UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

RENCANA OPERASIONAL

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

2026–2030

SAMBAS
2026

UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

RENCANA OPERASIONAL

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

2026–2030

Penjabaran program, kegiatan, dan target tahunan
berdasarkan draf final Renstra 10 Oktober 2026

SAMBAS
2026

Draf untuk pembahasan dan penetapan. Jadwal teknis dan kebutuhan sumber daya merupakan rancangan operasional yang diselaraskan dengan keputusan pimpinan.

Lembar Pengesahan

RENCANA OPERASIONAL LPM UNISSAS TAHUN 2026–2030

Rencana Operasional ini disusun sebagai pedoman pelaksanaan program tahunan LPM dan koordinasi penjaminan mutu bersama PPM, fakultas, Sekolah Pascasarjana, program studi, dan unit lainnya. Pemberlakuannya mengikuti penetapan pimpinan dan keselarasan dengan Renstra yang disahkan.

Nomor keputusan : .....
Tanggal penetapan : .....

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Ketua LPM	Wakil Rektor Bidang Akademik dan Pengembangan Kelembagaan	Rektor UNISSAS
Dr. Reza Akbar, S.Si., M.H.	Dr. Purniadi Putra, M.Pd.	Dr. H. Arnadi, M.Pd.

Sambas, 12 Oktober 2026

Pengendalian	Ketentuan
Acuan utama	Draf final Renstra LPM 2026–2030, versi 10 Oktober 2026.
Pemilik dan pengendali	LPM; pengendalian versi oleh sekretaris bersama Pusat Data dan Informasi Mutu.
Pembaruan	Peninjauan tahunan melalui evaluasi/RTM; perubahan target strategis mengikuti mekanisme Renstra.
Batas data	Kondisi awal mengikuti Renstra; rincian kegiatan dalam Renop adalah rencana

Kata Pengantar

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas tersusunnya Rencana Operasional Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Tahun 2026–2030. Dokumen ini disusun sebagai pedoman untuk mewujudkan arah strategis penjaminan mutu melalui kegiatan yang terencana, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kehadirannya diharapkan membantu LPM bersama seluruh unit dalam menyelaraskan langkah, menjalankan tanggung jawab, serta mengawal peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Penyusunan Renop mengacu pada draf final Renstra LPM versi 10 Oktober 2026, yang memuat enam sasaran strategis, dua belas program, dan dua puluh delapan indikator kinerja. Arah pengembangan tersebut dijabarkan ke dalam kegiatan tahunan dengan memperjelas tahapan pelaksanaan, penanggung jawab, jadwal, serta keluaran yang diharapkan. Melalui penjabaran ini, setiap pusat di lingkungan LPM memiliki acuan kerja yang selaras, sementara fakultas, program studi, dan unit pendukung dapat memahami perannya dalam pemenuhan standar serta penyediaan bukti pelaksanaannya.

Pada tahun 2026, pelaksanaan program difokuskan pada konsolidasi dan evaluasi diri atas 139 standar SPMI untuk memperoleh gambaran mengenai capaian, kesenjangan, dan kebutuhan perbaikan. Hasil evaluasi tersebut menjadi pijakan bagi pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) mulai tahun 2027, sekaligus mendukung penataan tindak lanjut dan kesiapan akreditasi. Pada tahun-tahun berikutnya, pengembangan diarahkan untuk menjaga konsistensi pelaksanaan siklus mutu, memastikan efektivitas perbaikan, serta memperkuat keberlanjutan hasil yang telah dicapai.

Keberhasilan pelaksanaan Renop memerlukan pengaturan waktu, pendampingan, dan dukungan sumber daya yang sesuai dengan kebutuhan serta kapasitas institusi. Kebutuhan pembiayaan dijabarkan melalui Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan (RKAT) berdasarkan perhitungan yang jelas dan dapat ditelusuri. Jadwal kegiatan juga diselaraskan dengan kalender akademik agar hasil evaluasi dapat digunakan tepat waktu untuk memperbaiki pembelajaran dan layanan pada semester berikutnya.

Kami berharap Renop ini menjadi acuan yang digunakan secara konsisten dalam perencanaan kerja, pembagian tugas, pelaksanaan kegiatan, dan penilaian capaian. Penyempurnaannya dilakukan berdasarkan hasil evaluasi serta perkembangan kebutuhan institusi agar tetap relevan dan bermanfaat bagi seluruh pelaksana. Semoga kerja bersama seluruh unsur UNISSAS dalam melaksanakan Renop ini semakin memperkuat budaya mutu dan mendukung penyelenggaraan pendidikan tinggi yang berlandaskan Pancasila dan berasaskan Islam.

Sambas, Oktober 2026

Ketua LPM UNISSAS

Dr. Reza Akbar, S.Si., M.H.

Daftar Isi dan Petunjuk Penggunaan

Bagian	Halaman
BAB I Pendahuluan	5
BAB II Kerangka Pelaksanaan	7
BAB III Rencana Operasional Tahunan	11
BAB IV Monitoring Evaluasi dan Penyesuaian	30
BAB V Penutup	34
Lampiran A Target Tahunan Renstra	35
Lampiran B Instrumen Pemantauan	38
Daftar Rujukan	41

Cara menggunakan dokumen

Penggunaan Renop diawali dengan menelaah matriks kegiatan tahun berjalan dan mencocokkan kode program serta indikatornya dengan target pada Lampiran A. Berdasarkan matriks tersebut, setiap kepala pusat menyusun rincian penugasan sesuai bidang tanggung jawabnya, termasuk pembagian peran dan jadwal pelaksanaan. Unit pelaksana selanjutnya menghimpun bukti, memperbarui informasi capaian, serta menyampaikan kendala dan kebutuhan tindak lanjut melalui format pemantauan pada Lampiran B.

Untuk menjaga keterkaitan dengan Renstra, dokumen ini menggunakan kode P01–P12 untuk program, S1–S6 untuk sasaran, dan I01–I28 untuk indikator. Penomoran kegiatan, seperti 2027.P04, menunjukkan pelaksanaan program P04 pada tahun 2027 dan digunakan sebagai identitas kegiatan dalam perencanaan serta pemantauan. Penomoran tersebut terpisah dari sistem kode dokumen SPMI. Setiap baris dalam matriks memuat satu paket kerja yang dapat dijabarkan lebih lanjut menjadi penugasan teknis sesuai kebutuhan pelaksanaan.

Target strategis dalam Renop mengacu pada Renstra, sedangkan jadwal, urutan pekerjaan, dan bentuk keluaran merupakan penjabaran operasional yang perlu ditetapkan melalui mekanisme yang berlaku. Dalam pencatatan capaian, kondisi yang belum terukur atau belum terverifikasi dinyatakan sesuai statusnya agar tidak menimbulkan kesan bahwa nilainya nol. Demikian pula, pengesahan perangkat yang masih berbentuk draf dan penetapan status akreditasi dicatat setelah didukung dokumen resmi.

Singkatan yang digunakan dalam dokumen ini adalah sebagai berikut.

BAB I Pendahuluan

1.1 Latar Belakang dan Tujuan

Renop LPM 2026–2030 disusun sebagai pedoman untuk mewujudkan sasaran mutu UNISSAS melalui kegiatan yang terarah, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan. Setiap kegiatan dijabarkan dengan memperjelas penanggung jawab, waktu pelaksanaan, keluaran, serta bukti hasil yang perlu disiapkan. Penyusunannya berangkat dari kebutuhan untuk mengukur pemenuhan standar secara sistematis, memperluas keterlibatan seluruh unit, dan memastikan bahwa hasil evaluasi digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan perbaikan. [A1]

Sebagaimana tergambar dalam Renstra, pemenuhan 139 standar SPMI belum diukur dan dilaporkan secara sistematis, sementara AMI dan RTM belum terlaksana. Perangkat SPMI dan sebagian laporan telah tersedia, tetapi penataan dokumen di tingkat fakultas dan program studi masih perlu diperkuat agar bukti pemenuhan standar dapat dihimpun serta ditelusuri secara menyeluruh. Kondisi ini menjadi dasar untuk menyusun langkah operasional secara bertahap, dimulai dari pemetaan standar dan bukti, pelaksanaan evaluasi, hingga pengendalian tindak lanjut sesuai kapasitas personel dan dukungan institusi.

Dalam menjalankan langkah tersebut, LPM memiliki modal berupa kepemimpinan yang kuat, sumber daya manusia yang berpengalaman, serta praktik pengelolaan dokumen internal yang didukung pemanfaatan Google Drive dan website. Kekuatan ini menjadi bekal untuk mendampingi fakultas, program studi, dan unit pendukung dalam mengembangkan tata kelola mutu. Pelaksanaannya tetap mempertimbangkan pembagian waktu personel dengan kewajiban tridharma, kebutuhan orientasi pengurus PPM, keterbatasan konektivitas internet, serta belum tersedianya anggaran khusus program pada kondisi awal.

Atas dasar itu, Renop diarahkan untuk memperjelas pekerjaan setiap pusat, menghubungkan target dengan keluaran dan bukti pencapaiannya, serta menyelaraskan kalender evaluasi dengan kebutuhan pelaksanaan kegiatan. Dokumen ini juga menjadi dasar penyusunan usulan RKAT dan sarana koordinasi antarunit. Melalui pembagian peran yang jelas, setiap unit bertanggung jawab melaksanakan standar sesuai kewenangannya, sedangkan LPM mendampingi, menjaga konsistensi penerapan sistem, dan mengawal tindak lanjut perbaikan.

1.2 Dasar Penyusunan

Penyusunan Renop ini mengacu pada draf final Renstra LPM versi 10 Oktober 2026, khususnya Bab IV yang memuat tujuan, sasaran, dan tahapan pengembangan; Bab V tentang program dan target kinerja; serta Bab VI mengenai pelaksanaan, pendanaan, dan evaluasi. Penjadwalan kegiatan yang berkaitan dengan pembelajaran diselaraskan dengan Kalender Akademik Tahun Akademik 2026/2027, sebagaimana ditetapkan melalui Keputusan Rektor Nomor 057 Tahun 2026. Selain itu, penyusunan Renop memanfaatkan data dan informasi yang telah dipetakan dalam daftar rujukan Renstra, meliputi Statuta, VMTS, tugas pokok dan fungsi LPM, inventaris dokumen SPMI, serta laporan evaluasi. Keterkaitan antardokumen tersebut menjadi dasar untuk menjaga keselarasan antara arah pengembangan, pembagian tanggung jawab, dan pelaksanaan kegiatan tahunan. [A1, A2]

1.3 Ruang Lingkup dan Kedudukan Renop

Ruang lingkup Renop meliputi pengelolaan standar dan evaluasi diri, sosialisasi SPMI, pengelolaan data mutu, pelaksanaan audit dan RTM, serta pengembangan kurikulum, pembelajaran, akreditasi, dan mutu mahasiswa. Cakupan tersebut juga mencakup tracer study, survei pemangku kepentingan, evaluasi lintas bidang, penguatan organisasi, dan pengembangan jejaring. Evaluasi pemenuhan standar penelitian, pengabdian kepada masyarakat, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, pembiayaan, serta kerja sama dilakukan bersama unit yang bertanggung jawab sesuai tugas dan kewenangannya.

Dalam kerangka perencanaan institusi, Renstra menetapkan arah pengembangan dan target yang hendak dicapai, kemudian Renop menjabarkannya menjadi kegiatan operasional. Dukungan pelaksanaan dan pembiayaan tahunan selanjutnya direncanakan melalui RKAT. Seluruh kegiatan tetap dicantumkan dalam Renop, termasuk kegiatan yang dapat dilaksanakan dengan memanfaatkan personel dan sarana yang tersedia. Apabila diperlukan dukungan tambahan, kebutuhannya dihitung berdasarkan volume kegiatan dan diajukan melalui mekanisme anggaran universitas.

Khusus tahun 2026, penyusunan rencana memperhatikan waktu penyelesaian dokumen serta kegiatan yang telah berlangsung. Capaian Januari–September dicatat sebagai kondisi awal sepanjang didukung bukti yang memadai, sedangkan kegiatan Oktober–Desember diarahkan untuk menyelesaikan konsolidasi dan memperkuat data dasar penjaminan mutu. Pencatatan ini menjaga kejelasan antara capaian sebelumnya dan pelaksanaan kegiatan berdasarkan Renop yang ditetapkan.

Rencana tahun 2027 disusun dengan mengacu pada kalender akademik yang telah tersedia. Untuk tahun 2028–2030, pola evaluasi tetap dipertahankan agar siklus penjaminan mutu berjalan secara konsisten, sementara tanggal pelaksanaan diselaraskan dengan kalender akademik dan RKAT masing-masing tahun. Penyesuaian jadwal dilakukan dengan tetap mengacu pada target Renstra; apabila diperlukan perubahan target, penetapannya mengikuti mekanisme evaluasi dan persetujuan pimpinan.

1.4 Prinsip Keterlacakan

Hubungan	Penerapan
Sasaran → program	Satu program dapat mendukung lebih dari satu sasaran; keterkaitan mengikuti Renstra.
Program → kegiatan	Paket kegiatan[1] tahunan memuat tahapan dan keluaran yang diperiksa.
Kegiatan → indikator	Capaian diukur melalui I01–I28; keluaran tambahan menjadi bukti pendukung.
Indikator → bukti	Nilai dilengkapi periode, sumber, pembilang/penyebut, dan status verifikasi.
Evaluasi → keputusan	Kesenjangan ditindaklanjuti dengan PIC, tenggat, dukungan, dan cara verifikasi.

[1] Paket kegiatan adalah satu kesatuan pekerjaan dalam suatu program yang mencakup tahapan pelaksanaan, penanggung jawab, jadwal, serta keluaran dan bukti hasil yang saling berkaitan. Setiap paket dapat dijabarkan menjadi beberapa kegiatan teknis atau penugasan untuk mendukung pencapaian target tahunan.

BAB II Kerangka Pelaksanaan

2.1 Landasan Operasional dan Kondisi Awal

Kondisi menurut Renstra	Implikasi untuk pelaksanaan
139 standar belum diukur sistematis	Pelaksanaan diawali dengan validasi daftar dan cakupan standar, dilanjutkan dengan evaluasi diri terhadap seluruh standar pada tahun 2026, serta verifikasi hasil dan pengukuran secara berkala pada tahun-tahun berikutnya.
15 pedoman, 8 dokumen mutu/perencanaan, 7 laporan	Sebanyak 30 entri dokumen yang telah teridentifikasi dikelola dalam daftar induk, sedangkan SOP internal perlu diinventarisasi untuk memastikan jumlah, kelengkapan, dan status pengesahannya.
26 entri sumber prodi; identitas perlu pencocokan	Daftar program studi aktif perlu divalidasi untuk memastikan setiap prodi tercatat satu kali, sehingga jumlah yang digunakan sebagai dasar perhitungan indikator akurat.
17 Baik; 1 Baik Sekali; 2 Terakreditasi Pertama; 6 belum tercantum	Status dan masa berlaku akreditasi dicocokkan dengan surat keputusan yang menjadi dasar penetapannya untuk memastikan ketepatan data.
Institusi Baik; akhir masa berlaku pada sumber 29 Desember 2028	Penyiapan dan pengumpulan bukti dimulai pada tahun 2026, dilanjutkan dengan reviu kelengkapan dan kesesuaiannya pada tahun 2027, serta pengajuan akreditasi pada tahun 2028 sesuai jalur dan tenggat resmi yang berlaku.
AMI dan RTM belum berjalan	Tahun 2026 difokuskan pada penyiapan perangkat dan mekanisme pelaksanaan, kemudian mulai tahun 2027 dilaksanakan satu siklus AMI dan satu RTM tingkat universitas setiap tahun.
Belum ada anggaran khusus program	Kebutuhan biaya disusun sebagai dasar pengusulan alokasi anggaran mulai tahun 2027, disertai penetapan kegiatan prioritas yang tetap harus dilaksanakan apabila dukungan pendanaan terbatas.

Sumber: A1, Bab II dan Bab V. Perpanjangan akreditasi dalam data kerja perlu dicocokkan dengan keputusan resmi; proyeksi satu tahun tidak menggantikan bukti legal.

Pengelolaan dokumen mutu memperhatikan ketersediaan perangkat sekaligus bukti penerapannya dalam kegiatan unit. Dokumen yang masih berbentuk draf diproyeksikan selesai dan disahkan pada tahap awal pelaksanaan Renop, kemudian digunakan sebagai acuan kerja dengan disertai penghimpunan bukti oleh unit pelaksana. Sementara itu, pemetaan 35 butir kebutuhan dokumen dan bukti akreditasi institusi menjadi acuan pembagian pekerjaan lintas unit untuk menilai kelengkapan serta menentukan prioritas pemenuhannya. Jumlah tersebut menunjukkan kebutuhan yang harus dipenuhi sehingga dicatat secara terpisah dari inventaris dokumen yang telah tersedia.

2.2 Program dan Penanggung Jawab

Program	Sasaran dan indikator	Koordinator	Mitra pelaksanaan
P01 Konsolidasi standar dan evaluasi diri	S1 I01–I03, I25	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat	Seluruh pemilik standar; PPM
P02 Sosialisasi dan penguatan kepemilikan mutu	S3 I05, I06, I12	Sekretaris dan seluruh pusat	Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit
P03 Dokumentasi dan pengelolaan data mutu	S1, S6 I04, I18, I25	Pusat Data dan Informasi Mutu	Pusdatin; PPM; unit pemilik data
P04 AMI tahunan dan peningkatan mutu	S2 I07, I08, I11	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal	Auditor; seluruh auditee
P05 RTM dan pengendalian tindak lanjut	S2, S3 I09–I11	Ketua LPM	Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit
P06 Pengembangan kurikulum dan mutu pembelajaran	S4 I13–I15	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran	Fakultas; prodi; PPM; dosen
P07 Pengawalan akreditasi institusi dan prodi	S5 I19–I24	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu	Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM
P08 Pengembangan mutu mahasiswa	S4 I17	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa	Puslatbima; kemahasiswaan; prodi
P09 Tracer study dan kepuasan pemangku kepentingan	S4 I16	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa	Prodi; pengelola alumni; unit layanan
P10 Evaluasi standar lintas bidang	S1, S4 I03	LPM bersama unit pemilik standar	LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI
P11 Penguatan organisasi dan kapasitas	S6 I26, I27	Ketua dan Sekretaris LPM	Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin
P12 Jejaring dan pembelajaran mutu	S5, S6 I28	Ketua LPM dan pusat terkait	Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik

Sumber: A1, Bab V. Koordinator mengelola program; unit pemilik proses tetap bertanggung jawab atas pelaksanaan standar dan pengesahan data sumber.

2.3 Alur Kerja dan Keterlibatan Unit

Ketua LPM memimpin penyelarasan program melalui koordinasi dengan Wakil Rektor Bidang Akademik dan Pengembangan Kelembagaan agar pelaksanaannya sejalan dengan arah pengembangan universitas. Sekretaris mendukung proses tersebut dengan mengoordinasikan penugasan, menyelaraskan jadwal, mengelola administrasi, serta mengawal pengesahan perangkat mutu. Setiap kepala pusat bertanggung jawab mengelola kegiatan sesuai bidangnya dan menyampaikan perkembangan, kendala, serta kebutuhan keputusan kepada ketua sebagai dasar pengendalian pelaksanaan program.

Pada tingkat fakultas dan Sekolah Pascasarjana, pimpinan masing-masing unit memimpin pemenuhan standar dengan dukungan PPM dalam mendampingi program studi menata bukti, melaksanakan evaluasi, dan menyelesaikan tindak lanjut. Unit pendukung turut menetapkan penanggung jawab atas standar yang menjadi kewenangannya agar pelaksanaan dan pelaporan berjalan secara terkoordinasi. Dosen dan tenaga kependidikan berkontribusi melalui pelaksanaan tugas serta penyediaan bukti, sedangkan mahasiswa, alumni, pengguna lulusan, dan mitra dilibatkan sesuai perannya dalam kegiatan maupun pemberian umpan balik untuk perbaikan mutu.



Gambar 2.1 Peta jalan sebagai dasar penjabaran kegiatan tahunan. Diadaptasi dari A1, bagian 4.2.

2.4 Aturan Pelaksanaan dan Bukti

Pelaksanaan setiap paket kegiatan diawali dengan penetapan tugas dan keluaran yang diharapkan agar seluruh pihak memahami tanggung jawab serta hasil yang harus dicapai. Koordinator menelaah kebutuhan data, kesiapan pelaksana, dan keterkaitan dengan kegiatan lain sebagai dasar penyusunan langkah kerja. Jadwal kemudian disepakati bersama unit terkait dengan mempertimbangkan kewajiban tridharma dan keberlangsungan layanan rutin. Kegiatan dinyatakan selesai setelah keluarannya diperiksa dan diterima oleh pihak yang berwenang, serta didukung bukti yang terdokumentasi dan dapat ditelusuri.

Tahap	Tanggung jawab dan bukti
Penyiapan	Koordinator/Kepala Pusat menyusun kerangka kerja; ketua/pimpinan berwenang menetapkan penugasan. Bukti: jadwal, instrumen, daftar unit, dan PIC.
Pelaksanaan	Unit menyediakan data dan melaksanakan standar; PPM mendampingi. Bukti: dokumen kegiatan, data capaian, dan catatan kendala.
Verifikasi	Pusat terkait memeriksa kesesuaian hasil; Pusat Data memeriksa konsistensi. Bukti: checklist, catatan klarifikasi, dan status hasil.
Keputusan	Pimpinan unit atau universitas menetapkan tindak lanjut menurut kewenangannya. Bukti: keputusan dan matriks RTL.
Penutupan	Penanggung jawab melaksanakan koreksi; pemeriksa memverifikasi hasil. Bukti: hasil perbaikan, tanggal, dan status penutupan.

Repositori dokumen mutu ditata berdasarkan tahun, unit, standar, dan kegiatan agar berkas mudah ditemukan serta ditelusuri keterkaitannya. Setiap berkas dilengkapi judul, versi, pemilik, tanggal, dan pengaturan hak akses sesuai kebutuhan kerja. Akses terhadap bukti yang memuat informasi sensitif dibatasi berdasarkan fungsi dan kewenangan, sedangkan informasi yang dipublikasikan disajikan dalam bentuk ringkasan tanpa mengungkap data pribadi. Untuk menjaga kesinambungan pengelolaan, setiap pergantian pengurus disertai serah terima akses, dokumen, serta daftar pekerjaan yang masih memerlukan penyelesaian.

Dalam pelaksanaan AMI, pembagian tugas auditor memperhatikan independensi dengan memastikan bahwa auditor tidak memeriksa pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya sendiri. Pada pengelolaan akreditasi, fakultas atau program studi menetapkan tim dan penanggung jawab pengunggahan dokumen, sementara kewenangan pengiriman pengajuan secara resmi diatur melalui SOP akses dan otorisasi. LPM mendampingi proses tersebut melalui reviu mutu dan koordinasi pemenuhan kebutuhan lintas unit. Setiap unit pemilik data tetap bertanggung jawab atas ketepatan, kelengkapan, dan keabsahan informasi yang disampaikan.

BAB III Rencana Operasional Tahunan

3.1 Arah dan Cara Membaca Matriks

Rencana tahunan ini menjabarkan dua belas program strategis ke dalam enam puluh paket kerja selama periode 2026–2030. Setiap paket memuat tahapan pelaksanaan dan keluaran yang dapat diperiksa, disertai keterkaitan dengan target tahunan pada Lampiran A melalui kode indikator dalam matriks. Penyajian tersebut membantu pelaksana memahami hubungan antara kegiatan yang dikerjakan, hasil yang diharapkan, dan ukuran keberhasilannya, dengan tetap menjaga keselarasan terhadap target strategis dalam Renstra.

Pelaksanaannya disusun secara bertahap sesuai kebutuhan pengembangan mutu. Tahun 2026 difokuskan pada pembentukan data kondisi awal dan penyiapan perangkat, yang menjadi dasar bagi pelaksanaan AMI serta RTM pada tahun 2027. Tahap berikutnya diarahkan pada penguatan konsistensi siklus mutu dan kesiapan institusi pada tahun 2028, kemudian dilanjutkan dengan pemantapan hasil perbaikan serta pencapaian awal keunggulan pada tahun 2029. Pada tahun 2030, kegiatan difokuskan pada evaluasi dan konsolidasi hasil, peningkatan standar berdasarkan capaian serta kesiapan, dan penyiapan keberlanjutan program.

Keluaran yang tercantum dalam matriks menjadi dasar pemeriksaan penyelesaian setiap paket kerja. Penilaiannya memperhatikan kelengkapan laporan dan daftar pemantauan sekaligus bukti pelaksanaan serta hasil pemenuhan standar. Apabila bukti belum tersedia, kondisi tersebut dicatat secara terbuka dan disertai rencana pemenuhannya agar laporan memberikan gambaran capaian yang dapat dipercaya serta menjadi dasar tindak lanjut.

Penjadwalan kegiatan pembelajaran mengikuti kalender akademik, sedangkan pelaporan capaian Renstra menggunakan tahun kalender. Laporan evaluasi semester ganjil diselesaikan setelah penginputan nilai pada Januari, sementara laporan semester genap disusun pada Juli setelah data Juni tersedia secara lengkap. Dengan pengaturan ini, laporan tahunan pada Desember menyajikan capaian berdasarkan data yang telah tersedia dan menjelaskan bagian yang masih menunggu pelengkapan. Hasil akhir semester ganjil yang belum tercakup kemudian disampaikan melalui pembaruan pada Januari tahun berikutnya.

Urutan kerja tahunan

Tahap	Waktu pola	Hubungan dengan tahap berikutnya
Penataan target dan kesiapan semester	Januari–Februari	Memberi arah penugasan dan perbaikan awal.
Pemantauan dan evaluasi diri	Maret–Juni	Menyediakan data terverifikasi untuk audit.
AMI dan pembahasan temuan	Juli	Menghasilkan temuan dan rekomendasi.
RTM fakultas dan universitas	Agustus	Menetapkan koreksi serta dukungan.
Pelaksanaan perbaikan dan pelaporan	September–Desember	Menutup tindak lanjut dan menyiapkan tahun berikutnya.

3.2 Rencana Tahun 2026

Fokus: konsolidasi dan pembentukan baseline. Jadwal setelah penyusunan adalah Oktober–Desember; rekam kegiatan sebelumnya hanya diakui berdasarkan bukti. AMI dan RTM masih pada tahap penyiapan.

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2026.P01 S1 I01–I03, I25	Evaluasi diri awal seluruh standar Cocokkan register 139 standar; tetapkan PIC; isi instrumen; verifikasi status bukti; bahas kesenjangan.	Register standar, evaluasi diri, peta kesenjangan, dan 1 laporan awal.	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat Bersama: Seluruh pemilik standar; PPM	Okt–Des
2026.P02 S3 I05, I06, I12	Sosialisasi SPMI dan pemetaan peran Tetapkan unit sasaran; orientasikan tugas; ukur pemahaman awal; petakan hubungan program unit dengan standar.	Materi, daftar peserta per unit, hasil tes awal, matriks tugas.	Sekretaris dan seluruh pusat Bersama: Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit	Okt–Nov; pelengkapan Des
2026.P03 S1, S6 I04, I18, I25	Penataan repositori dan validasi data Inventarisasi 30 entri dan SOP; atur akses/versi; rekonsiliasi data dosen serta prodi; susun register indikator.	Daftar induk, register SOP, log akses, daftar selisih dan koreksi.	Pusat Data dan Informasi Mutu Bersama: Pusdatin; PPM; unit pemilik data	Okt–Des
2026.P04 S2 I07, I08, I11	Penyiapan AMI pertama Telaah pedoman; finalisasi instrumen; petakan auditee dan kebutuhan auditor; siapkan usulan pembekalan dan biaya.	Perangkat AMI, peta auditee, daftar kebutuhan auditor dan rencana 2027.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal Bersama: Auditor; seluruh auditee	Nov–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2026 (Lanjutan 1)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2026.P05 S2, S3 I09–I11	Penyiapan mekanisme RTM dan register tindak lanjut Susun format keputusan; orientasikan pimpinan/PPM; catat tindakan, PIC, tenggat, dan dukungan.	Rancangan mekanisme RTM dan register RTL/PTK.	Ketua LPM Bersama: Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit	Nov–Des
2026.P06 S4 I13–I15	Pemetaan kurikulum dan evaluasi ganjil Cocokkan SK kurikulum dan penugasan; periksa sampel RPS; monev sekitar UTS; survei akhir semester.	Baseline kurikulum/RPS, hasil monev, data survei; laporan ganjil selesai Jan 2027.	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Bersama: Fakultas; prodi; PPM; dosen	Okt–Des
2026.P07 S5 I19–I24	Pengamanan akreditasi dan validasi SK Cocokkan identitas, keputusan, perpanjangan dan tenggat; susun peta kesiapan; reviu pengajuan yang mendesak.	Register SK, agenda tenggat, matriks kesiapan institusi/prodi, bukti pengajuan jatuh tempo.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu Bersama: Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM	Okt–Des; prioritas segera
2026.P08 S4 I17	Pemetaan kompetensi dan layanan mahasiswa Petakan standar kompetensi, pembinaan, prestasi, dan layanan bersama Puslatbima/prodi; tetapkan format data.	Peta standar mahasiswa, baseline data, dan format pemantauan.	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Puslatbima; kemahasiswaan; prodi	Okt–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2026 (Lanjutan 2)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2026.P09 S4 I16	Penyiapan tracer dan survei pemangku kepentingan Petakan prodi dengan alumni; tetapkan populasi, instrumen dan kanal survei; telaah laporan yang tersedia.	Peta populasi, instrumen, register survei dan kebutuhan pelengkapan.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Prodi; pengelola alumni; unit layanan	Nov–Des
2026.P10 S1, S4 I03	Evaluasi diri standar lintas bidang Petakan standar ke LP2M, SDM, sarpras, keuangan, kerja sama; minta bukti; identifikasi kesenjangan.	Matriks pemilik standar dan kesenjangan lintas bidang sebagai bagian laporan P01.	LPM bersama unit pemilik standar Bersama: LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI	Okt–Des
2026.P11 S6 I26, I27	Penataan tugas dan usulan sumber daya Inventarisasi SOP internal; siapkan pengesahan; petakan kompetensi/beban kerja; usulkan kebutuhan RKAT 2027 dan konektivitas.	Register SOP, peta pengurus, rencana penugasan, usulan biaya dan fasilitas.	Ketua dan Sekretaris LPM Bersama: Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin	Okt–Des
2026.P12 S5, S6 I28	Pemetaan kebutuhan pembelajaran dari mitra Identifikasi masalah yang memerlukan praktik mitra; telaah pengalaman kerja sama; pilih kebutuhan prioritas.	Peta kebutuhan kemitraan dan kriteria pemilihan praktik.	Ketua LPM dan pusat terkait Bersama: Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik	Nov–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

3.3 Rencana Tahun 2027

Fokus: operasionalisasi siklus mutu. AMI pertama dijadwalkan Juli dan RTM Agustus. Pelaksanaan memerlukan penugasan auditor, kesiapan auditee, dan dukungan anggaran sesuai keputusan pimpinan.

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2027.P01 S1 I01–I03, I25	Verifikasi penuh dan pembaruan evaluasi diri Perbarui 139 isian; verifikasi hasil dan status bukti; hitung B; siapkan usulan Δ untuk RTM; konsolidasikan laporan.	Hasil terverifikasi, perhitungan B, keputusan target peningkatan, 1 laporan tahunan.	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat Bersama: Seluruh pemilik standar; PPM	Mei–Jun; RTM Agu; laporan Des
2027.P02 S3 I05, I06, I12	Sosialisasi menyeluruh dan program berbasis standar Tuntaskan jangkauan unit; tes pemahaman; dampingi fakultas/prodi menyusun hubungan program–standar–PIC.	Rekap jangkauan, hasil tes, matriks program unit.	Sekretaris dan seluruh pusat Bersama: Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit	Jan–Mar; penguatan Sep–Nov
2027.P03 S1, S6 I04, I18, I25	Repositori terkendali dan rekonsiliasi semester Lengkapi register seluruh fakultas/UPPS; rekonsiliasi data Jan dan Jul; simpan koreksi; konsolidasikan indikator.	Register lengkap, 2 laporan rekonsiliasi, log koreksi dan rekap indikator.	Pusat Data dan Informasi Mutu Bersama: Pusdatin; PPM; unit pemilik data	Jan dan Jul; pembaruan bulanan
2027.P04 S2 I07, I08, I11	Pelaksanaan AMI pertama Siapkan auditor dan independensi; sahkan cakupan; audit dokumen/lapangan; terbitkan temuan; verifikasi koreksi.	1 siklus AMI, cakupan auditee, laporan, PTK dan bukti penutupan.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal Bersama: Auditor; seluruh auditee	Persiapan Mei–Jun; audit Jul; tindak lanjut Agu–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2027 (Lanjutan 1)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2027.P05 S2, S3 I09–I11	RTM dan penetapan tindak lanjut Bahas hasil di fakultas/UPPS; konsolidasikan masalah lintas unit; RTM universitas; tetapkan PIC, tenggat dan dukungan.	Keputusan RTM fakultas/universitas dan register penyelesaian tepat waktu.	Ketua LPM Bersama: Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit	Agu; pantau tiap triwulan
2027.P06 S4 I13–I15	Pendampingan kurikulum RPS dan monev semester Tindak lanjuti evaluasi ganjil; dampingi legalitas/evaluasi kurikulum; periksa RPS; monev dua semester.	SK/evaluasi kurikulum, checklist RPS, laporan monev dan RTL.	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Bersama: Fakultas; prodi; PPM; dosen	Jan; Apr; Jun–Jul; Sep–Des
2027.P07 S5 I19–I24	Reviu institusi dan pemilihan kandidat Unggul Validasi seluruh SK; tetapkan roadmap prodi; reviu bukti institusi; pilih 2–3 kandidat berdasarkan kesiapan; pantau tenggat.	Roadmap, reviu institusi, daftar kandidat dan rencana pemenuhan, bukti pengajuan.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu Bersama: Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM	Jan–Des; tinjau bulanan
2027.P08 S4 I17	Pemutakhiran data dan evaluasi pembinaan mahasiswa Terapkan format data; kumpulkan bukti kompetensi/prestasi; evaluasi program pembinaan dan akses layanan.	Register terbarui dan rekomendasi perbaikan pembinaan.	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Puslatbima; kemahasiswaan; prodi	Feb–Jun; pembaruan Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2027 (Lanjutan 2)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2027.P09 S4 I16	Pelaksanaan tracer dan survei berkala Tetapkan populasi valid; kumpulkan respons; analisis hasil/keterbatasan; bahas rekomendasi dengan prodi dan unit layanan.	Laporan tracer prodi sasaran, laporan survei, tingkat respons dan RTL.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Prodi; pengelola alumni; unit layanan	Mar–Jun; tindak lanjut Agu–Nov
2027.P10 S1, S4 I03	Verifikasi standar lintas bidang dan prioritas koreksi Periksa bukti unit pendukung; cocokkan hasil dengan evaluasi diri; bawa kesenjangan lintas unit ke RTM.	Hasil verifikasi lintas bidang dan rencana perbaikan terkoordinasi.	LPM bersama unit pemilik standar Bersama: LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI	Mei–Jul; tindak lanjut Agu–Des
2027.P11 S6 I26, I27	Orientasi penuh dan pengawalan alokasi program Bekali pengurus aktif; sahkan SOP prioritas; atur beban kerja; kawal keputusan RKAT dan perbaikan fasilitas.	Rekap orientasi, SOP berlaku, penugasan, rincian alokasi program yang disetujui.	Ketua dan Sekretaris LPM Bersama: Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin	Jan–Mar; reviu Agu–Des
2027.P12 S5, S6 I28	Adopsi praktik mutu pertama Pilih mitra sesuai gap; pelajari praktik; adaptasikan pada unit; uji penerapan dan nilai hasilnya.	1 praktik kumulatif dengan bukti penerapan dan evaluasi manfaat.	Ketua LPM dan pusat terkait Bersama: Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik	Mar–Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

3.4 Rencana Tahun 2028

Fokus: konsistensi, evaluasi tengah periode, dan kesiapan pembaruan akreditasi institusi. Tenggat pengajuan resmi mengikat; akhir masa berlaku pada data sumber 29 Desember 2028 bukan tanggal untuk mulai menyiapkan pengajuan.

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2028.P01 S1 I01–I03, I25	Pengukuran ulang dan evaluasi tengah periode Ukur 139 standar; verifikasi hasil; bandingkan capaian 2026–2028; reviu Δ dan strategi bersama pimpinan.	Laporan tahunan dan evaluasi tengah periode dengan rekomendasi 2029–2030.	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat Bersama: Seluruh pemilik standar; PPM	Mei–Agu; laporan Des
2028.P02 S3 I05, I06, I12	Penguatan pemahaman dan integrasi seluruh program unit Perbarui sosialisasi menurut gap; tes; dampingi seluruh fakultas/prodi menghubungkan program dengan standar.	Hasil pemahaman dan matriks program seluruh unit sasaran.	Sekretaris dan seluruh pusat Bersama: Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit	Jan–Mar; Sep–Nov
2028.P03 S1, S6 I04, I18, I25	Konsistensi data dan kesiapan bukti institusi Rekonsiliasi semester; periksa keterlacakan sumber; lengkapi kebutuhan data akreditasi; uji pencadangan.	2 laporan rekonsiliasi, register lengkap, bukti koreksi dan pemulihan data.	Pusat Data dan Informasi Mutu Bersama: Pusdatin; PPM; unit pemilik data	Jan dan Jul; bulanan
2028.P04 S2 I07, I08, I11	AMI tahun kedua berbasis risiko Evaluasi temuan berulang; rencanakan audit seluruh cakupan; periksa efektivitas koreksi; verifikasi penutupan.	1 siklus AMI dan analisis temuan berulang serta penyelesaian.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal Bersama: Auditor; seluruh auditee	Mei–Jun; Jul; Agu–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2028 (Lanjutan 1)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2028.P05 S2, S3 I09–I11	RTM dan keputusan hasil evaluasi tengah periode Bahas audit serta kinerja tiga tahun; tetapkan dukungan prioritas dan penyesuaian yang diperlukan.	RTM tahunan, keputusan tengah periode, register RTL.	Ketua LPM Bersama: Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit	Agu; pemantauan triwulanan
2028.P06 S4 I13–I15	Konsistensi kurikulum dan perbaikan asesmen Pastikan kurikulum ditetapkan/dievaluasi; periksa mutu RPS; tinjau umpan balik tugas dan bukti asesmen.	Laporan evaluasi kurikulum, kepatuhan RPS dan monev semester.	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Bersama: Fakultas; prodi; PPM; dosen	Jan–Jul; Sep–Des
2028.P07 S5 I19–I24	Pengajuan Akreditasi Institusi dan Pendampingan Program Studi Menuju Unggul. Tuntaskan gap; reviu kelengkapan; proses pengajuan institusi sesuai jalur; dampingi prodi prioritas dan tenggat lain.	Bukti pengajuan institusi, laporan reviu kandidat dan status SK prodi.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu Bersama: Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM	Sejak Jan; tenggat resmi menjadi batas utama
2028.P08 S4 I17	Evaluasi hasil pembinaan mahasiswa Perbarui cakupan register; cocokkan bukti kompetensi/prestasi; evaluasi manfaat layanan bagi mahasiswa.	Data terverifikasi dan rekomendasi perbaikan layanan.	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Puslatbima; kemahasiswaan; prodi	Feb–Jun; Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2028 (Lanjutan 2)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2028.P09 S4 I16	Perluasan tracer dan pemanfaatan hasil survei Perluas cakupan prodi; analisis respons; tautkan hasil dengan perbaikan kurikulum dan layanan.	Laporan tracer/survei serta bukti penggunaan rekomendasi.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Prodi; pengelola alumni; unit layanan	Mar–Jun; Agu–Nov
2028.P10 S1, S4 I03	Evaluasi perbaikan lintas bidang/unit Uji penyelesaian gap penelitian, PkM, SDM, sarana, biaya dan kerja sama; prioritaskan dukungan institusi.	Laporan hasil perbaikan lintas bidang/unit dan keputusan dukungan.	LPM bersama unit pemilik standar Bersama: LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI	Mei–Agu; Des
2028.P11 S6 I26, I27	Konsolidasi kapasitas dan efisiensi kerja Orientasikan pengurus; evaluasi SOP/beban kerja; tinjau kecukupan anggaran serta dukungan internet.	Rekap orientasi, hasil reviu SOP, evaluasi sumber daya dan usulan RKAT.	Ketua dan Sekretaris LPM Bersama: Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin	Jan–Mar; Agu–Nov
2028.P12 S5, S6 I28	Perluasan adopsi praktik mitra Evaluasi praktik pertama; adaptasikan praktik tambahan; dokumentasikan manfaat dan unit penerap.	2 praktik kumulatif yang memiliki bukti penerapan.	Ketua LPM dan pusat terkait Bersama: Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik	Mar–Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

3.5 Rencana Tahun 2029

Fokus: efektivitas perbaikan dan perluasan praktik baik. Target satu prodi Unggul merupakan target hasil yang dibuktikan dengan keputusan lembaga akreditasi, didukung pengawalan kesiapan kandidat.

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2029.P01 S1 I01–I03, I25	Pengukuran capaian dan efektivitas perbaikan Ukur dan verifikasi 139 standar; bandingkan hasil; reviu target peningkatan; analisis gap yang menetap.	Laporan tahunan, analisis perubahan capaian dan RTL prioritas.	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat Bersama: Seluruh pemilik standar; PPM	Mei–Agu; Des
2029.P02 S3 I05, I06, I12	Penguatan budaya mutu melalui hasil kerja unit Sosialisasi berbasis kasus; tes pemahaman; periksa konsistensi program berbasis standar; berbagi pengalaman unit.	Rekap pemahaman, matriks program dan dokumentasi praktik baik.	Sekretaris dan seluruh pusat Bersama: Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit	Jan–Mar; Sep–Nov
2029.P03 S1, S6 I04, I18, I25	Pemeliharaan kualitas data dan publikasi mutu Rekonsiliasi dua semester; audit keterlacakan internal; perbarui repositori dan ringkasan publik.	2 laporan rekonsiliasi, register lengkap, ringkasan mutu terverifikasi.	Pusat Data dan Informasi Mutu Bersama: Pusdatin; PPM; unit pemilik data	Jan dan Jul; pembaruan bulanan
2029.P04 S2 I07, I08, I11	AMI tahun ketiga dan pencegahan temuan berulang Audit seluruh cakupan; uji efektivitas koreksi terdahulu; verifikasi penyelesaian sesuai tenggat.	1 siklus AMI, analisis pengulangan, dan status penutupan.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal Bersama: Auditor; seluruh auditee	Persiapan Mei–Jun; Jul; Agu–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2029 (Lanjutan 1)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2029.P05 S2, S3 I09–I11	RTM berorientasi efektivitas hasil Bahas capaian, temuan dan manfaat perbaikan; tetapkan prioritas akhir periode beserta dukungannya.	RTM tahunan dan keputusan tindak lanjut akhir periode.	Ketua LPM Bersama: Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit	Agu; pantau triwulanan
2029.P06 S4 I13–I15	Penguatan mutu RPS asesmen dan pembelajaran Tinjau hasil pemeriksaan RPS; dampingi perbaikan asesmen; evaluasi kurikulum dan pembelajaran tiap semester.	Hasil reviu dan bukti perbaikan pembelajaran.	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Bersama: Fakultas; prodi; PPM; dosen	Jan–Jul; Sep–Des
2029.P07 S5 I19–I24	Pengawalan capaian awal Unggul dan tindak lanjut institusi Dampingi kandidat layak; reviu dan simulasi sesuai kebutuhan; tindak lanjuti hasil institusi; jaga pengajuan seluruh prodi.	Keputusan akreditasi sah sesuai hasil penilaian; target 1 prodi Unggul kumulatif.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu Bersama: Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM	Jan–Des; mengikuti jadwal lembaga akreditasi
2029.P08 S4 I17	Penguatan mutu pembinaan dan cakupan data mahasiswa Lengkapi cakupan register; evaluasi hasil pembinaan; gunakan data untuk penentuan program berikutnya.	Register mutakhir dan bukti keputusan perbaikan.	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Puslatbima; kemahasiswaan; prodi	Feb–Jun; Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2029 (Lanjutan 2)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2029.P09 S4 I16	Tracer seluruh prodi sasaran dan perbaikan layanan Jangkau seluruh prodi beralumni sasaran; evaluasi kepuasan; pantau tindak lanjut rekomendasi sebelumnya.	Laporan tracer dan survei; catatan efektivitas perbaikan layanan.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Prodi; pengelola alumni; unit layanan	Mar–Jun; Agu–Nov
2029.P10 S1, S4 I03	Pengurangan kesenjangan lintas bidang Verifikasi gap tersisa; tentukan koreksi bersama unit; periksa hasil dan kebutuhan sumber daya.	Laporan gap prioritas dan bukti penyelesaian.	LPM bersama unit pemilik standar Bersama: LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI	Mei–Agu; Des
2029.P11 S6 I26, I27	Pemeliharaan kompetensi dan dukungan program Orientasi pengurus; evaluasi pembagian kerja; pertahankan alokasi; rencanakan regenerasi dan serah terima.	Rekap orientasi, RKAT, peta kompetensi dan penugasan.	Ketua dan Sekretaris LPM Bersama: Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin	Jan–Mar; Agu–Nov
2029.P12 S5, S6 I28	Diseminasi dan adopsi praktik efektif Tambah praktik relevan; bagikan pembelajaran antarunit; nilai penerapan dan manfaatnya.	3 praktik kumulatif dan catatan diseminasi.	Ketua LPM dan pusat terkait Bersama: Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik	Mar–Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

3.6 Rencana Tahun 2030

Fokus: efektivitas akhir periode dan keberlanjutan. Target dua prodi Unggul bersifat kumulatif. Hasil evaluasi digunakan untuk usulan peningkatan standar serta penyusunan arah Renstra berikutnya.

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2030.P01 S1 I01–I03, I25	Evaluasi akhir Renstra dan pemenuhan standar Ukur 139 standar; verifikasi; analisis capaian lima tahun; identifikasi standar yang layak ditingkatkan.	Laporan tahunan dan evaluasi akhir dengan rekomendasi periode berikutnya.	Ketua LPM dan seluruh kepala pusat Bersama: Seluruh pemilik standar; PPM	Mei–Agu; final Des
2030.P02 S3 I05, I06, I12	Pemantapan tanggung jawab dan pemahaman mutu Perbarui sosialisasi; tes; periksa integrasi program; konsolidasikan praktik kepemimpinan mutu.	Rekap pemahaman dan program berbasis standar yang berkelanjutan.	Sekretaris dan seluruh pusat Bersama: Pimpinan fakultas/UPPS; PPM; prodi; unit	Jan–Mar; Sep–Nov
2030.P03 S1, S6 I04, I18, I25	Konsolidasi arsip mutu akhir periode Rekonsiliasi dua semester; simpan jejak capaian lima tahun; uji akses/pencadangan dan serah terima.	2 laporan rekonsiliasi, arsip terkendali dan rekap kinerja periode.	Pusat Data dan Informasi Mutu Bersama: Pusdatin; PPM; unit pemilik data	Jan dan Jul; konsolidasi Okt–Des
2030.P04 S2 I07, I08, I11	AMI tahun keempat dan rekomendasi peningkatan Audit seluruh cakupan; uji efektivitas sistem; verifikasi penutupan dan rekomendasikan peningkatan standar.	1 siklus AMI dan rekomendasi pengembangan berikutnya.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal Bersama: Auditor; seluruh auditee	Mei–Jun; Jul; Agu–Des

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2030 (Lanjutan 1)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2030.P05 S2, S3 I09–I11	RTM akhir periode dan keputusan keberlanjutan Bahas hasil audit/evaluasi akhir; putuskan pekerjaan lanjutan, dukungan dan arah peningkatan.	Keputusan RTM, daftar RTL lintas periode, arahan Renstra berikutnya.	Ketua LPM Bersama: Pimpinan universitas/fakultas; PPM; unit	Agu; tindak lanjut sampai Des
2030.P06 S4 I13–I15	Evaluasi keberlanjutan kurikulum dan pembelajaran Tinjau kurikulum/RPS; monev semester; simpulkan hasil perbaikan dan kebutuhan pembaruan berikutnya.	Laporan mutu pembelajaran dan agenda pengembangan kurikulum.	Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran Bersama: Fakultas; prodi; PPM; dosen	Jan–Jul; Sep–Des
2030.P07 S5 I19–I24	Capaian akreditasi prioritas dan reviu institusi menuju Unggul Kawal kandidat dan keberlakuan seluruh prodi; tinjau kelayakan institusi menuju Unggul; susun rencana lanjutan.	Target 2 prodi Unggul kumulatif; reviu institusi dan roadmap berikutnya.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu Bersama: Pimpinan; tim akreditasi; fakultas/prodi; PPM	Jan–Des; sesuai kesiapan dan keputusan akreditasi
2030.P08 S4 I17	Evaluasi akhir pengembangan mutu mahasiswa Lengkapi seluruh cakupan data prodi; evaluasi pembinaan/layanan; rumuskan rekomendasi periode berikutnya.	Register terbarui dan laporan evaluasi pengembangan mahasiswa.	Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Puslatbima; kemahasiswaan; prodi	Feb–Jun; Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

Rencana Tahun 2030 (Lanjutan 2)

Acuan	Kegiatan dan tahapan	Keluaran dan bukti penerimaan	Penanggung jawab dan keterlibatan	Waktu
2030.P09 S4 I16	Konsolidasi tracer dan kepuasan untuk perencanaan baru Laksanakan tracer/survei; analisis tren yang sebanding; rangkum rekomendasi kurikulum dan layanan.	Laporan tahunan dan rekomendasi berbasis umpan balik.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa Bersama: Prodi; pengelola alumni; unit layanan	Mar–Jun; Agu–Nov
2030.P10 S1, S4 I03	Evaluasi akhir standar lintas bidang Verifikasi capaian dan kendala lintas unit; usulkan peningkatan serta kebutuhan program berikutnya.	Laporan hasil lintas bidang dan daftar prioritas berkelanjutan.	LPM bersama unit pemilik standar Bersama: LP2M; SDM; sarpras; keuangan; kerja sama; SPI	Mei–Agu; Des
2030.P11 S6 I26, I27	Penataan keberlanjutan organisasi dan pendanaan Orientasi; evaluasi kapasitas; susun kebutuhan periode berikutnya; siapkan serah terima pengurus dan dokumen.	Rekap orientasi, dukungan RKAT, rencana kapasitas dan berita acara serah terima sesuai kebutuhan.	Ketua dan Sekretaris LPM Bersama: Pimpinan universitas; pengurus LPM/PPM; Pusdatin	Jan–Mar; Agu–Des
2030.P12 S5, S6 I28	Evaluasi manfaat jejaring dan adopsi lanjutan Tambah praktik; evaluasi seluruh adopsi; pilih kemitraan yang layak dilanjutkan.	4 praktik kumulatif dengan evaluasi manfaat dan rekomendasi jejaring.	Ketua LPM dan pusat terkait Bersama: Unit kerja sama; mitra; unit penerima praktik	Mar–Nov

Target tahunan mengikuti Lampiran A. Kebutuhan personel, sarana, dan pembiayaan dipetakan pada bagian 3.7; nilai rupiah ditetapkan melalui RKAT. Unit pemilik proses mengesahkan data dan hasil kegiatannya.

3.7 Kebutuhan Sumber Daya dan Hubungan dengan RKAT

Kebutuhan sumber daya dihitung dari cakupan dan tahapan kegiatan. Pada kondisi awal, dukungan yang tersedia berupa fasilitas dasar, rapat, dan ATK, sedangkan alokasi khusus program belum ada. Renop mengarahkan pengusulan alokasi mulai 2027 tanpa menganggap persetujuan atau nominal anggaran telah tersedia. [A1, bagian 6.2]

Kelompok program	Kebutuhan utama	Dasar perhitungan RKAT
P01, P02, P10	Instrumen, fasilitator, waktu unit, pendampingan dan verifikasi.	Jumlah sesi, unit sasaran, peserta, dan hari kerja sesuai kebutuhan.
P03	Akses repositori, pengelolaan website, internet, pencadangan dan petugas data.	Kebutuhan layanan, kapasitas penyimpanan, pemeliharaan dan konektivitas; optimalkan fasilitas tersedia.
P04, P05	Auditor, pembekalan, pemeriksaan, dokumentasi temuan, forum keputusan dan verifikasi.	Jumlah auditee, tim auditor, hari penugasan dan pertemuan; ikuti standar biaya institusi.
P06, P08, P09	Instrumen reviu, fasilitator, pengelola survei, pengolahan data dan forum rekomendasi.	Jumlah prodi, sampel, responden, sesi pendampingan dan keluaran.
P07	Tim penyusun, reviu dokumen, kebutuhan proses akreditasi dan pendampingan kandidat.	Jumlah pengajuan jatuh tempo, tahapan resmi, sesi reviu dan kebutuhan dukungan yang disetujui.
P11, P12	Orientasi, pengembangan kompetensi, pengesahan SOP dan pembelajaran mitra.	Jumlah pengurus, gap kompetensi, praktik yang akan diadopsi serta alternatif kerja sama.

keberlakuan dan ketepatan waktu pengajuan akreditasi. Setelah kebutuhan wajib tersebut terpenuhi, skenario penguatan diarahkan pada pemanfaatan dukungan eksternal, pelatihan lanjutan, dan pengembangan pengelolaan data mutu. Untuk mendukung pelaksanaannya, koordinator menghitung volume kegiatan dan biaya satuan, sekretaris menyelaraskan serta menghimpun usulan, kemudian pimpinan menetapkan alokasi berdasarkan prioritas dan ketersediaan anggaran.

Apabila dukungan pendanaan belum mencukupi, Ketua LPM menyampaikan dampaknya terhadap pencapaian target beserta alternatif penyesuaian kegiatan untuk memperoleh keputusan pimpinan. Setiap keputusan didokumentasikan agar perubahan rencana dan tanggung jawab pembiayaan tetap dapat ditelusuri melalui mekanisme resmi institusi. Kegiatan yang dapat dilaksanakan tanpa tambahan biaya tetap direncanakan dengan menetapkan penanggung jawab, alokasi waktu kerja, serta keluaran dan bukti hasil yang harus disediakan.

3.8 Kalender Operasional Tahunan

Bulan	Agenda	Keluaran	Program
Januari	Evaluasi ganjil dan kesiapan genap; rekonsiliasi data I; penegasan target.	Laporan ganjil, daftar kesiapan, rekonsiliasi dan penugasan.	P03, P06, P11
Februari	Pantau penerapan perbaikan dan evaluasi KKN bersama penyelenggara; orientasi pengurus.	Catatan perbaikan dan rekomendasi KKN.	P06, P08, P11
Maret	Tinjau RTL triwulan I; mulai tracer/survei dan pembelajaran mitra.	Status RTL, populasi survei dan rencana adopsi.	P05, P09, P12
April	Monev pertengahan genap; koreksi segera sesuai temuan.	Hasil monev dan tindakan unit.	P06
Mei	Evaluasi diri seluruh standar; pembaruan bukti dan persiapan AMI.	Isian evaluasi diri, peta gap, rencana audit.	P01, P04, P10
Juni	Survei akhir genap; lengkapi data nilai; tinjau RTL triwulan II.	Data evaluasi semester dan bahan audit.	P05, P06, P09
Juli	Laporan genap; rekonsiliasi II; AMI tahunan.	Laporan semester, data terkoreksi, temuan dan PTK.	P03, P04, P06
Agustus	RTM fakultas/UPPS lalu universitas; putuskan peningkatan dan dukungan.	Keputusan, PIC, tenggat dan sumber daya.	P05; seluruh unit
September	Pantau kesiapan ganjil dan tindak lanjut triwulan III.	Daftar kesiapan dan bukti koreksi.	P05, P06
Oktober	Pendampingan gap; usulan program dan anggaran sesuai siklus institusi.	Progres perbaikan dan kebutuhan RKAT.	Seluruh pusat; P11
November	Monev pertengahan ganjil; verifikasi RTL dan manfaat adopsi praktik.	Hasil monev, status penutupan, evaluasi praktik.	P04, P06, P12
Desember	Survei akhir ganjil; evaluasi Renstra; laporan tahunan dan RTL triwulan IV.	Laporan tahunan dan pekerjaan lanjutan.	P01, P03, P05, P06

Pola ini berlaku mulai 2027; tahun 2026 mengikuti tahap konsolidasi pada matriksnya. Tanggal disesuaikan dengan kalender akademik setiap tahun. Pemantauan akreditasi dan pembaruan bukti dilakukan bulanan; risiko mendesak ditangani segera. Sumber pola: A1, bagian 6.4 dan A2.

3.9 Pengawalan Akreditasi dan Kegiatan Lintas Unit

Pengawalan akreditasi diawali dengan pemeriksaan identitas program studi, keputusan akreditasi, masa berlaku, ketentuan perpanjangan, serta jalur pengajuan yang sesuai. Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu berkoordinasi dengan Pusat Data dan Informasi Mutu serta program studi untuk memastikan ketepatan informasi, termasuk menelusuri kemungkinan duplikasi pencatatan, perubahan nama, dan perbedaan status. Hasil validasi tersebut menjadi dasar penyusunan prioritas dan jadwal persiapan akreditasi.

Berdasarkan informasi yang telah dipastikan, fakultas atau UPPS menetapkan tim dan kalender kerja dengan mengacu pada tenggat resmi pengajuan. Program studi menyiapkan bukti serta memantau status pengajuan melalui sistem, sementara PPM memeriksa kemajuan pekerjaan dan membantu mengidentifikasi kebutuhan yang belum terpenuhi. LPM mendukung proses ini melalui reviu mutu dan koordinasi pemenuhan kebutuhan lintas unit. Pengiriman pengajuan secara resmi dilakukan sesuai SOP akses dan otorisasi. Apabila terdapat perubahan jadwal dari lembaga akreditasi, perubahan tersebut segera dicatat dan ditindaklanjuti melalui penyesuaian jadwal serta penugasan agar proses tetap berjalan tepat waktu.

Tahap internal	Syarat keluaran sebelum berlanjut
Validasi	Identitas dan SK cocok; perpanjangan memiliki dasar; tenggat dan jalur pengajuan diketahui.
Penataan tim dan bukti	Tim, PIC per butir, lokasi bukti, target penyelesaian, dan kebutuhan dukungan ditetapkan.
Reviu kesiapan	Kekurangan data dan narasi dicatat; konsistensi antarbagian diperiksa; perbaikan diselesaikan.
Otorisasi dan pengajuan	Pejabat berwenang menyetujui; petugas mengirim melalui sistem; tanda terima/status disimpan.
Tindak lanjut hasil	Permintaan klarifikasi ditangani; keputusan diarsipkan; rekomendasi diintegrasikan ke RTL.

Program studi yang diprioritaskan menuju akreditasi Unggul dipilih pada tahun 2027 dengan mempertimbangkan kesiapan, kesenjangan pemenuhan persyaratan, dan dukungan sumber daya. Pendampingan dilanjutkan pada tahun 2028 untuk memperkuat pemenuhan standar serta kelengkapan bukti pengajuan. Tahapan ini diarahkan pada pencapaian satu program studi berstatus Unggul pada tahun 2029 dan dua program studi secara kumulatif pada tahun 2030. Pendampingan program studi ketiga dapat dikembangkan apabila kesiapan dan dukungan sumber daya memungkinkan, sebagaimana diarahkan dalam Renstra. Capaian status Unggul dicatat berdasarkan keputusan resmi lembaga akreditasi, sementara kelengkapan dokumen pengajuan menjadi ukuran kesiapan dalam proses pencapaiannya.

Pada tingkat institusi, penyiapan akreditasi diperkuat sejak tahun 2026 melalui pemetaan kebutuhan, penghimpunan bukti, dan penyelesaian kesenjangan. Pengajuan direncanakan pada tahun 2028 sesuai jalur yang berlaku, dengan memperhatikan akhir masa berlaku akreditasi yang tercatat dalam Renstra pada 29 Desember 2028. Oleh karena itu, jadwal internal disusun agar tersedia waktu yang memadai untuk penelaahan, perbaikan, dan penyelesaian dokumen sebelum batas pengajuan. Tenggat resmi serta ketentuan yang berlaku diverifikasi pada saat pelaksanaan dan digunakan sebagai dasar pengendalian jadwal.

BAB IV Monitoring Evaluasi dan Penyesuaian

4.1 Pemantauan Kinerja dan Mutu Data

Pemantauan dilaksanakan secara berkala untuk mengetahui kemajuan kegiatan dan memastikan bahwa keluaran yang dihasilkan mendukung pencapaian target strategis. Setiap koordinator memperbarui status kegiatan setiap bulan dengan menyertakan bukti pelaksanaan, kendala yang dihadapi, serta kebutuhan tindak lanjut. Sekretaris menghimpun informasi tersebut untuk menyelaraskan jadwal dan memantau keterlaksanaan program, sementara Pusat Data dan Informasi Mutu memeriksa konsistensi angka serta keterlacakan sumbernya.

Pengukuran capaian mengacu pada definisi operasional dalam Renstra agar hasil antarunit dan antarperiode dapat dibandingkan secara tepat. Indikator persentase dilengkapi pembilang dan penyebut, sedangkan indikator jumlah disertai daftar objek yang dihitung. Populasi pengukuran ditetapkan berdasarkan unit aktif yang relevan dengan indikator. Apabila tidak terdapat populasi yang memenuhi kriteria, hasil dicatat sebagai tidak berlaku dan tidak diberi nilai 100%. Dalam pelaporannya, cakupan verifikasi dan tingkat pemenuhan standar disajikan secara terpisah karena pemeriksaan terhadap seluruh data belum tentu menunjukkan bahwa seluruh standar telah terpenuhi.

Indikator	Pengendalian penting
I01–I03	Sebanyak 139 standar digunakan sebagai cakupan kerja hingga daftar resmi standar disahkan. Verifikasi dilakukan untuk memastikan kondisi pemenuhan dan ketersediaan bukti pada setiap standar. Apabila bukti belum tersedia, pemenuhan standar dicatat sebagai belum terverifikasi. Nilai kondisi awal (B) ditetapkan berdasarkan hasil pengukuran yang telah diverifikasi, sedangkan besaran peningkatan yang ditargetkan (Δ) diputuskan melalui RTM dengan mempertimbangkan kesenjangan dan dukungan sumber daya.
I04–I06, I12	Daftar unit sasaran dan peserta ditetapkan sebagai dasar pelaksanaan sosialisasi serta pengukuran pemahaman. Peserta dinyatakan memenuhi ambang pemahaman apabila memperoleh nilai sekurang-kurangnya 70 dari 100. Tingkat partisipasi dalam tes dilaporkan secara terpisah dari persentase peserta yang mencapai ambang tersebut, dengan perhitungan pemahaman didasarkan pada respons tes yang valid.
I07–I11	Satu siklus AMI mencakup penugasan auditor, pelaksanaan pemeriksaan, penyusunan laporan, dan penerbitan Permintaan Tindakan Korektif (PTK). Pelaksanaan RTM dibuktikan melalui keputusan yang memuat tindak lanjut atas hasil evaluasi. Adapun ketepatan waktu penyelesaian tindakan korektif dihitung dari proporsi tindakan yang telah selesai dan terverifikasi sesuai tenggat terhadap seluruh tindakan yang jatuh tempo pada periode pelaporan.
I13–I18	Pengukuran mutu RPS dan pelaksanaan tracer study disertai penjelasan mengenai sampel RPS yang diperiksa, populasi alumni yang menjadi sasaran, serta metode yang digunakan secara konsisten. Target dua kali rekonsiliasi data dalam satu tahun dipenuhi melalui dua proses pemeriksaan yang masing-masing menghasilkan daftar perbedaan data, tindakan koreksi, dan status penyelesaiannya.
I19–I24	Status akreditasi dibuktikan melalui surat keputusan yang sah dan masih berlaku. Perkiraan perpanjangan masa berlaku digunakan sebagai informasi perencanaan sampai tersedia keputusan resmi yang menjadi dasar penetapannya. Capaian program studi berstatus Unggul dihitung secara kumulatif berdasarkan keputusan akreditasi yang masih berlaku pada periode pelaporan.
I25–I28	Laporan mutu menyajikan standar yang dievaluasi, capaian beserta bukti pendukung, kesenjangan yang ditemukan, dan rencana tindak lanjut. Ketersediaan alokasi anggaran dibuktikan melalui RKAT yang telah disetujui, sedangkan adopsi praktik hasil kemitraan dinilai berdasarkan bukti penerapan dan hasilnya. Dengan demikian, keberadaan dokumen kerja sama saja belum cukup untuk menunjukkan bahwa suatu praktik telah diadopsi.

Sumber definisi: A1, bagian 5.3. Rincian teknis instrumen disahkan melalui mekanisme pengendalian perangkat LPM.

4.2 Pelaporan Tindak Lanjut dan Perubahan

Rapat pemantauan bulanan membahas pekerjaan yang memerlukan perhatian. Pada akhir triwulan, koordinator merekap tindakan jatuh tempo, penyelesaian, dan kebutuhan eskalasi. Pembahasan semester menggabungkan hasil monev pembelajaran, survei, dan rekonsiliasi data. Laporan tahunan menilai capaian target Renstra dengan tetap menjelaskan keterbatasan data.

RTM membahas temuan penting, akar penyebab, efektivitas perbaikan, serta dukungan yang diperlukan. Keputusan memuat tindakan, PIC, tenggat, sumber daya, dan cara memeriksa hasil. Unit melaksanakan koreksi, sementara pemeriksa yang ditugaskan memverifikasi penutupan. Tindakan lintas tahun tetap tercatat dan tidak hilang ketika laporan tahunan ditutup.

Status kegiatan	Arti dan langkah pengendalian
Belum dimulai	Kegiatan belum dilaksanakan sehingga penanggung jawab perlu memastikan kesiapan penugasan, sumber daya, dan tanggal mulai pelaksanaan.
Berjalan	Kegiatan sedang dilaksanakan sesuai tahapannya. Penanggung jawab mencatat kemajuan, hasil sementara, dan pekerjaan yang masih perlu diselesaikan.
Perlu dukungan	Pelaksanaan kegiatan menghadapi hambatan yang memerlukan dukungan atau keputusan lebih lanjut. Penanggung jawab menjelaskan kebutuhan tersebut beserta dampaknya terhadap jadwal dan pencapaian target.
Selesai menunggu verifikasi	Keluaran kegiatan telah diserahkan dan masih menunggu pemeriksaan untuk memastikan kesesuaian hasil serta kelengkapan bukti pendukung.
Selesai terverifikasi	Keluaran kegiatan telah diperiksa dan dinyatakan memenuhi persyaratan, dengan bukti yang lengkap serta dapat ditelusuri. Tanggal verifikasi dan nama pemeriksa dicatat sebagai dasar penetapan status penyelesaian.

Perubahan jadwal atau metode yang tidak mengubah target dibahas oleh koordinator dan ketua sesuai kewenangan. Perubahan target, cakupan strategis, atau alokasi yang memerlukan persetujuan diajukan kepada pimpinan. Catatan perubahan menyimpan rumusan semula, rumusan baru, alasan, dampak, keputusan, dan tanggal berlaku.

Renop tahun berikutnya diperbarui berdasarkan hasil RTM dan evaluasi tahunan. Sekretaris menerbitkan versi terkendali, menyampaikan perubahan kepada pelaksana, dan mempertahankan arsip versi sebelumnya. Nilai realisasi yang belum mencapai target tetap dicatat sebagai bahan pembelajaran.

4.3 Risiko dan Tindakan Pengendalian

Risiko dan tanda awal	Tindakan serta penanggung jawab
Evaluasi diri terlambat, ditandai dengan instrumen yang belum diisi atau bukti pendukung yang belum dilampirkan.	Koordinator program evaluasi diri (P01) bersama PPM memberikan pendampingan kepada unit, sedangkan pimpinan unit menetapkan tenggat penyelesaiannya. Hasil yang belum didukung bukti memadai dicatat secara terbuka sebagai belum terverifikasi.
Perangkat mutu belum disahkan atau digunakan dalam versi yang berbeda, sehingga pelaksanaan tidak mengacu pada dokumen yang seragam.	Sekretaris LPM menyusun prioritas pengesahan, mengawal proses penetapan, dan memastikan distribusi dokumen yang berlaku kepada seluruh pelaksana. Versi terdahulu diarsipkan agar tidak digunakan sebagai acuan operasional.
Pelaksanaan AMI tertunda karena auditor, jadwal, atau dukungan biaya belum siap.	Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal menyelesaikan pemetaan auditee, memastikan independensi auditor, dan menghitung kebutuhan minimum sebelum jadwal audit pada Juli. Ketua LPM mengajukan kebutuhan dukungan kepada pimpinan untuk memperoleh keputusan.
Temuan berulang atau tindakan korektif melewati tenggat, yang menunjukkan bahwa perbaikan belum efektif atau belum diselesaikan.	Koordinator program RTM dan pengendalian tindak lanjut (P05) bersama PPM menelaah akar penyebab serta bukti perbaikan. Pimpinan menetapkan dukungan yang diperlukan, sementara temuan penting dibahas dalam RTM untuk memperoleh keputusan tindak lanjut.
Pengajuan akreditasi mendekati tenggat sementara bukti belum lengkap, sehingga berisiko menghambat ketepatan waktu pengajuan.	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu bersama fakultas/UPPS memantau kemajuan setiap bulan dan menetapkan prioritas penyelesaian kekurangan. Hambatan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan segera disampaikan kepada pimpinan.
Data tercatat ganda, angka tidak dapat dibandingkan, atau akses pengelolaan hilang, sehingga mengganggu keandalan informasi.	Pusat Data dan Informasi Mutu bersama Pusdatin mencocokkan identitas, definisi, dan periode data serta mendokumentasikan koreksinya. Keduanya juga memastikan pencadangan dapat dipulihkan dan serah terima akses dilakukan secara tertib.
Beban tridharma menghambat pelaksanaan tugas LPM atau PPM, yang terlihat dari penundaan pekerjaan dan penumpukan tanggung jawab.	Ketua dan Sekretaris LPM mengoordinasikan penetapan prioritas serta jadwal yang realistis bersama pelaksana terkait. Apabila diperlukan pengganti, penugasannya ditetapkan secara jelas sesuai kewenangan.
Dukungan anggaran atau konektivitas belum memadai, sehingga kegiatan tidak dapat berjalan sesuai rencana.	Sekretaris LPM menyampaikan kebutuhan beserta alternatif pelaksanaan kepada pimpinan. Penetapan prioritas dilakukan melalui mekanisme resmi, dengan memastikan keterbatasan pembiayaan tidak dialihkan secara informal kepada personel.
Target akreditasi Unggul belum sejalan dengan kesiapan program studi, ditandai dengan kesenjangan persyaratan atau dukungan sumber	Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu menilai kelayakan serta kebutuhan perbaikan setiap kandidat. Berdasarkan hasil penilaian tersebut, pimpinan memutuskan kelanjutan atau penundaan pengajuan dengan mencatat alasan,

daya yang belum terpenuhi.	dampaknya terhadap target, dan rencana tindak lanjut.

Pemantauan risiko dilakukan secara berkala sesuai kalender evaluasi, dengan memberikan prioritas pada risiko yang memengaruhi keberlakuan akreditasi, integritas data, dan pemenuhan kewajiban mutu. Setiap penanggung jawab melaporkan perkembangan kondisi serta efektivitas tindakan pengendalian sebagai dasar penentuan langkah selanjutnya. Apabila muncul risiko yang memerlukan penanganan segera, koordinasi dan pengambilan keputusan dilakukan tanpa menunggu jadwal rapat berkala.

BAB V Penutup

Komitmen Pelaksanaan

Renop LPM UNISSAS 2026–2030 menjadi pedoman untuk menerjemahkan sasaran strategis ke dalam kegiatan yang memiliki penanggung jawab, jadwal, dan bukti hasil yang jelas. Penggunaannya dalam pembagian tugas, pendampingan unit, pengusulan sumber daya, serta pembahasan capaian diharapkan membantu seluruh pelaksana bekerja secara terarah dan terkoordinasi. Melalui penerapan yang konsisten, penjaminan mutu semakin menjadi bagian dari pelaksanaan tugas sehari-hari di lingkungan universitas.

Pelaksanaan Renop diawali dengan penyediaan data kondisi awal yang dapat dipercaya melalui evaluasi diri atas 139 standar, pemetaan dokumen, sosialisasi SPMI, dan validasi akreditasi pada tahun 2026. Hasilnya menjadi pijakan bagi pelaksanaan AMI dan RTM pada tahun 2027, sekaligus memberikan dasar untuk menentukan prioritas perbaikan. Pada tahun-tahun berikutnya, evaluasi dan tindak lanjut dilaksanakan secara berkelanjutan untuk meningkatkan mutu proses dan layanan, menjaga keberlakuan akreditasi, serta memperkuat kesiapan institusi dan program studi menuju keunggulan.

Keberhasilan pelaksanaannya memerlukan dukungan pimpinan universitas, keterlibatan aktif pimpinan fakultas dan program studi, pendampingan PPM, serta kerja bersama seluruh unit. LPM mengoordinasikan pengembangan sistem, pengukuran capaian, dan pengawalan tindak lanjut, sementara setiap unit melaksanakan standar serta menyediakan bukti sesuai kewenangannya. Kejelasan pembagian peran ini menjadi dasar pertanggungjawaban hasil dan memudahkan penyelesaian kendala melalui koordinasi serta keputusan pada tingkat yang sesuai.

Untuk menjaga relevansinya, Renop ditinjau setiap tahun dengan mempertimbangkan capaian, perkembangan kebutuhan, kalender akademik, dan kemampuan pendanaan institusi. Setiap penyesuaian dicatat beserta alasan dan dasar keputusannya, dengan tetap mempertahankan riwayat capaian serta keputusan sebelumnya. Hasil evaluasi akhir pada tahun 2030 selanjutnya menjadi bahan pembelajaran dan dasar penyusunan arah pengembangan mutu UNISSAS pada periode berikutnya.

Agenda setelah penetapan

Langkah	Hasil
Distribusi dan pembahasan bersama	Seluruh pusat, PPM dan unit memahami tugas serta target tahun berjalan.
Penetapan penugasan dan populasi	PIC, unit sasaran, auditee, dan sumber data disepakati.
Penyusunan kebutuhan RKAT	Volume kegiatan dan dukungan dihitung berdasarkan kebutuhan nyata.
Pengoperasian format pemantauan	Progres dan bukti dicatat sejak kegiatan dimulai.

Lampiran A Target Tahunan Renstra

Kode	Indikator	Kondisi awal	2026	2027	2028	2029	2030	Program
I01	Standar tercakup evaluasi diri	Belum diukur	139	139	139	139	139	P01
I02	Standar dengan hasil evaluasi terverifikasi (%)	Belum tersedia	Baseline	100	100	100	100	P01
I03	Standar terpenuhi berbasis bukti (%)	Belum terukur	Ukur B	Tetapkan B+Δ	Reviu Δ	Reviu Δ	Reviu Δ	P01/P10
I04	Fakultas/UPPS dengan register dokumen (%)	Belum lengkap	Baseline	100	100	100	100	P03
I05	Unit sasaran memperoleh sosialisasi (%)	Belum terukur	100	100	100	100	100	P02
I06	Responden memenuhi ambang pemahaman (%)	Belum terukur	Baseline	60	70	75	80	P02
I07	Siklus AMI per tahun	0	Persiapan	1	1	1	1	P04
I08	Fakultas/UPPS dan prodi tercakup AMI (%)	0	Peta auditee	100	100	100	100	P04
I09	RTM universitas per tahun	0	Mekanisme	1	1	1	1	P05
I10	Fakultas/UPPS melaksanakan RTM (%)	0	Orientasi	100	100	100	100	P05

Sumber: A1, bagian 5.2, halaman tercetak 37–39. Nilai dan tahap target dipertahankan. B adalah persentase pemenuhan terverifikasi; Δ adalah peningkatan yang diputuskan melalui RTM. Seluruh target mengacu pada Renstra setelah penetapan.

Target Tahunan Renstra Lanjutan

Kode	Indikator	Kondisi awal	2026	2027	2028	2029	2030	Program
I11	Tindakan korektif selesai tepat waktu (%)	Belum ada register	Susun register	60	70	80	85	P04/P05
I12	Fakultas/prodi dengan program berbasis standar (%)	Belum terukur	Pemetaan	70	100	100	100	P02
I13	Prodi dengan kurikulum ditetapkan dan dievaluasi (%)	Perlu validasi	Baseline	80	100	100	100	P06
I14	RPS memenuhi kriteria pada sampel pemeriksaan (%)	Belum terukur	Baseline	70	80	85	90	P06
I15	Prodi melaksanakan monev pembelajaran semester (%)	Sebagian tersedia	Baseline	100	100	100	100	P06
I16	Prodi sasaran dengan laporan tracer tahunan (%)	Belum terukur	Peta populasi	60	80	100	100	P09
I17	Prodi dengan data kompetensi/prestasi diperbarui (%)	Belum terukur	Baseline	60	80	90	100	P08
I18	Siklus rekonsiliasi data utama per tahun	Belum rutin	Baseline	2	2	2	2	P03
I19	Prodi dengan identitas dan data SK tervalidasi (%)	Belum lengkap	100	100	100	100	100	P07
I20	Prodi dengan roadmap dan pemantauan progres (%)	Belum menyeluruh	Baseline	100	100	100	100	P07

Sumber: A1, bagian 5.2, halaman tercetak 37–39. Nilai dan tahap target dipertahankan. B adalah persentase pemenuhan terverifikasi; Δ adalah peningkatan yang diputuskan melalui RTM. Seluruh target mengacu pada Renstra setelah penetapan.

Target Tahunan Renstra Lanjutan

Kode	Indikator	Kondisi awal	2026	2027	2028	2029	2030	Program
I21	Pengajuan sesuai tenggat pada populasi jatuh tempo (%)	Perlu validasi	100	100	100	100	100	P07
I22	Prodi berstatus terakreditasi (%)	Perlu validasi	Verifikasi	100	100	100	100	P07
I23	Prodi berstatus Unggul kumulatif (jumlah)	0 pada data kerja	Peta kesiapan	Pilih 2–3	Pendampingan	1	2	P07
I24	Kesiapan akreditasi institusi	Baik; akhir laman 29 Des 2028	Peta gap	Reviu bukti	Pengajuan sesuai jalur	Tindak lanjut	Reviu menuju Unggul	P07
I25	Laporan konsolidasi pemenuhan standar per tahun	Belum berbasis standar	1 awal	1	1	1	1	P01/P03
I26	Pengurus LPM/PPM memperoleh orientasi (%)	Perlu pendataan	Baseline	100	100	100	100	P11
I27	Alokasi khusus program LPM dalam RKAT	Belum ada	Usulan	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	P11
I28	Praktik hasil kemitraan yang diadopsi (kumulatif)	Belum terpetakan	Peta kebutuhan	1	2	3	4	P12

Sumber: A1, bagian 5.2, halaman tercetak 37–39. Nilai dan tahap target dipertahankan. B adalah persentase pemenuhan terverifikasi; Δ adalah peningkatan yang diputuskan melalui RTM. Seluruh target mengacu pada Renstra setelah penetapan.

Capaian indikator I23 dihitung secara kumulatif, dengan target satu program studi berstatus Unggul pada tahun 2029 dan dua program studi pada tahun 2030. Penghitungan kumulatif juga berlaku pada indikator I28, yaitu satu praktik hasil kemitraan yang telah diadopsi pada tahun 2027, meningkat menjadi dua pada 2028, tiga pada 2029, dan empat pada 2030. Sejalan dengan target tersebut, pelaksanaan program P07 setiap tahun tetap memprioritaskan keberlakuan akreditasi serta ketepatan waktu pengajuan akreditasi institusi dan program studi.

Lampiran B Instrumen Pemantauan

Formulir 1 Pemantauan kegiatan bulanan

Unit/pusat: ..... Bulan/tahun: ..... Penanggung jawab: .....

Kode kegiatan dan indikator	Target periode	Realisasi dan status	Bukti atau tautan	Kendala dan tindakan	PIC dan tenggat
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Formulir 2 Register tindak lanjut

Sumber temuan dan standar	Akar penyebab	Tindakan dan dukungan	PIC dan tenggat	Bukti hasil	Verifikasi dan status
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Satu baris digunakan untuk satu kegiatan atau tindakan. Isi status sesuai bagian 4.2. Penyelesaian dicatat setelah pemeriksa menilai bukti; tindakan yang belum selesai diteruskan pada periode berikutnya.

Instrumen Pengukuran dan Perubahan

Formulir 3 Rekap capaian indikator

Kode dan periode	Target	Pembilang dan penyebut	Nilai capaian	Sumber dan validasi	Analisis dan RTL
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Formulir 4 Register perubahan rencana

Versi dan tanggal	Kegiatan atau target	Rumusan semula	Rumusan baru	Alasan dan dampak	Persetujuan dan mulai berlaku
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Jangan mengganti data yang tidak tersedia dengan nol. Jika penyebut belum valid, beri status menunggu validasi. Dokumen perubahan menyimpan keputusan dan arsip versi sebelumnya.

Instrumen Kebutuhan Biaya dan Pelaporan

Formulir 5 Lembar kebutuhan kegiatan

Unsur	Isian
Kode dan nama kegiatan	.....
Keluaran dan volume	.....
Komponen kebutuhan	.....
Satuan dan biaya satuan	.....
Jumlah kebutuhan biaya	.....
Dasar standar biaya	.....
Sarana tersedia dan kebutuhan tambahan	.....
Sumber dana dan status persetujuan	.....
Pengusul dan penelaah	.....

Jumlah kebutuhan dihitung dari volume × biaya satuan yang memiliki dasar. Pengeluaran yang sama tidak dihitung kembali pada program lain. Formulir ini merupakan bahan RKAT dan bukan persetujuan pembelanjaan.

Susunan laporan tahunan

Laporan tahunan menyajikan gambaran menyeluruh mengenai pelaksanaan program dan pencapaian mutu, mulai dari ringkasan capaian, perbandingan target dan realisasi indikator I01–I28, hingga kemajuan kegiatan dalam program P01–P12. Uraian tersebut dilengkapi dengan hasil pengukuran pemenuhan standar dan status bukti, hasil AMI serta keputusan RTM, perkembangan tindak lanjut, dan risiko yang masih memerlukan penanganan. Penggunaan sumber daya dilaporkan berdasarkan data dari unit keuangan, kemudian dihubungkan dengan kebutuhan perbaikan dan rekomendasi untuk tahun berikutnya. Daftar bukti pendukung serta tindakan yang belum selesai disertakan dalam lampiran agar dapat ditelusuri dan diteruskan pada periode selanjutnya.

Ketua LPM menyampaikan laporan kepada pimpinan universitas sebagai bentuk pertanggungjawaban sekaligus bahan pengambilan keputusan. Ringkasan untuk publikasi melalui website disiapkan setelah ketepatan data diperiksa dan informasi pribadi dikeluarkan dari materi publikasi. Laporan lengkap beserta lampirannya disimpan dalam repositori dengan pengaturan akses sesuai kewenangan masing-masing pihak.

Daftar Rujukan

A1. LPM UNISSAS. (2026). Draf Renstra LPM UNISSAS 2026–2030 lengkap, versi 10 Oktober 2026. Dokumen sumber 50 halaman PDF, dengan penomoran isi sampai halaman 49. Acuan utama seluruh sasaran, program, indikator, target, kondisi awal, dan mekanisme pengendalian dalam Renop.

A2. Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. (2026). Keputusan Rektor Nomor 057 Tahun 2026 tentang Kalender Akademik Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Tahun Akademik 2026/2027. Ditetapkan 20 Juli 2026. Dirujuk sebagai R20 dalam Renstra.

Penelusuran sumber pendukung

Sumber R1–R22 dalam Renstra tetap menjadi rujukan bagi data asal. Renop menggunakan hasil konsolidasi pada A1 dan tidak menyatakan adanya pemeriksaan baru atas seluruh dokumen sumber tersebut. Inventaris perangkat mengacu pada Bab II, pemetaan dokumen IAPT pada R15, organisasi pada R17, serta data dosen Pusdatin dan Verifikator SINTA pada R21 dan R22.