PEDOMAN OPERASIONAL

PENGELOLAAN RISIKO

SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL
DARULLUGHAH WADDA'WAH

UII-DALWA/SPMI/PG-RSK/001 | REVISI 00



LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

PASURUAN | 2026

LEMBAR PENGESAHAN

Pedoman ini menjadi acuan bagi pimpinan universitas, fakultas, program studi, lembaga, biro, dan unit kerja dalam mengidentifikasi, menilai, menangani, memantau, serta melaporkan risiko yang dapat memengaruhi pencapaian tujuan institusi.

Disusun oleh	Ditelaah oleh	Disahkan oleh
Tim Penyusun/Unit Penjaminan Mutu Nama: _____ Tanggal: _____	Wakil Rektor/Pejabat terkait Nama: _____ Tanggal: _____	Rektor Nama: _____ Tanggal: _____

Lembar ini diisi setelah telaah dan persetujuan sesuai tata kelola resmi universitas.

KENDALI DOKUMEN

Elemen	Keterangan
Nama dokumen	Pedoman Pengelolaan Risiko
Kode	UII-DALWA/SPMI/PG-RSK/001
Unit pemilik	Universitas/unit penjaminan mutu yang ditetapkan
Revisi	00
Tanggal ditetapkan	[diisi setelah pengesahan]
Evaluasi berikutnya	Paling lambat 1 tahun setelah ditetapkan atau saat ada perubahan signifikan
Distribusi	Pimpinan universitas, fakultas, prodi, lembaga, biro, dan unit
Status	Draf untuk ditelaah dan disahkan

RIWAYAT PERUBAHAN

Revisi	Tanggal	Uraian	Penyusun/Pengesah
00	[tanggal]	Penerbitan awal draf	[diisi]

DAFTAR ISI

- BAB I Pendahuluan
- BAB II Kebijakan dan Prinsip Pengelolaan Risiko
- BAB III Tata Kelola, Peran, dan Tanggung Jawab
- BAB IV Proses Pengelolaan Risiko
- BAB V Metode Penilaian dan Prioritas Risiko
- BAB VI Penanganan, Pemantauan, dan Pelaporan
- BAB VII Integrasi dengan SPMI dan Peningkatan Mutu
- BAB VIII Penutup
- Lampiran formulir dan matriks
- Referensi dan dokumen terkait

Daftar isi dan nomor halaman dapat diperbarui di Microsoft Word setelah dokumen difinalisasi.

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perguruan tinggi menghadapi ketidakpastian yang dapat memengaruhi pencapaian visi, misi, tujuan, mutu akademik, keberlanjutan operasional, kepatuhan, dan kepercayaan pemangku kepentingan. Risiko dapat timbul dari perubahan regulasi, keterbatasan sumber daya, perubahan jumlah mahasiswa, ketidaksesuaian proses

akademik, gangguan teknologi informasi, risiko keuangan, keselamatan, serta perubahan kebutuhan masyarakat.

Pengelolaan risiko merupakan pendekatan sistematis untuk mengenali ketidakpastian sejak dini, menentukan prioritas, menetapkan pengendalian, dan memantau efektivitas tindakan. Pengelolaan risiko merupakan bagian dari tata kelola yang baik, keputusan berbasis bukti, dan peningkatan mutu berkelanjutan. Pedoman ini disusun untuk Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah (UII Dalwa) dan perlu diselaraskan dengan Statuta, struktur organisasi, kebijakan, standar, serta ketentuan internal yang berlaku.

1.2 Tujuan

- Menyediakan kerangka dan prosedur pengelolaan risiko yang seragam di seluruh unit.
- Meningkatkan kemampuan institusi mengantisipasi kejadian yang menghambat tujuan.
- Mendukung keputusan berbasis data dan bukti.
- Memperjelas tanggung jawab pemilik risiko, pengendali, pemantau, dan pengambil keputusan.
- Memastikan risiko prioritas memiliki rencana mitigasi, penanggung jawab, tenggat, dan indikator.
- Mengintegrasikan pengelolaan risiko dengan siklus PPEPP dalam SPMI.

1.3 Ruang Lingkup

Pedoman berlaku untuk pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, kemahasiswaan, SDM, keuangan, sarana prasarana, teknologi informasi, kerja sama, tata kelola, kepatuhan, keselamatan, dan reputasi institusi.

1.4 Definisi

Istilah	Pengertian
Risiko	Dampak ketidakpastian terhadap pencapaian tujuan; dapat berupa ancaman atau peluang.
Pengelolaan risiko	Kegiatan terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan organisasi terkait risiko.
Pemilik risiko	Pejabat yang bertanggung jawab atas proses atau sasaran yang memiliki risiko.
Risiko inheren	Tingkat risiko sebelum mempertimbangkan pengendalian.
Risiko residual	Risiko yang tersisa setelah mempertimbangkan pengendalian.
Risk register	Daftar risiko, penyebab, dampak, skor, pengendalian, pemilik, dan rencana tindakan.
Selera risiko	Jenis dan tingkat risiko yang bersedia diterima institusi dalam mencapai tujuan.
Toleransi risiko	Batas penyimpangan yang masih dapat diterima terhadap sasaran atau indikator.

BAB II KEBIJAKAN DAN PRINSIP PENGELOLAAN RISIKO

2.1 Kebijakan Umum

UII Dalwa menerapkan pengelolaan risiko sebagai bagian dari tata kelola dan penjaminan mutu. Setiap unit mengenali risiko yang relevan dengan tujuan dan prosesnya, menilai prioritas, menjalankan pengendalian, serta melaporkan risiko signifikan kepada pejabat yang berwenang. Risiko diintegrasikan dalam perencanaan program, anggaran, pelaksanaan kegiatan, pengambilan keputusan, pengembangan sistem, dan evaluasi kinerja. Pelaporan harus jujur, tepat waktu, berbasis bukti, serta berorientasi pada perbaikan.

2.2 Prinsip

- Terintegrasi dengan tata kelola dan pengambilan keputusan.
- Terstruktur dan konsisten menggunakan tahapan serta kriteria yang terdokumentasi.
- Disesuaikan dengan konteks perguruan tinggi dan pendidikan berbasis pesantren.
- Inklusif, melibatkan pihak yang memahami proses dan pihak yang terdampak.
- Dinamis, diperbarui saat ada perubahan, insiden, atau informasi baru.
- Berbasis informasi terbaik yang tersedia, dengan asumsi yang dinyatakan secara terbuka.

- Mendorong budaya pelaporan dan pembelajaran, bukan budaya menyalahkan.
- Berorientasi pada perbaikan berkelanjutan.

2.3 Kategori Risiko

Kategori	Contoh risiko
Akademik dan pembelajaran	Perkuliahan tidak terlaksana; nilai terlambat; capaian pembelajaran tidak tercapai.
Mahasiswa	Penurunan retensi; layanan terlambat; pelanggaran etik; keselamatan kegiatan.
Penelitian dan pengabdian	Keterlambatan luaran; penggunaan dana tidak sesuai; masalah etika atau data.
SDM	Kekurangan dosen; kompetensi tidak sesuai; beban kerja tidak seimbang.
Keuangan dan aset	Anggaran tidak memadai; pencatatan tidak akurat; aset hilang atau rusak.
Tata kelola dan kepatuhan	Keputusan di luar kewenangan; kebijakan usang; konflik kepentingan.
TI dan data	Gangguan sistem akademik; kebocoran/kehilangan data; akses tidak sah.
Sarana dan keselamatan	Kerusakan fasilitas; kebakaran; kecelakaan; gangguan listrik/jaringan.
Kerja sama dan reputasi	Mitra tidak memenuhi komitmen; keluhan tidak ditangani; informasi publik keliru.
Keberlangsungan operasional	Gangguan layanan kritis; bencana; ketergantungan pada personel kunci.

2.4 Selera dan Toleransi Risiko

Selera dan toleransi risiko ditetapkan pimpinan sesuai kewenangan, sasaran strategis, kewajiban hukum, dan kapasitas pengendalian. Risiko yang membahayakan keselamatan, melanggar hukum atau etika akademik, menyalahgunakan dana, atau membahayakan data pribadi tidak dapat diterima hanya karena skor numeriknya rendah. Risiko tinggi/ekstrem tidak boleh diterima tanpa persetujuan tertulis pejabat berwenang. Risiko terkait keselamatan, dugaan pelanggaran, integritas akademik, atau kebocoran data harus segera dieskalasikan.

BAB III TATA KELOLA, PERAN, DAN TANGGUNG JAWAB

Peran	Tanggung jawab
Rektor/pimpinan universitas	Menetapkan kebijakan dan selera risiko; menerima laporan strategis; memutuskan respons lintas unit/risiko tinggi sesuai kewenangan.
Wakil Rektor/pejabat bidang	Mengintegrasikan risiko pada bidangnya; menelaah risiko prioritas; memfasilitasi sumber daya dan penyelesaian lintas unit.
Unit penjaminan mutu atau unit yang ditetapkan	Menyusun metode dan format; memfasilitasi sosialisasi; memantau dokumentasi; mengintegrasikan hasil dengan SPMI.
Pimpinan fakultas/prodi/unit	Menjadi pemilik risiko; menilai risiko; menetapkan kontrol dan mitigasi; memastikan bukti tersedia.
Penanggung jawab proses/kegiatan	Memantau indikator; menjalankan kontrol; memperbarui register; melaporkan insiden.
Unit audit/pengawasan internal jika ada	Memberikan penilaian independen sesuai mandat dan kewenangannya.
Dosen dan tenaga kependidikan	Mengenali dan melaporkan risiko; mematuhi prosedur; menjaga integritas data; berpartisipasi dalam perbaikan.
Mitra terkait	Memenuhi kontrol yang disepakati dalam kerja sama atau kontrak.

3.1 Pemisahan Peran

Sebisa mungkin, pihak yang menjalankan proses tidak menjadi satu-satunya pihak yang menilai efektivitas pengendalian proses tersebut. Risiko strategis, keuangan, keselamatan, kepatuhan, atau data yang signifikan perlu ditelaah oleh pejabat/unit lain yang memiliki kompetensi dan independensi memadai.

3.2 Pemilik Risiko

Setiap risiko harus memiliki pemilik yang jelas. Pemilik memastikan analisis masuk akal, kontrol dijalankan, mitigasi memiliki target waktu, dan risiko residual dipantau. Tugas dapat didelegasikan, tetapi akuntabilitas tetap pada pemilik risiko yang ditetapkan.

BAB IV PROSES PENGELOLAAN RISIKO

4.1 Menetapkan Konteks

Unit menjelaskan tujuan, sasaran, proses utama, pemangku kepentingan, batas ruang lingkup, kewajiban kepatuhan, dan perubahan lingkungan yang relevan.

4.2 Identifikasi Risiko

Identifikasi dilakukan saat menyusun rencana kerja/anggaran, merancang program atau sistem baru, setelah insiden, saat ada perubahan regulasi/struktur, dan pada evaluasi berkala. Metode meliputi lokakarya, wawancara, telaah dokumen, analisis data, pemetaan proses, dan daftar periksa.

4.3 Analisis Risiko

Nilai kemungkinan kejadian dan besarnya dampak, dengan memperhatikan pengendalian yang ada, efektivitasnya, dan ketidakpastian informasi. Jika data kuantitatif tersedia, gunakan data tersebut; jika tidak, sertakan alasan penilaian kualitatif.

4.4 Evaluasi dan Prioritas

Bandingkan hasil analisis dengan kriteria yang disahkan. Prioritaskan berdasarkan skor, urgensi, kewajiban hukum, dampak pada mahasiswa, keselamatan, integritas akademik, reputasi, dan sasaran strategis. Dampak katastrofik wajib dieskalasikan walau kemungkinan rendah.

4.5 Penanganan Risiko

Pilih tindakan yang proporsional: menghindari kegiatan; mengurangi kemungkinan/dampak; membagi atau mengalihkan melalui pengaturan yang sah; menerima risiko residual secara sadar dan disetujui; atau memanfaatkan peluang dengan kontrol yang memadai.

4.6 Pemantauan dan Peninjauan

Pantau indikator, tenggat, dan tingkat risiko. Risiko tinggi/ekstrem ditinjau lebih sering. Nilai ulang jika kontrol gagal, terjadi insiden, indikator melewati ambang, ada perubahan penting, atau muncul informasi baru.

4.7 Pencatatan dan Pelaporan

Unit memelihara risk register dan bukti mitigasi. Laporan menjelaskan perubahan skor, tindakan terlambat, kebutuhan keputusan/sumber daya, insiden, dan risiko yang memerlukan eskalasi. Informasi sensitif dibatasi sesuai kewenangan akses.

Rumusan risiko yang disarankan: “Karena [penyebab], dapat terjadi [peristiwa], sehingga mengakibatkan [dampak terhadap tujuan].” Rumusan ini membantu membedakan penyebab, kejadian, dan dampak.

BAB V METODE PENILAIAN DAN PRIORITAS RISIKO

5.1 Skala Kemungkinan

Skor	Kategori	Panduan
1	Sangat jarang	Tidak diperkirakan terjadi dalam kondisi normal.
2	Jarang	Dapat terjadi, tetapi tidak umum; bukti kejadian terbatas.
3	Mungkin	Pernah terjadi atau masuk akal terjadi dalam periode perencanaan.
4	Sering	Cukup sering terjadi atau ada indikasi kejadian berulang.
5	Hampir pasti	Diperkirakan berulang atau sedang berlangsung.

5.2 Skala Dampak

Skor	Kategori	Panduan
1	Tidak signifikan	Gangguan sangat terbatas dan mudah diperbaiki oleh unit.
2	Kecil	Gangguan terbatas dan memerlukan koreksi ringan.
3	Sedang	Sasaran unit terganggu; perlu tindakan lintas fungsi atau sumber daya tambahan.
4	Besar	Mengancam sasaran penting atau menimbulkan konsekuensi finansial/reputasi signifikan.
5	Sangat besar/kritis	Mengancam layanan utama, keselamatan, kepatuhan, integritas akademik, atau kepercayaan publik.

5.3 Skor dan Level Risiko

Skor risiko = kemungkinan × dampak. Skala 1–5 menghasilkan skor 1–25. Skor adalah alat bantu prioritas, bukan pengganti pertimbangan profesional, kewajiban hukum, atau penilaian dampak kritis.

Skor	Level	Respons minimum yang disarankan
1–4	Rendah	Kontrol rutin; dikelola unit; ditinjau sekurang-kurangnya tahunan.
5–9	Sedang	Tindakan proporsional; ditinjau minimal setiap semester.
10–16	Tinggi	Rencana mitigasi formal; pemantauan sekurang-kurangnya triwulanan; laporkan ke pimpinan bidang.
17–25	Ekstrem	Eskalasi segera; tindakan prioritas; pemantauan intensif dan keputusan tertulis.

5.4 Matriks Risiko 5 × 5

Dampak ↓ / Kemungkinan →	1	2	3	4	5
Dampak 5	5 Sedang	10 Tinggi	15 Tinggi	20 Ekstrem	25 Ekstrem
Dampak 4	4 Rendah	8 Sedang	12 Tinggi	16 Tinggi	20 Ekstrem
Dampak 3	3 Rendah	6 Sedang	9 Sedang	12 Tinggi	15 Tinggi
Dampak 2	2 Rendah	4 Rendah	6 Sedang	8 Sedang	10 Tinggi
Dampak 1	1 Rendah	2 Rendah	3 Rendah	4 Rendah	5 Sedang

Rentang di atas adalah rancangan awal. Universitas perlu mengesahkan ambang batas final sesuai konteks, data historis, dan kapasitas pengendalian.

5.5 Contoh Penilaian

Contoh ilustratif: nilai terlambat diinput karena pengingat dan pemantauan tenggat belum terintegrasi. Jika kemungkinan = 4 dan dampak = 3, skor = 12 (tinggi). Mitigasi dapat berupa pengingat terjadwal, kalender terintegrasi, pemantauan mingguan menjelang tenggat, dan eskalasi kepada pimpinan prodi. Skor residual dinilai ulang setelah kontrol berjalan dan bukti tersedia.

BAB VI PENANGANAN, PEMANTAUAN, DAN PELAPORAN

6.1 Rencana Penanganan

Untuk risiko sedang, tinggi, dan ekstrem, unit menetapkan tindakan yang proporsional. Risiko rendah tetap memiliki kontrol dasar dan pemilik. Rencana sekurang-kurangnya mencakup tindakan, hasil yang diharapkan, penanggung jawab, sumber daya, tenggat, indikator keberhasilan, bukti, dan target risiko residual.

6.2 Eskalasi Risiko

Kondisi	Tindakan
Rendah	Ditangani dan dicatat pada tingkat unit.
Sedang	Dilaporkan kepada pimpinan unit; eskalasi bila lintas unit atau kontrol tidak efektif.
Tinggi	Dilaporkan kepada pimpinan bidang dan unit yang mengoordinasikan risiko/SPMI; perlu rencana formal.
Ekstrem	Segera disampaikan kepada pimpinan universitas/pejabat berwenang; lakukan pengamanan awal.
Insiden keselamatan, dugaan pelanggaran hukum/kecurangan, pelanggaran etika, kebocoran data	Gunakan saluran resmi khusus; amankan bukti dan ikuti prosedur yang berlaku.

6.3 Frekuensi Pemantauan

Level	Frekuensi minimum usulan	Penanggung jawab
Rendah	Tahunan atau saat ada perubahan	Pemilik risiko/unit
Sedang	Setiap semester	Pemilik risiko/pimpinan unit
Tinggi	Triwulanan atau lebih sering jika memburuk	Pimpinan unit dan pimpinan bidang
Ekstrem	Segera dan berkelanjutan sampai terkendali	Pimpinan berwenang dan pemilik risiko

6.4 Indikator Risiko Utama (KRI)

KRI memberi sinyal awal meningkatnya paparan risiko. Setiap KRI memiliki definisi, sumber data, frekuensi, ambang batas, dan penanggung jawab. Contoh: persentase perkuliahan tidak terlaksana; jumlah keterlambatan nilai; laporan pertanggungjawaban melewati tenggat; insiden keselamatan; waktu henti sistem akademik; hasil uji pemulihan cadangan data; dan tindak lanjut audit yang terlambat.

6.5 Pelaporan dan Dokumentasi

Laporan berkala memuat risiko prioritas, perubahan skor, status mitigasi, insiden, tindakan yang terlambat, kebutuhan keputusan, risiko lintas unit, dan rekomendasi. Risiko ekstrem dan insiden kritis dilaporkan segera. Dokumen disimpan pada media resmi dengan kendali versi, akses sesuai kewenangan, pencadangan, dan masa simpan sesuai kebijakan arsip.

BAB VII INTEGRASI DENGAN SPMI DAN PENINGKATAN MUTU

Tahap PPEPP	Integrasi pengelolaan risiko	Contoh bukti
Penetapan	Pertimbangkan risiko saat menetapkan standar, sasaran, program, dan sumber daya.	Kebijakan, standar, rencana kerja, register awal.
Pelaksanaan	Jalankan kontrol dan mitigasi oleh pemilik proses.	SOP, checklist, log pelaksanaan, bukti pelatihan.
Evaluasi	Tinjau efektivitas kontrol dan pencapaian sasaran berbasis bukti.	Laporan monitoring, evaluasi risiko, hasil AMI.
Pengendalian	Tangani penyimpangan, insiden, dan risiko di luar toleransi.	Laporan insiden, tindakan korektif, notulen.
Peningkatan	Gunakan pembelajaran untuk memperbaiki standar, prosedur, dan kapasitas.	Revisi SOP/standar, program peningkatan, evaluasi.

7.1 Dokumen Terkait

- Kebijakan dan manual SPMI serta standar pendidikan, penelitian, pengabdian, dan tata kelola.

- Renstra, rencana operasional, rencana kerja dan anggaran.
- SOP pengawasan dan pengendalian pendidikan serta SOP proses utama.
- Kebijakan tata pamong, kode etik, keuangan/aset, keamanan informasi, keselamatan, dan keberlangsungan operasional.
- Laporan AMI, evaluasi kinerja, pengaduan, survei kepuasan, dan tindak lanjut.

7.2 Evaluasi Efektivitas Pedoman

Efektivitas dievaluasi sekurang-kurangnya setahun sekali atau setelah perubahan besar. Aspek evaluasi meliputi kelengkapan register, ketepatan eskalasi, ketepatan waktu mitigasi, perubahan risiko residual, pengulangan insiden, dan pemanfaatan informasi risiko dalam keputusan.

Indikator	Definisi operasional	Target awal usulan
Cakupan unit dengan register aktif	Unit dengan register aktif ÷ unit yang diwajibkan × 100%	100% unit prioritas tahun pertama
Risiko tinggi/ekstrem dengan mitigasi	Risiko tinggi/ekstrem dengan rencana disetujui ÷ total risiko tinggi/ekstrem × 100%	100%
Ketepatan waktu mitigasi	Tindakan selesai tepat waktu ÷ tindakan jatuh tempo × 100%	≥85%
Tindak lanjut insiden kritis	Insiden ditindaklanjuti sesuai prosedur ÷ total insiden kritis × 100%	100%
Evaluasi efektivitas kontrol	Kontrol prioritas dievaluasi ÷ total kontrol prioritas × 100%	≥90%

Target merupakan usulan awal, bukan ketetapan resmi; target final ditetapkan berdasarkan baseline dan keputusan pimpinan.

BAB VIII PENUTUP

Pedoman ini menjadi acuan pengelolaan ketidakpastian secara terstruktur, proporsional, dan bertanggung jawab. Penerapan efektif membutuhkan komitmen pimpinan, keterlibatan unit, data yang memadai, dokumentasi tertib, dan budaya pelaporan yang jujur. Hal teknis yang belum diatur dapat ditetapkan melalui SOP atau keputusan pimpinan sesuai kewenangan. Pedoman ditinjau berkala dan mulai berlaku setelah disahkan.

Bangil, [tanggal pengesahan]
Rektor,

[Nama dan gelar]
[NIP/NIDN jika relevan]

LAMPIRAN 1. FORMULIR IDENTIFIKASI DAN REGISTER RISIKO

Petunjuk: satu baris untuk satu risiko. Rumuskan penyebab–peristiwa–dampak dan tetapkan pemilik risiko.

ID	Tujuan/proses	Penyebab	Peristiwa risiko	Dampak	Kontrol saat ini	Pemilik
RSK-001	[sasaran]	[penyebab]	[peristiwa]	[dampak]	[kontrol]	[jabatan/unit]

Kemungkinan 1–5	Dampak 1–5	Skor inheren	Level	Skor residual	Level residual	KRI/ambang
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[definisi]

LAMPIRAN 2. FORMULIR RENCANA PENANGANAN RISIKO

ID risiko	Tindakan mitigasi	Output	Penanggung jawab	Sumber daya	Tenggat	Indikator	Status
[RSK-001]	[aksi spesifik]	[hasil terukur]	[nama/jabatan]	[anggaran/SDM]	[tanggal]	[indikator]	[status]

LAMPIRAN 3. FORMULIR PEMANTAUAN RISIKO

ID	Periode	Skor awal	Skor kini	Status kontrol	Bukti	Hambatan	Tindak lanjut
[RSK-001]	[periode]	[ ]	[ ]	[efektif/sebagian/tidak]	[referensi]	[uraian]	[aksi/pemilik]

LAMPIRAN 4. FORMULIR LAPORAN INSIDEN

Elemen	Isian
Nomor laporan	[diisi]
Tanggal/waktu	[diisi]
Lokasi/unit/proses	[diisi]
Pelapor	[sesuai kebijakan privasi]
Uraian kejadian faktual	[apa yang terjadi; pisahkan fakta dari dugaan]
Dampak aktual/potensial	[layanan, keselamatan, data, keuangan, kepatuhan, reputasi]
Tindakan segera	[pengamanan awal dan pihak yang diberi tahu]
Bukti	[dokumen/log/foto sesuai aturan akses]
Analisis penyebab awal	[setelah verifikasi]
Tindakan korektif/pencegahan	[aksi, pemilik, tenggat]
Persetujuan/penutupan	[pejabat dan tanggal]

LAMPIRAN 5. MATRIKS ESKALASI

Level/kondisi	Pihak yang diberi tahu	Batas waktu usulan	Bukti
Rendah	Pimpinan unit/pemilik risiko	Siklus laporan rutin	Register
Sedang	Pimpinan unit; pimpinan bidang bila perlu	Laporan berkala	Register dan mitigasi
Tinggi	Pimpinan bidang dan koordinator risiko/SPMI	Segera setelah penilaian	Analisis dan mitigasi
Ekstrem	Rektor/pimpinan berwenang dan unit terkait	Segera setelah diketahui	Laporan dan keputusan
Insiden kritis	Saluran resmi sesuai jenis insiden	Segera, sesuai SOP khusus	Laporan insiden dan bukti

Batas waktu final harus ditetapkan dalam SOP turunan dan diselaraskan dengan prosedur insiden, keselamatan, keamanan informasi, dan tata kelola.

LAMPIRAN 6. EVALUASI EFEKTIVITAS PENGENDALIAN

Pertanyaan evaluasi	Ya	Sebagian	Tidak	Bukti/catatan
Kontrol menangani penyebab risiko?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]
Kontrol dilaksanakan sesuai jadwal/prosedur?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]
Bukti pelaksanaan memadai?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]
Indikator menunjukkan perbaikan?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]
Masih ada celah atau efek samping kontrol?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]
Skor residual dinilai ulang secara wajar?	[ ]	[ ]	[ ]	[uraian]

LAMPIRAN 7. CONTOH REGISTER RISIKO TERISI

Elemen	Contoh ilustratif
ID/proses	RSK-AKD-001 / pengelolaan nilai akhir semester
Tujuan	Nilai tersedia akurat dan tepat waktu sesuai kalender akademik.
Rumusan risiko	Karena pengingat dan pemantauan tenggat belum terintegrasi, nilai dapat terlambat diinput sehingga layanan akademik dan pelaporan terganggu.
Kontrol saat ini	Kalender akademik dan pengumuman melalui kanal resmi.
Kemungkinan × dampak	4 × 3 = 12 (tinggi), berdasarkan penilaian ilustratif.
Mitigasi	Pengingat terjadwal; dashboard; pemantauan mingguan; eskalasi kepada pimpinan prodi.
Pemilik risiko	Pejabat/unit yang bertanggung jawab atas proses akademik.
Indikator/bukti	Persentase nilai tepat waktu; log sistem; laporan monitoring; notulen.
Risiko residual	Dinilai ulang setelah kontrol berjalan dan bukti tersedia.

LAMPIRAN 8. DAFTAR PERIKSA IMPLEMENTASI

- Pedoman disahkan dan disosialisasikan.
- Pemilik risiko dan penerima eskalasi ditetapkan.
- Kriteria kemungkinan, dampak, level, dan toleransi disahkan.
- Unit prioritas memiliki risk register.
- Risiko tinggi/ekstrem memiliki mitigasi dan persetujuan yang sesuai.
- KRI, sumber data, frekuensi, dan ambang batas ditentukan.
- Pelaporan insiden dan eskalasi disosialisasikan.
- Bukti mitigasi, notulen, dan register disimpan dengan akses terkendali.
- Hasil pengelolaan risiko dibahas dalam PPEPP.
- Pedoman ditinjau berkala dan tindak lanjut terdokumentasi.

REFERENSI DAN DOKUMEN TERKAIT

- International Organization for Standardization. (2018). ISO 31000:2018 Risk management—Guidelines. ISO.
- Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.

- Peraturan perundang-undangan tentang penjaminan mutu pendidikan tinggi yang berlaku saat pengesahan; verifikasi dan cantumkan ketentuan terbaru.
- Statuta UII Dalwa, struktur organisasi, kebijakan/manual SPMI, standar mutu, SOP pengawasan dan pengendalian pendidikan, kebijakan tata pamong, keuangan/aset, dan dokumen internal terkait.

Catatan penting: daftar regulasi dan dokumen internal harus diverifikasi oleh unit berwenang sebelum pengesahan. Dokumen ini adalah draf kerja, bukan bukti bahwa kebijakan telah disahkan atau bahwa seluruh ketentuan internal telah diverifikasi.