UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

RENCANA STRATEGIS

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

2026-2030

SAMBAS
2026

UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

RENCANA STRATEGIS

LEMBAGA PENJAMINAN MUTU

2026–2030

SAMBAS
2026

Jalan Raya Sejangkung No. 126 Sebayan, Sambas
website: lpm.unissas.ac.id
e-mail: lpm@unissas.ac.id

LEMBAR PENGESAHAN

RENCANA STRATEGIS LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
UNIVERSITAS SULTAN MUHAMMAD SYAFIUDDIN SAMBAS
TAHUN 2026–2030

Rencana Strategis ini menjadi pedoman pengembangan dan pelaksanaan penjaminan mutu di lingkungan LPM UNISSAS serta acuan koordinasi dengan fakultas, Sekolah Pascasarjana, program studi, dan unit terkait. Pemberlakuannya mengikuti penetapan oleh pimpinan universitas.

Nomor keputusan penetapan : .....
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, Oktober 2026

Pengendalian dokumen

Unsur	Ketentuan
Pemilik dokumen	Lembaga Penjaminan Mutu UNISSAS
Periode	2026–2030
Peninjauan	Evaluasi tahunan dan peninjauan tengah periode pada 2028
Pengendalian versi	Sekretaris LPM bersama Pusat Data dan Informasi Mutu
Dasar pembaruan	Hasil evaluasi diri, AMI, RTM, perubahan kebijakan, dan keputusan pimpinan

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas tersusunnya Rencana Strategis Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas Tahun 2026–2030. Dokumen ini memberikan arah pengembangan sistem penjaminan mutu yang terukur, berbasis bukti, dan dilaksanakan bersama oleh seluruh unsur penyelenggara universitas.

Perubahan bentuk kelembagaan dari IAIS Sambas menjadi UNISSAS menuntut penyesuaian tata kelola mutu. Saat ini, perangkat SPMI Unissas telah tersedia, tetapi pemenuhan standar perlu diukur secara sistematis. Selain itu, budaya mutu perlu diperkuat agar standar menjadi acuan perencanaan, pelaksanaan kegiatan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan di fakultas, program studi, dan unit-unit.

Renstra ini menempatkan evaluasi diri pemenuhan 139 standar sebagai agenda utama tahun 2026. Hasilnya digunakan untuk membangun *baseline* mutu, menetapkan prioritas perbaikan, dan menyiapkan pelaksanaan AMI tahunan dan RTM. Penguatan dokumentasi, kapasitas PPM, kualitas pembelajaran, data mutu, dan kesiapan akreditasi dilaksanakan secara bertahap sesuai kewenangan dan sumber daya.

Kepemimpinan, pengalaman SDM, praktik kerja berbasis bukti, dan dukungan fasilitas dasar yang telah berkembang di LPM menjadi modal untuk memperluas penerapan budaya mutu. Keberhasilannya memerlukan keterlibatan pimpinan universitas dan fakultas, pengelola program studi, PPM, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, alumni, pengguna dan mitra.

Kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang mendukung penyusunan dan pelaksanaan Renstra ini. Semoga dokumen ini menjadi pedoman kerja yang digunakan secara konsisten dan tetap ditinjau Kembali berdasarkan perkembangan capaian dan kebutuhan Unissas.

Sambas, 9 Oktober 2026

Ketua LPM UNISSAS

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

DAFTAR ISI

Bagian	Halaman
Kata Pengantar	3
BAB I Pendahuluan	5
BAB II Profil dan Kondisi Awal	7
BAB III Analisis Strategis	23
BAB IV Tujuan Sasaran dan Tahapan Pengembangan	31
BAB V Program dan Target Kinerja	34
BAB VI Pelaksanaan Pendanaan dan Evaluasi	42
BAB VII Penutup	47
Daftar Rujukan	48

Petunjuk Pembacaan

Penyusunan Renstra ini bertolak dari kondisi awal penjaminan mutu sebagai dasar untuk menentukan arah dan target pengembangan. Pengukuran direncanakan mencakup 139 standar, yang rinciannya akan diselaraskan dengan daftar resmi standar SPMI. Sementara itu, data program studi memuat 26 entri yang masih memerlukan pencocokan identitas dan status agar jumlah program studi yang digunakan sebagai dasar perhitungan indikator benar-benar akurat.

Sejumlah dokumen yang masih berbentuk draf diproyeksikan selesai dan disahkan pada tahap awal pelaksanaan Renstra sehingga dapat menjadi landasan operasional penjaminan mutu. Ketersediaan dokumen tersebut perlu diikuti dengan penerapan yang konsisten dan didukung bukti yang dapat ditelusuri. Sejalan dengan penguatan sistem tersebut, pencapaian akreditasi Unggul diarahkan sebagai sasaran pengembangan secara bertahap, dengan mempertimbangkan kesiapan program studi, pemenuhan persyaratan, serta hasil penilaian dan keputusan lembaga akreditasi.

Singkatan utama

Singkatan	Makna
SPMI	Sistem Penjaminan Mutu Internal
PPEPP	Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, Peningkatan
AMI / RTM	Audit Mutu Internal / Rapat Tinjauan Manajemen
PPM / UPPS	Pusat Penjaminan Mutu / Unit Pengelola Program Studi
RTL / PTK	Rencana Tindak Lanjut / Permintaan Tindakan Korektif
CPL / CPMK	Capaian Pembelajaran Lulusan / Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penjaminan mutu merupakan bagian integral dari tanggung jawab UNISSAS dalam menyelenggarakan pendidikan tinggi. Melalui sistem penjaminan mutu yang berkelanjutan, pelaksanaan tridharma dan layanan pendukung diarahkan untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan sekaligus memperkuat jati diri UNISSAS sebagai universitas perbatasan yang berlandaskan Pancasila dan berasaskan Islam. Dalam mewujudkan tujuan tersebut, LPM mengembangkan sistem, mengoordinasikan evaluasi, serta mengawal tindak lanjut perbaikan bersama pimpinan dan seluruh unit kerja. Dengan pembagian peran yang jelas, setiap unit bertanggung jawab atas pemenuhan standar sesuai tugas dan kewenangannya sehingga mutu tumbuh menjadi komitmen bersama dalam penyelenggaraan universitas. [R1, R3]

Renstra IAIS sebelumnya menempatkan tahun 2026 sebagai awal tahap pencapaian keunggulan mutu. Arah tersebut menjadi pijakan bagi UNISSAS untuk melanjutkan pengembangan kelembagaan melalui penguatan pelaksanaan penjaminan mutu. Hingga saat ini, pemenuhan 139 standar SPMI belum diukur dan dilaporkan secara sistematis, sementara Audit Mutu Internal (AMI) dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) belum terlaksana. Laporan pelaksanaan SPMI yang tersedia masih didominasi uraian kualitatif dan belum didukung bukti pemenuhan standar yang memadai. Di tingkat fakultas dan program studi, dokumen dan bukti pelaksanaan kegiatan juga belum terpetakan secara menyeluruh. Kondisi ini menjadi dasar untuk memprioritaskan pengukuran capaian standar, penataan dokumentasi, dan pelaksanaan evaluasi dan tindak lanjut sebagai fondasi menuju keunggulan mutu [R4, R5, R8, K1].

Pelaksanaan penjaminan mutu di UNISSAS masih menghadapi tantangan dalam membangun pemahaman bahwa mutu merupakan tanggung jawab bersama. SPMI cenderung dipandang sebagai urusan LPM, sedangkan monitoring dan evaluasi masih dianggap sebagai agenda LPM dan PPM, sehingga keterlibatan pimpinan fakultas dan program studi belum optimal. Kondisi serupa terlihat dalam persiapan akreditasi yang kerap dilakukan menjelang tenggat pengajuan, dengan pengawalan yang masih bertumpu pada LPM. Oleh karena itu, penguatan penjaminan mutu perlu diarahkan pada peningkatan peran pimpinan fakultas dan program studi dalam memimpin pemenuhan standar serta kesiapan akreditasi, disertai penguatan fungsi pendampingan PPM dan koordinasi lintas unit. Melalui pembagian tanggung jawab tersebut, penjaminan mutu diharapkan menjadi bagian yang melekat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan setiap unit.

Secara internal, LPM memiliki modal yang mendukung penguatan penjaminan mutu, terutama kepemimpinan yang kuat serta sumber daya manusia yang berpengalaman dan memiliki kemampuan konseptual maupun teknis. Dukungan tersebut diperkuat oleh pemetaan dokumen internal serta pemanfaatan Google Drive dan website untuk mengelola informasi dan dokumen mutu. Kekuatan ini menjadi dasar bagi LPM untuk mengembangkan sistem kerja dan mendampingi perbaikan mutu di seluruh unit secara bertahap. Pelaksanaannya masih menghadapi sejumlah kendala, antara lain pembagian waktu personel antara tugas LPM dan kewajiban tridharma, belum tersedianya anggaran khusus program, pemahaman tugas pokok dan fungsi yang belum merata, serta konektivitas internet yang belum optimal. Oleh karena itu, pengembangan LPM perlu disertai penataan beban kerja, penguatan pemahaman peran, serta dukungan pendanaan dan sarana yang sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan program. [K1]

Renstra LPM 2026–2030 disusun dengan bertolak dari kondisi awal penjaminan mutu untuk menetapkan sasaran pengembangan yang realistis dan terukur. Tahun 2026 diarahkan pada pelaksanaan evaluasi diri dan konsolidasi sebagai dasar untuk mengenali capaian, kesenjangan, serta kebutuhan perbaikan. Hasilnya menjadi pijakan bagi pelaksanaan evaluasi secara berkala, Audit Mutu Internal (AMI), dan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) pada tahun 2027. Pada tahun-

tahun berikutnya, pengembangan difokuskan pada konsistensi pelaksanaan siklus mutu, tindak lanjut atas kesenjangan yang ditemukan, serta peningkatan kesiapan institusi dan program studi menuju keunggulan. Setiap program dirancang dengan memperjelas hubungan antara kegiatan yang dilaksanakan, keluaran yang dihasilkan, hasil yang dicapai, dan dampaknya terhadap peningkatan mutu penyelenggaraan pendidikan tinggi..

1.2 Tujuan Penyusunan

Renstra LPM 2026–2030 disusun untuk memberikan arah pengembangan lembaga sekaligus menyelaraskan program kerja kelima pusat agar saling mendukung pencapaian tujuan penjaminan mutu. Melalui dokumen ini, hubungan kerja antara LPM, PPM, dan seluruh unit diperjelas sehingga pelaksanaan program dapat berlangsung secara terkoordinasi dengan pembagian tanggung jawab yang jelas. Arah pengembangan tersebut dijabarkan ke dalam indikator dan target tahunan yang menjadi acuan penyusunan rencana operasional serta pengusulan anggaran sesuai prioritas kebutuhan. Renstra juga menjadi dasar untuk mengevaluasi capaian, menilai efektivitas pelaksanaan program, dan mempertanggungjawabkan kinerja LPM secara terukur dan berkelanjutan.

1.3 Dasar dan Hubungan Dokumen

Dasar	Kedudukan dalam penyusunan
Statuta UNISSAS 2025	Rujukan visi, misi, organisasi, fungsi LPM, dan pembagian kewenangan. [R1]
Permendiktisaintek 39 Tahun 2025 beserta perubahannya	Rujukan kerangka penjaminan mutu pendidikan tinggi; pembaruan mengikuti regulasi yang berlaku. [E1, E2]
PerBAN-PT 35 Tahun 2025 dan lampirannya	Rujukan pemetaan kebutuhan akreditasi institusi dan bukti evaluasi diri. [E3, R16]
RIP IAIS 2018–2038 dan Renstra PT 2022–2026	Arah historis pengembangan; diselaraskan dengan perubahan menjadi UNISSAS. [R5, R6]
VMTS LPM dan perangkat SPMI UNISSAS	Arah lembaga, standar, dan mekanisme PPEPP. [R2, R7]
Tupoksi dan draf program kerja LPM	Dasar integrasi program, penanggung jawab, dan kegiatan operasional. [R3, R9]
Laporan, pemetaan, berita, dan klarifikasi pimpinan LPM	Dasar identifikasi kondisi awal, masalah, kekuatan, dan kebutuhan pengembangan. [R8–R18, K1]

1.4 Metode Penyusunan

Penyusunan Renstra ini dilakukan melalui telaah dokumen dan inventarisasi data yang relevan, disertai pencocokan informasi antarsumber serta klarifikasi kepada pimpinan LPM untuk memperoleh gambaran kondisi aktual penjaminan mutu. Berdasarkan hasil penelaahan tersebut, permasalahan dipetakan dengan menelusuri keterkaitan antara masalah pokok, masalah, dan akar masalah. Pemetaan ini kemudian dipadukan dengan analisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman (SWOT) sebagai dasar penentuan prioritas dan perumusan strategi pengembangan. Hubungan sebab akibat yang belum memiliki dukungan bukti memadai ditempatkan sebagai dugaan awal yang perlu diuji melalui evaluasi diri sehingga strategi yang ditetapkan dapat semakin sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kelembagaan. [E4]

1.5 Ruang Lingkup dan Batas Perencanaan

Ruang lingkup Renstra ini mencakup pengembangan sistem penjaminan mutu, kurikulum dan pembelajaran, audit dan pengendalian mutu, akreditasi, pengembangan mutu mahasiswa, serta pengelolaan data dan informasi mutu. Cakupan tersebut juga menjangkau evaluasi bidang

penelitian, pengabdian kepada masyarakat, sarana dan prasarana, sumber daya manusia, serta pembiayaan melalui koordinasi dengan unit yang berwenang. Dalam pelaksanaannya, LPM menjalankan fungsi pengembangan sistem, pendampingan, dan evaluasi mutu sesuai kewenangannya, dengan tetap menjaga pembagian peran bersama pelaksana tridharma, Satuan Pengawasan Internal (SPI), Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), serta unit pengelola keuangan.

Arah pengembangan dalam Renstra ini selanjutnya dijabarkan setiap tahun ke dalam Rencana Operasional (Renop) dan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan (RKAT) agar program, target, dan dukungan sumber daya dapat direncanakan secara terpadu. Keselarasannya dengan Renstra universitas periode berikutnya akan ditinjau setelah dokumen tersebut ditetapkan. Adapun kondisi awal yang menjadi dasar penyusunan mengacu pada data, capaian kinerja, dan hasil analisis hingga 9 Oktober 2026.

BAB II PROFIL DAN KONDISI AWAL

2.1 Kedudukan dan Arah Kelembagaan

LPM berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Rektor, dengan pembinaan akademik yang mengacu pada ketentuan Statuta. Dalam menjalankan tugasnya, LPM berkoordinasi secara intensif dengan Wakil Rektor I Bidang Akademik untuk menyelaraskan kebijakan dan pelaksanaan penjaminan mutu dengan arah pengembangan akademik universitas. Pada tingkat fakultas dan Sekolah Pascasarjana, LPM membangun hubungan kerja dengan PPM melalui koordinasi, kolaborasi, dan pembinaan fungsional guna mendukung penerapan SPMI secara berkelanjutan. Hubungan kerja tersebut memperkuat peran pimpinan fakultas dan unit pengelola program studi (UPPS) dalam memimpin pelaksanaan standar serta mengawal perbaikan mutu di lingkungan masing-masing. [R1, R3, R17]

Visi UNISSAS

Menjadi Cross-Border University Rujukan dalam Pengembangan Ilmu Pengetahuan, Teknologi, Seni berbasis Kearifan Lokal dan Multikultural.

Visi LPM

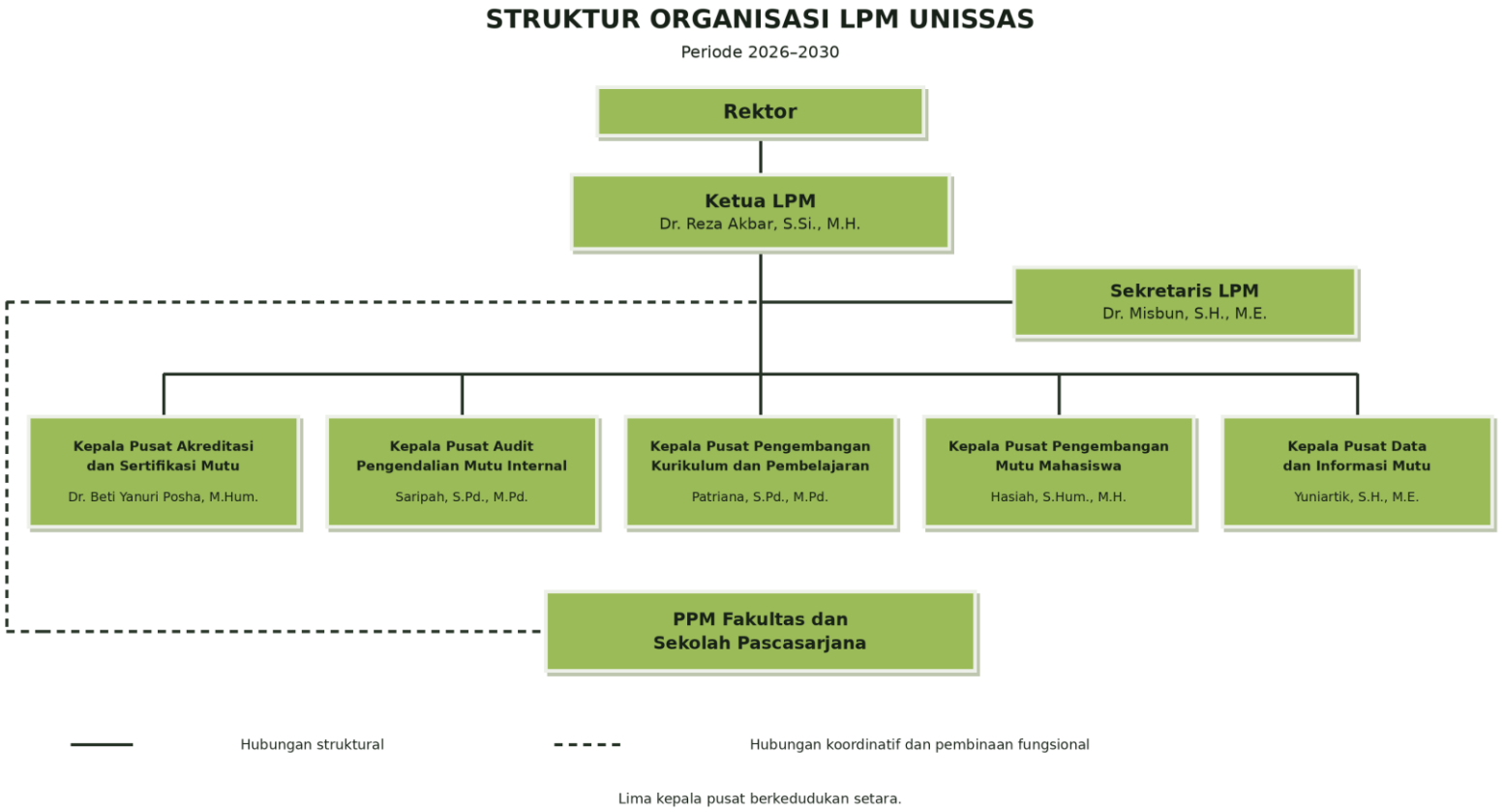
Menjadi Lembaga Penjaminan Mutu yang unggul, inovatif, dan adaptif terhadap standar global untuk mendorong budaya mutu yang berkelanjutan.

Misi LPM

1. Mengembangkan dan mengimplementasikan SPMI yang sistematis dan berkelanjutan di seluruh unit untuk memastikan kualitas pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
2. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia, kurikulum, proses pembelajaran, serta sarana dan prasarana.
3. Mendorong terwujudnya budaya mutu di seluruh sivitas akademika dan tenaga kependidikan UNISSAS.
4. Melakukan evaluasi, audit, dan akreditasi program studi dan institusi secara berkala.
5. Menjalin kerja sama dengan lembaga lain pada tingkat nasional, regional, dan internasional untuk meningkatkan daya saing dan reputasi perguruan tinggi.

2.2 Struktur Organisasi LPM

Susunan periode 2026–2030 terdiri atas ketua, sekretaris, dan lima kepala pusat. Bagan menampilkan kedudukan pusat yang setara serta hubungan koordinatif dengan PPM.



Gambar 2.1 Struktur organisasi LPM UNISSAS periode 2026–2030

2.3 Jejaring PPM dan Pembagian Peran

Unit	Kepala PPM	Sekretaris
Sekolah Pascasarjana	Dr. Jaelani, M.Hum.	Dr. Sri Deti, S.E., M.E.I.
Fakultas Pendidikan	Dr. Meriyanti, M.Pd.	Asyruni Multahada, S.Pd., M.Pd.
Fakultas Ekonomi dan Bisnis	Muslimin, S.E., M.E.	Marina, S.E.I., M.Ak.
Fakultas Hukum	Mayang Rosana, S.H., M.H.	Wiwin Guanti, S.Hum., M.H.
Fakultas Studi Islam	Dr. Deni Irawan, S.Sos.I., M.S.I.	Abdurrachman, M.Si.
Fakultas Sains dan Teknologi	Azwar, S.IP., M.IP.	Rendi Purnama, S.Hum., M.A.

Susunan berdasarkan dokumen struktur organisasi; terdapat enam PPM.

Unsur	Tanggung jawab utama
Rektor dan pimpinan universitas	Menetapkan kebijakan, standar, target, dukungan sumber daya, dan keputusan peningkatan mutu.
LPM	Mengembangkan sistem, mendampingi unit, mengoordinasikan evaluasi dan audit, serta memantau tindak lanjut.
Pimpinan fakultas/UPPS	Memimpin pemenuhan standar, menetapkan tim akreditasi, membahas hasil evaluasi, dan mengendalikan perbaikan.
PPM	Memfasilitasi pemetaan bukti, monev, pelaporan, dan pemantauan tindak lanjut pada fakultas/UPPS.
Program studi dan unit	Melaksanakan standar, menyediakan data dan bukti, melakukan evaluasi diri, dan menyelesaikan perbaikan.

Pada periode ini, banyak pengurus PPM baru mulai menjalankan tugas sehingga memerlukan dukungan untuk memahami peran, mekanisme kerja, dan tanggung jawab penjaminan mutu di lingkungan masing-masing. Orientasi kepengurusan, serah terima dokumen dan akses pengelolaan data, serta pendampingan teknis menjadi langkah awal untuk membangun kesiapan tersebut. Proses peralihan kepengurusan perlu memastikan bahwa informasi dan pengalaman kerja sebelumnya dapat diteruskan dengan baik, kewajiban pelaporan tetap terpenuhi, serta tindak lanjut yang belum selesai memperoleh penanggung jawab yang jelas. Dengan demikian, pergantian personel dapat berlangsung tanpa menghambat kesinambungan pelaksanaan penjaminan mutu.

2.4 Kondisi Dasar Sistem dan Sumber Daya

Komponen	Kondisi awal perencanaan
Standar SPMI	139 standar menjadi cakupan kerja. Pemenuhannya belum diukur sistematis.
Evaluasi diri	Agenda utama 2026; pedoman dan instrumen dalam penyiapan.
AMI	Belum pernah dilaksanakan; masih dalam persiapan.
RTM	Belum berjalan dan belum menjadi budaya di universitas maupun prodi.
Pelaporan SPMI	Laporan tersedia tetapi masih kualitatif dan belum berbasis bukti pemenuhan setiap standar.
SDM dan kepemimpinan LPM	Berpengalaman, kompeten, kuat secara konseptual dan teknis; pemahaman tupoksi sebagian personel perlu ditegaskan.
Waktu personel	Tugas LPM berjalan bersamaan dengan kewajiban tridharma; pengaturan prioritas dan kalender diperlukan.
Tata kelola internal	PIC jelas, dokumen internal dipetakan, dan SOP diterapkan; SOP internal belum dilegalkan.
Anggaran	Belum ada alokasi khusus program; dukungan terbatas pada rapat dan ATK.
Fasilitas	Ruangan layak dan fasilitas kerja dasar tersedia; Wi-Fi belum optimal.
Data dan informasi	Google Drive dan website telah digunakan; tersedia SDM pengembangan data mutu. Seluruh personil aktif menggunakan media IT dalam pengelolaan dokumen
Fakultas dan prodi	Pemetaan dokumen, budaya bukti, sosialisasi SPMI, dan keterlibatan pimpinan dalam monev belum optimal.

Praktik pengelolaan mutu yang telah berkembang di internal LPM menjadi modal untuk mendampingi penguatan mutu pada fakultas, program studi, dan unit pelaksana lainnya. Pendampingan diarahkan pada penerapan praktik baik dalam penataan dokumen, pembagian tanggung jawab, dan pelaksanaan kegiatan berbasis bukti, dengan mempertimbangkan kesiapan serta kebutuhan setiap unit. Melalui pendekatan ini, LPM membantu membangun kapasitas unit agar semakin mampu memenuhi standar secara mandiri dan berkelanjutan, sementara tanggung jawab pelaksanaan dan pencapaian standar tetap melekat pada unit sesuai tugas dan kewenangannya.

Sumber: klarifikasi pimpinan LPM dalam penyusunan Renstra, didukung dokumen kelembagaan dan rapat koordinasi.

2.5 Inventaris Dokumen SPMI

Kluster	Jumlah teridentifikasi	Catatan
Pedoman	15	Mencakup dokumen tersedia, draf, dan dokumen lama yang perlu revisi.
Dokumen mutu dan perencanaan	8	Termasuk tiga paket SPMI, VMTS, program kerja, tupoksi, proposal AMI, dan Renstra lama.
Laporan SPMI	7	Dua berkas efektivitas FEB dihitung sebagai satu jenis laporan.
SOP internal	Belum dihitung	Sudah diterapkan; nama, jumlah, dan pengesahan menjadi agenda inventarisasi.

Inventaris Pedoman dan Dokumen Mutu Tahun 2026

No	Nama dokumen	Tahun	Kondisi
1	Pedoman Monev Pembelajaran	2026	Draf
2	Pedoman Pengisian dan Pengelolaan Survei…	2026	Status pengesahan ditelusuri
3	Pedoman Pengembangan Mutu…	2026	Draf
4	Pedoman Evaluasi Diri untuk Pengukuran…	2026	Draf
5	Pedoman Penyusunan Kurikulum OBE UNISSAS	2026	Tersedia; status formal dicocokkan
6	Pedoman Pengukuran Kepuasan Dosen	2026	Draf
7	Pedoman Kode Etik Dosen dan Tenaga	2026	Draf
8	Pedoman Pengukuran Kepuasan Alumni	2026	Draf
9	Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pembelajaran	2025	Tersedia
10	Pedoman Penyusunan RPS	2025	Tersedia
11	Pedoman AMI	2019	Draf; perlu revisi
12	Pedoman Akademik	2019	Draf; perlu revisi
13	Pedoman Kerja Sama UNISSAS	2019	Perlu pembaruan
14	Pedoman FGD VMTS	2018	Perlu telaah kesesuaian
15	Pedoman BKD dan Evaluasi Pelaksanaan…	2017	Draf; perlu revisi

Dokumen Mutu dan Perencanaan

No	Dokumen	Periode	Keterangan
16	Perangkat SPMI UNISSAS	2025	Kebijakan; pedoman PPEPP; standar; pendokumentasian implementasi
17	Kebijakan, Manual, Standar, Formulir SPMI	2023	Perangkat periode sebelumnya
18	Kebijakan, Manual, Standar, Formulir SPMI	2017	Arsip dan rujukan historis
19	VMTS LPM UNISSAS	2025	Arah kelembagaan
20	Program Kerja LPM	2026–2030	Draf; integrasi dengan Renstra
21	Tupoksi LPM	2026–2030	Draf; finalisasi dan pengesahan

No	Dokumen	Periode	Keterangan
22	Proposal AMI	2026	Rencana kegiatan dan kebutuhan biaya
23	Renstra LPM IAIS Sambas	2016–2020	Rujukan model dan evaluasi perencanaan lama

Inventaris Laporan dan Kualitas Bukti

No	Laporan	Periode	Keterangan
24	Pelaksanaan SPMI UNISSAS	2024/2025	Kualitatif; belum menunjukkan pemenuhan 139 standar berbasis bukti
25	Kepuasan mahasiswa semester genap	2024/2025	Hasil survei layanan; masih perlu diperhatikan cakupan dan jumlah responden
26	Monev pembelajaran FSI semester genap	2025/2026	Temuan pembelajaran dan rencana tindak lanjut
27	Monev pembelajaran Fakultas Pendidikan semester genap	2025/2026	Hasil pengukuran, temuan, dan rekomendasi
28	Efektivitas SPMI FSI	2025/2026	Survei persepsi; nilai dilaporkan 84,81%, namun belum memiliki bukti PPEPP
29	Efektivitas SPMI Fakultas Pendidikan	2025/2026	Survei persepsi; nilai dilaporkan 86,29%, namun belum memiliki bukti PPEPP
30	Efektivitas SPMI FEB	2025/2026	Survei persepsi; 83,94%; dua berkas dengan hasil sama, namun belum memiliki bukti PPEPP

Pengelolaan Inventaris

Pengelolaan dokumen mutu dilakukan secara terkoordinasi agar setiap dokumen mudah ditemukan, digunakan sesuai peruntukannya, dan ditelusuri riwayat perubahannya. Pusat Data dan Informasi Mutu memelihara daftar induk dokumen yang mencakup judul resmi, unit pemilik, tahun penerbitan, status pengesahan, versi, masa berlaku, lokasi penyimpanan, serta keterkaitannya dengan standar mutu. Sekretaris LPM mengawal proses pengesahan dan distribusi agar unit menggunakan dokumen yang berlaku, sedangkan setiap unit pelaksana bertanggung jawab menyediakan bukti penerapannya. Setiap pembaruan disertai pencatatan perubahan dan pengarsipan versi terdahulu untuk menjaga kesinambungan informasi serta akuntabilitas pengelolaan dokumen.

Dalam mendukung kesiapan akreditasi institusi, telah dipetakan 35 butir kebutuhan dokumen dan bukti yang penyediaannya melibatkan berbagai unit. Pemetaan ini menjadi acuan untuk memperjelas penanggung jawab, menilai ketersediaan dan kelengkapan bukti, serta menentukan prioritas pemenuhannya secara terkoordinasi. Berdasarkan Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) Nomor 35 Tahun 2025 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi (IAPT 4.1) Buku 2: Kriteria, Indikator, Prosedur Asesmen, dan Penilaian Akreditasi, berikut adalah pemetaan dokumen, Kebijakan, Pedoman, dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang harus disiapkan oleh Perguruan Tinggi.

1. Dokumen Syarat Eligibilitas & Tata Kelola Kelembagaan

Dokumen wajib yang menjadi syarat awal pengajuan akreditasi serta dasar legalitas tata kelola perguruan tinggi.

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab di Tingkat PT
1	Izin Operasional Perguruan Tinggi yang Masih Berlaku	Syarat Eligibilitas	Pimpinan Perguruan Tinggi / Sekretariat Rektorat
2	Statuta / Anggaran Dasar & Anggaran Rumah Tangga (AD/ART)	Syarat Eligibilitas & Akuntabilitas (Indikator 24)	Pimpinan Perguruan Tinggi / Badan Penyelenggara
3	Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK)	Akuntabilitas (Indikator 24)	Bagian Organisasi & Kepegawaian / Tata Usaha
4	Rencana Induk Pengembangan (RIP) / Rencana Strategis (Renstra) Institusi (Jangka Panjang, Menengah, Pendek)	Diferensiasi Misi & Akuntabilitas (Indikator 25, 36)	Pimpinan PT
5	Peta Jalan (Roadmap) Pengembangan Institusi & Diferensiasi Misi	Diferensiasi Misi (Indikator 36)	Pimpinan PT
6	Dokumen Manajemen Risiko Institusi & Kebijakan GUG (Good University Governance)	Akuntabilitas (Indikator 25, 28)	Satuan Pengawas Internal (SPI) / Tim Manajemen Risiko
7	Kode Etik Civitas Akademika dan Tendik	Akuntabilitas (Indikator 28)	Bagian SDM/Kepegawaian

2. Dokumen Budaya Mutu (Sistem Penjaminan Mutu Internal - SPMI)

Dokumen yang menjamin keberfungsian penjaminan mutu internal secara terencana dan berkelanjutan melalui siklus PPEPP.

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
1	Dokumen Kebijakan SPMI (Akademik & Non-Akademik)	Budaya Mutu (Indikator 1)	LPM
2	Dokumen Manual SPMI (Siklus PPEPP)	Budaya Mutu (Indikator 1, 2)	LPM
3	Dokumen Standar Dikti (Standar Nasional + Standar	Budaya Mutu (Indikator 1)	LPM

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
	Pelampauan Akademik & Non-Akademik)		
4	SOP Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) & Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)	Budaya Mutu (Indikator 1, 2)	LPM
5	Laporan Implementasi SPMI Berkala & Laporan Kinerja Perguruan Tinggi (LKPT)	Budaya Mutu (Indikator 3)	LPM & Pengelola Data PD-Dikti (PUSDATIN)
6	Bukti Tindak Lanjut Peningkatan Mutu (Laporan Evaluasi & Pengendalian)	Budaya Mutu (Indikator 2)	LPM / Unit Kerja Terkait

3. Dokumen Relevansi Pendidikan

Dokumen pedoman dan SOP penyelenggaraan kurikulum, SDM, sarana prasarana, serta pengelolaan kemahasiswaan.

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
1	Kebijakan & Pedoman Penyusunan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Kurikulum OBE (Outcome-Based Education)	Relevansi Pendidikan (Indikator 5, 10)	LPM
2	Rencana Strategis (Renstra) Pengelolaan dan Pengembangan SDM (Dosen & Tendik)	Relevansi Pendidikan (Indikator 6, 7, 11)	Bagian Sumber Daya Manusia (SDM / Kepegawaian)
3	SOP Rekrutmen,	Relevansi	Bagian Kepegawaian / SDM

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
	Penempatan, Pembinaan, dan Penilaian Kinerja SDM	Pendidikan (Indikator 6, 11)	
4	Kebijakan & SOP Pengelolaan Sarana dan Prasarana (Sistem K3, Kesinambungan Akses)	Relevansi Pendidikan (Indikator 8)	Biro Umum / Bagian Sarana & Prasarana
5	Kebijakan & Pedoman Tata Kelola Akses Sarana Prasarana Berbasis TIK & Sistem Informasi Akandemik/Pembelajaran	Relevansi Pendidikan (Indikator 9) & Akuntabilitas (Indikator 26)	Pusat Data dan Teknologi Informasi (PUSDATIN)
6	Pedoman/SOP Internalisasi dan Pembelajaran Pendidikan Anti Korupsi (PAK)	Relevansi Pendidikan (Indikator 13)	Bagian Akademik / LPM/Fakultas
7	Kebijakan & Pedoman Penerimaan Mahasiswa Baru yang Inklusif (Afirmasi, Disabilitas, 3T, PJJ)	Akuntabilitas (Indikator 31)	Panitia PMB / Bagian Akademik
8	Kebijakan & SOP Pengelolaan Kemahasiswaan, Layanan Konseling, Kesehatan, Bantuan Mahasiswa Berkebutuhan Khusus, & Pembelajaran Luar Prodi (MBKM)	Akuntabilitas (Indikator 32)	Biro Kemahasiswaan & Alumni

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
9	Pedoman & SOP Penanggulangan dan Penindakan Kekerasan Seksual, Perundungan, dan Intoleransi (PPKS)	Akuntabilitas (Indikator 28)	Satgas PPKS / Satgas Etika Kampus/Pimpinan

4. Dokumen Relevansi Penelitian & Pengabdian kepada Masyarakat (PkM)

Dokumen yang mengatur perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta luaran riset dan PkM.

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
1	Renstra & Peta Jalan (Roadmap) Penelitian Institusi	Relevansi Penelitian (Indikator 16)	Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M)
2	Pedoman Penelitian & Pengembangan Kualitas SDM Peneliti/Perekayasa	Relevansi Penelitian (Indikator 16)	LP2M / Bagian Kepegawaian
3	SOP Tata Cara Penilaian/Review, Pengangkatan Reviewer, Monitoring & Evaluasi, serta Legalitas Penugasan/Kerjasama Penelitian	Relevansi Penelitian (Indikator 17)	LP2M
4	Renstra & Peta Jalan (Roadmap) Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) Institusi	Relevansi PkM (Indikator 20)	LP2M
5	Pedoman PkM & Pengembangan Kualitas Kepakaran SDM	Relevansi PkM (Indikator 20)	LP2M
6	SOP Pelaksanaan,	Relevansi PkM	LP2M

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
	Monev, dan Pelaporan Kegiatan PkM	(Indikator 21)	
7	Kebijakan & SOP Pengelolaan Luaran Riset/PkM (Lisensi Terbuka, Publikasi, HKI, Paten, Produk/Jasa)	Relevansi Penelitian & PkM (Indikator 18, 19, 22, 23)	LP2M / Pusat HKI & Inovasi

5. Dokumen Akuntabilitas Keuangan & Pengakuan Dampak

Dokumen perencanaan dan pengawasan tata kelola keuangan serta pengakuan capaian mutu.

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
1	Rencana Strategis (Renstra) Keuangan Periode 5 Tahunan	Akuntabilitas (Indikator 27a)	Biro Keuangan / Bagian Perencanaan Organisasi
2	Dokumen Kebijakan & Pedoman Pendanaan untuk Kelompok Mahasiswa Kurang Beruntung (Beasiswa Afirmasi/Tidak Mampu)	Akuntabilitas (Indikator 27b)	Biro Kemahasiswaan / Bagian Keuangan
3	Pedoman & SOP Pengelolaan Keuangan (Perencanaan, Penganggaran, Pencairan, Pelaporan, Pengawasan)	Akuntabilitas (Indikator 29, 33)	Biro Keuangan
4	Laporan Hasil Audit Keuangan Eksternal (Laporan Keuangan Audited)	Akuntabilitas (Indikator 35)	Biro Keuangan / Kantor Akuntan Publik (KAP) / SPI

No	Nama Dokumen / Kebijakan / SOP	Kriteria Terkait	Unit Pemilik / Penanggung Jawab
5	Dokumen Laporan Evaluasi Kepuasan Pemangku Kepentingan (Mahasiswa, Dosen, Tendik, Lulusan, Mitra)	Akuntabilitas (Indikator 34) & Relevansi (Indikator 14)	LPM / Pusat Tracer Study
6	Laporan Evaluasi Tahunan Capaian Tridharma terhadap Diferensiasi Misi & Benchmarking Eksternal	Diferensiasi Misi (Indikator 38, 39)	LPM / Pimpinan PT

Sumber: Yuniartik dkk, 10 September 2026, Kode Dokumen R15

2.6 Kondisi Akreditasi Institusi dan Program Studi

Status prodi bersumber dari tampilan SINTA dengan pembaruan KPI, PGMI, dan PIAUD menjadi Baik berdasarkan keterangan pimpinan LPM. Status UNISSAS adalah Baik. Periode di bawah berasal dari laman akreditasi, bukan hasil pemeriksaan seluruh SK. [R12, R13, K1]

No	Institusi atau prodi	Jenjang	Status	Periode pada laman	Catatan
0	UNISSAS	PT	Baik	26 Nov 2024–29 Des 2028	Tidak dihitung perpanjangan
1	Pendidikan Ilmu Pengetahuan Alam	S1	Belum tercantum	Belum tersedia	Verifikasi SK
2	Pendidikan Matematika	S1	Belum tercantum	Belum tersedia	Cocokkan dengan Tadris Matematika
3	Bisnis Digital	S1	Belum tercantum	Belum tersedia	Verifikasi SK
4	Hukum Ekonomi Syariah	S1	Baik	26 Nov 2024–6 Apr 2026	Proyeksi perpanjangan: 6 Apr 2027
5	Pendidikan Islam Anak Usia Dini	S1	Baik	26 Nov 2024–9 Feb 2026	Proyeksi: 9 Feb 2027
6	Ilmu Al-Qur’an dan Tafsir	S1	Baik	26 Nov 2024–16 Mar 2026	Proyeksi: 16 Mar 2027
7	Ekonomi Syariah	S2	Baik	26 Nov 2024–1 Des 2025	Proyeksi: 1 Des 2026
8	Tadris Bahasa Indonesia	S1	Baik	26 Nov 2024–1 Agu 2028	Verifikasi sertifikat
9	Pendidikan Agama Islam	S2	Baik	26 Nov 2024–23 Des 2026	Prioritas pengawalan 2026
10	Perbankan Syariah	D3	Belum tercantum	Apr 2021–Des 2025	Proyeksi: Des 2026; tanggal belum tersedia
11	Hukum Tata Negara	S1	Baik	26 Nov 2024–8 Des 2025	Proyeksi: 8 Des 2026
12	Sejarah dan Peradaban Islam	S1	Baik Sekali	26 Nov 2024–5 Jan 2026	Proyeksi: 5 Jan 2027
13	Studi Islam	S3	Belum tercantum	Belum tersedia	Verifikasi SK

Nomor 0 adalah institusi; nomor 1–26 merupakan entri prodi. Proyeksi perpanjangan dihitung +1 tahun berdasarkan keterangan pimpinan; cakupan dan tanggal legal harus dicocokkan dengan SK. Angka ini bukan keputusan perpanjangan baru.

Kondisi Akreditasi dan Agenda Validasi

No	Program studi	Jenjang	Status	Periode pada laman	Catatan
14	Manajemen Bisnis Syariah	S1	Baik	31 Mei 2022–31 Mei 2027	Verifikasi sertifikat
15	Kewirausahaan	S1	Belum tercantum	Belum tersedia	Verifikasi SK
16	Ilmu Perpustakaan dan Informasi	S1	Baik	4 Feb 2025–4 Feb 2027	Persiapan pengajuan
17	Tadris Matematika	S1	Baik	Belum tersedia	Validasi identitas dan periode
18	Ekonomi Syariah	S1	Baik	21 Nov 2025–12 Jan 2029	Verifikasi sertifikat
19	Akuntansi Syariah	S1	Baik	21 Nov 2025–21 Feb 2030	Verifikasi sertifikat
20	Bimbingan Penyuluhan Islam	S1	Baik	26 Nov 2024–22 Des 2025	Proyeksi: 22 Des 2026
21	Pendidikan Guru Madrasah Ibtidaiyah	S1	Baik	26 Nov 2024–21 Apr 2026	Proyeksi: 21 Apr 2027
22	Perdagangan Internasional	S1	Baik	Belum tersedia	Verifikasi SK
23	Pariwisata Syariah	S1	Terakreditasi Pertama	Belum tersedia	Verifikasi SK
24	Hukum Tatanegara	S2	Terakreditasi Pertama	Belum tersedia	Verifikasi SK
25	Komunikasi dan Penyiaran Islam	S1	Baik	26 Nov 2024–23 Feb 2026	Proyeksi: 23 Feb 2027
26	Pendidikan Agama Islam	S1	Baik	6 Mei 2025–5 Mei 2030	Verifikasi sertifikat

Berdasarkan rekapitulasi 26 entri program studi, terdapat 17 entri berstatus Baik, 1 Baik Sekali, dan 2 Terakreditasi Pertama, sementara status akreditasi pada 6 entri lainnya belum tercantum dalam sumber data yang digunakan. Keterangan tersebut menunjukkan perlunya pelengkapan informasi dan tidak dapat diartikan bahwa program studi yang bersangkutan belum terakreditasi. Validasi data diprioritaskan pada nomor keputusan, tanggal berakhirnya akreditasi setelah perpanjangan, lembaga akreditasi yang berwenang, serta jalur pengajuan yang sesuai.

Sejalan dengan pembenahan data tersebut, persiapan pembaruan akreditasi institusi sebelum berakhirnya masa berlaku pada 29 Desember 2028 menjadi agenda bersama pimpinan universitas dan seluruh unit penyedia data. Pada tingkat program studi, fakultas atau UPPS memimpin persiapan akreditasi dengan dukungan PPM dalam memantau kemajuan dan pemenuhan kebutuhan dokumen. LPM mendampingi melalui penelaahan kesiapan, pemberian rekomendasi perbaikan, serta penyampaian risiko kepada pimpinan apabila diperlukan keputusan atau dukungan lebih lanjut. Pembagian peran ini diarahkan agar persiapan akreditasi berlangsung secara berkelanjutan dan pengajuan dapat diselesaikan tepat waktu.

2.7 Pelajaran dari Evaluasi dan Perencanaan Lama

Laporan monitoring dan evaluasi pembelajaran semester TA 2025/2026 Genap pada Fakultas Studi Islam dan Fakultas Pendidikan memberikan gambaran mengenai sejumlah aspek yang masih perlu diperbaiki, meliputi kedisiplinan kehadiran, ketepatan waktu, pemberian umpan balik atas tugas mahasiswa, dokumentasi asesmen, serta pemanfaatan media pembelajaran. Temuan tersebut menjadi bahan perbaikan bagi dosen dan program studi dalam cakupan evaluasi, dengan tetap memperhatikan bahwa hasilnya belum mewakili kondisi seluruh dosen maupun program studi di UNISSAS. Agar evaluasi mendorong peningkatan mutu, rekomendasi yang dihasilkan perlu ditindaklanjuti melalui keputusan pimpinan, penetapan penanggung jawab, dan pemantauan penyelesaian perbaikan yang didukung bukti. [R11]

Kebutuhan penguatan pembelajaran juga mengemuka dalam rapat koordinasi, terutama terkait pengumpulan Rencana Pembelajaran Semester (RPS), kesesuaian keahlian dosen dengan mata kuliah yang diampu, pembakuan Mata Kuliah Dasar Umum (MKDU), serta peningkatan partisipasi dalam pengisian survei. Pada aspek pengelolaan data, jumlah dosen yang tercatat pada SINTA dan PDDikti per 9 Oktober 2026 masih menunjukkan perbedaan, masing-masing sebanyak 136 dan 155 (R21, R22). Perbedaan ini perlu ditelusuri melalui pencocokan identitas, status, afiliasi, dan keterbaruan data agar informasi yang digunakan dalam perencanaan, evaluasi, dan akreditasi konsisten serta dapat dipertanggungjawabkan.

Rencana terdahulu	Pembelajaran bagi periode 2026–2030
Renstra LPM 2016–2020	Mengarah pada pengembangan dokumen, SOP, sosialisasi, audit, dan akreditasi. Target lama tidak dapat dianggap sebagai realisasi.
Tahap 2026–2035 dalam Renstra LPM lama	Pencapaian keunggulan mutu mengandaikan sistem telah mantap. Kondisi aktual memerlukan konsolidasi dan pengukuran fondasi.
RIP IAIS 2018–2038 untuk 2026–2030	Memuat aspirasi minimal 10 prodi terakreditasi A. Sasaran ini ditelaah ulang terhadap kesiapan, perubahan bentuk, sumber daya, dan instrumen.
Renstra LPM 2026–2030	Memprioritaskan efektivitas sistem, keberlakuan akreditasi, dan pengembangan 2 prodi menuju Unggul sebagai target dasar serta prodi ketiga sebagai sasaran pengembangan bersyarat.

Pengawalan pemenuhan standar mutu juga mencakup bidang penelitian, pengabdian kepada masyarakat, kerja sama, layanan kemahasiswaan, sarana dan prasarana, sumber daya manusia, serta keuangan. Pada setiap bidang, unit yang bertanggung jawab bersama pimpinan menetapkan target keluaran sesuai kebutuhan pengembangan dan kapasitas sumber daya yang tersedia. LPM mendukung pencapaian target tersebut melalui pengukuran kesesuaian pelaksanaan dengan standar, pendampingan perbaikan, serta penyusunan laporan mutu yang terpadu. Pembagian peran ini menjaga keterhubungan antara pelaksanaan kegiatan dan evaluasi mutu, dengan kewenangan operasional tetap berada pada unit sesuai tugas dan tanggung jawabnya.

BAB III ANALISIS STRATEGIS

3.1 Kekuatan (S) dan Kelemahan (W)

Kode	Kekuatan internal	Pemanfaatan
S1	Kepemimpinan kuat, visioner, cepat bekerja, serta mampu bekerja konseptual dan teknis	Menggerakkan perubahan dan menerjemahkan kebijakan menjadi instrumen.
S2	SDM berpengalaman dan kompeten	Pendampingan teknis, reviu dokumen, dan pengembangan sistem.
S3	PIC internal jelas, dokumentasi dipetakan, dan kerja berbasis bukti dijaga	Model praktik baik bagi PPM dan unit.
S4	Google Drive, website, dan SDM data mutu tersedia	Mengembangkan repositori dan rekap indikator secara bertahap.
S5	Ruangan layak dan fasilitas kerja dasar tersedia	Mendukung koordinasi dan pekerjaan rutin.
Kode	**Kelemahan internal dan implementasi lintas unit**	
W1	Pemahaman tupoksi dan persepsi personel LPM belum sepenuhnya selaras; waktu terbagi dengan tridharma.	
W2	Banyak pengurus PPM baru; transfer informasi dan orientasi perlu diperkuat.	
W3	Belum ada anggaran khusus program; Wi-Fi belum optimal; SOP internal belum disahkan.	
W4	Sosialisasi SPMI belum merata; budaya bukti dan keterlibatan pimpinan fakultas belum efektif.	
W5	139 standar belum terukur; AMI belum dilaksanakan; RTM belum berjalan.	
W6	Dokumen prodi dan data mutu belum tertata; pengawalan akreditasi masih terpusat dan mendekati tenggat.	

3.2 Peluang (O), Ancaman (T) dan Pilihan Strategi

Identifikasi peluang dan ancaman dilakukan untuk memahami dinamika lingkungan yang dapat memengaruhi pelaksanaan penjaminan mutu serta menjadi dasar perumusan strategi pengembangan LPM. Peluang dipertimbangkan sebagai potensi yang dapat dimanfaatkan, sedangkan ancaman mencerminkan kemungkinan hambatan yang perlu diantisipasi. Relevansi dan pengaruh keduanya ditinjau setiap tahun sesuai perkembangan kondisi kelembagaan dan lingkungan eksternal.

Kode	Peluang
O1	Arah *Cross-Border University* membuka ruang pembelajaran mutu, kerja sama, dan pengembangan kekhasan wilayah perbatasan.
O2	Pedoman SPMI dan instrumen akreditasi menyediakan acuan untuk pemetaan bukti dan pengukuran.
O3	Jejaring perguruan tinggi dan mitra memungkinkan *benchmarking*, pendampingan, serta pengembangan kompetensi.
O4	Pemanfaatan sarana digital yang telah tersedia memungkinkan penataan dokumen dengan kebutuhan biaya bertahap.

Kode	Ancaman atau risiko lingkungan
T1	Perubahan ketentuan dan instrumen dapat menimbulkan kebutuhan penyesuaian dokumen serta data.
T2	Tenggat akreditasi berpotensi melampaui kesiapan jika proses tetap reaktif.
T3	Tuntutan akuntabilitas dan bukti kinerja meningkat sementara dukungan sumber daya terbatas.
T4	Gangguan konektivitas dan ketergantungan pada pengelola tertentu dapat menghambat kesinambungan akses bukti.

Pilihan	Strategi hasil perpaduan SWOT
SO	Memanfaatkan kepemimpinan, SDM, dan media digital untuk evaluasi diri serta pengembangan mutu khas universitas.
WO	Menggunakan pedoman, jejaring, dan pendampingan untuk memperkuat kompetensi PPM, sosialisasi, dan pengukuran.
ST	Menjadikan pemetaan dokumen dan reviu regulasi sebagai pengendalian tenggat dan perubahan instrumen.
WT	Memprioritaskan kegiatan wajib, membangun pengganti personel, mengusulkan biaya minimum, serta memperjelas tanggung jawab unit.

3.3 Pemetaan Masalah, Pokok Masalah, dan Akar Masalah

No	Masalah pokok	Masalah	Akar masalah atau penyebab	Dasar
1.1	Budaya mutu belum melembaga	Standar belum menjadi acuan bersama	Sosialisasi belum efektif; persepsi SPMI sebagai milik LPM masih berkembang.	K1; R18
1.2	Budaya mutu belum melembaga	Monev dipandang sebagai agenda LPM–PPM	Keterlibatan pimpinan fakultas dalam pengawalan belum optimal.	K1
1.3	Budaya mutu belum melembaga	Kerja berbasis bukti belum konsisten	Pencatatan pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut belum dibiasakan di prodi.	K1; R18
2.1	Pemenuhan standar dan efektivitas peningkatan belum terbukti	139 standar belum terukur	Evaluasi diri belum dilaksanakan; perangkat pengukuran masih disiapkan.	K1; R10
2.2	Pemenuhan standar dan efektivitas peningkatan belum terbukti	Laporan masih kualitatif	Hasil pengukuran per standar dan bukti terverifikasi belum tersedia.	K1; R8
2.3	Pemenuhan standar dan efektivitas peningkatan belum terbukti	AMI dan RTM belum berjalan	Persiapan AMI belum selesai; RTM belum menjadi mekanisme rutin pimpinan.	K1
2.4	Pemenuhan standar dan efektivitas peningkatan belum terbukti	Penyelesaian rekomendasi belum terukur	Register penyelesaian dan bukti verifikasi belum tersedia dalam bahan; perlu konfirmasi.	R8; R11
2.5	Pemenuhan standar dan efektivitas peningkatan belum terbukti	Skor survei AMI–RTM tidak selaras dengan kondisi	Pertanyaan dan interpretasi survei perlu disesuaikan dengan kegiatan yang benar-benar dialami responden.	R14; K1

Pemetaan Permasalahan Lanjutan

No	Masalah pokok	Masalah	Akar masalah atau penyebab	Dasar
3.1	Dokumen dan data lintas unit belum tertelusur	Dokumen fakultas/prodi belum terpetakan	Inventaris, penanggung jawab bukti, dan lokasi arsip belum ditata menyeluruh.	K1; R18
3.2	Dokumen dan data lintas unit belum tertelusur	Akses dokumen induk belum memadai	Unit membutuhkan indeks dan akses rujukan penyusunan dokumen turunan.	R18
3.3	Dokumen dan data lintas unit belum tertelusur	Transfer informasi antarkepengurusan belum lengkap	Serah terima akses, dokumen, dan pekerjaan belum konsisten.	R18
3.4	Dokumen dan data lintas unit belum tertelusur	Data dosen antarsistem tidak konsisten	Perbedaan periode, populasi, dan status sinkronisasi perlu ditelusuri.	R18
3.5	Dokumen dan data lintas unit belum tertelusur	Profil dosen belum mutakhir	Sebagian dosen belum memiliki akun atau belum memperbarui publikasi.	R18
4.1	Kesiapan akreditasi belum berkelanjutan	Persiapan mendekati tenggat	Penyiapan bukti dan pemantauan progres belum menjadi kegiatan rutin.	K1
4.2	Kesiapan akreditasi belum berkelanjutan	Pengawalan tertumpu pada LPM	Pembagian tanggung jawab operasional fakultas, prodi, dan PPM belum efektif.	K1; R18
4.3	Kesiapan akreditasi belum berkelanjutan	Basis data akreditasi belum valid seluruhnya	Identitas, duplikasi, keputusan dan tanggal perpanjangan belum seluruhnya dicocokkan.	R12; R13
4.4	Kesiapan akreditasi belum berkelanjutan	Kesenjangan instrumen belum dipetakan menyeluruh	Hubungan data, dokumen, pelaksanaan, evaluasi, dan perbaikan belum ditelusuri konsisten.	R15; R18

Pemetaan Permasalahan Lanjutan

No	Masalah pokok	Masalah	Akar masalah atau penyebab	Dasar
5.1	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Ketersediaan dan kesesuaian RPS belum menyeluruh	Pengumpulan dan penelaahan RPS masih berlangsung.	R18
5.2	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Penugasan dan MKDU perlu diselaraskan	Kesesuaian keahlian, kurikulum, RPS, dan CPMK masih memerlukan pembakuan.	R18
5.3	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Kehadiran dan ketepatan waktu belum konsisten	Efektivitas pemantauan dan pembinaan perlu diperiksa terhadap temuan monev.	R11
5.4	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Feedback dan arsip asesmen belum seragam	Pemberian umpan balik serta dokumentasi rubrik, nilai, dan ujian belum konsisten.	R11
5.5	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Pemanfaatan media belum merata	Penjadwalan, kondisi proyektor, dan kebutuhan media perlu dipetakan.	R11
5.6	Pengendalian mutu pembelajaran belum konsisten	Respons survei belum optimal	Pengawalan pengisian dan mekanisme pengingat belum efektif; faktor lain perlu ditelusuri.	R18
6.1	Pengukuran mutu mahasiswa dan lulusan belum terintegrasi	Kompetensi pembinaan belum seluruhnya terukur	Standar, asesmen, dan bukti capaian masih perlu disepakati bersama Puslatbima/prodi.	R18
6.2	Pengukuran mutu mahasiswa dan lulusan belum terintegrasi	Tracer dan survei pemangku kepentingan belum lengkap	Populasi, cakupan respons, siklus pelaksanaan, serta tindak lanjut belum seluruhnya dipetakan.	R9; R18

Pemetaan Permasalahan Lanjutan

No	Masalah pokok	Masalah	Akar masalah atau penyebab	Dasar
7.1	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	Persepsi dan tupoksi personel belum selaras	Pengarahan dan penjabaran keluaran pekerjaan masih diperlukan.	K1
7.2	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	Waktu kerja LPM terbatas	Tugas kelembagaan bersamaan dengan kewajiban tridharma.	K1
7.3	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	PPM memerlukan orientasi	Banyak pengurus baru dan transfer pengetahuan perlu diperkuat.	K1
7.4	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	SOP belum legal	Prosedur telah digunakan tetapi pengesahan belum selesai.	K1
7.5	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	Anggaran khusus belum tersedia	Dukungan baru mencakup rapat dan ATK.	K1
7.6	Dukungan organisasi dan sumber daya belum memadai	Wi-Fi belum optimal	Penyebab teknis dan kecukupan kapasitas perlu dikonfirmasi.	K1

3.4 Isu Strategis Prioritas

Pengembangan penjaminan mutu pada periode 2026–2030 diarahkan untuk menjawab lima isu utama, yaitu penguatan tanggung jawab mutu pada seluruh tingkatan organisasi, pengukuran pemenuhan standar berbasis bukti, pelaksanaan evaluasi yang diikuti perbaikan, kesiapan akreditasi secara berkelanjutan, dan dukungan organisasi dan sumber daya yang memadai. Penanganan isu tersebut dilakukan secara bertahap dengan mempertimbangkan kewajiban yang harus dipenuhi, dampaknya terhadap mutu, kedekatan tenggat, kesiapan unit, serta ketersediaan sumber daya.

Evaluasi diri pada tahun 2026 menjadi langkah awal untuk memperoleh gambaran yang dapat dipercaya mengenai capaian dan kesenjangan pemenuhan standar. Hasilnya digunakan sebagai dasar penentuan prioritas perbaikan serta penetapan target peningkatan yang realistis dan dapat dipertanggungjawabkan. Melalui proses ini, penguatan sistem penjaminan mutu diharapkan mendorong perbaikan nyata dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi sekaligus mendukung kekhasan dan tujuan pengembangan UNISSAS. Kelengkapan administrasi menjadi bagian dari dukungan terhadap proses tersebut, disertai bukti pelaksanaan dan hasil yang dapat ditelusuri.



Secara operasional, keterlibatan seluruh unit dimulai dengan pemetaan standar yang menjadi tanggung jawab masing-masing, penunjukan penanggung jawab, serta penyepakatan jadwal evaluasi diri. LPM menyiapkan instrumen dan memberikan pendampingan, sedangkan fakultas, program studi, dan unit pendukung mengidentifikasi kegiatan yang telah dilaksanakan, menghimpun bukti, serta menilai kesesuaiannya dengan standar dalam perangkat SPMI. PPM membantu mengoordinasikan proses tersebut di tingkat fakultas dan Sekolah Pascasarjana. Dengan demikian, evaluasi diri menjadi proses bersama untuk mengenali capaian dan kebutuhan perbaikan pada setiap unit.

Hasil evaluasi dibahas bersama pimpinan unit untuk menentukan prioritas dan menyusun rencana tindak lanjut yang memuat kegiatan, penanggung jawab, tenggat penyelesaian, kebutuhan sumber daya, serta bukti keberhasilan. Pembagian keterlibatan tersebut dijabarkan sebagai berikut.

Unsur	Keterlibatan operasional	Keluaran utama
Pimpinan universitas	Menetapkan kebijakan dan pembagian tanggung jawab, menyelesaikan kebutuhan lintas unit, serta memutuskan dukungan sumber daya.	Kebijakan, penugasan, dan keputusan dukungan program.
LPM	Menyiapkan instrumen, menyelaraskan indikator, mendampingi evaluasi diri, mengoordinasikan AMI, dan memantau tindak lanjut.	Instrumen, laporan mutu terpadu, dan rekomendasi perbaikan.
Pimpinan fakultas dan Sekolah Pascasarjana	Memimpin evaluasi di lingkungannya, mengesahkan hasil, serta mengintegrasikan perbaikan mutu dan persiapan akreditasi ke dalam program kerja.	Rencana perbaikan dan kesiapan akreditasi tingkat fakultas/UPPS.
PPM	Mendampingi prodi, memeriksa kelengkapan	Peta dokumen,

	bukti, menghimpun hasil evaluasi, dan memantau kemajuan perbaikan.	rekapitulasi hasil evaluasi, dan catatan tindak lanjut.
Program studi	Mengevaluasi pemenuhan standar, menyiapkan data dan bukti, serta melaksanakan perbaikan pembelajaran dan persiapan akreditasi.	Evaluasi diri prodi, bukti pemenuhan standar, dan hasil perbaikan.
Unit pendukung	Mengevaluasi layanan sesuai kewenangannya, menyediakan data, dan menyelesaikan kesenjangan dalam bidang penelitian, PkM, kerja sama, kemahasiswaan, sarana, SDM, data, dan keuangan.	Laporan capaian layanan dan bukti tindak lanjut.
Dosen dan tenaga kependidikan	Melaksanakan standar sesuai tugas, mendokumentasikan pekerjaan, serta menindaklanjuti hasil evaluasi.	Bukti pelaksanaan kegiatan dan peningkatan kualitas layanan.
Mahasiswa dan pemangku kepentingan terkait	Memberikan penilaian dan masukan melalui survei, forum evaluasi, atau mekanisme umpan balik.	Informasi mengenai pengalaman, kebutuhan, dan mutu layanan.

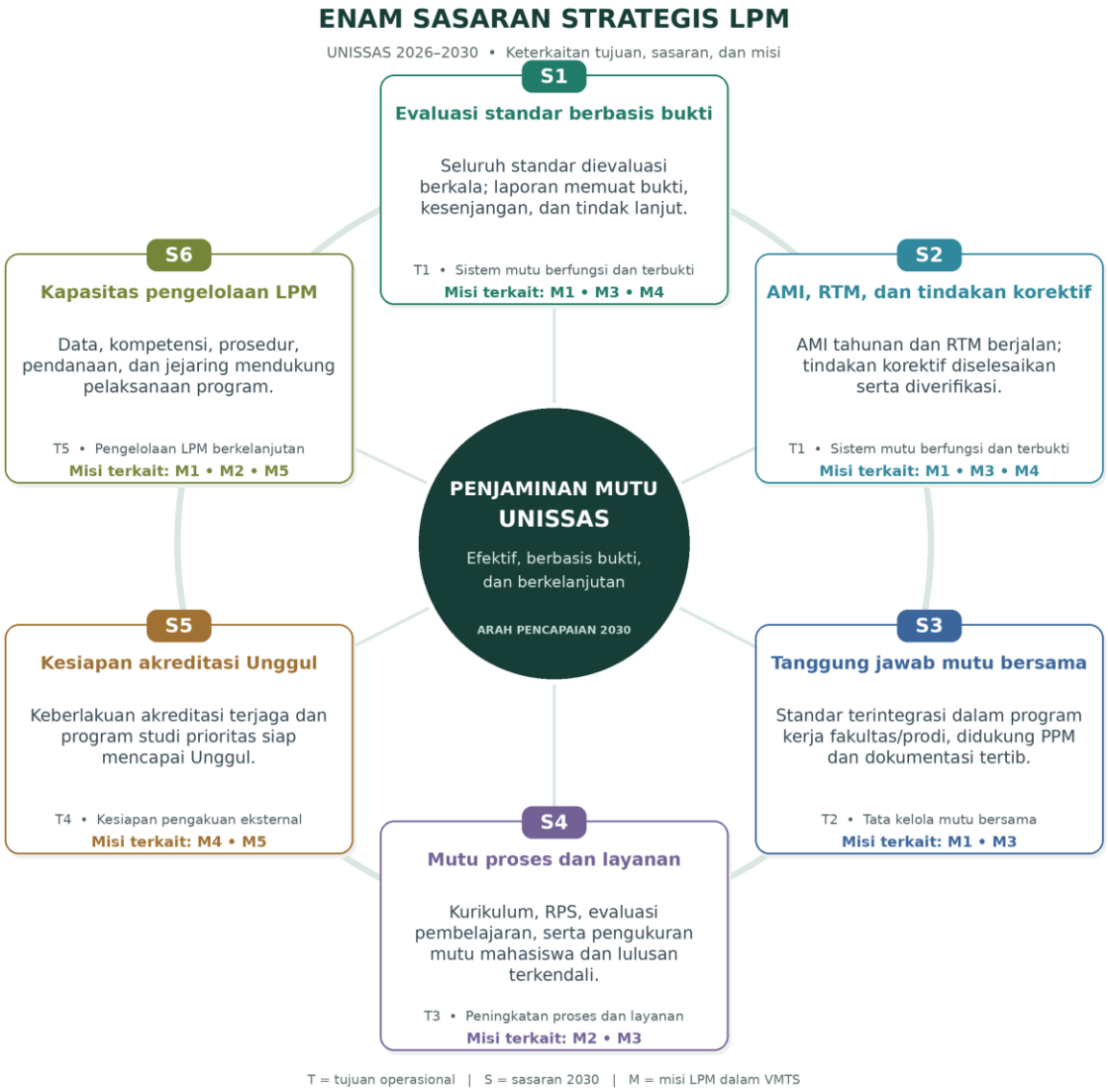
BAB IV TUJUAN SASARAN DAN TAHAPAN PENGEMBANGAN

4.1 Tujuan dan Sasaran Strategis

Tujuan LPM sebagaimana dirumuskan dalam VMTS meliputi terwujudnya sistem penjaminan mutu yang efektif dan efisien, pencapaian akreditasi Unggul, peningkatan kepuasan pemangku kepentingan, penguatan reputasi institusi, serta integrasi nilai mutu dan keislaman dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi. Renstra 2026–2030 menerjemahkan tujuan tersebut ke dalam enam sasaran strategis yang menjadi acuan penyusunan program dan pengukuran capaian. Sasaran ini dirumuskan dengan mempertimbangkan kondisi awal, kesiapan unit, dan dukungan sumber daya agar langkah menuju keunggulan dapat dilaksanakan secara bertahap, realistis, dan terukur. [R2]

Tujuan operasional	Sasaran 2030	Misi terkait
T1 Sistem mutu berfungsi dan dapat dibuktikan	S1 Seluruh standar dievaluasi berkala dan laporan mutu menunjukkan bukti, kesenjangan, serta tindak lanjut.	M1, M3, M4
T1 Sistem mutu berfungsi dan dapat dibuktikan	S2 AMI tahunan dan RTM berjalan; tindakan korektif selesai serta terverifikasi.	M1, M3, M4
T2 Tata kelola mutu menjadi tanggung jawab bersama	S3 Fakultas/prodi mengintegrasikan standar dalam program kerja, didukung PPM dan dokumentasi yang tertib.	M1, M3
T3 Mutu proses dan layanan terus meningkat	S4 Kurikulum, RPS, evaluasi pembelajaran, serta pengukuran mutu mahasiswa dan lulusan terkendali.	M2, M3
T4 Kesiapan pengakuan eksternal meningkat	S5 Keberlakuan akreditasi terjaga dan prodi prioritas siap mencapai Unggul.	M4, M5
T5 Kapasitas pengelolaan LPM berkelanjutan	S6 Data, kompetensi, prosedur, pendanaan, dan jejaring mendukung pelaksanaan program.	M1, M2, M5

Penguatan budaya mutu diukur melalui perubahan cara kerja: program mengacu pada standar, bukti tersedia, evaluasi digunakan dalam keputusan, dan perbaikan diverifikasi. Jumlah rapat atau dokumen menjadi indikator keluaran pendukung, bukan satu-satunya ukuran keberhasilan.



4.2 Strategi dan Peta Jalan Pengembangan

Sasaran	Strategi utama
S1	Menetapkan register standar dan indikator; menjalankan evaluasi diri berbasis bukti; menerbitkan laporan pemenuhan.
S2	Menyiapkan auditor dan instrumen; menjalankan AMI berbasis risiko; membakukan RTM serta verifikasi koreksi.
S3	Menyosialisasikan SPMI menurut tugas unit; memperjelas peran pimpinan unit; mendampingi PPM dan pengelolaan bukti.
S4	Mengendalikan keselarasan kurikulum–RPS–asesmen; memperbaiki monev dan survei; menautkan hasil pada perbaikan layanan.
S5	Memvalidasi akreditasi; menetapkan prioritas, tenggat internal, dan reviu kesiapan; mengawal dukungan lintas unit.
S6	Mengoptimalkan sistem digital, orientasi personel, pengesahan SOP, pengusulan biaya, dan pembelajaran dari mitra.

Tahun	Tema tahapan	Hasil utama
2026	Konsolidasi dan pembentukan baseline	Evaluasi diri 139 standar; pemetaan bukti dan PIC; sosialisasi; prioritas gap dan validasi akreditasi.
2027	Operasionalisasi siklus mutu	AMI pertama, RTM rutin, laporan terverifikasi, alokasi khusus program, dan pendampingan menyeluruh.
2028	Konsistensi dan kesiapan institusi	PPEPP berulang; evaluasi tengah periode; kesiapan pembaruan akreditasi institusi dan prodi prioritas.
2029	Penguatan capaian dan perluasan praktik baik	Perbaikan mutu terverifikasi; sasaran awal prodi Unggul; diseminasi praktik efektif.
2030	Efektivitas dan keberlanjutan	Evaluasi akhir, peningkatan standar, capaian akreditasi prioritas, dan arah Renstra berikutnya.

Tahun pertama pelaksanaan Renstra difokuskan pada konsolidasi dengan mempertimbangkan keterbatasan waktu dan kesiapan setiap unit. Evaluasi diri tetap dilaksanakan untuk memetakan seluruh standar, meskipun kelengkapan bukti masih perlu dipenuhi secara bertahap. Indikator yang belum didukung bukti memadai dicatat sebagai belum terverifikasi dan disertai rencana pemenuhan yang menetapkan penanggung jawab serta tenggat penyelesaian. Hasil evaluasi tersebut menjadi dasar peninjauan target tahunan melalui RTM, dengan tetap mempertahankan catatan capaian, kesenjangan, dan alasan penyesuaian agar perkembangan kinerja dapat ditelusuri dan dipertanggungjawabkan.

Berikut diagram lini masa Peta Jalan Penjaminan Mutu LPM UNISSAS 2026–2030, dengan tema dan hasil utama setiap tahapan.



BAB V PROGRAM DAN TARGET KINERJA

5.1 Program Strategis

Kode dan sasaran	Program dan koordinator	Kegiatan utama	Keluaran	Tahapan
P01 S1	Konsolidasi standar dan evaluasi diri Koordinator: Ketua LPM; seluruh kepala pusat	Validasi 139 standar; tetapkan indikator, pemilik proses, instrumen, dan bukti; fasilitasi evaluasi diri serta analisis gap.	Register standar; laporan baseline; peta gap dan RTL.	2026 baseline; 2027 verifikasi; 2028–2030 pengukuran ulang.
P02 S3	Sosialisasi dan penguatan kepemilikan mutu Koordinator: Sekretaris; seluruh pusat; pimpinan fakultas dan PPM	Orientasi SPMI berbasis tugas, pembahasan tupoksi, integrasi program unit dengan standar, evaluasi pemahaman.	Materi dan catatan sosialisasi; pemetaan tugas; hasil evaluasi pemahaman.	2026–2027 perluasan; 2028–2030 penguatan berbasis hasil.
P03 S1, S6	Dokumentasi dan pengelolaan data mutu Koordinator: Pusat Data dan Informasi Mutu; Pusdatin; unit	Register dokumen; tata akses dan versi; rekonsiliasi data semester; pencadangan; publikasi ringkasan mutu.	Repositori terkendali; daftar anomali; rekap indikator; informasi publik.	2026 penataan; 2027–2030 pemutakhiran rutin.
P04 S2	AMI tahunan dan peningkatan mutu Koordinator: Pusat Audit Pengendalian Mutu Internal; auditor; unit	Finalisasi instrumen, pelatihan auditor, audit, pembahasan temuan, PTK, dan verifikasi penutupan.	Laporan AMI; register temuan; bukti verifikasi; rekomendasi peningkatan.	2026 persiapan; 2027–2030 satu siklus/tahun.

Pelaksanaan standar dan penyediaan bukti menjadi tanggung jawab unit pemilik proses. Koordinator program di LPM memastikan instrumen, pendampingan, evaluasi, pelaporan, dan pengendalian berjalan; kebutuhan lintas kewenangan dieskalasikan kepada pimpinan.

Program Strategis Lanjutan

Kode dan sasaran	Program dan koordinator	Kegiatan utama	Keluaran	Tahapan
P05 S2, S3	RTM dan pengendalian tindak lanjut Koordinator: Ketua LPM; pimpinan universitas/fakultas; PPM	Penyiapan bahan keputusan; RTM; tetapkan PIC, tenggat, sumber daya; pantau efektivitas perbaikan.	Keputusan RTM; register RTL; status penyelesaian dan eskalasi.	2026 mekanisme; 2027–2030 rutin tahunan.
P06 S4	Pengembangan kurikulum dan mutu pembelajaran Koordinator: Pusat Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran; prodi	Pemetaan kurikulum OBE, legalitas kurikulum, reviu RPS, keselarasan penugasan, asesmen, dan monev semester.	Matriks CPL–CPMK–asesmen; laporan reviu; rekomendasi; bukti perbaikan.	2026 pemetaan; 2027–2030 pendampingan dan evaluasi.
P07 S5	Pengawalan akreditasi institusi dan prodi Koordinator: Pusat Akreditasi dan Sertifikasi Mutu; fakultas/prodi	Validasi SK dan tenggat; roadmap; analisis instrumen; reviu dokumen; simulasi bila diperlukan; pemantauan progres.	Basis data valid; kalender; matriks kesiapan; laporan reviu dan status pengajuan.	2026 pengamanan prioritas; 2027–2028 institusi; 2029–2030 keunggulan prodi.
P08 S4	Pengembangan mutu mahasiswa Koordinator: Pusat Pengembangan Mutu Mahasiswa; Puslatbima; kemahasiswaan	Peta standar kompetensi dan layanan; data prestasi; evaluasi pembinaan; koordinasi bukti kompetensi dan akses layanan.	Register layanan dan prestasi; instrumen asesmen; laporan gap; RTL.	2026 pemetaan; 2027–2030 implementasi dan evaluasi.

Pelaksanaan standar dan penyediaan bukti menjadi tanggung jawab unit pemilik proses. Koordinator program di LPM memastikan instrumen, pendampingan, evaluasi, pelaporan, dan pengendalian berjalan; kebutuhan lintas kewenangan dieskalasikan kepada pimpinan.

Program Strategis Lanjutan

Kode dan sasaran	Program dan koordinator	Kegiatan utama	Keluaran	Tahapan
P09 S4	Tracer study dan kepuasan pemangku kepentingan Koordinator: Pusat Data dan Informasi Mutu; Pusat Mutu Mahasiswa; prodi	Tetapkan populasi, periode, dan instrumen; survei; analisis tingkat respons; gunakan hasil untuk kurikulum/layanan.	Laporan tracer dan survei; analisis keterbatasan; rekomendasi dan tindak lanjut.	2026 instrumen/baseline; 2027–2030 siklus berkala.
P10 S1, S4	Evaluasi standar lintas bidang Koordinator: LPM bersama LP2M, SDM, sarpras, keuangan, kerja sama, SPI	Evaluasi pemenuhan standar penelitian, PkM, SDM, sarana, pembiayaan, dan kerja sama sesuai kewenangan.	Laporan gap lintas bidang; rekomendasi dengan pemilik tindakan; bukti perbaikan.	2026 baseline; 2027–2030 evaluasi tahunan.
P11 S6	Penguatan organisasi dan kapasitas Koordinator: Ketua dan Sekretaris LPM; pimpinan universitas	Pengesahan SOP, orientasi pengurus, pemetaan beban kerja, pelatihan, kebutuhan fasilitas, dan usulan RKAT.	SOP legal; rencana kerja personel; register kompetensi; usulan anggaran dan fasilitas.	2026–2027 penguatan dasar; 2028–2030 konsolidasi.
P12 S5, S6	Jejaring dan pembelajaran mutu Koordinator: Ketua LPM; pusat terkait; unit kerja sama	Benchmarking terarah, pelatihan bersama, adopsi praktik relevan, serta evaluasi manfaat kemitraan.	Hasil pembelajaran; rencana adopsi; bukti penerapan dan evaluasi manfaat.	2027 pemilihan mitra; 2028–2030 adopsi dan evaluasi.

Setiap unit bertanggung jawab melaksanakan standar dan menyediakan bukti pemenuhannya sesuai tugas serta kewenangannya. Untuk mendukung pelaksanaan tersebut, koordinator program di LPM memastikan tersedianya instrumen yang sesuai, memberikan pendampingan, serta mengoordinasikan evaluasi, pelaporan, dan pengendalian mutu. Apabila terdapat kebutuhan atau kendala yang melibatkan kewenangan beberapa unit, LPM memfasilitasi koordinasi dan menyampaikannya kepada pimpinan untuk memperoleh keputusan serta dukungan yang diperlukan.

5.2 Matriks Indikator dan Target Tahunan

Kode	Indikator	Baseline	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

Angka merupakan target perencanaan untuk penetapan pimpinan. Baseline tidak diketahui tidak diganti angka nol. B = persentase pemenuhan hasil evaluasi terverifikasi; Δ = peningkatan yang ditetapkan melalui RTM setelah mempertimbangkan gap dan sumber daya.

Matriks Target Tahunan Lanjutan

Kode	Indikator	Baseline	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

Angka merupakan target perencanaan untuk penetapan pimpinan. Baseline tidak diketahui tidak diganti angka nol. B = persentase pemenuhan hasil evaluasi terverifikasi; Δ = peningkatan yang ditetapkan melalui RTM setelah mempertimbangkan gap dan sumber daya.

Matriks Target Tahunan Lanjutan

Kode	Indikator	Baseline	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

Angka merupakan target perencanaan untuk penetapan pimpinan. Baseline tidak diketahui tidak diganti angka nol. B = persentase pemenuhan hasil evaluasi terverifikasi; Δ = peningkatan yang ditetapkan melalui RTM setelah mempertimbangkan gap dan sumber daya.

Target dasar adalah dua prodi Unggul sampai 2030; prodi ketiga merupakan sasaran pengembangan apabila hasil evaluasi dan dukungan sumber daya memadai. Pengawalan keberlakuan akreditasi menjadi kewajiban utama. Sasaran 2027 AMI pertama merupakan tahapan yang diusulkan dalam Renstra dan berlaku setelah penetapan.

5.3 Definisi Operasional Indikator

Kode	Definisi dan pengukuran	Bukti frekuensi penanggung jawab	Kendali mutu data
I01–I03	I01: jumlah standar yang telah diisi evaluasi dirinya. I02: standar dengan hasil dan bukti/ketiadaan bukti yang diverifikasi ÷ standar dalam register ×100%. I03: standar memenuhi seluruh kriteria berlaku ÷ standar yang berlaku ×100%.	Instrumen, bukti, berita acara verifikasi; tahunan; P01.	Indikator belum terbukti dicatat belum terverifikasi. Perubahan register disahkan dan jejak 139 standar dipertahankan.
I04–I06	I04: fakultas/UPPS dengan register lengkap ÷ seluruh fakultas/UPPS. I05: unit mengikuti sosialisasi ÷ unit sasaran. I06: responden mencapai nilai ≥70/100 ÷ responden valid. Semua dalam persen.	Register, daftar peserta, instrumen tes; tahunan; P02/P03.	Laporkan tingkat respons tes terpisah; target cakupan peserta tidak sama dengan tingkat pemahaman.
I07–I10	Siklus audit selesai mencakup penugasan, pemeriksaan, laporan dan PTK. Cakupan AMI memakai unit unik. RTM dibuktikan dengan pembahasan hasil dan keputusan tindak lanjut.	SK auditor, laporan, notulen keputusan; tahunan; P04/P05.	Auditor tidak memeriksa pekerjaannya sendiri. Rapat koordinasi biasa tidak dihitung sebagai RTM.
I11–I12	I11: tindakan jatuh tempo yang selesai dan diverifikasi tepat waktu ÷ seluruh tindakan jatuh tempo. I12: fakultas/prodi dengan matriks program–standar–indikator–PIC ÷ seluruh unit sasaran.	Register PTK/RTL dan program kerja; triwulan; P02/P04/P05.	Pembatalan tindakan harus disetujui dan tercatat; tenggat tidak diubah hanya untuk menaikkan capaian.
I13–I15	I13: prodi dengan kurikulum ditetapkan serta evaluasi tahunan ÷ prodi sasaran. I14: RPS memenuhi checklist ÷ RPS diperiksa. I15: prodi dengan monev dan RTL pada semester berjalan ÷ prodi menyelenggarakan pembelajaran.	SK kurikulum, RPS, checklist, laporan monev; semester; P06.	Metode sampling dan cakupan dosen/mata kuliah dilaporkan. Checklist mencakup CPL, CPMK, asesmen, rubrik, dan rencana pembelajaran.

Definisi Operasional dan Pengendalian Target

Kode	Definisi dan pengukuran	Bukti dan pemilik indikator	Ketentuan
I16–I18	Tracer: prodi dengan laporan valid ÷ prodi yang memiliki alumni sasaran. Data mahasiswa: prodi dengan register periode berjalan ÷ prodi aktif. Rekonsiliasi: jumlah siklus yang menghasilkan daftar selisih dan status koreksi.	Data alumni/prestasi; laporan rekonsiliasi; tahunan/semester; P08/P09/P03.	Ukuran populasi, responden dan keterbatasan generalisasi dicantumkan.
I19–I22	Data SK valid: prodi dengan identitas dan keputusan lengkap ÷ prodi aktif unik. Roadmap: prodi dengan rencana dan progres terbaru ÷ prodi aktif. Ketepatan pengajuan: pengajuan tepat tenggat ÷ pengajuan wajib jatuh tempo. Keberlakuan: prodi dengan status sah ÷ prodi aktif yang wajib terakreditasi.	SK, rekam sistem, roadmap; bulanan dan menjelang tenggat; P07.	Tanggal proyeksi tidak menggantikan keputusan resmi. Laporan nol pengajuan diberi keterangan tidak ada pengajuan jatuh tempo.
I23–I25	Unggul dihitung dari keputusan yang sah dan berlaku. Kesiapan institusi ditinjau dengan matriks instrumen dan gap. Laporan konsolidasi mencakup target, capaian, bukti, analisis, dan RTL.	Keputusan akreditasi, laporan reviu, laporan tahunan; P07/P01/P03.	Tidak menyamakan A lama dengan Unggul tanpa dasar keputusan. Pengajuan institusi mengikuti jalur dan tenggat resmi.
I26–I28	Orientasi: pengurus mengikuti pembekalan sesuai tugas ÷ pengurus aktif. Alokasi anggaran: adanya rincian program LPM yang disetujui. Adopsi praktik: perubahan yang diterapkan dan memiliki bukti hasil.	Catatan pembekalan, RKAT, laporan kemitraan; tahunan; P11/P12.	Penandatanganan kerja sama saja belum dihitung sebagai adopsi praktik.

Setiap indikator dicatat dalam daftar pemantauan yang memuat nilai capaian, pembilang dan penyebut apabila berbentuk rasio atau persentase, periode pengukuran, sumber data, status validasi, tanggal pembaruan, serta petugas yang bertanggung jawab. Pusat Data dan Informasi Mutu memeriksa konsistensi pencatatan, sementara unit pemilik data mengesahkan kebenaran data sumber sesuai kewenangannya. Data kondisi awal yang telah diverifikasi selanjutnya menjadi dasar penetapan target pemenuhan standar secara realistis dan terukur. Apabila informasi yang tersedia belum memadai, penetapan target ditangguhkan dengan mencantumkan kebutuhan data dan jadwal penyelesaiannya agar angka yang digunakan memiliki dasar yang dapat dipertanggungjawabkan.

BAB VI PELAKSANAAN PENDANAAN DAN EVALUASI

6.1 Mekanisme Pelaksanaan dan Koordinasi

Pelaksanaan Renstra dijabarkan ke dalam Rencana Operasional (Renop) tahunan dan rencana kerja setiap pusat agar sasaran strategis dapat diwujudkan melalui kegiatan yang terarah dan terukur. Ketua LPM memimpin penyelarasan program dan prioritas, didukung sekretaris dalam pengaturan jadwal serta pengelolaan administrasi. Kepala pusat mengoordinasikan pelaksanaan teknis sesuai bidang tugasnya, sedangkan PPM memfasilitasi penyediaan bukti dan pemantauan tindak lanjut di lingkungan fakultas dan Sekolah Pascasarjana. Rencana perbaikan yang dihasilkan dibahas bersama pimpinan fakultas dan program studi untuk memperoleh persetujuan sesuai kewenangan serta diintegrasikan ke dalam kegiatan unit masing-masing.

Tahap PPEPP	Pelaksanaan dan bukti
Penetapan	Pimpinan menetapkan standar, target, pemilik proses, perangkat, kalender, dan dukungan sumber daya. Bukti: keputusan dan dokumen terkendali.
Pelaksanaan	Unit melaksanakan standar; PPM mendampingi; LPM menyiapkan instrumen dan koordinasi. Bukti: catatan kegiatan, produk kerja, dan data capaian.
Evaluasi	Evaluasi diri, monev, survei, dan AMI memeriksa kesesuaian terhadap standar. Bukti: instrumen, hasil pemeriksaan, dan temuan.
Pengendalian	Unit menetapkan koreksi; pimpinan memutuskan dukungan dan eskalasi; LPM memverifikasi penyelesaian. Bukti: PTK/RTL dan keputusan RTM.
Peningkatan	Standar atau proses ditingkatkan berdasarkan efektivitas hasil, kebutuhan, dan sumber daya. Bukti: keputusan perubahan, dokumen revisi, dan rencana berikutnya.

Alur pengawalan akreditasi

Persiapan akreditasi dipimpin oleh fakultas atau UPPS melalui penetapan tim, pembagian tugas, dan penyusunan jadwal kerja. Program studi menyiapkan data serta dokumen yang diperlukan dan memantau status pengajuan, dengan dukungan PPM dalam menelaah kemajuan serta mengidentifikasi kekurangan yang perlu dilengkapi. LPM melakukan reviu mutu dan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan yang melibatkan beberapa unit. Pengunggahan dan finalisasi dokumen dilaksanakan oleh penanggung jawab yang ditunjuk fakultas atau program studi, sedangkan kewenangan untuk mengirimkan pengajuan secara resmi ditetapkan dalam SOP akses dan otorisasi agar setiap tahapan memiliki tanggung jawab yang jelas.

Pengelolaan akses data disesuaikan dengan fungsi dan kebutuhan kerja setiap pihak, dengan tetap menjaga kerahasiaan data pribadi dosen, mahasiswa, dan responden. Informasi yang disajikan melalui website berupa ringkasan yang tidak mengungkap identitas atau data pribadi tersebut. Setiap folder bukti dikelola oleh penanggung jawab yang jelas, dilengkapi pengaturan hak baca dan tulis, tata penamaan berkas, pengendalian versi, serta pencadangan secara berkala. Untuk menjaga kesinambungan pengelolaan, setiap pergantian pengurus disertai serah terima akses, dokumen, dan daftar pekerjaan beserta status penyelesaiannya.

6.2 Pendanaan dan Kebutuhan Sumber Daya

Pada awal periode perencanaan, LPM belum memiliki alokasi anggaran khusus untuk mendukung pelaksanaan program. Oleh karena itu, kebutuhan pendanaan disusun secara bertahap dan diusulkan melalui RKAT universitas dengan mempertimbangkan prioritas program, volume kegiatan, standar biaya yang berlaku, serta kemampuan pembiayaan institusi. Besaran anggaran ditetapkan berdasarkan perhitungan kebutuhan setiap kegiatan agar usulan pendanaan memiliki dasar yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam kerangka tersebut, Renstra memberikan arah dan prioritas pembiayaan yang selanjutnya dijabarkan secara lebih terperinci dalam perencanaan tahunan..

Prioritas	Kebutuhan	Cara perencanaan biaya	Penanggung jawab
Utama	Evaluasi diri, sosialisasi, AMI, RTM, dan pengamanan akreditasi	Jumlah kegiatan × peserta/auditee × satuan biaya; dahulukan kewajiban dan tenggat.	Ketua/sekretaris; pusat terkait; pimpinan universitas
Pendukung	Orientasi PPM dan pelatihan auditor	Pemetaan kompetensi dan jumlah penugasan; gunakan narasumber internal/mitra sesuai kemampuan.	Pusat Audit; sekretaris; PPM
Pendukung	Repositori, website, dan konektivitas	Optimalkan sarana tersedia; petakan perbaikan internet, akses, dan pencadangan.	Pusat Data; Pusdatin
Pengembangan	Benchmarking, pendampingan eksternal, simulasi akreditasi	Didasarkan pada gap yang tidak dapat diselesaikan secara internal.	Pusat Akreditasi; unit kerja sama
Operasional	Rapat, ATK, pengelolaan dokumen, fasilitas dasar	Pertahankan dukungan yang tersedia; satukan jadwal untuk efisiensi.	Sekretaris; unit umum/keuangan

Skenario pelaksanaan

Pelaksanaan program direncanakan melalui dua skenario sesuai ketersediaan sumber daya. Pada skenario minimum, prioritas diberikan kepada evaluasi diri, validasi data, penyiapan dan pelaksanaan AMI, RTM, serta pengajuan akreditasi yang telah memasuki tenggat. Kegiatan tersebut dilaksanakan dengan mengoptimalkan sarana yang tersedia dan mengatur penugasan secara terjadwal. Setelah kebutuhan wajib memperoleh dukungan yang memadai, pelaksanaan diarahkan pada skenario penguatan yang mencakup peningkatan kapasitas melalui pelatihan, pemanfaatan dukungan eksternal, pengembangan dasbor pemantauan mutu, serta pendampingan menuju pencapaian akreditasi Unggul.

Alokasi anggaran khusus bagi program LPM ditargetkan mulai tersedia pada tahun 2027, dengan persetujuan sesuai kewenangan pimpinan UNISSAS. Apabila dukungan pendanaan belum mencukupi, LPM menyampaikan implikasinya terhadap pencapaian target, mengusulkan alternatif prioritas, dan mengajukan penyesuaian untuk diputuskan serta didokumentasikan. Tanggung jawab pembiayaan tetap dikelola melalui mekanisme resmi institusi sehingga keterbatasan anggaran tidak dialihkan secara informal menjadi beban personel.

6.3 Monitoring Evaluasi dan Pelaporan

Waktu	Agenda	Keluaran
Bulanan	Pemantauan progres pusat dan akreditasi prioritas	Daftar pekerjaan, hambatan, PIC, serta keputusan eskalasi.
Triwulanan	Reviu RTL/PTK dan penggunaan sumber daya	Status jatuh tempo, bukti penyelesaian, dan kebutuhan dukungan.
Semesteran	Monev pembelajaran, rekonsiliasi data, dan pembaruan indikator	Laporan semester dengan pembilang, penyebut, sumber, dan status validasi.
Tahunan	Evaluasi diri dan/atauAMI sejak 2027, RTM, dan evaluasi Renstra	Laporan capaian, gap, keputusan peningkatan, Renop dan usulan RKAT.
2028	Peninjauan tengah periode	Penilaian efektivitas strategi, kesiapan institusi, dan penyesuaian target 2029–2030.
2030	Evaluasi akhir periode	Capaian akhir, pembelajaran, kebutuhan keberlanjutan, dan rekomendasi Renstra berikutnya.

Penilaian capaian dilakukan dengan membandingkan realisasi dan target pada periode yang sama menggunakan definisi serta metode pengukuran yang konsisten. Setiap indikator persentase disertai jumlah yang menjadi pembilang dan penyebut agar hasilnya dapat ditelusuri. Apabila data belum lengkap, kekurangan tersebut dicatat secara terbuka dan disertai rencana penyelesaian. Penggabungan data antarfakultas menggunakan definisi yang seragam, sedangkan hasil survei diolah dengan memperhatikan cakupan responden dan metode pengukurannya agar gambaran capaian institusi dapat dipertanggungjawabkan.

Hasil evaluasi selanjutnya dibahas dalam RTM untuk menelaah temuan penting, akar penyebab, efektivitas tindakan perbaikan, kebutuhan sumber daya, serta peluang peningkatan mutu. Setiap keputusan dijabarkan menjadi tindakan yang memiliki penanggung jawab, tenggat penyelesaian, kebutuhan dukungan, dan cara verifikasi hasil. Temuan yang berulang atau berpotensi menghambat ketepatan waktu pengajuan akreditasi disampaikan kepada pimpinan universitas untuk memperoleh arahan dan keputusan lebih lanjut.

Penyesuaian target dilakukan berdasarkan analisis alasan dan dampaknya terhadap pencapaian sasaran, kemudian diajukan untuk memperoleh persetujuan pimpinan. Setiap perubahan dicatat dengan memuat target semula, target yang disepakati, dasar keputusan, dan tanggal mulai berlakunya. Catatan capaian dan ketidaktercapaian sebelumnya tetap dipertahankan sebagai bagian dari pertanggungjawaban kinerja serta bahan pembelajaran bagi perbaikan perencanaan.

6.4 Risiko dan Pengendalian

Risiko	Pengendalian	Pemilik
Evaluasi diri terlambat atau sekadar pengisian	Instrumen ringkas, jadwal per unit, pendampingan, verifikasi berbasis sampel dan risiko.	P01; pimpinan unit
Dokumen draf belum disahkan	Register prioritas pengesahan; tetapkan PIC dan tenggat; hindari menganggap draf sebagai bukti legal.	Sekretaris; pimpinan
AMI gagal terlaksana karena kapasitas/biaya	Siapkan auditor dan penugasan sejak awal; hitung kebutuhan minimum; audit terintegrasi UPPS-prodi.	Pusat Audit; pimpinan
Temuan tidak ditindaklanjuti	Register PTK, RTM, eskalasi tindakan lewat waktu, dan verifikasi bukti.	Pimpinan unit; LPM
Pengajuan akreditasi terlambat	Validasi tanggal resmi, pengingat, milestone internal, dan pemeriksaan progres berkala.	Fakultas/prodi; Pusat Akreditasi
Data keliru atau ganda	Rekonsiliasi identitas, periode dan sumber; persetujuan pemilik data; jejak koreksi.	Pusat Data; Pusdatin
Beban kerja personel berlebih	Prioritas kegiatan, kalender terpadu, penugasan pengganti, dan pembagian kerja proporsional.	Ketua/sekretaris
Gangguan internet atau kehilangan akses	Koordinasi Pusdatin; pencadangan; salinan kerja terkendali; serah terima akun.	Pusat Data; Pusdatin
Partisipasi survei rendah	Populasi jelas, pengingat, jadwal pengisian, dan pelaporan tingkat respons; jaga kerahasiaan.	Pusat terkait; prodi
Target keunggulan melebihi kesiapan	Penilaian kelayakan kandidat, prioritas gap, dukungan sumber daya, dan keputusan lanjut/tunda.	Pimpinan; Pusat Akreditasi

Pemantauan risiko dilakukan secara berkala sesuai kalender evaluasi agar potensi hambatan dapat dikenali dan ditangani sejak dini. Perhatian utama diberikan pada risiko yang dapat memengaruhi keberlakuan akreditasi, integritas data, serta pemenuhan kewajiban penjaminan mutu. Setiap penanggung jawab risiko melaporkan perkembangan kondisi, tindakan pengendalian yang telah dilakukan, dan kebutuhan penanganan lebih lanjut sebagai dasar pengambilan keputusan serta penyesuaian langkah perbaikan. Kalender evaluasi dapat digambarkan sebagai berikut.

Waktu	Acuan kegiatan akademik	Agenda evaluasi dan penjaminan mutu	Pelaksana utama dan keluaran
September 2026	Awal perkuliahan ganjil: 14 September.	Pemeriksaan kesiapan pembelajaran: RPS, kesesuaian penugasan dosen, jadwal, dan sarana. Karena periode ini telah berlalu, pemeriksaan dapat dilengkapi pada Oktober berdasarkan bukti yang tersedia.	Prodi dan PPM; daftar kesiapan serta kekurangan yang perlu dipenuhi.
Oktober 2026	Perkuliahan ganjil berjalan.	Sosialisasi perangkat SPMI, pemetaan penanggung jawab standar, penghimpunan bukti, dan pelaksanaan evaluasi diri awal atas 139 standar.	Seluruh unit dengan pendampingan LPM–PPM; isian evaluasi diri dan peta bukti.
November 2026	UTS ganjil: 2–6 November.	Pemantauan pembelajaran sekitar pertengahan semester serta verifikasi hasil evaluasi diri. Pemeriksaan mencakup kehadiran, kesesuaian pelaksanaan dengan RPS, asesmen, dan umpan balik tugas.	Prodi, PPM, dan LPM; temuan pembelajaran dan kesenjangan pemenuhan standar.
Desember 2026	UAS ganjil: 28–31 Desember.	Survei evaluasi pembelajaran menjelang akhir perkuliahan; penyelesaian laporan evaluasi diri 2026 dan prioritas perbaikan	LPM, PPM, prodi, dan unit pendukung; laporan kondisi awal serta rencana tindak

		tahun 2027.	lanjut.
Januari 2027	Penginputan nilai ganjil: 4–22 Januari; registrasi dan KRS genap sampai 29 Januari.	Analisis hasil survei, pemeriksaan ketepatan penginputan nilai, pembahasan perbaikan semester ganjil, dan pemeriksaan kesiapan semester genap.	Pimpinan fakultas/UPPS, prodi, dan PPM; laporan evaluasi ganjil serta keputusan perbaikan sebelum perkuliahan genap.
Februari 2027	Awal perkuliahan genap: 1 Februari; KKN berlangsung sampai 21 Februari.	Pemantauan penerapan perbaikan pembelajaran dan evaluasi pelaksanaan KKN bersama unit penyelenggara.	Prodi, PPM, dan pengelola KKN; bukti pelaksanaan perbaikan serta bahan evaluasi KKN.
Maret 2027	Perkuliahan genap dan sejumlah hari libur dalam kalender.	Pemantauan tindak lanjut triwulan I, pembaruan data mutu, dan pemeriksaan kemajuan persiapan akreditasi. Jadwal teknis menyesuaikan hari efektif.	LPM, PPM, dan unit terkait; pembaruan status tindak lanjut dan risiko.
April 2027	UTS genap: 5–9 April.	Evaluasi pertengahan semester dan pemantauan kesesuaian pembelajaran dengan RPS, pelaksanaan asesmen, serta layanan akademik.	Prodi dan PPM; rekomendasi perbaikan yang dapat segera diterapkan pada semester berjalan.
Mei 2027	Perkuliahan genap berjalan.	Pemutakhiran evaluasi diri dan bukti pemenuhan standar; persiapan AMI melalui penetapan cakupan, auditor, instrumen, dan jadwal.	Seluruh unit dan Pusat Audit; evaluasi diri mutakhir serta rencana AMI.
Juni 2027	UAS genap: 14–18 Juni; penginputan nilai: 19–30 Juni.	Survei akhir semester, pemeriksaan kelengkapan asesmen dan nilai, serta penutupan pengumpulan data akademik untuk evaluasi tahunan.	Prodi, PPM, dan unit data; data akhir semester serta bahan laporan evaluasi tahunan.
Juli 2027	Libur perkuliahan mulai 5 Juli; PPL/PKL/magang mulai 5 Juli.	Penyelesaian laporan evaluasi semester genap dan pelaksanaan AMI tahunan setelah data nilai tersedia. Penugasan auditor dan auditee memperhatikan kegiatan lapangan.	Tim auditor dan seluruh unit yang diaudit; laporan AMI serta permintaan tindakan korektif.
Agustus 2027	Libur perkuliahan sampai 31 Agustus; kegiatan lapangan masih berlangsung.	Penyusunan tindakan korektif, RTM fakultas/UPPS, kemudian RTM universitas; penetapan perbaikan dan kebutuhan sumber daya untuk tahun akademik berikutnya.	Pimpinan universitas, fakultas/UPPS, LPM, PPM, dan unit terkait; keputusan RTM serta rencana perbaikan.

Catatan: Kalender evaluasi ini menjadi pola pelaksanaan untuk tahun-tahun berikutnya. Penyebutan tahun dan tanggal disesuaikan dengan kalender akademik yang berlaku, dengan tetap mempertahankan urutan evaluasi, AMI, RTM, dan tindak lanjut perbaikan. Desain mengacu pada kalender akademik Unissas 2026/2027 (R20).

BAB VII PENUTUP

Komitmen Pelaksanaan

Renstra LPM UNISSAS 2026–2030 menempatkan pengukuran, bukti, dan tindak lanjut sebagai dasar pengembangan mutu. Keunggulan kelembagaan dibangun melalui standar yang dipahami dan dilaksanakan, evaluasi yang dapat diverifikasi, serta keputusan perbaikan yang konsisten. Sasaran tersebut menuntut perubahan cara kerja bersama pada seluruh tingkatan organisasi.

Tahun 2026 menjadi awal penataan baseline pemenuhan 139 standar, sosialisasi, pemetaan dokumen, dan penguatan penanggung jawab. Pelaksanaan AMI tahunan dan RTM sejak tahap operasionalisasi 2027 menjadi sarana pengendalian dan peningkatan. Kesiapan akreditasi dipelihara sepanjang waktu dengan pengawalan fakultas dan prodi serta pendampingan LPM.

Keberhasilan Renstra bergantung pada dukungan pimpinan universitas, keterlibatan pimpinan fakultas/UPPS, pelaksanaan tugas prodi dan unit, serta fungsi PPM. LPM mengoptimalkan kekuatan kepemimpinan, SDM, tata kelola internal, dan media digital untuk memperkuat kapasitas tersebut. Dukungan pendanaan dan waktu kerja perlu diselaraskan dengan target yang ditetapkan.

Renstra ini menjadi dasar penyusunan Renop, pengusulan RKAT, dan evaluasi kinerja. Peninjauan tahunan, evaluasi tengah periode, serta evaluasi akhir menjaga kesesuaiannya dengan perkembangan institusi. Hasil pelaksanaan digunakan untuk memperbaiki proses, meningkatkan standar, dan menyiapkan arah pengembangan mutu periode berikutnya.

Agenda awal pelaksanaan

Agenda	Hasil yang harus ditetapkan
Validasi register standar dan unit	Daftar 139 standar/indikator, pemilik proses, dan populasi pengukuran.
Evaluasi diri 2026	Laporan awal dengan status bukti dan gap prioritas.
Finalisasi perangkat prioritas	Pedoman evaluasi diri, SOP internal, tupoksi, dan kalender mutu.
Validasi akreditasi	Keputusan resmi, masa berlaku/perpanjangan, dan prioritas pengajuan.
Penjabaran Renop dan RKAT	Kegiatan, jadwal, penanggung jawab, kebutuhan biaya, dan target operasional.

Daftar Rujukan

R1 UNISSAS. (2025). Statuta Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas.

R2 LPM UNISSAS. (2025). Visi, Misi, Tujuan dan Strategi LPM UNISSAS. Dokumen bertanggal 12 November 2025.

R3 LPM UNISSAS. (2026). Tugas Pokok dan Fungsi LPM UNISSAS Periode 2026–2030. Draf.

R4 LPM IAIS Sambas. (2016). Rencana Strategis LPM IAIS Sambas. Matriks periode 2016–2020 dan roadmap 2016–2035; digunakan pula sebagai model penyajian.

R5 IAIS Sambas. (2018). Rencana Induk Pengembangan IAIS Sambas 2018–2038. Bagian tahap 2026–2030.

R6 IAIS Sambas. (2022). Rencana Strategis Perguruan Tinggi 2022–2026.

R7 LPM UNISSAS. (2025). Perangkat 3 Standar Pelaksanaan PPEPP / Standar Mutu SPMI.

R8 LPM UNISSAS. (2025). Laporan Pelaksanaan SPMI Tahun Akademik 2024/2025.

R9 LPM UNISSAS. (2026). Draf Program Kerja LPM UNISSAS 2026–2030.

R10 LPM UNISSAS. (2026). Dokumen SPMI Berdasarkan Tahun. Salinan laman, 22 entri.

R11 PPM Fakultas Studi Islam dan PPM Fakultas Pendidikan UNISSAS. (2026). Laporan Monitoring dan Evaluasi Pembelajaran Semester Genap TA 2025/2026. Dua laporan fakultas.

R12 LPM UNISSAS. (2026). Mapping Status dan Kesiapan Akreditasi Program Studi; Pengajuan Program Studi Baru 2026.

R13 SINTA. (t.t.). Profil afiliasi UNISSAS, daftar program studi. Salinan akre1, akre2, akre3. Periode akreditasi ditelusuri pada https://lpm.unissas.ac.id/akreditasi-lama.html (diakses 9 Oktober 2026).

R14 LPM dan KPPM UNISSAS. (2026). Laporan Efektivitas SPMI Fakultas Studi Islam, Fakultas Pendidikan, dan Fakultas Ekonomi dan Bisnis TA 2025/2026; termasuk berkas Laporan KPPM FEB.

R15 LPM UNISSAS. (2026). Pemetaan Dokumen/SOP/Pedoman Akreditasi Perguruan Tinggi IAPT 4.1. 10 September 2026.

R16 BAN-PT. (2025). Lampiran 4a Panduan Penyusunan LED dan Lampiran 3c Sistem dan Acuan Penilaian PTS Akademik untuk Status Terakreditasi Unggul, PerBAN-PT 35 Tahun 2025.

R17 LPM UNISSAS. (2026). Struktur Organisasi LPM UNISSAS. Salinan laman dan data kepengurusan 2026–2030.

R18 LPM UNISSAS. (2026). Materi arah penjaminan mutu 18 September, materi rapat koordinasi 1 Oktober, dan berita kelembagaan pada https://lpm.unissas.ac.id/berita.

R19 LPM UNISSAS. (2025). Laporan Kepuasan Mahasiswa Semester Genap TA 2024/2025.

R20 — 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 di Sambas pada 20 Juli 2026.

R21 — Pusat Data dan Informasi UNISSAS. (2026). Data Dosen Tetap Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Dokumen internal.

R22 — Verifikator SINTA UNISSAS. (2026). Data Dosen yang Memiliki Akun SINTA Universitas Sultan Muhammad Syafiuddin Sambas. Dokumen internal.

K1 Klarifikasi Ketua LPM dalam proses penyusunan, 1-9 Oktober 2026. Meliputi kondisi aktual, 139 standar, AMI, RTM, sumber daya, budaya mutu, pembaruan status akreditasi, dan informasi perpanjangan.

Rujukan Eksternal dan Register Pemutakhiran

E1 Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi. (2025). Peraturan Menteri Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. https://peraturan.go.id/id/permendiktisaintek-no-39-tahun-2025

E2 Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi. (2026). Peraturan Menteri Nomor 10 Tahun 2026 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Nomor 39 Tahun 2025. https://peraturan.go.id/id/permendiktisaintek-no-10-tahun-2026

E3 BAN-PT. (2025). Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi untuk Status Terakreditasi dan Status Terakreditasi Unggul. https://www.banpt.or.id/wp-content/uploads/2025/12/PerBAN-PT-35-2025-IAPT-4.1-BAN-PT.pdf

E4 SmartID. (t.t.). Analisis Permasalahan dan Isu-Isu Strategis Pembangunan Daerah. Model identifikasi masalah pokok, masalah, dan akar masalah diadaptasi untuk perencanaan LPM. https://smartid.co.id/id/analisis-permasalahan-dan-isu-isu-strategis-pembangunan-daerah/

Register pemutakhiran awal

Data	Tindakan	Pemilik
Jumlah standar dan indikator	Cocokkan register 139 standar dengan dokumen sumber; bedakan standar dan butir indikator.	Seluruh pusat LPM
Jumlah prodi aktif unik	Cocokkan kode, jenjang, perubahan nama, dan status aktif; selesaikan kemungkinan duplikasi.	Pusat Data; Pusdatin; prodi
Akreditasi dan perpanjangan	Lengkapi keputusan, tanggal, cakupan perpanjangan, serta lembaga dan jalur pengajuan.	Pusat Akreditasi; prodi
Status legal perangkat	Periksa keputusan penetapan; finalisasi dokumen yang diproyeksikan segera legal.	Sekretaris; pemilik dokumen
Rincian biaya dan kapasitas auditor	Tetapkan volume, standar biaya, kebutuhan orang, kompetensi, dan penugasan independen.	Pusat Audit; sekretaris; pimpinan
Relevansi regulasi/instrumen	Periksa perubahan peraturan dan mekanisme pada saat pengesahan serta setiap pengajuan.	LPM; unit terkait

Register ini merupakan pekerjaan awal pelaksanaan. Perubahan yang memengaruhi target dan kewenangan ditetapkan melalui mekanisme pengendalian dokumen. Sasaran realistis tidak menghapus arah keunggulan dalam VMTS.