; bukan bukti pengesahan.

Hal yang dapat dijelaskan	Status berdasarkan bahan yang tersedia
Bukti pelaksanaan pengawasan internal	Belum tersedia dalam bahan yang diserahkan.
Temuan hasil pemeriksaan resmi	Belum dapat dinyatakan tanpa penugasan, pengujian, dan klarifikasi.

Prioritas yang disarankan adalah verifikasi konsistensi tata naskah/Statuta, penguatan kertas kerja pengawasan berbasis risiko, pengumpulan bukti keputusan dan pertanggungjawaban, pelaksanaan uji kepatuhan, serta penutupan tindak lanjut melalui mekanisme PPEPP.

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pelaksanaan tata pamong yang efektif mensyaratkan adanya mekanisme pemeriksaan yang independen secara memadai, terdokumentasi, dan berbasis bukti. Pengawasan internal memastikan bahwa kebijakan, proses, penganggaran, dan pelaksanaan tugas organisasi sesuai dengan Statuta, SOP, standar mutu, keputusan pimpinan, serta prinsip akuntabilitas kepada pemangku kepentingan.

SOP Tata Pamong UII DALWA 2023 menegaskan perlunya organisasi yang melaksanakan tujuh fungsi manajemen dengan prinsip kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, dan keadilan. Laporan pengawasan dan pemeriksaan internal disusun untuk menurunkan norma tersebut menjadi objek pengujian, indikator keterlaksanaan, dan bukti pengendalian yang dapat ditelusuri saat evaluasi diri dan akreditasi.

1.2 Tujuan

1. Menilai kesesuaian desain tata pamong, kewenangan, dan prosedur dengan dokumen internal yang berlaku.
2. Memverifikasi pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengembangan staf, pengawasan, pengarahan, representasi, dan penganggaran.
3. Menguji ketersediaan dan keandalan bukti akuntabilitas, transparansi, tanggung jawab, dan keadilan.
4. Mengidentifikasi kelemahan pengendalian dan risiko ketidaktercapaian sasaran untuk diklarifikasi kepada pemilik proses.
5. Merekomendasikan tindakan korektif, penanggung jawab, tenggat, serta pemantauan penyelesaian dalam siklus PPEPP.

1.3 Ruang lingkup

Objek pemeriksaan yang diusulkan meliputi Rektorat, Senat, fakultas/program studi, biro, unit penjaminan mutu, dan unit relevan lainnya sesuai surat penugasan. Pengujian dapat mencakup tata pamong dan SOTK, administrasi keputusan, pelaksanaan rapat, perencanaan dan penganggaran, kepatuhan layanan, pengelolaan SDM, dokumentasi pengawasan, serta manajemen risiko.

1.4 Dasar acuan dan batas penggunaan

Sumber	Relevansi	Kedudukan dalam laporan
SOP Tata Pamong 2023 (7 halaman)	Kriteria normatif lima prinsip, tujuh fungsi, peran, dan alur organisasi.	Dokumen prosedur yang ditelaah.
Pedoman Pengelolaan Risiko UII DALWA 2026 (PDF revisi bercover)	Skala risiko 1-5; prioritas 1-25; eskalasi; PPEPP; format register.	Draf, belum boleh dianggap disahkan.
Laporan Kinerja Perguruan Tinggi Bidang Tata Pamong 2026	Rancangan indikator, data yang diperlukan, catatan telaah SOP.	Draf analitik; bukan realisasi tervalidasi.
Dokumen Identifikasi dan Peta Risiko 2026	Contoh register 18 area risiko dan mitigasi.	Instrumen kerja ilustratif.

Sumber	Relevansi	Kedudukan dalam laporan
Statuta, SK, AMI, RTM, LKPT, laporan keuangan, register insiden	Verifikasi kewenangan dan hasil pengujian.	Harus dihimpun dari unit pemilik data.

BAB II. KERANGKA PENGAWASAN INTERNAL

2.1 Lima prinsip tata pamong

Prinsip	Aspek pengujian	Bukti utama
Kredibel	Validitas jabatan, kualifikasi, keputusan, legitimasi unit.	Statuta, SK, kualifikasi pejabat.
Transparan	Pengumuman kebijakan, kriteria seleksi, informasi yang wajib dibuka.	Portal resmi, notulen, pengumuman.
Akuntabel	Pertanggungjawaban akademik dan nonakademik, penggunaan anggaran.	Laporan kinerja, laporan keuangan, AMI.
Bertanggung jawab	Kesesuaian pelaksanaan tugas, kode etik, respons atas masalah.	Uraian tugas, log tindak lanjut, laporan insiden.
Adil	Konsistensi kriteria kesempatan dan distribusi dukungan.	Aturan seleksi, berita acara, daftar penerima.

2.2 Tujuh fungsi manajemen dan titik kendali

Fungsi	Titik kendali minimal
Perencanaan	Keterkaitan Renstra/Renop, rencana kerja, target, risiko, dan alokasi sumber daya.
Pengorganisasian	Kesesuaian organ, garis pelaporan, pemisahan tugas, delegasi wewenang.
Pengembangan staf	Analisis kebutuhan, peningkatan kompetensi, evaluasi kinerja, kesempatan yang adil.
Pengawasan	Jadwal pemeriksaan, tindak lanjut hasil AMI/pengawasan, pemeriksaan ulang.
Pengarahan	Keputusan pimpinan, sosialisasi, rapat koordinasi, penyelesaian isu lintas unit.
Representasi	Keputusan kerja sama, kewenangan penandatanganan, evaluasi manfaat.
Penganggaran	Pengesahan RKA, realisasi, pertanggungjawaban dan kontrol belanja.

2.3 Prinsip pelaksanaan pemeriksaan

Pemeriksaan harus berdasarkan penugasan resmi, ketidakberpihakan pemeriksa, akses bukti secara proporsional, kewajiban menjaga kerahasiaan, hak auditi memberi penjelasan, dan ketertelusuran setiap simpulan. Apabila pemeriksa berasal dari unit yang prosesnya sedang diperiksa, diperlukan langkah pengamanan independensi atau penelaah berbeda.

Kriteria pemeriksaan diambil dari dokumen yang masih berlaku pada tanggal kegiatan. SOP 2023 perlu dibandingkan dengan Statuta dan SOTK terkini. Perubahan organisasi yang terjadi setelah 2023 tidak boleh otomatis dinilai sebagai pelanggaran terhadap prosedur lama.

BAB III. METODOLOGI DAN PROGRAM PEMERIKSAAN

3.1 Pendekatan dan tahapan

1. Perencanaan: terbitkan surat tugas, tetapkan objek, tujuan, periode, kriteria, tim, dan independensi.
2. Penilaian awal risiko: prioritaskan objek menurut besaran risiko, materialitas, urgensi, dan dampak layanan.
3. Pengumpulan bukti: lakukan telaah dokumen, wawancara, observasi, walkthrough proses, uji sampel, dan rekonsiliasi.
4. Klarifikasi: bahas kondisi, kriteria, sebab, dampak, dan tanggapan auditi sebelum penetapan temuan.
5. Pelaporan: sampaikan simpulan per tujuan pemeriksaan, pengecualian, keterbatasan, dan rekomendasi.
6. Tindak lanjut: verifikasi bukti penyelesaian, nilai kembali risiko residual, dan laporkan ke RTM/pimpinan.

3.2 Kategori status hasil pemeriksaan

Kode	Status	Kaidah penggunaan
S	Sesuai / teruji	Bukti cukup, relevan, andal, dan telah diuji terhadap kriteria.
TS	Tidak sesuai / temuan	Ada bukti penyimpangan yang sudah diklarifikasi kepada auditi.
BP	Belum dapat dinilai	Bukti belum tersedia, sampel belum diuji, atau kewenangan belum jelas.
PV	Perlu verifikasi	Ada indikasi/pertanyaan dokumenter yang memerlukan pembuktian lanjutan.
NA	Tidak berlaku	Didasarkan alasan yang dinyatakan dalam kertas kerja.

Pemeriksaan yang belum dijalankan tidak boleh dilaporkan sebagai S maupun TS. Status BP atau PV menyatakan batas bukti, bukan otomatis menunjukkan kegagalan mutu.

3.3 Rancangan program pemeriksaan

Kode	Objek	Contoh bukti	Prosedur uji yang disarankan
U-01	Perencanaan	Renstra, Renop, RKA	Bandingkan sasaran dan indikator dengan alokasi program/anggaran.

Kode	Objek	Contoh bukti	Prosedur uji yang disarankan
U-02	Pengorganisasian	Statuta, SOTK, SK pejabat	Uji kewenangan, job description, dan pemisahan fungsi.
U-03	Kredibilitas pimpinan	Berkas penetapan pimpinan	Telusuri persyaratan, berita acara, rekomendasi, dan SK.
U-04	Transparansi	Pengumuman resmi/website	Uji keteraksesan kebijakan dan kriteria seleksi.
U-05	Pengembangan staf	Rencana dan catatan pelatihan	Telusuri analisis kebutuhan, partisipasi, dan evaluasi.
U-06	Pengawasan	Program AMI dan KKP	Periksa penugasan, cakupan, sampel, dan bukti pengujian.
U-07	Pengendalian temuan	Register temuan/RTL	Uji ketepatan waktu dan pembuktian status penutupan.
U-08	Pengarahan	Notulen rapat pimpinan	Telusuri keputusan, disposisi, dan tindak lanjut.
U-09	Representasi	MoU/MoA/IA dan delegasi	Uji kewenangan penandatangan dan pelaksanaan.
U-10	Penganggaran	RKA, realisasi, SPJ	Bandingkan persetujuan, realisasi, dan dokumen pendukung.
U-11	Keadilan	Kriteria seleksi/beasiswa	Uji penerapan kriteria pada sampel kasus.
U-12	Penanganan pengaduan	Log pengaduan, SOP, penyelesaian	Uji waktu respons dan perlindungan pihak terkait.
U-13	Manajemen risiko	Register dan rencana mitigasi	Uji pemilik risiko, skor, kontrol, KRI, dan risiko residual.
U-14	Keamanan data	Hak akses, backup, log insiden	Uji praktik akses, bukti pencadangan, dan respons insiden.
U-15	Mutu akademik	AMI, evaluasi CPL, monev kuliah	Telusuri temuan, tindak lanjut, dan bukti perbaikan.
U-16	Akuntabilitas tahunan	Laporan kinerja rektorat/unit	Cocokkan angka capaian, sumber data, dan pengesahan.

U-01 s.d. U-16 merupakan rancangan pengujian, bukan pernyataan bahwa pemeriksaan telah dilakukan.

3.4 Rancangan jadwal pelaksanaan

Tahap	Rentang usulan	Luaran
Persiapan dan surat tugas	November 2026	Surat tugas, daftar objek, rencana sampling.
Permintaan berkas dan desk review	November 2026	Daftar bukti, telaah kelengkapan, KKP awal.
Pengujian dan klarifikasi auditi	November-Desember 2026	KKP, BA klarifikasi, bukti uji.
Pengesahan laporan dan RTL	Desember 2026	Laporan final, disposisi RTL.
Pemantauan penutupan	Januari 2027 dan seterusnya	Status tindakan, bukti selesai, re-uji.

Jadwal hanya usulan operasional yang disusun pada akhir Oktober 2026; tidak mencatat kejadian yang sudah dilaksanakan.

BAB IV. HASIL TELAAH DOKUMEN AWAL

4.1 Cakupan bukti yang telah diketahui

Pada tahap penyusunan draf, telaah difokuskan pada dokumen normatif dan draf pelaporan yang disampaikan. Tabel berikut memisahkan bukti mengenai keberadaan pengaturan tertulis dari bukti realisasi dan kepatuhan yang membutuhkan pemeriksaan lapangan.

Objek	Bukti terdokumentasi	Batas simpulan
Tata pamong dan kepemimpinan	SOP 1-4, revisi 00, tanggal 5 Juli 2023.	Kerangka tertulis tersedia; pelaksanaan belum diuji.
Struktur dan delegasi	Ketentuan organisasi dan aktor dalam SOP.	Statuta/SK terkini belum disertakan.
Pemilihan pimpinan	Bagan alir penjaringan hingga penetapan di halaman 7 SOP.	Berita acara dan SK aktual harus diperiksa.
Manajemen risiko	Pedoman draf 2026 beserta skala dan formulir.	Keberlakuan dan register institusi nyata belum diverifikasi.
Pelaporan kinerja	Laporan kinerja tata pamong 2026 berbentuk draf.	Target dan realisasi belum tervalidasi.
Kegiatan pengawasan	SOP mengamanatkan audit dan pertanggungjawaban.	Laporan pemeriksaan nyata dan bukti sampel belum diberikan.

4.2 Catatan telaah prioritas (bukan temuan audit definitif)

Kode	Fokus telaah	Dasar catatan	Langkah verifikasi
TD-01	Konsistensi identitas badan penyelenggara	SOP 2023, hlm. 3-4, menyebut entitas yang perlu dibandingkan dengan Statuta dan keputusan badan penyelenggara, termasuk frasa "Boen Tek Bio".	Bandingkan naskah tertandatangani, Statuta, dan SK yang berlaku; koreksi bila terbukti salah.
TD-02	Pemutakhiran dasar regulasi	SOP 2023, hlm. 5-6, memuat rujukan regulasi terdahulu.	Lakukan legal review sebelum menjadikannya acuan normatif tahun 2026.
TD-03	Pembuktian proses penetapan pimpinan	Bagan seleksi rektor pada hlm. 7 ada, tetapi dokumen sampel proses aktual tidak disertakan.	Himpun pengumuman, berita acara, dokumen verifikasi, dan SK pengesahan.
TD-04	Pelaksanaan tujuh fungsi manajemen	Fungsi disebut secara eksplisit dalam SOP, tetapi data capaian dan bukti teruji belum disertakan.	Uji pelaksanaan per fungsi memakai matriks U-01 s.d. U-16.
TD-05	Status pedoman risiko	Pedoman Pengelolaan Risiko 2026 berlabel draf untuk ditelaah/disahkan.	Verifikasi berita acara telaah dan keputusan pengesahan.
TD-06	Efektivitas pengawasan dan PPEPP	Belum disediakan KKP pemeriksaan 2026, daftar temuan terkonfirmasi, rekap penutupan RTL.	Ambil data AMI/RTM/RTL dari unit sah, kemudian uji sampel.

Catatan TD-01 sampai TD-06 adalah pertanyaan pemeriksaan yang muncul dari telaah berkas dan keterbatasan dokumen. Tidak ada bukti yang cukup untuk menyatakan sebagai pelanggaran, penyelewengan, atau kegagalan institusi. Hasil akhirnya harus disepakati setelah klarifikasi oleh auditi dan ditelaah oleh pejabat pemeriksa.

4.3 Rekapitulasi hasil pengujian yang harus diisi

Kategori	Jumlah	Keterangan
Objek uji direncanakan	16	Rancangan titik uji dalam Bab III.
Objek uji dilaksanakan	[isi setelah pelaksanaan]	Sumber: KKP dan daftar sampel.
Sesuai (S)	[isi]	Wajib memiliki bukti teruji.
Tidak sesuai (TS)	[isi]	Wajib ada klarifikasi dan referensi temuan.
Belum dapat dinilai (BP)	[isi]	Jangan diperlakukan sebagai angka 0.

Kategori	Jumlah	Keterangan
Tindak lanjut terbuka / selesai	[isi] / [isi]	Didasarkan register RTL.

BAB V. PENGAWASAN PENGENDALIAN INTERNAL BERBASIS RISIKO

5.1 Dasar pendekatan

Pedoman pengelolaan risiko UII DALWA 2026 yang disampaikan menggunakan skala kemungkinan dan dampak masing-masing 1 sampai 5; skor risiko merupakan hasil perkalian keduanya. Rentang konseptual: rendah 1-4, sedang 5-9, tinggi 10-16, dan ekstrem 17-25. Karena status pedoman masih draf, ambang ini dicatat sebagai rancangan yang memerlukan keputusan pengesahan.

Saat audit berlangsung, risiko yang membahayakan keselamatan, kepatuhan, integritas akademik, dana, dan data pribadi harus mendapat perhatian khusus walaupun nilai skornya tidak tinggi. Pemeriksa harus meminta bukti kontrol yang benar-benar berjalan dan menilai skor residual hanya setelah mitigasi diuji.

5.2 Pemeriksaan pengendalian prioritas

Bidang pengendalian	Pengujian	KRI atau bukti yang disarankan
Kepatuhan / tata kelola	SK dan delegasi kewenangan sesuai Statuta.	Kesesuaian SK; persentase tindak lanjut audit.
Pendidikan	Kalender akademik, pembelajaran, nilai, CPL.	Ketepatan input nilai; monev pembelajaran.
Keuangan dan aset	Pemisahan persetujuan, pembayaran, pencatatan.	SPJ tepat waktu; selisih rekonsiliasi aset.
TI dan data	Akses sistem, backup, pelaporan insiden.	Downtime; hasil uji restore; log akses.
SDM dan etik	Persyaratan SDM, kode etik, penanganan aduan.	Rasio beban; durasi penyelesaian aduan.
Penelitian/PkM	Persetujuan, pertanggungjawaban, luaran.	Kepatuhan kontrak; kelengkapan luaran.
Kerja sama	Kewenangan MoU/MoA, hasil kerja sama.	Kerja sama aktif dan kegiatan terlaksana.

5.3 Alur eskalasi dan pemantauan

Level draf	Rentang skor	Arahan pengawasan
Rendah	1-4	Kontrol oleh unit; tinjau sekurang-kurangnya tahunan.
Sedang	5-9	Tindakan proporsional; review paling tidak semesteran.
Tinggi	10-16	Rencana mitigasi formal; review setidaknya triwulanan.
Ekstrem	17-25	Eskalasi segera; pengamanan awal dan pengawasan intensif.

Level dan frekuensi di atas disalin secara konseptual dari pedoman risiko yang disampaikan, bukan pengumuman bahwa ambang tersebut sudah ditetapkan secara resmi.

5.4 Integrasi dalam siklus PPEPP

Tahap	Proses pengawasan	Rekaman minimal
Penetapan	Tetapkan kriteria, sasaran, SOP, kewenangan, rencana audit.	Dokumen standar, program audit, surat tugas.
Pelaksanaan	Jalankan pengendalian dan uji kepatuhan berbasis bukti.	SOP, log, KKP, daftar sampel, konfirmasi.
Evaluasi	Nilai efektivitas proses dan kelayakan bukti.	Laporan evaluasi, AMI, analisis risiko.
Pengendalian	Klarifikasi temuan, putuskan perbaikan, monitor RTL.	Register temuan, BA, keputusan RTM, RTL.
Peningkatan	Uji efektivitas perbaikan; perbarui SOP/standar.	Hasil re-uji, SOP revisi, target peningkatan.

BAB VI. UKURAN KINERJA PENGAWASAN

6.1 Indikator dan perhitungan

Kode	Indikator	Definisi operasional	Target	Realisasi

Kode	Indikator	Definisi operasional	Target	Realisasi
IK-01	Cakupan objek pemeriksaan	Objek yang diperiksa / objek dalam program x 100%	[isi]	[isi]
IK-02	Pemeriksaan selesai tepat waktu	Pemeriksaan selesai sebelum tenggat / seluruh pemeriksaan jatuh tempo x 100%	[isi]	[isi]
IK-03	Kecukupan bukti kertas kerja	KKP yang memenuhi daftar cek / KKP yang diuji mutu x 100%	[isi]	[isi]
IK-04	Klarifikasi temuan	Temuan yang diklarifikasi / total temuan yang diajukan x 100%	[isi]	[isi]
IK-05	Ketepatan waktu RTL	Tindakan selesai tepat waktu / tindakan yang telah jatuh tempo x 100%	[isi]	[isi]
IK-06	Efektivitas tindakan	RTL efektif setelah re-uji / RTL yang diverifikasi x 100%	[isi]	[isi]
IK-07	Cakupan audit prioritas risiko	Risiko tinggi-ekstrem yang diuji / risiko prioritas yang ditetapkan x 100%	[isi]	[isi]

Target pada tabel harus ditetapkan melalui dokumen program pengawasan yang disahkan; angka realisasi harus bersumber dari register penugasan, KKP, berita acara, dan bukti tindak lanjut. Jika belum tersedia, status dicatat BP dan tidak dihitung sebagai capaian.

6.2 Tata cara penyajian hasil

Hasil dilaporkan per indikator dan per area pemeriksaan: target, realisasi, kesenjangan, penyebab yang terverifikasi, tingkat risiko, tindakan, penanggung jawab, bukti, dan status verifikasi. Perbandingan dengan tahun sebelumnya hanya dilakukan apabila definisi indikator, cakupan, dan sumber datanya sebanding.

BAB VII. REKOMENDASI DAN RENCANA TINDAK LANJUT

7.1 Prioritas tindakan yang diusulkan

ID	Tindakan	PJ usulan	Waktu usulan	Bukti yang disyaratkan
RTL-01	Klarifikasi identitas badan penyelenggara pada SOP 2023 dan penyelarasan dengan Statuta terkini.	Rektorat / fungsi hukum	Nov 2026	Naskah klarifikasi; SOP revisi bila perlu.

ID	Tindakan	PJ usulan	Waktu usulan	Bukti yang disyaratkan
RTL-02	Review dasar regulasi, nomenklatur pejabat, dan kewenangan dalam SOP.	LPM / biro rektorat	Nov-Dec 2026	Daftar perubahan; persetujuan revisi.
RTL-03	Terbitkan surat tugas dan program pemeriksaan 2026 serta pernyataan independensi.	Pimpinan berwenang	Nov 2026	SK/Surat tugas, ruang lingkup, program audit.
RTL-04	Kumpulkan bukti pengawasan dari seluruh unit dan buat register dokumen bernomor.	Tim pemeriksa / unit terkait	Nov 2026	Register bukti, tautan arsip, tanda terima.
RTL-05	Laksanakan uji sampel berbasis risiko dan klarifikasi hasil dengan auditi.	Tim pemeriksa	Nov-Dec 2026	KKP, bukti uji, berita acara klarifikasi.
RTL-06	Finalisasi dan sahkan kebijakan/ambang pengelolaan risiko, apabila telah melalui telaah resmi.	Rektorat / LPM	Des 2026	Dokumen pengesahan dan sosialisasi.
RTL-07	Masukkan hasil pemeriksaan terkonfirmasi ke RTM dan tetapkan pemilik serta batas waktu RTL.	LPM / pimpinan unit	Des 2026	Notulen RTM, keputusan dan register RTL.
RTL-08	Lakukan re-uji dan pelaporan penutupan temuan; perbarui standar/SOP sesuai hasilnya.	Tim pengawas / pemilik proses	Jan 2027	Re-uji, berita acara penutupan, SOP revisi.

Semua penanggung jawab, tenggat, dan langkah di atas merupakan rekomendasi penyusunan. Pengangkatan tim dan penetapan jadwal final memerlukan keputusan pimpinan sesuai Statuta dan struktur organisasi yang berlaku.

7.2 Ketentuan penutupan tindak lanjut

Tindak lanjut hanya dinyatakan selesai apabila terdapat bukti hasil, telah diperiksa oleh petugas yang berwenang, dan telah dipastikan menyelesaikan akar penyebab. Penyelesaian administrasi tanpa uji efektivitas diberi status "dilaksanakan - menunggu uji efektivitas", bukan langsung ditutup.

7.3 Rekomendasi penguatan sistem

- Membangun register pemeriksaan digital terpusat dengan pengendalian hak akses, nomor temuan, dan riwayat status.
- Menetapkan jadwal audit berkala yang menghubungkan sasaran Renstra, peta risiko, hasil survei, AMI, serta laporan akuntabilitas.

- Menyusun pedoman penilaian temuan dan tanggapan auditi yang memisahkan ketidakpatuhan terbukti dari kekurangan dokumen yang belum diverifikasi.
- Menyajikan dashboard status tindak lanjut dan mengintegrasikannya pada RTM serta siklus PPEPP.

BAB VIII. KESIMPULAN DAN PENUTUP

Berdasarkan telaah dokumen yang tersedia, UII DALWA memiliki pengaturan tata pamong tertulis dalam SOP 2023 dan rancangan pendekatan pengelolaan risiko yang dapat digunakan untuk membangun sistem pengawasan internal. Namun, bahan yang ditelaah belum memuat bukti pemeriksaan implementasi, pengujian sampel, klarifikasi temuan, atau verifikasi penutupan tindak lanjut untuk periode 2026. Oleh karenanya, tingkat kepatuhan maupun efektivitas pengawasan internal belum dapat disimpulkan secara faktual.

Laporan ini menjadi perangkat awal pelaksanaan dan dokumentasi pemeriksaan. Setelah pelaksanaan audit dan validasi data, tabel hasil, penilaian, dan rekomendasi perlu diperbarui serta disahkan oleh pejabat berwenang. Pemanfaatannya dalam LED/SAPTO harus menyertakan lampiran bukti primer agar dapat ditelusuri oleh asesor.

Pasuruan 20 September 2026

Disusun oleh	**Diperiksa oleh**	**Disahkan oleh**
Tim pemeriksa / ketua _____	LPM / fungsi pengawasan _____	Pejabat berwenang _____

LAMPIRAN A. FORMAT KERTAS KERJA PEMERIKSAAN (KKP)

Satu KKP dibuat per objek uji/sampel. Lampirkan dokumen pendukung dan catat lokasi berkas yang dapat ditelusuri.

Elemen	Isian
Nomor KKP	[KKP / bidang / tahun / nomor]
Objek dan periode	[proses, unit, dan rentang waktu]
Tujuan dan kriteria	[tujuan pengujian; nomor pasal SOP/Statuta/standar]
Risiko dan pengendalian kunci	[deskripsi risiko; risiko inheren; kontrol]
Populasi dan sampel	[populasi, ukuran sampel, dasar pemilihan]
Prosedur dan bukti uji	[jenis uji, tanggal, sumber bukti/tautan]
Hasil faktual	[kondisi yang benar-benar didukung bukti]
Status hasil	[S / TS / BP / PV / NA]
Klarifikasi auditi	[nama/jabatan, tanggal, tanggapan]

Elemen	Isian
Kesimpulan pemeriksa	[simpulan terbatas pada bukti yang tersedia]
Diperiksa / ditelaah	[nama dan tanggal]

LAMPIRAN B. FORMULIR CATATAN TEMUAN DAN KLARIFIKASI

Elemen	Isian
Nomor indikasi/temuan	[ID]
Unit dan proses	[nama unit / kegiatan]
Kriteria	[ketentuan, SOP, SK, peraturan yang berlaku]
Kondisi teruji	[uraian fakta, tanggal, nilai/jumlah jika ada]
Bukti dan referensi KKP	[nomor dokumen / lokasi / sampel]
Sebab terverifikasi	[analisis penyebab setelah klarifikasi]
Akibat / risiko	[dampak terbukti atau potensial; bedakan keduanya]
Tanggapan auditi	[uraian auditi, data pendukung, tanggal]
Rekomendasi	[tindakan spesifik dan pengendalian yang dituju]
Tingkat prioritas	[berdasarkan pedoman risiko yang berlaku]
Penanggung jawab dan tenggat	[jabatan; tanggal selesai]
Status penyelesaian	[terbuka / berjalan / menunggu uji / ditutup]

LAMPIRAN C. DAFTAR PERMINTAAN DAN REGISTER BUKTI

Kode	Nama bukti yang diminta	Unit asal / penjaga data	Tersedia?
B-01	Statuta UII DALWA versi berlaku, pengesahan/perubahannya	Rektorat / sekretariat	[isi]
B-02	Struktur organisasi dan tata kerja/SOTK terkini	Rektorat / biro	[isi]

Kode	Nama bukti yang diminta	Unit asal / penjaga data	Tersedia?
B-03	SK Rektor, Wakil Rektor, dekan, kaprodi, pimpinan unit	Sekretariat	[isi]
B-04	Dokumen penjaringan/pemilihan/penetapan pimpinan	Senat / panitia	[isi]
B-05	Renstra, Renop, RKA, bukti penetapan dan monitoring	Perencanaan / keuangan	[isi]
B-06	Notulen rapat pimpinan, keputusan, lembar disposisi	Rektorat	[isi]
B-07	Program audit internal dan surat tugas pemeriksa	LPM / unit pengawas	[isi]
B-08	Laporan AMI/inspeksi dan KKP, sampel pengujian	LPM / pemeriksa	[isi]
B-09	Register temuan, BA klarifikasi, daftar RTL dan re-uji	LPM / unit terkait	[isi]
B-10	Laporan kinerja akademik dan nonakademik, sumber data	Unit pengampu	[isi]
B-11	Dokumen pengelolaan risiko yang disahkan, register, KRI	LPM / pemilik risiko	[isi]
B-12	Dokumen layanan mahasiswa, pengaduan, kode etik	Kemahasiswaan	[isi]
B-13	RKA, realisasi, SPJ, hasil pemeriksaan keuangan	Keuangan	[isi]
B-14	MoU/MoA/IA, delegasi, evaluasi kerja sama	Kerja sama	[isi]
B-15	Kebijakan keamanan data, log akses dan cadangan	Unit TI	[isi]
B-16	Notulen RTM, keputusan peningkatan, SOP/standar revisi	LPM / pimpinan	[isi]

LAMPIRAN D. REGISTER PEMANTAUAN TINDAK LANJUT

ID Temuan	Tindakan korektif	Pemilik	Tenggat	Status	Bukti / hasil re-uji
[isi]	[tindakan terukur]	[unit]	[tgl]	[terbuka / proses / ditutup]	[tautan/nomor bukti]
[isi]	[tindakan terukur]	[unit]	[tgl]	[terbuka / proses / ditutup]	[tautan/nomor bukti]
[isi]	[tindakan terukur]	[unit]	[tgl]	[terbuka / proses / ditutup]	[tautan/nomor bukti]

LAMPIRAN E. FORMAT BERITA ACARA KLARIFIKASI

Pada hari _____, tanggal _____, bertempat di _____, Tim Pemeriksa Internal UII DALWA dan perwakilan unit _____ melakukan klarifikasi atas catatan pemeriksaan nomor _____. Ruang lingkup pembahasan meliputi kriteria yang digunakan, kondisi faktual, kelengkapan bukti, sebab, dampak/risiko, serta alternatif tindakan korektif.

Pokok bahasan	Catatan hasil kesepakatan / perbedaan pendapat
Kriteria dan bukti	[isi]
Penjelasan unit auditi	[isi]
Fakta yang disepakati	[isi]
Fakta yang masih diperselisihkan	[isi]
Dokumen tambahan dan batas waktu	[isi]
Tindakan sementara dan pelindungan bukti	[isi]

Pemeriksa: _____ Perwakilan auditi: _____

LAMPIRAN F. DAFTAR PERIKSA KELENGKAPAN BUKTI LED/SAPTO

No.	Bukti minimal	Ada?	Lokasi / catatan
01	Dasar penugasan dan kewenangan tim pengawas/pemeriksa.	[ ]	[diisi]
02	Program pemeriksaan yang disetujui, ruang lingkup, metode, dan jadwal.	[ ]	[diisi]
03	SOP tata pamong dan Statuta/OTK terkini yang konsisten.	[ ]	[diisi]
04	Matriks kriteria pemeriksaan dengan bukti pelaksanaan.	[ ]	[diisi]
05	KKP, daftar sampel, log konfirmasi, dan bukti yang dapat diakses.	[ ]	[diisi]
06	Temuan terverifikasi dengan klarifikasi auditi.	[ ]	[diisi]
07	Tindakan korektif yang memiliki pemilik, jadwal, indikator.	[ ]	[diisi]
08	Berita acara RTM serta keputusan atas risiko dan temuan.	[ ]	[diisi]
09	Bukti penutupan RTL, re-uji efektivitas, dan hasil perbaikan.	[ ]	[diisi]

No.	Bukti minimal	Ada?	Lokasi / catatan
10	Rekap kinerja pengawasan dan bukti perubahan standar/SOP.	[ ]	[diisi]

LAMPIRAN G. CONTOH NARASI LED (DIPAKAI SETELAH VERIFIKASI)

UII DALWA mengembangkan mekanisme pengawasan dan pemeriksaan internal yang merujuk pada tata pamong institusi, standar SPMI, dan pengelolaan risiko. Kriteria pemeriksaan mencakup prinsip kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, serta keadilan, dengan ruang lingkup tujuh fungsi manajemen yang tercantum pada SOP Tata Pamong 2023. Dalam periode [tahun], pemeriksaan dilaksanakan berdasarkan [surat tugas] terhadap [jumlah] objek, mencakup [cakupan]. Hasilnya menunjukkan [jumlah] kesesuaian dan [jumlah] ketidaksesuaian yang telah diklarifikasi. Dari [jumlah] rencana tindakan, [jumlah] telah ditutup setelah verifikasi efektivitas. Hasil pengawasan dibahas dalam [RTM dan tanggal] untuk menetapkan perbaikan SOP/standar serta tindak lanjut peningkatan mutu. Seluruh uraian hasil wajib dirujuk kepada [bukti primer, KKP, notulen, keputusan, dan register RTL].

Narasi di atas adalah format, bukan pernyataan bahwa pemeriksaan maupun hasil yang diuraikan telah terjadi.

RUJUKAN DAN BATAS EVIDENSI

1. Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah. (2023). Prosedur Pelaksanaan Sistem Tata Pamong SPMI, SOP 1-4, revisi 00, 5 Juli 2023, hlm. 1-7. Dokumen yang diberikan pengguna.

2. Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah. (2026). Pedoman Pengelolaan Risiko, kode UII-DALWA/SPMI/PG-RSK/001, revisi 00, status draf untuk ditelaah dan disahkan. Dokumen PDF yang diberikan pengguna.

3. Laporan Kinerja Perguruan Tinggi UII DALWA Bidang Tata Pamong dan Tata Kelola 2026. Draf kerja hasil penyusunan sebelumnya; belum menggantikan data kinerja yang telah diverifikasi.

4. Dokumen Identifikasi dan Peta Risiko UII DALWA 2026. Draf kerja; contoh skor dan daftar risiko belum dapat dianggap hasil asesmen institusional yang disahkan.

SOP 2023 berisi mekanisme normatif. Kesimpulan efektivitas, hasil transaksi, pemenuhan indikator, maupun tingkat kepatuhan memerlukan bukti pelaksanaan aktual, konfirmasi auditi, dan persetujuan laporan oleh pejabat berwenang.