STANDAR MUTU TATA PAMONG

SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)

INSTITUT AHMAD DAHLAN PROBOLINGGO

PERIODE 2025-2029 | DRAF REVISI 00 | 2026

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

Institut Ahmad Dahlan Probolinggo

Jl. Mahakam No. 1, Kedopok, Kec. Kedopok, Kota Probolinggo, Jawa Timur 67231

081358282233 | kampus.iad.probolinggo.ac.id@gmail.com

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Dokumen	Standar Mutu Tata Pamong
Institusi	Institut Ahmad Dahlan Probolinggo
Kode Dokumen	SM-LPM-SPMI-TPG-001
Kelompok Standar	Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan IAD Probolinggo
Periode	2025-2029
Nomor Revisi	00
Tanggal Berlaku	Setelah ditetapkan
Status	Draf untuk pengesahan

Kode dokumen, nomor keputusan, tanggal penetapan, struktur organ, pejabat penandatangan, baseline, dan target kuantitatif wajib diverifikasi sebelum pengesahan.

Diajukan oleh	Diperiksa oleh	Dikendalikan oleh	Ditetapkan oleh
Ketua Tim Penyusun Nama: ..... Tanggal:	Wakil Rektor I Dr. Heri Rifhan Halili, M.Pd.I Tanggal:	Kepala LPM Pratiwi Dwi Warih Sitaresmi, S.Si., M.Pd Tanggal:	Rektor Dr. Benny Prasetiya, M.Pd.I Tanggal: .....

Riwayat Revisi

Revisi	Tanggal	Uraian Perubahan	Penanggung Jawab
00	Setelah disahkan	Penyusunan awal Standar Mutu Tata Pamong IAD Probolinggo; pemutakhiran regulasi; penyelarasan VMTS; penguatan tata pamong, kepemimpinan, sistem pengelolaan, integritas, akuntabilitas publik, manajemen risiko, PPEPP, indikator, dan instrumen audit.	Pimpinan IAD dan LPM

KATA PENGANTAR

Standar Mutu Tata Pamong disusun untuk memastikan IAD Probolinggo dikelola melalui struktur, kewenangan, kepemimpinan, proses pengambilan keputusan, sistem pengelolaan, pengawasan, dan pertanggungjawaban yang sah, efektif, berintegritas, serta berorientasi pada pencapaian VMTS.

Dokumen ini mengadaptasi cakupan Standar Mutu Tata Pamong Universitas Muhammadiyah Surabaya, khususnya lima prinsip tata pamong, kelengkapan organisasi, kepemimpinan, enam fungsi manajemen, analisis jabatan, audit, dan akuntabilitas publik. Substansinya disesuaikan dengan kebutuhan IAD, SPMI berbasis PPEPP, tata kelola Perguruan Tinggi Muhammadiyah, regulasi terbaru, dan pendekatan berbasis data serta risiko.

Status dokumen: Naskah ini merupakan draf kerja. Organ dan nomenklatur unit harus dicocokkan dengan Statuta dan Struktur Organisasi dan Tata Kerja IAD yang berlaku. Target kuantitatif harus divalidasi menggunakan baseline sedikitnya tiga tahun, Renstra 2025-2029, kemampuan RKAT, hasil AMI, dan keputusan Rapat Tinjauan Manajemen.

Probolinggo, ... 2026
Kepala Lembaga Penjaminan Mutu

Pratiwi Dwi Warih Sitaresmi, S.Si., M.Pd

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
BAB I KETENTUAN UMUM	**5**
BAB II LANDASAN DAN ARSITEKTUR STANDAR	**7**
BAB III STANDAR SISTEM TATA PAMONG	**10**
BAB IV STANDAR KEPEMIMPINAN DAN SISTEM PENGELOLAAN	**13**
BAB V STANDAR INTEGRITAS, AKUNTABILITAS, DAN HUBUNGAN PEMANGKU KEPENTINGAN	**16**
BAB VI PELAKSANAAN PPEPP	**19**
BAB VII PENGUKURAN, PELAPORAN, DAN TINDAK LANJUT	**21**
DAFTAR PUSTAKA	23
LAMPIRAN A MATRIKS INDIKATOR UTAMA	**24**
LAMPIRAN B INSTRUMEN EVALUASI	**26**
LAMPIRAN C LEMBAR VALIDASI TARGET TAHUNAN	**28**

Nomor halaman perlu diperbarui apabila naskah diubah setelah pengesahan.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bab ini menjelaskan rasional, tujuan, ruang lingkup, istilah, dan prinsip Standar Mutu Tata Pamong IAD Probolinggo.

1.1 Latar Belakang dan Rasional

Tata pamong yang baik menentukan kemampuan perguruan tinggi untuk menjaga arah, membagi kewenangan, menggunakan sumber daya, mengelola risiko, menyelesaikan masalah, mempertanggungjawabkan keputusan, dan meningkatkan mutu secara berkelanjutan. Struktur organisasi saja tidak cukup; mutu tata pamong ditunjukkan oleh praktik yang sahih, hasil yang efektif, dan tindak lanjut yang dapat ditelusuri.

IAD Probolinggo memerlukan standar yang menyatukan nilai Al-Islam dan Kemuhammadiyahan, prinsip good university governance, kepemimpinan, sistem pengelolaan, SPMI, pengawasan, data, layanan, keterbukaan, dan partisipasi pemangku kepentingan. Standar ini menjadi dasar penyusunan Statuta/SOTK, uraian jabatan, SOP, kontrak kinerja, AMI, RTM, evaluasi kepemimpinan, laporan kinerja, akreditasi, dan peningkatan tata kelola.

1.2 Tujuan

1. menjamin organisasi, organ, fungsi, kewenangan, dan hubungan kerja IAD ditetapkan secara sah dan dijalankan konsisten;
2. mewujudkan tata pamong yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, dan adil;
3. menjamin kepemimpinan operasional, organisasional, dan publik yang efektif serta berorientasi VMTS;
4. menjamin perencanaan, pengorganisasian, penempatan personel, pelaksanaan, pengendalian/pengawasan, dan pelaporan berjalan berbasis data serta risiko;
5. menyediakan indikator, bukti, evaluasi, pengendalian ketidaksesuaian, dan peningkatan melalui PPEPP.

1.3 Ruang Lingkup

Standar berlaku pada tingkat institut, fakultas atau unit pengelola program studi (UPPS), program studi, lembaga, biro/bagian, pusat, unit pelaksana teknis, tim ad hoc, dan fungsi lain yang menggunakan kewenangan atau sumber daya IAD. Cakupan meliputi organ dan struktur, kepemimpinan, pengambilan keputusan, sistem pengelolaan, pengendalian internal, manajemen risiko, penjaminan mutu, integritas, layanan, informasi publik, hubungan pemangku kepentingan, serta akuntabilitas kinerja.

1.4 Definisi Operasional

Istilah	Definisi Operasional
Tata pamong	sistem nilai, struktur, organ, aturan, kewenangan, proses pengambilan keputusan, pola hubungan, pengawasan, dan pertanggungjawaban yang mengarahkan penyelenggaraan IAD.
Tata kelola	rangkaian proses manajemen dan layanan untuk mengubah kebijakan, sumber daya, dan keputusan menjadi kinerja serta hasil yang terukur.
Good university governance	praktik penyelenggaraan perguruan tinggi yang memenuhi prinsip kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, adil, efektif, efisien, berintegritas, dan berkelanjutan.
Organ	unsur yang ditetapkan dalam Statuta/SOTK untuk menjalankan fungsi pembinaan, normatif/akademik, pengelolaan, pengawasan, pelaksana akademik, administrasi, penjaminan mutu, atau penunjang.
UPPS	unit yang diberi kewenangan mengelola satu atau lebih program studi sesuai Statuta/SOTK IAD.
Kepemimpinan operasional	kemampuan menerjemahkan VMTS, kebijakan, dan standar ke dalam program, sumber daya, target, pengendalian, dan hasil.
Kepemimpinan organisasional	kemampuan mengarahkan, mengoordinasikan, memotivasi, membangun budaya, dan menyelesaikan masalah lintas unit.
Kepemimpinan publik	kemampuan membangun reputasi, kepercayaan, jejaring, kontribusi, dan pengaruh positif IAD di masyarakat serta lingkungan profesi.
Konflik kepentingan	keadaan ketika kepentingan pribadi, keluarga, kelompok, profesi, atau pihak lain dapat memengaruhi atau dipersepsikan memengaruhi objektivitas keputusan.
Akuntabilitas publik	kewajiban menyampaikan penggunaan kewenangan, sumber daya, kinerja, hasil, risiko, dan tindak lanjut secara benar kepada pemangku kepentingan sesuai hak akses.

1.5 Prinsip

Prinsip	Makna Minimum
Kredibel	kewenangan sah, kompetensi memadai, keputusan konsisten, informasi dapat dipercaya, dan kepemimpinan memperoleh legitimasi.
Transparan	kriteria, proses, keputusan, kinerja, dan informasi yang wajib terbuka tersedia tepat waktu dengan tetap melindungi data rahasia/pribadi.
Akuntabel	setiap kewenangan mempunyai target, bukti, pelaporan, evaluasi, konsekuensi, dan tindak lanjut yang jelas.
Bertanggung jawab	setiap organ mematuhi hukum, Statuta, nilai AIK, etik, standar mutu, keselamatan, dan kepentingan institusi.
Adil	keputusan menggunakan kriteria objektif, proporsional, nondiskriminatif, memberi kesempatan didengar, dan menyediakan mekanisme keberatan.
Efektif, efisien, berintegritas, dan berkelanjutan	tujuan dicapai dengan sumber daya wajar, risiko terkendali, tanpa penyalahgunaan kewenangan, serta menjaga keberlanjutan akademik dan kelembagaan.

BAB II

LANDASAN DAN ARSITEKTUR STANDAR

Acuan UM Surabaya digunakan untuk menjaga kelengkapan substansi. Arsitektur standar diselaraskan dengan regulasi penjaminan mutu, tata kelola PTM, dokumen IAD, dan instrumen akreditasi yang berlaku.

2.1 Landasan Hukum dan Dokumen Institusi

6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik sepanjang relevan;
9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2022;
12. Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Nomor 10 Tahun 2026;
13. Pedoman Implementasi SPMI bagi Perguruan Tinggi Penyelenggara Pendidikan Akademik Tahun 2026;
14. Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang IAPT 4.1 dan kebijakan masa transisi yang berlaku, serta instrumen LAM sesuai cakupan program studi;
15. Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah dan ketentuan Majelis Diktilitbang PP Muhammadiyah yang berlaku;
16. Statuta IAD Probolinggo Tahun 2024, RIP 2024-2048, Renstra 2025-2029, VMTS, Kebijakan Mutu, Pedoman Mutu, Manual Mutu, SOTK, kode etik, dan dokumen institusi lain yang berlaku.

Kedudukan standar: Tata pamong merupakan standar internal yang ditetapkan IAD untuk mendukung pencapaian misi dan pelampauan mutu. Apabila terdapat perubahan regulasi atau Statuta, ketentuan yang lebih tinggi berlaku dan dokumen ini harus ditinjau melalui mekanisme pengendalian dokumen.

2.2 Keterkaitan dengan VMTS

Visi IAD adalah: "Menjadi Institut unggul dalam ilmu pengetahuan, teknologi, entrepreneurship dan Moralitas." Standar tata pamong terutama menerjemahkan Misi 4 mengenai AIK sebagai dasar moralitas, integritas, dan akhlak sivitas akademika, serta Misi 5 mengenai tata kelola profesional, akuntabel, dan berkelanjutan. Standar ini juga menopang seluruh misi tridharma dan sasaran peningkatan mutu, akreditasi, reputasi, kerja sama, digitalisasi, dan daya saing.

Arah VMTS	Implikasi Tata Pamong
Keunggulan ilmu pengetahuan dan teknologi	keputusan akademik berbasis bukti, kebebasan akademik terlindungi, mutu data dijaga, dan teknologi digunakan secara aman serta bertanggung jawab.
Entrepreneurship	budaya inovasi, kelincahan organisasi, kemitraan produktif, pengendalian risiko, dan pertanggungjawaban pemanfaatan aset/dana dikembangkan.
Moralitas dan AIK	amanah, kejujuran, keadilan, antikorupsi, keteladanan, pelayanan, musyawarah, dan tanggung jawab sosial menjadi perilaku tata kelola.
Profesional dan akuntabel	jabatan berbasis kompetensi, uraian tugas jelas, target terukur, pelaporan tepat waktu, audit efektif, dan tindak lanjut dapat ditelusuri.
Berkelanjutan dan berdaya saing	risiko, kesinambungan layanan, kesehatan keuangan, regenerasi kepemimpinan, kepatuhan, akreditasi, dan reputasi dipantau.

2.3 Arsitektur Standar

Domain	Fokus	Bab
Sistem tata pamong	legalitas organ, SOTK, kewenangan, seleksi/pengangkatan, pengambilan keputusan, checks and balances, konflik kepentingan, dan hubungan kerja.	III
Kepemimpinan dan sistem pengelolaan	kepemimpinan operasional-organisasional-publik; enam fungsi manajemen; analisis jabatan; kinerja, data, risiko, kesinambungan, dan digitalisasi.	IV
Integritas dan akuntabilitas	etik, pengaduan, transparansi, pelayanan, partisipasi, audit, akuntabilitas publik, dan hubungan pemangku kepentingan.	V
Penjaminan dan peningkatan mutu	PPEPP, monev, AMI, RTM, pengendalian temuan, pelaporan, dan peningkatan standar.	VI-VII

2.4 Hierarki Dokumen dan Target

Tingkat	Isi	Contoh
Kebijakan/Statuta	arah, organ, kewenangan pokok, dan prinsip	Statuta, kebijakan mutu, kebijakan akademik/nonakademik
Standar	persyaratan minimum, indikator, bukti, dan penanggung jawab	Standar Mutu Tata Pamong

Tingkat	Isi	Contoh
Pedoman/SOP	mekanisme operasional, alur, waktu layanan, dan formulir	pedoman tata kelola, ANJAB, pengaduan, konflik kepentingan, AMI/RTM
Target tahunan	baseline, target unit, program, anggaran, risiko, dan kontrak kinerja	RKT/RKAT dan perjanjian kinerja
Rekaman	bukti pelaksanaan, evaluasi, tindakan, dan hasil	SK, notulen, laporan, dashboard, audit, RTM, tindak lanjut

BAB III
STANDAR SISTEM TATA PAMONG

Standar ini memastikan struktur, organ, kewenangan, pengangkatan, proses keputusan, dan mekanisme pengawasan IAD sah, jelas, konsisten, serta memenuhi prinsip tata pamong yang baik.

3.1 Rasional

Kredibilitas organisasi dibangun melalui kesesuaian antara legalitas, kompetensi, kewenangan, proses, keputusan, pengawasan, dan hasil. Tumpang tindih fungsi, kekosongan kewenangan, keputusan tanpa bukti, atau konflik kepentingan yang tidak dikelola dapat menurunkan mutu, kepercayaan, dan keberlanjutan institusi.

3.2 Pernyataan, Indikator, dan Bukti

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
Rektor memastikan Statuta dan SOTK menetapkan organ, struktur, hubungan kerja, kewenangan, tanggung jawab, rentang kendali, dan mekanisme checks and balances sesuai peraturan serta ketentuan Persyarikatan.	100% organ/unit aktif memiliki dasar pembentukan dan kedudukan yang sah; 0 fungsi wajib tanpa pemilik; tinjauan SOTK minimal sekali dalam periode Renstra atau saat perubahan material.	Statuta; SOTK; keputusan; bagan; notulen telaah; register fungsi.	Rektor; BPH; Senat sesuai kewenangan
Setiap unit menetapkan uraian tugas, fungsi, kewenangan, proses utama, indikator, jalur koordinasi, dan pertanggungjawaban yang konsisten dengan SOTK.	100% unit/jabatan memiliki dokumen tugas dan fungsi terkini; 100% dokumen tersedia bagi pemangku jabatan; tumpang tindih kritis ditangani.	Tupoksi; peta proses; matriks RACI; berita acara sosialisasi.	Pimpinan unit; SDM; LPM
IAD melaksanakan seleksi, pengangkatan, evaluasi, pengembangan, pergantian, dan pemberhentian pimpinan sesuai persyaratan, prosedur, masa jabatan, kompetensi, integritas, AIK, serta ketentuan Persyarikatan.	100% pengangkatan mempunyai dasar, bukti pemenuhan syarat, dan berita acara; 100% pimpinan dievaluasi minimal tahunan; 0 jabatan berakhir tanpa rencana transisi.	Pedoman; SK; CV; penilaian; pakta integritas; serah terima.	BPH/Rektor; SDM; organ berwenang
Organ normatif, pengelola, pelaksana, penjaminan mutu, pengawasan, dan penunjang menjalankan kewenangan tanpa intervensi yang melanggar Statuta, dengan koordinasi dan checks and balances yang efektif.	100% rapat/keputusan strategis sesuai kuorum dan kewenangan; 100% perbedaan kewenangan material diselesaikan; minimal satu evaluasi efektivitas organ per tahun.	Tatib; agenda; risalah; daftar hadir; keputusan; evaluasi organ.	Ketua organ; Rektor; LPM

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
Setiap keputusan strategis dan keputusan yang berdampak pada hak, kewajiban, sumber daya, atau risiko harus mempunyai dasar, data, analisis, konsultasi sesuai kebutuhan, persetujuan, komunikasi, dan rekaman tindak lanjut.	100% keputusan strategis tertelusur; minimal 95% keputusan operasional sampel memenuhi bukti wajib; 100% keputusan kritis mempunyai penilaian risiko.	Naskah akademik/kajian; data; notulen; keputusan; register tindak lanjut.	Pimpinan/organ pengambil keputusan
IAD mengelola konflik kepentingan melalui pengungkapan, penilaian, pengunduran diri dari proses, mitigasi, pencatatan, dan pengawasan.	100% pejabat/panitia/reviewer pada proses berisiko menandatangani pengungkapan; 100% konflik teridentifikasi dimitigasi; 0 konflik material tidak ditangani.	Kebijakan; formulir disclosure; register; keputusan mitigasi.	Rektor; unit kepatuhan/SDM; pimpinan unit
Kebijakan strategis dikembangkan secara partisipatif dengan melibatkan pihak yang terdampak secara proporsional, termasuk senat, unit akademik, tenaga kependidikan, mahasiswa, alumni, Persyarikatan, dan mitra.	100% kebijakan strategis memiliki bukti konsultasi/uji publik internal atau alasan sah bila terbatas; masukan dan keputusan atas masukan dicatat.	Undangan; bahan; notulen; matriks masukan; naskah final.	Pemilik kebijakan; organ terkait
IAD memastikan fungsi pengawasan internal, penjaminan mutu, audit, dan evaluasi memiliki independensi, akses data, kompetensi, sumber daya, serta jalur pelaporan yang memadai.	100% fungsi memiliki mandat dan program kerja; 100% akses yang sah tersedia; tidak ada pembatasan audit tanpa keputusan tertulis; temuan kritis dilaporkan segera.	Piagam/mandat; program; kompetensi; kertas kerja; laporan; eskalasi.	Rektor; LPM; fungsi pengawasan

3.3 Strategi Pencapaian

17. menyelaraskan Statuta, SOTK, ANJAB, uraian jabatan, peta proses, SOP, dan matriks kewenangan;
18. melakukan orientasi tata pamong, AIK, etik, pengendalian internal, dan manajemen risiko bagi pejabat;
19. menerapkan register keputusan, konflik kepentingan, risiko, kebijakan, dan tindak lanjut;
20. menyelenggarakan evaluasi efektivitas organ, rapat, delegasi, dan jalur koordinasi minimal tahunan;
21. menggunakan konsultasi pemangku kepentingan dan telaah hukum/mutu untuk keputusan strategis.

3.4 Risiko dan Pengendalian

Risiko	Pengendalian Minimum

Risiko	Pengendalian Minimum
Tumpang tindih atau kekosongan fungsi	register fungsi; RACI; telaah SOTK; penetapan pemilik sementara; revisi sah.
Keputusan melampaui kewenangan	matriks delegasi; verifikasi kewenangan; review hukum/mutu; mekanisme pembatalan/koreksi.
Konflik kepentingan dan nepotisme	disclosure; recusal; panel independen; jejak audit; kanal pelaporan; sanksi.
Ketergantungan pada satu pejabat	dokumentasi; wakil/penanggung jawab pengganti; alih pengetahuan; rencana suksesi.

BAB IV
STANDAR KEPEMIMPINAN DAN SISTEM PENGELOLAAN

Kepemimpinan dan pengelolaan harus mengubah VMTS serta standar menjadi target, program, layanan, pengendalian, hasil, dan peningkatan yang terukur.

4.1 Rasional

Pimpinan perlu menunjukkan kemampuan operasional, organisasional, dan publik. Efektivitasnya ditopang enam fungsi manajemen: perencanaan, pengorganisasian, penempatan personel, pelaksanaan, pengendalian/pengawasan, dan pelaporan yang menjadi dasar tindak lanjut.

4.2 Pernyataan, Indikator, dan Bukti

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
Pimpinan institut, UPPS, program studi, lembaga, dan unit menerjemahkan VMTS, Renstra, standar, risiko, serta kebutuhan pemangku kepentingan ke dalam RKT/RKAT dan kontrak kinerja.	100% unit memiliki rencana-target-anggaran yang selaras; 100% indikator mempunyai definisi, baseline, pemilik, sumber data, dan jadwal; evaluasi minimal semesteran.	Renstra; RKT/RKAT; cascading; kontrak; dashboard; evaluasi.	Rektor; perencanaan; pimpinan unit
Pimpinan menjalankan kepemimpinan operasional melalui arahan, keputusan, alokasi sumber daya, pemantauan, penyelesaian masalah, dan pencapaian target.	Minimal 80% target utama tercapai atau memiliki analisis dan tindakan sah; 100% masalah kritis mempunyai pemilik dan batas waktu; evaluasi pimpinan minimal tahunan.	Kontrak; laporan; notulen; register masalah; hasil evaluasi.	Pimpinan setiap tingkat
Pimpinan menjalankan kepemimpinan organisasional melalui koordinasi lintas unit, komunikasi dua arah, pengembangan budaya mutu/AIK, delegasi, motivasi, dan penyelesaian konflik.	Minimal 80% hasil survei kepemimpinan berada pada kategori baik; minimal 90% keputusan rapat jatuh tempo ditindaklanjuti; konflik material terdokumentasi dan ditangani.	Survei; agenda; notulen; log tindak lanjut; mediasi.	Rektor; pimpinan unit; SDM/LPM
Pimpinan menjalankan kepemimpinan publik melalui kontribusi profesi/masyarakat, jejaring, kemitraan, komunikasi publik, dan representasi institusi yang berintegritas.	Setiap pimpinan akademik/unit strategis memiliki kontribusi atau jejaring relevan sesuai target tahunan; 100% representasi publik mematuhi kewenangan dan komunikasi institusi.	Keanggotaan; kerja sama; kegiatan; publikasi; surat tugas; evaluasi manfaat.	Pimpinan; humas/kerja sama

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
IAD menyusun analisis jabatan dan beban kerja, persyaratan kompetensi, uraian jabatan, rencana kebutuhan, penempatan, pengembangan, serta suksesi pengelola secara sistematis.	100% jabatan memiliki ANJAB dan kompetensi; 100% penempatan memenuhi syarat atau memiliki rencana pemenuhan; posisi kritis mempunyai rencana suksesi.	ANJAB/ABK; kamus kompetensi; peta jabatan; rencana SDM; pengembangan.	SDM; pimpinan unit
Setiap unit mengelola proses melalui SOP, standar layanan, pemilik proses, risiko, kendali, indikator, rekaman, evaluasi, dan perbaikan.	100% proses kritis mempunyai SOP dan risiko; minimal 90% layanan memenuhi waktu layanan; 100% kegagalan kritis dianalisis dan dikendalikan.	Peta proses; SOP; SLA; register risiko; log layanan; RCA/RTL.	Pimpinan unit; LPM
IAD memastikan data tata kelola akurat, lengkap, konsisten, mutakhir, aman, terintegrasi, memiliki pemilik, dan digunakan dalam keputusan.	Kelengkapan/validitas elemen data wajib minimal 95%; 100% laporan resmi direkonsiliasi; 100% perubahan data material meninggalkan jejak audit.	Kamus data; dashboard; rekonsiliasi; log akses/perubahan; laporan.	Unit data/TI; pemilik data
IAD mengelola risiko strategis, operasional, akademik, keuangan, hukum, reputasi, teknologi, keselamatan, dan kesinambungan layanan.	100% unit meninjau risiko minimal semesteran; 100% risiko tinggi mempunyai mitigasi, pemilik, waktu, dan indikator; proses kritis diuji kesinambungannya minimal tahunan.	Kebijakan; register risiko; BCP/DRP; hasil uji; tindak lanjut.	Rektor; pimpinan unit; fungsi risiko
IAD menilai kecukupan dan efektivitas sumber daya, struktur, sistem informasi, dan layanan pendukung sebagai bagian dari evaluasi kinerja dan RTM.	Kajian kecukupan minimal tahunan; 100% kekurangan kritis memiliki prioritas, sumber daya, dan keputusan tindak lanjut; realisasi dipantau.	Analisis beban; inventaris; anggaran; RTM; rencana pemenuhan.	Rektor; perencanaan; keuangan; unit terkait

4.3 Strategi Pencapaian

22. menerapkan cascading Renstra hingga unit dan individu yang proporsional;
23. mengembangkan dashboard kinerja, risiko, layanan, mutu, dan tindak lanjut dengan satu definisi data;
24. menyelenggarakan pengembangan kompetensi kepemimpinan, manajerial, digital, data, risiko, dan komunikasi;
25. melaksanakan rapat koordinasi berbasis agenda, data, keputusan, pemilik tindakan, dan tenggat;

26. mengintegrasikan evaluasi kinerja, survei, AMI, audit, dan RTM ke dalam RKT/RKAT berikutnya.

4.4 Risiko dan Pengendalian

Risiko	Pengendalian Minimum
Rencana tidak selaras atau target tidak terukur	cascading; kamus indikator; telaah perencanaan-mutu-keuangan; pengesahan kontrak.
Data ganda/tidak valid	pemilik data; kamus data; rekonsiliasi; kontrol akses; jejak audit; satu sumber resmi.
Rapat tidak menghasilkan tindakan	format keputusan; penanggung jawab; tenggat; dashboard tindak lanjut; eskalasi.
Gangguan layanan kritis	BCP/DRP; backup; pengganti pejabat; komunikasi krisis; uji dan perbaikan berkala.

BAB V
STANDAR INTEGRITAS, AKUNTABILITAS, DAN HUBUNGAN PEMANGKU KEPENTINGAN

Kepercayaan dibangun melalui perilaku berintegritas, layanan adil, informasi yang benar, pengaduan yang aman, audit yang efektif, dan pertanggungjawaban kepada pemangku kepentingan.

5.1 Rasional

Tata pamong harus dapat dirasakan melalui pelayanan, perlindungan hak, keteladanan, keterbukaan yang bertanggung jawab, penanganan masalah, dan penggunaan sumber daya. Oleh karena itu, bukti tata pamong tidak hanya berupa kebijakan, tetapi juga hasil layanan, kepuasan, pengaduan, audit, laporan, koreksi, dan perbaikan.

5.2 Pernyataan, Indikator, dan Bukti

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
IAD menetapkan dan menegakkan kode etik, nilai AIK, pakta integritas, larangan penyalahgunaan kewenangan, serta mekanisme penanganan pelanggaran yang adil.	100% pejabat menandatangani pakta integritas; 100% laporan etik tercatat dan diproses sesuai prosedur; 0 pembalasan terhadap pelapor yang beritikad baik.	Kode etik; pakta; register; pemeriksaan; keputusan; perlindungan pelapor.	Rektor; komite/fungsi etik; SDM
IAD menyediakan kanal pengaduan, keberatan, banding, dan pelaporan pelanggaran yang mudah diakses, rahasia, aman, independen secara proporsional, serta melarang retaliasi.	100% kanal memiliki SLA dan penanggung jawab; minimal 90% aduan direspons sesuai SLA; 100% kasus kritis dieskalasi segera; kepuasan penanganan dipantau.	SOP; kanal; log; komunikasi; putusan; survei; laporan tren.	Unit layanan; fungsi etik; pimpinan
Setiap unit menetapkan standar layanan, persyaratan, waktu, biaya bila ada, petugas, kanal, mekanisme keluhan, dan informasi status layanan.	100% layanan utama memiliki standar; minimal 90% layanan selesai sesuai SLA; kepuasan pengguna minimal 80%; diskriminasi terbukti ditangani.	Standar layanan; sistem antrean/log; survei; aduan; tindakan.	Pimpinan unit; LPM
IAD menyediakan informasi publik yang benar, konsisten, mudah diakses, mutakhir, dan tepat waktu, dengan perlindungan informasi rahasia serta data pribadi.	Minimal 95% informasi wajib tersedia/mutakhir; 100% publikasi resmi diverifikasi; 100% insiden data ditangani sesuai prosedur.	Daftar informasi; situs; verifikasi; log pembaruan; register insiden.	Humas/TI; pemilik informasi

Pernyataan Standar	Indikator dan Target Minimal	Bukti Utama	Penanggung Jawab
IAD menyampaikan laporan kinerja dan akuntabilitas institusi secara berkala kepada organ berwenang serta pemangku kepentingan sesuai hak akses.	Laporan institusi minimal tahunan dan tepat waktu; 100% unit menyampaikan laporan sesuai jadwal atau tindakan keterlambatan; laporan memuat capaian, sumber daya, risiko, temuan, dan tindak lanjut.	Laporan; dashboard; berita acara; publikasi; bukti penyampaian.	Rektor; perencanaan; unit
IAD melaksanakan AMI dan/atau audit internal berbasis risiko dengan kriteria, instrumen, auditor kompeten, independensi, sampel, bukti, pelaporan, dan tindak lanjut.	Cakupan tahunan sesuai program audit; 100% unit/proses berisiko tinggi tercakup sesuai siklus; 100% temuan kritis ditangani; minimal 90% tindakan jatuh tempo efektif.	Program; kompetensi; kertas kerja; laporan; RTL; verifikasi.	LPM/fungsi audit; auditor; auditee
IAD menindaklanjuti audit, akreditasi, pemeriksaan eksternal, evaluasi Persyarikatan, dan rekomendasi regulator secara tepat waktu dan efektif.	100% hasil eksternal diregistrasi; 100% temuan wajib memiliki rencana; minimal 90% tindakan jatuh tempo selesai dan efektif; temuan kritis 100%.	Laporan eksternal; register; keputusan; bukti penutupan.	Rektor; pemilik proses; LPM
IAD melibatkan pemangku kepentingan internal dan eksternal untuk menilai relevansi kebijakan, layanan, kinerja, risiko, dan peluang perbaikan.	Survei/FGD/konsultasi dilakukan minimal tahunan sesuai kelompok; 100% masukan prioritas dianalisis dan diputuskan; hasil dan tindak lanjut dikomunikasikan sesuai akses.	Survei; FGD; matriks masukan; keputusan; laporan balik.	LPM; humas; unit terkait

5.3 Strategi Pencapaian

27. membangun sistem pengaduan terpadu dengan klasifikasi, SLA, perlindungan, eskalasi, dan analisis tren;
28. menerbitkan standar layanan dan daftar informasi yang diperbarui berkala;
29. melaksanakan survei kepuasan, evaluasi kepemimpinan, dan konsultasi pemangku kepentingan secara terencana;
30. menetapkan kalender pelaporan, AMI, RTM, audit/pemeriksaan, dan pemantauan tindak lanjut;
31. mengkomunikasikan hasil, perbaikan, dan praktik baik secara proporsional tanpa membuka data rahasia/pribadi.

5.4 Risiko dan Pengendalian

Risiko	Pengendalian Minimum
Retaliasi atau kebocoran identitas pelapor	akses terbatas; anonimisasi; perlindungan; log akses; sanksi; eskalasi independen.
Informasi publik salah/tidak mutakhir	pemilik informasi; jadwal review; persetujuan; tanggal pembaruan; koreksi cepat.
Survei hanya formalitas	metode sahih; respons memadai; analisis per kelompok; keputusan tindak lanjut; laporan balik.
Temuan audit berulang	analisis akar masalah; tindakan sistemik; verifikasi efektivitas; eskalasi RTM; konsekuensi.

BAB VI
PELAKSANAAN PPEPP

Siklus PPEPP memastikan Standar Tata Pamong diterapkan, dinilai efektivitasnya, dikendalikan saat terjadi ketidaksesuaian, dan ditingkatkan secara berkelanjutan.

6.1 Tahapan PPEPP

Tahap	Kegiatan Inti	Luaran/Bukti	Pemilik Utama
Penetapan	analisis regulasi, Statuta, VMTS, Renstra, baseline, risiko, akreditasi, dan praktik baik; perumusan; konsultasi; pengesahan.	standar; berita acara; keputusan; baseline; register risiko; matriks pemetaan.	Rektor; Senat/BPH sesuai kewenangan; LPM
Pelaksanaan	sosialisasi; integrasi ke SOTK, ANJAB, SOP, RKT/RKAT, kontrak kinerja, layanan, sistem informasi, dan penugasan.	SOTK; ANJAB; SOP; anggaran; kontrak; data; rekaman layanan/keputusan.	Pimpinan dan seluruh unit
Evaluasi	evaluasi diri, monev, survei, audit, AMI, rekonsiliasi data, analisis risiko, capaian, layanan, kepemimpinan, dan efektivitas organ.	dashboard; laporan; survei; kertas kerja; temuan; praktik baik.	LPM; perencanaan; auditor; pemilik data
Pengendalian	koreksi, perlindungan pihak terdampak, analisis akar masalah, tindakan korektif, verifikasi efektivitas, dan eskalasi.	koreksi; RCA; RTL; verifikasi; penutupan; keputusan eskalasi.	Pemilik proses; pimpinan; LPM
Peningkatan	benchmark, inovasi, penguatan struktur/sumber daya, revisi target/standar/SOP, digitalisasi, dan replikasi praktik baik.	keputusan RTM; target baru; revisi dokumen; program peningkatan; anggaran.	Rektor; LPM; perencanaan; unit

6.2 Frekuensi Evaluasi Minimum

Objek	Frekuensi Minimum	Metode
Legalitas organ, SOTK, kewenangan, dan tupoksi	tahunan; menyeluruh saat perubahan Statuta/Renstra	telaah dokumen, wawancara, uji sampel keputusan, analisis tumpang tindih/kekosongan.
Kinerja pimpinan dan unit	semesteran untuk capaian; tahunan untuk evaluasi	dashboard, kontrak kinerja, survei, laporan, wawancara, bukti hasil dan tindak lanjut.
Layanan, pengaduan, informasi, data, dan risiko	triwulan/semesteran sesuai risiko	analisis SLA, insiden, keluhan, kepuasan, validitas data, register risiko, uji BCP.
Kepatuhan dan efektivitas standar	minimal tahunan	evaluasi diri, AMI/audit berbasis risiko, RTM, evaluasi praktik baik.
Akuntabilitas dan laporan institusi	minimal tahunan	rekonsiliasi, review pimpinan/organ, publikasi sesuai akses, umpan balik.

Objek	Frekuensi Minimum	Metode
Relevansi standar dan target	target setiap tahun; standar minimal sekali periode Renstra	perubahan regulasi/VMTS, benchmark, tren, risiko, kapasitas, hasil akreditasi/audit.

6.3 Klasifikasi dan Pengendalian Temuan

Klasifikasi	Contoh	Pengendalian
Kritis	penyalahgunaan kewenangan; fraud; pelanggaran etik berat; risiko keselamatan; kebocoran data besar; keputusan ilegal; retaliasi.	hentikan/batasi; lindungi pihak dan bukti; lapor segera; investigasi independen; keputusan organ/pimpinan berwenang.
Mayor	fungsi wajib tidak berjalan; keputusan strategis tidak sahih; audit/pengaduan tidak efektif; target utama gagal sistemik; temuan berulang.	koreksi; RCA; rencana tindakan maksimal 10 hari kerja; sumber daya; verifikasi; eskalasi RTM.
Minor	ketidaksesuaian terbatas pada bukti, waktu, atau penerapan yang tidak langsung mengancam legalitas, keselamatan, atau integritas.	koreksi dan tindakan proporsional; batas waktu; verifikasi berbasis bukti.
Observasi/peluang peningkatan	proses memenuhi standar tetapi dapat lebih efektif, efisien, adil, transparan, terintegrasi, atau terdigitalisasi.	dipertimbangkan dalam RKT/RKAT, inovasi proses, benchmark, atau peningkatan target.

6.4 Mekanisme Tindak Lanjut

32. pemilik proses mengakui dan mengklasifikasikan temuan berdasarkan dampak, kemungkinan, luas, dan keberulangan;
33. koreksi segera dilakukan untuk memulihkan layanan, hak, kepatuhan, data, atau keselamatan;
34. akar masalah dianalisis dengan melibatkan pihak relevan dan tidak berhenti pada kesalahan individu;
35. rencana tindakan memuat keluaran, penanggung jawab, sumber daya, tenggat, indikator efektivitas, dan risiko residual;
36. LPM/auditor memverifikasi bukti serta efektivitas; temuan hanya ditutup bila masalah dan risiko terkendali;
37. temuan terlambat, tidak efektif, kritis, atau berulang dieskalasi kepada pimpinan dan RTM.

BAB VII
PENGUKURAN, PELAPORAN, DAN TINDAK LANJUT

Pengukuran harus menggunakan definisi yang konsisten, data tertelusur, analisis yang proporsional, dan keputusan tindak lanjut yang jelas.

7.1 Tata Kelola Data Indikator

38. setiap indikator mempunyai kode, definisi, formula, unit analisis, baseline, target, sumber, pemilik data, pemverifikasi, frekuensi, tanggal ekstraksi, dan aturan perubahan;
39. data disajikan terpilah menurut unit/jenis layanan/kelompok pengguna bila relevan, dengan menjaga kerahasiaan dan menghindari identifikasi kelompok kecil;
40. laporan resmi menggunakan sumber data yang telah direkonsiliasi; koreksi setelah pengesahan meninggalkan jejak audit dan persetujuan;
41. indikator kepatuhan tidak boleh ditutupi oleh rata-rata kinerja; satu pelanggaran kritis tetap ditangani meskipun skor agregat tinggi;
42. narasi kinerja menjelaskan tren, variasi, target, akar masalah, risiko, praktik baik, tindakan, dan efektivitasnya.

7.2 Pelaporan

Laporan	Isi Minimum	Penerima/Waktu
Dashboard tata pamong	capaian unit, SLA, keputusan/tindakan, risiko, pengaduan, integritas, data, audit, dan status tindak lanjut.	pimpinan dan unit terkait; triwulan/semesteran.
Laporan kinerja tahunan	target-realisasi, tren, sumber daya, risiko, kepemimpinan, layanan, kepuasan, pengaduan, audit, akreditasi, tindak lanjut, dan rekomendasi.	Rektor, BPH/Senat sesuai kewenangan, LPM, unit, dan publik sesuai akses; maksimal 60 hari setelah tahun berakhir.
Laporan AMI/RTM	kesesuaian, efektivitas, temuan, akar masalah, risiko, praktik baik, tindakan, kebutuhan sumber daya, dan keputusan peningkatan.	auditee, pimpinan, dan organ terkait; sesuai kalender SPMI.
Laporan insiden kritis	fakta awal, pihak/layanan terdampak, perlindungan, bukti, kewenangan, komunikasi, tindakan, dan rencana investigasi.	pimpinan/organ berwenang segera sesuai prosedur.
Akuntabilitas publik	ringkasan VMTS, tata kelola, program, capaian, penggunaan sumber daya, mutu, kontribusi, risiko utama, dan perbaikan tanpa membuka informasi yang dikecualikan.	pemangku kepentingan; minimal tahunan.

7.3 Rapat Tinjauan Manajemen

RTM sekurang-kurangnya membahas status keputusan sebelumnya, perubahan regulasi/Statuta/VMTS, capaian indikator, kinerja organ dan pimpinan, risiko/peluang, hasil AMI/audit/akreditasi, kepuasan dan pengaduan, integritas, data, layanan, kecukupan sumber daya, efektivitas tindakan, praktik baik, serta usulan peningkatan. Keputusan RTM harus menetapkan tindakan, penanggung jawab, sumber daya, batas waktu, risiko residual, dan metode verifikasi.

7.4 Peninjauan dan Peningkatan Standar

43. standar ditinjau minimal sekali dalam periode Renstra atau lebih cepat jika terdapat perubahan regulasi, Statuta, struktur, VMTS, risiko, teknologi, Persyarikatan, atau hasil evaluasi yang material;
44. target tahunan ditinjau setiap penyusunan RKT/RKAT menggunakan baseline minimal tiga tahun, benchmark relevan, risiko, dan kemampuan sumber daya;
45. peningkatan dapat berupa perbaikan struktur/kewenangan, kenaikan target, digitalisasi, pemendekan SLA, penguatan checks and balances, perluasan partisipasi, atau peningkatan keterbukaan/akuntabilitas;
46. penurunan target harus beralasan, disetujui secara sah, bersifat sementara bila memungkinkan, dan tidak boleh menurunkan kepatuhan wajib.

7.5 Dokumen Operasional Minimum

Kelompok	Dokumen Minimum
Struktur dan kewenangan	Statuta; SOTK; keputusan organ/unit; tata tertib; matriks kewenangan/delegasi; uraian tugas; ANJAB/ABK; RACI.
Kepemimpinan dan kinerja	pedoman pemilihan/pengangkatan/evaluasi; pakta integritas; Renstra; RKT/RKAT; kontrak; dashboard; notulen; laporan.
Integritas dan layanan	kode etik; konflik kepentingan; pengaduan/WBS; perlindungan pelapor; standar layanan; informasi publik; pelindungan data.
Pengendalian dan risiko	peta proses; SOP; register risiko; BCP/DRP; pengendalian dokumen/arsip; AMI/audit; RTL; RTM.
Umpan balik dan akuntabilitas	survei; FGD; laporan akuntabilitas; laporan balik; register masukan; tindak lanjut akreditasi/pemeriksaan.

Catatan pengesahan: Sebelum diberlakukan, IAD perlu mengonfirmasi nomenklatur organ/unit pada Statuta/SOTK, kode dokumen, pejabat penandatangan, perangkat audit/pengawasan yang tersedia, pemilik data, baseline tiga tahun, dan target tahun pertama pada Lampiran C.

DAFTAR PUSTAKA

47. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
48. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
49. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.
50. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi.
51. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
52. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2022.
53. Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi. Peraturan Menteri Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Nomor 10 Tahun 2026.
54. Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. Pedoman Implementasi SPMI bagi Perguruan Tinggi Penyelenggara Pendidikan Akademik. 2026.
55. Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang IAPT 4.1 dan kebijakan masa transisi yang berlaku.
56. Pimpinan Pusat Muhammadiyah/Majelis Diktilitbang. Pedoman Perguruan Tinggi Muhammadiyah dan ketentuan pelaksanaannya yang berlaku.
57. Universitas Muhammadiyah Surabaya. Standar Mutu Tata Pamong. Dokumen acuan yang diberikan pengguna.
58. Institut Ahmad Dahlan Probolinggo. Statuta 2024, RIP 2024-2048, Renstra 2025-2029, VMTS, dokumen SPMI, SOTK, kode etik, dan dokumen institusi yang berlaku.

LAMPIRAN A

MATRIKS INDIKATOR UTAMA

Kode	Indikator	Formula/Definisi	Target Awal	Pemilik Data	Frekuensi
TPG-01	Legalitas organ/unit	Organ/unit aktif dengan dasar pembentukan sah / seluruh organ-unit aktif x100%	100%	Sekretariat/ SDM	Tahunan
TPG-02	Kelengkapan tupoksi	Unit/jabatan dengan tupoksi terkini / seluruh unit-jabatan x100%	100%	SDM/Unit	Tahunan
TPG-03	Kesesuaian pengangkatan	Pengangkatan dengan bukti pemenuhan syarat/proses / seluruh pengangkatan x100%	100%	SDM/Sekretariat	Per peristiwa
TPG-04	Evaluasi pimpinan	Pimpinan yang dievaluasi tahunan / seluruh pimpinan wajib x100%	100%	SDM/LPM	Tahunan
TPG-05	Keputusan strategis tertelusur	Keputusan strategis dengan dasar-data-proses-persetujuan-tindak lanjut / seluruh keputusan strategis x100%	100%	Sekretariat	Semesteran
TPG-06	Pengungkapan konflik	Pihak wajib yang mengisi disclosure / seluruh pihak wajib x100%	100%	SDM/Sekretariat	Per proses
TPG-07	Mitigasi konflik	Konflik teridentifikasi yang dimitigasi / seluruh konflik teridentifikasi x100%	100%	Pimpinan/Fungsi etik	Per kasus
TPG-08	Partisipasi kebijakan	Kebijakan strategis dengan konsultasi atau alasan sah / seluruh kebijakan strategis x100%	100%	Pemilik kebijakan	Tahunan
TPG-09	Keselarasan rencana unit	Unit dengan RKT-RKAT-kontrak selaras / seluruh unit x100%	100%	Perencanaan	Tahunan
TPG-10	Capaian target utama	Target utama tercapai / target utama jatuh tempo x100%	>=80%	Perencanaan/Unit	Semesteran
TPG-11	Kepemimpinan dinilai baik	Responden valid memberi nilai baik-sangat baik / seluruh responden valid x100%	>=80%	LPM/SDM	Tahunan
TPG-12	Tindak lanjut keputusan	Tindakan rapat selesai tepat waktu / tindakan jatuh tempo x100%	>=90%	Sekretariat/ Unit	Bulanan/triwulan
TPG-13	Kelengkapan ANJAB	Jabatan dengan ANJAB-kompetensi / seluruh jabatan x100%	100%	SDM	Tahunan
TPG-14	Proses kritis terkendali	Proses kritis dengan SOP-risiko-kendali / seluruh proses kritis x100%	100%	Unit/LPM	Tahunan
TPG-15	Kepatuhan SLA	Layanan selesai sesuai SLA / layanan selesai x100%	>=90%	Unit layanan	Triwulan

Kode	Indikator	Formula/Definisi	Target Awal	Pemilik Data	Frekuensi
TPG-16	Kepuasan layanan	Responden valid puas-sangat puas / seluruh responden valid x100%	>=80%	LPM/Unit	Tahunan
TPG-17	Validitas data wajib	Elemen data valid-lengkap / elemen data wajib x100%	>=95%	Pemilik data/TI	Semesteran
TPG-18	Mitigasi risiko tinggi	Risiko tinggi dengan mitigasi aktif / seluruh risiko tinggi x100%	100%	Pimpinan/Unit	Triwulan
TPG-19	Uji kesinambungan	Proses kritis yang diuji BCP-DRP / proses kritis terjadwal x100%	100%	TI/Unit	Tahunan
TPG-20	Respons pengaduan	Aduan direspons sesuai SLA / aduan jatuh tempo x100%	>=90%	Unit layanan/Fungsi etik	Triwulan
TPG-21	Penanganan etik	Laporan etik diproses sesuai prosedur / laporan valid x100%	100%	Fungsi etik	Per kasus
TPG-22	Informasi publik mutakhir	Item informasi wajib tersedia-mutakhir / seluruh item wajib x100%	>=95%	Humas/Pemilik	Triwulan
TPG-23	Akuntabilitas tahunan	Laporan institusi diterbitkan tepat waktu	100%	Rektor/Perencanaan	Tahunan
TPG-24	Efektivitas tindak lanjut	Tindakan jatuh tempo selesai dan efektif / seluruh tindakan jatuh tempo x100%	>=90%; kritis 100%	Pemilik proses/LPM	Triwulan

Target awal berlaku setelah divalidasi dan disahkan. Target tahunan yang lebih tinggi dapat ditetapkan dalam RKT/RKAT tanpa menunggu revisi dokumen sepanjang definisi indikator tidak berubah.

LAMPIRAN B

INSTRUMEN EVALUASI STANDAR TATA PAMONG

Skor: 0 = tidak ada/tidak dilaksanakan; 1 = ada tetapi tidak memadai; 2 = sebagian memenuhi; 3 = memenuhi; 4 = melampaui dan efektif. Auditor mencatat sampel, bukti, temuan, risiko, praktik baik, dan rekomendasi.

No.	Area	Pertanyaan Audit	Contoh Bukti
1	Legalitas	Apakah Statuta/SOTK dan dasar pembentukan organ/unit sah, konsisten, mutakhir, dan dilaksanakan?	Statuta, SOTK, SK, bagan, telaah
2	Kewenangan	Apakah kewenangan, delegasi, checks and balances, kuorum, dan hubungan kerja jelas serta dipatuhi?	Tatib, delegasi, risalah, keputusan
3	Tupoksi	Apakah tupoksi, RACI, peta proses, dan pemilik fungsi lengkap serta tidak tumpang tindih?	Tupoksi, RACI, peta proses
4	Pengangkatan	Apakah seleksi, pengangkatan, evaluasi, suksesi, dan serah terima memenuhi persyaratan?	Pedoman, SK, CV, evaluasi, serah terima
5	Keputusan	Apakah keputusan strategis berbasis data, konsultasi, risiko, persetujuan, komunikasi, dan tindak lanjut?	Kajian, notulen, keputusan, log
6	Konflik kepentingan	Apakah konflik diungkap, dinilai, dimitigasi, dan diawasi secara efektif?	Disclosure, register, recusal, mitigasi
7	Kepemimpinan	Apakah kepemimpinan operasional, organisasional, dan publik menghasilkan kinerja yang sahih?	Kontrak, survei, hasil, jejaring
8	Perencanaan	Apakah VMTS-Renstra-standar dijabarkan ke target, anggaran, risiko, pemilik, dan data?	RKT/RKAT, cascading, kamus indikator
9	SDM pengelola	Apakah ANJAB, kompetensi, beban, penempatan, pengembangan, dan suksesi memadai?	ANJAB/ABK, peta jabatan, pelatihan
10	Proses dan layanan	Apakah proses kritis mempunyai SOP, SLA, kendali, rekaman, evaluasi, dan perbaikan?	SOP, SLA, log, survei, RTL
11	Data dan digital	Apakah data akurat, terintegrasi, aman, mutakhir, tertelusur, dan digunakan dalam keputusan?	Kamus data, dashboard, rekonsiliasi, log
12	Risiko dan BCP	Apakah risiko dikelola dan kesinambungan proses kritis diuji serta diperbaiki?	Register, mitigasi, BCP/DRP, hasil uji
13	Etik dan AIK	Apakah kode etik, pakta integritas, AIK, antikorupsi, dan penanganan pelanggaran efektif?	Kode, pakta, register kasus, putusan
14	Pengaduan	Apakah kanal mudah, rahasia, aman, tepat waktu, bebas retaliasi, dan dianalisis trennya?	SOP, kanal, log, eskalasi, survei
15	Transparansi	Apakah informasi publik benar, mutakhir, mudah diakses, dan melindungi data rahasia/pribadi?	Daftar informasi, situs, log pembaruan

No.	Area	Pertanyaan Audit	Contoh Bukti
16	Akuntabilitas	Apakah laporan kinerja dan penggunaan sumber daya lengkap, tepat waktu, ditelaah, serta disampaikan sesuai akses?	Laporan, dashboard, berita acara, publikasi
17	AMI/audit	Apakah audit berbasis risiko, independen, kompeten, berbukti, dan menghasilkan tindak lanjut efektif?	Program, kertas kerja, laporan, RTL
18	Pemangku kepentingan	Apakah masukan internal-eksternal dikumpulkan, dianalisis, diputuskan, dan diberi umpan balik?	Survei/FGD, matriks masukan, keputusan
19	PPEPP	Apakah evaluasi menghasilkan koreksi, RCA, tindakan, verifikasi, RTM, dan peningkatan standar?	Monev, RCA, RTL, verifikasi, RTM
20	Hasil	Apakah sistem tata pamong terbukti efektif, efisien, adil, dipercaya, dan mendukung capaian VMTS?	Tren indikator, akreditasi, kepuasan, audit

Ringkasan Hasil

Jumlah Skor	Skor Maksimum	Persentase	Kesimpulan	Temuan Prioritas
.....	80	.....%	.....	.....

Persentase menggambarkan kematangan, bukan menggantikan penilaian kepatuhan. Satu temuan kritis tetap harus ditangani walaupun persentase total tinggi.

LAMPIRAN C
LEMBAR VALIDASI TARGET TAHUNAN

Lampiran ini diisi bersama oleh pimpinan IAD, LPM, perencanaan, SDM, keuangan, TI/data, sekretariat, UPPS/program studi, dan unit terkait sebelum pengesahan atau pada awal siklus RKT/RKAT.

Elemen	Isian/Keputusan
Periode baseline	Tahun ..... s.d. .....
Sumber data dan tanggal ekstraksi	.....
Kelengkapan/kualitas data	.....
Kesesuaian organ/unit dengan Statuta/SOTK	.....
Perubahan regulasi/VMTS/Renstra	.....
Risiko dan kendala sumber daya	.....
Benchmark yang digunakan	.....
Target tahun berjalan	Terlampir dalam matriks target dan kontrak kinerja
Persetujuan	Rektor/Wakil Rektor/LPM/Perencanaan/SDM/Keuangan/unit sesuai kewenangan

Matriks Penetapan Target

Kode	Baseline	Target Tahun 1	Target Tahun 2	Target Tahun 3	Catatan/Dasar
TPG-01	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-02	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-03	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-04	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-05	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-06	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-07	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-08	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-09	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-10	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-11	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-12	.....	.....	.....	.....	.....

Kode	Baseline	Target Tahun 1	Target Tahun 2	Target Tahun 3	Catatan/Dasar
TPG-13	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-14	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-15	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-16	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-17	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-18	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-19	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-20	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-21	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-22	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-23	.....	.....	.....	.....	.....
TPG-24	.....	.....	.....	.....	.....