

PENGATURAN TERKAIT EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL UNIVERSITAS KATOLIK SANTO THOMAS

EDISI REVISI 2025

Nomor Dokumen:

UKST-LPM-SPMI-PengaturanEvaluasiPelaksanaanStandar-015-Rev01-2025

Tanggal Efektif: 10 Juni 2025

Disahkan oleh:

Rektor Universitas Katolik Santo Thomas

SK Rektor: 1623a/UKS/A.52/06/2025



**LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
UNIVERSITAS KATOLIK SANTO THOMAS**

ALAMAT KANTOR:

JL. SETIA BUDI NO. 479 F, TANJUNG SARI, MEDAN, 20132, SUMATRA UTARA

TELEFON: 061-8210161, FAKSIMILI: 061-8213269

<http://www.ust.ac.id>, e-mail: sisfo@ust.ac.id

MEDAN

2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami sampaikan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Buku **“Pengaturan Terkait Evaluasi Pelaksanaan Standar SPMI Universitas Katolik Santo Thomas”** disusun untuk memperkuat tata kelola mutu di Universitas Katolik Santo Thomas (UKST) dan memastikan terlaksananya siklus **PPEPP** secara utuh, khususnya pada tahap **Evaluasi (E)** serta keterkaitannya dengan **Pengendalian (PD)** dan **Peningkatan (PP)**. Naskah ini menjadi rujukan operasional bagi seluruh pemangku kepentingan dalam merencanakan, melaksanakan, melaporkan, dan menindaklanjuti evaluasi pelaksanaan standar SPMI.

Perkembangan regulasi pendidikan tinggi, tuntutan akuntabilitas publik, dinamika kebutuhan pemangku kepentingan, serta konteks lokal Sumatera Utara mendorong UKST untuk memiliki perangkat evaluasi yang **akuntabel, objektif, dapat diaudit, dan berbasis data**. Karena itu, buku ini merumuskan kerangka evaluasi yang selaras dengan ketentuan nasional, praktik audit yang baik, dan pengelolaan data yang kuat melalui **eSPMI** (termasuk *audit trail*, *system of record*, dan integrasi ETL). Dokumen ini juga disiapkan agar **selaras dengan kebutuhan akreditasi (BAN-PT/LAM)** dan **mendukung pengisian “Tautan Peningkatan”** pada portal regulator.

Buku ini memuat dua belas bab pokok dan satu bab penutup yang menjabarkan: (i) landasan konseptual, tujuan, dan ruang lingkup; (ii) kerangka evaluasi dan kalender mutu; (iii) tata kelola dan organisasi pelaksana; (iv) proses dan SOP E2E beserta SLA; (v) instrumen, indikator, rubrik 0–4 dan metodologi; (vi) sistem informasi, *data governance*, dan *audit trail*; (vii) pelaporan, diseminasi, dan *close-the-loop* RTK/CAR–CAPA serta RTM; (viii) peningkatan berkelanjutan; (ix) manajemen risiko proses; (x) rencana implementasi dan transisi; (xi) meta-evaluasi proses evaluasi; dan (xii) ketentuan etika, kepatuhan, serta keamanan data. Bagian **Lampiran** menyediakan perangkat siap pakai—SOP ringkas (SOP-EL-01 s.d. 05), template instrumen AMI dan survei, template laporan L-EL-01, formulir RTK/CAR–CAPA (F-EL-01), notulen RTM (F-EL-02), *change-log*, matriks penomoran dokumen, kamus data, checklist “Tautan Peningkatan”, dan glosarium istilah.

Secara praktis, naskah ini diharapkan:

1. Menjadi **acuan resmi** bagi pimpinan, LPM, GPM/UPM, auditor internal, koordinator data, dan unit pendukung dalam melaksanakan evaluasi pelaksanaan standar.
2. Menjamin **keseragaman instrumen dan rubrik** sehingga meningkatkan reliabilitas antarpenilai serta kesetaraan tafsir indikator.
3. Memastikan **integrasi hasil evaluasi** ke **RTK/CAR–CAPA** dan **Keputusan RTM**, serta keterhubungan bukti pada **eSPMI** melalui fitur **“Tautan Peningkatan”**.
4. Memperkuat **data governance** dan *traceability* keputusan, sehingga temuan–analisis–rekomendasi–tindakan dapat dipertanggungjawabkan kepada regulator dan publik.

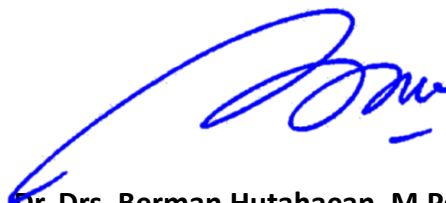
Buku ini menggunakan **skema penomoran dan pengelolaan versi** yang baku. Setiap perubahan kebijakan, SOP, instrumen, atau metodologi akan direkam pada **Register Change-Log** dan dinyatakan tanggal efektifnya pada DID/DIR. Pembaca dianjurkan untuk

selalu merujuk **versi terbaru** pada eSPMI agar memperoleh ketentuan yang berlaku mutakhir.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada **Rektor dan para Wakil Rektor, pimpinan fakultas dan program studi, Lembaga Penjaminan Mutu, GPM/UPM, auditor internal, serta unit pendukung** (akademik, keuangan, kepegawaian, perpustakaan, sarpras, dan **LPSI**) atas dukungan, masukan, dan kerja sama selama proses penyusunan. Apresiasi juga kami sampaikan kepada para **dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, dan alumni** yang berkontribusi melalui data dan umpan balik survei yang menjadi landasan pengambilan keputusan.

Kami menyadari bahwa perbaikan adalah proses yang tidak pernah berhenti. Oleh karena itu, kami membuka diri terhadap **saran dan umpan balik** konstruktif untuk penyempurnaan edisi berikutnya. Semoga buku ini menjadi **panduan yang aplikatif** sekaligus **landasan akademis** untuk memperkuat budaya mutu dan mempercepat peningkatan kinerja tridharma dan tata kelola UKST.

Medan, 10 Juni 2025
Ketua Lembaga Penjaminan Mutu
Universitas Katolik Santo Thomas,



Prof. Dr. Drs. Berman Hutahaeen, M.Pd.

NIP: 19610811 198603 1 003

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGATURAN TERKAIT EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR
SISTEM PENJAMINAN MUTU INTERNAL (SPMI)
UNIVERSITAS KATOLIK SANTO THOMAS**

SK Rektor: 1623a/UKS/A.52/06/2025 untuk

Nomor Dokumen:

UKST-LPM-SPMI-PengaturanEvaluasiPelaksanaanStandar-015-Rev01-2025

Tanggal Efektif: 10 Juni 2025

Buku **Pengaturan Terkait Evaluasi Pelaksanaan Standar SPMI** ini telah disahkan dan dinyatakan berlaku di lingkungan Universitas Katolik Santo Thomas sebagai pedoman resmi dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI).

Medan, 10 Juni 2025

Rector Universitas Katolik Santo Thomas,



Prof. Dr. Maidin Gultom, SH, M.Hum.

NIDN: 0104086601

Mengetahui,

Ketua Lembaga Penjaminan Mutu
Universitas Katolik Santo Thomas,



Prof. Dr. Drs. Berman Hutahaean, M.Pd.

NIP: 19610811 198603 1 003

Tembusan:

1. Ketua Senat Universitas
2. Para Wakil Rektor
3. Para Dekan Fakultas
4. Kepala LPSI (UPT TI)
5. Arsip.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGATAR	ii
DAFTAR ISI	v
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Ruang Lingkup	2
1.4 Landasan Hukum dan Rujukan	2
1.5 Definisi Istilah.....	3
BAB 2. KERANGKA EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR SPMI	4
2.1 Prinsip-Prinsip	4
2.2 Objek dan Level Evaluasi.....	5
2.3 Siklus dan Kalender Mutu	6
2.4 Ragam Metode Evaluasi	7
2.5 Keluaran Evaluasi	9
BAB 3. TATA KELOLA DAN ORGANISASI EVALUASI	11
3.1 Struktur Peran.....	11
3.2 Kompetensi dan Sertifikasi	13
3.3 Penugasan dan Independensi.....	14
3.4 Pendanaan dan Sumber Daya	14
BAB 4. PROSES DAN SOP EVALUASI (PETA PROSES DAN SLA)	16
4.1 Peta Proses E2E (ringkas namun operasional)	16
4.2 SLA (contoh)	19
4.3 Rekaman Wajib.....	19
4.4 Penomoran dan Kode Dokumen	20
BAB 5. INSTRUMEN, INDIKATOR, RUBRIK dan METODOLOGI	21
5.1 Prinsip Perancangan Indikator	21
5.2 Skala dan Rubrik (0–4) + Bobot	22
5.3 Contoh Indikator per Domain (ringkas).....	23
5.4 Metodologi	24
5.5 Instrumen Contoh (cuplikan tabel)	25
BAB 6. SISTEM INFORMASI, DATA GOVERNANCE DAN AUDIT TRAIL	26
6.1 Arsitektur eSPMI UKST (konseptual)	26

6.2 Peran dan Hak Akses Berbasis Peran	27
6.3 Data Dictionary dan Metadata Minimal	28
6.4 Audit Trail dan Keamanan	29
6.5 Integrasi dan ETL.....	30
BAB 7. PELAPORAN, DISEMINASI DAN TINDAK LANJUT	31
7.1 Struktur Laporan Evaluasi (L-EL-01)	31
7.2 Tindak Lanjut (RTK/CAR–CAPA).....	33
7.3 Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	33
BAB 8. PENINGKATAN BERKELANJUTAN DAN KETERKAITAN PENGENDALIAN ..35	
8.1 Prinsip dan Kerangka Peningkatan Berkelanjutan	35
8.2 Alur Integrasi Evaluasi → Pengendalian → Peningkatan (<i>Close-the-Loop</i>) .	35
8.3 Pengendalian Pelaksanaan (Koreksi Segera).....	36
8.4 Peningkatan Standar dan Proses (Perubahan Terencana).....	36
8.5 Manajemen Perubahan Dokumen dan <i>Change-Log</i>	36
8.6 Portofolio Peningkatan dan Keterkaitan RKAT	37
8.7 Pemantauan <i>Close-the-Loop</i> pada Dashboard Triwulan	37
8.8 Evaluasi Efektivitas Peningkatan	37
8.9 Diseminasi, Pembelajaran dan Replikasi Praktik Baik	38
8.10 Risiko Implementasi dan Mitigasi.....	38
BAB 9. MANAJEMEN RISIKO EVALUASI	39
9.1 Tujuan dan Ruang Lingkup.....	39
9.2 Taksonomi Risiko	39
9.3 Penilaian Risiko: Skala, Matriks, dan <i>Risk Appetite</i>	39
9.4 Risiko Proses Kritis dan Indikator Peringatan Dini (KRI).....	40
9.5 Proses Manajemen Risiko	41
9.6 Rencana Mitigasi dan Kontrol Kunci (Ringkas)	41
9.7 Register Risiko Evaluasi (Template)	42
9.8 Tata Kelola, Peran, dan Pelaporan Risiko	42
9.9 Manajemen Insiden dan <i>Business Continuity</i>	42
9.10 Keterkaitan dengan RTK dan RTM.....	43
BAB 10. IMPLEMENTASI DAN RENCANA TRANSISI	44
10.1 Tahapan Implementasi (0–12 bulan).....	44
10.2 Pelatihan	46
BAB 11. META-EVALUASI (EVALUASI ATAS EVALUASI)	48
11.1 Tujuan, Ruang Lingkup, dan Prinsip.....	48

11.2	IKU Proses Evaluasi (Definisi Operasional)	48
11.3	Metode dan Sumber Data Meta-Evaluasi	49
11.4	Peer Review Proses AMI	49
11.5	Survei Kepuasan Unit terhadap Proses Audit	50
11.6	After Action Review (AAR)	50
11.7	Analitik dan Pelaporan Meta-Evaluasi	50
11.8	Tindak Lanjut dan Tata Kelola Meta-Evaluasi	51
11.9	Siklus dan Kalender Meta-Evaluasi	51
11.10	Instrumen dan Template (Rujukan)	51
BAB 12.	KETENTUAN ETIKA, KEPATUHAN, DAN KEAMANAN DATA	52
12.1	Kode Etik Evaluator/Auditor	52
12.2	Deklarasi Konflik Kepentingan (Conflict of Interest/Col)	53
12.3	Perlindungan Data Pribadi dan Kerahasiaan Dokumen	53
12.4	Kepatuhan terhadap Peraturan dan Kebijakan UKST	54
12.5	Keamanan Informasi (Kontrol Teknis dan Organisasional)	54
12.6	Manajemen Insiden dan Pelaporan Pelanggaran	54
12.7	Etika Riset dan Survei (EDOM/Tracer)	54
12.8	Penegakan dan Sanksi	55
12.9	Sosialisasi, Pelatihan dan Komitmen Kepatuhan	55
12.10	Pengawasan Kepatuhan	55
BAB 13.	PENUTUP	56
13.1	Pernyataan Umum	56
13.2	Komitmen Kepatuhan dan <i>Close-the-Loop</i>	56
13.3	Peran dan Tanggung Jawab Setelah Pengesahan	56
13.4	Peninjauan dan Pemutakhiran Dokumen	56
13.5	Ketentuan Peralihan	57
13.6	Pengesahan, Berlaku, dan Distribusi	57
13.7	Pernyataan Penutup	57
LAMPIRAN		58
SOP-EL-01	— Perencanaan Evaluasi/AMI	58
SOP-EL-02	— Pelaksanaan Evaluasi/AMI	59
SOP-EL-03	— Pelaporan dan Penetapan RTK/CAR–CAPA	61
SOP-EL-04	— Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)	62
SOP-EL-05	— Pengendalian dan Peningkatan (Close-the-Loop)	63
Lampiran B.	Template Instrumen AMI (INS-EL-01) — Cuplikan dan Petunjuk Teknis	65

Lampiran C. Template Survei (EDOM/Layanan/Tracer) — Cuplikan dan Panduan Teknis	69
Lampiran D. Template Laporan Evaluasi (L-EL-01) — Kerangka, Petunjuk, dan Contoh Format.....	75
Lampiran E. Form RTK/CAR–CAPA (F-EL-01) — Template dan Petunjuk Teknis.	80
Lampiran F. Notulen RTM (F-EL-02) — Template, Petunjuk Teknis, dan Contoh	84
Lampiran G. Register Change-Log Dokumen Evaluasi — Template, Kebijakan Versi, dan Petunjuk Teknis	88
Lampiran H. Matriks Penomoran Dokumen — Skema, Aturan, dan Contoh	91
Lampiran I. Kamus Data (Data Dictionary) – Cuplikan dan Panduan Teknis.....	96
Lampiran J. Checklist “Tautan Peningkatan” — Template, Petunjuk Teknis, dan Contoh (Siap Unggah)	102
Lampiran K. Daftar Istilah dan Singkatan — Definisi Operasional, Padanan, dan Konteks eSPMI	106
DAFTAR KEPUSTAKAAN	111

BAB 1.

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagai perguruan tinggi yang berkomitmen pada peningkatan mutu berkelanjutan, Universitas Katolik Santo Thomas (UKST) menempatkan **Evaluasi Pelaksanaan Standar** sebagai komponen yang tidak terpisahkan dari siklus **PPEPP**. Evaluasi bukan sekadar kewajiban kepatuhan, melainkan mekanisme akademik dan manajerial untuk memastikan bahwa standar yang telah ditetapkan—baik yang bersumber dari SN-Dikti maupun standar internal UKST—benar-benar dilaksanakan, diukur capaian kinerjanya, ditelaah relevansinya, serta ditindaklanjuti hasilnya dalam bentuk pengendalian dan peningkatan.

Perubahan regulasi pendidikan tinggi, dinamika instrumen akreditasi, dan tuntutan akuntabilitas publik menuntut sistem evaluasi yang **seragam, transparan, dan berbasis bukti**. Di saat yang sama, konteks lokal Sumatera Utara—dengan karakteristik masyarakat multikultural, variasi sumber daya sekolah/mitra, serta kebutuhan dunia kerja regional—menuntut **kepekaan kontekstual** dalam menilai mutu proses dan hasil tridharma. Oleh karena itu, evaluasi di UKST dirancang untuk mampu menangkap keberagaman konteks unit, namun tetap menjaga kesetaraan standar mutu lintas fakultas dan program studi.

Digitalisasi tata kelola dan kebutuhan **keterlacakan (traceability)** menempatkan **eSPMI** sebagai tulang punggung pengelolaan bukti: mulai dari perencanaan evaluasi, pelaksanaan AMI/monev, pelaporan temuan, penetapan RTK/CAR–CAPA, hingga keputusan RTM dan revisi standar. Integrasi data dari sistem sumber (misalnya PDDikti, SISTER, sistem keuangan, dan perpustakaan) memperkuat validitas temuan dan meminimalkan bias. Dengan demikian, hasil evaluasi tidak hanya menggambarkan pemenuhan standar pada saat audit, tetapi juga tren kinerja dan area prioritas risiko untuk perbaikan.

Pada tataran kelembagaan, pengaturan ini diperlukan untuk: (1) menyatukan kebijakan, prosedur, instrumen, dan tata kelola peran terkait evaluasi; (2) menjamin adanya **rubrik penilaian yang seragam** sehingga hasil antarunit dapat dibandingkan secara adil; (3) memastikan **aliran hasil evaluasi** benar-benar bermuara pada pengendalian dan peningkatan; serta (4) menjamin **audit trail** atas setiap keputusan dan perubahan dokumen standar. Dengan pengaturan ini, UKST menargetkan terciptanya budaya mutu yang proaktif, berbasis data, dan berorientasi dampak pada pemangku kepentingan internal maupun eksternal.

1.2 Tujuan

Pengaturan ini disusun dengan tujuan:

- 1) **Menetapkan pengaturan dan prosedur evaluasi** standar SPMI di UKST, meliputi perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, hingga penutupan dan pembelajaran (lessons learned).
- 2) **Menyediakan instrumen dan rubrik penilaian yang seragam** (skala 0–4 berbobot) agar penilaian lintas standar dan unit memiliki konsistensi metodologis serta memungkinkan perbandingan kinerja.
- 3) **Memastikan integrasi hasil evaluasi** dengan proses **Pengendalian (PD)** dan **Peningkatan (PP)**, termasuk penetapan dan monitoring **RTK/CAR–CAPA** serta pengambilan keputusan melalui **RTM**.
- 4) **Menjamin keterlacakan data dan keputusan** melalui pemanfaatan **eSPMI** dan **audit trail** yang terdokumentasi dari hulu ke hilir (evaluasi → RTK → RTM → revisi standar/SOP → implementasi).

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengaturan ini mencakup seluruh standar pada domain **Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian kepada Masyarakat**, serta standar tambahan UKST meliputi **Layanan Kemahasiswaan, Kerja Sama, Tata Kelola dan Keuangan, Teknologi Informasi, Sarana Prasarana, dan Reputasi**. Evaluasi dilaksanakan pada berbagai level (institusi, fakultas, program studi, dan unit pendukung) dan menjangkau objek evaluasi yang meliputi: dokumen standar dan SOP, proses pelaksanaan, capaian indikator kinerja, kepatuhan terhadap persyaratan eksternal, serta bukti tindak lanjut. Ruang lingkup juga mencakup pengaturan integrasi data, mekanisme pelaporan, dan konektivitas hasil evaluasi ke proses pengendalian serta peningkatan.

1.4 Landasan Hukum dan Rujukan

Pengaturan ini didasarkan pada hirarki rujukan sebagai berikut:

- 1) **Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi** – menjadi rujukan payung mengenai penjaminan mutu pendidikan tinggi dan otonomi perguruan tinggi.
- 2) **Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi** – menetapkan kerangka SPMI–SPME, PPEPP, serta peran dan akuntabilitas unit pelaksana mutu di perguruan tinggi.
- 3) **Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti) dan perangkat turunannya** – menjadi acuan penetapan standar minimal dan indikator ketercapaian pada bidang pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

- 4) **Statuta dan Peraturan Akademik UKST** – menetapkan tata kelola internal, kewenangan, dan tata hubungan kerja yang menjadi dasar pelaksanaan standar pada level universitas/fakultas/prodi.
- 5) **Instrumen Akreditasi BAN-PT/LAM** yang relevan – memastikan keterkaitan antara implementasi standar internal dan kriteria/elemen penilaian eksternal.
- 6) **Kebijakan MBKM dan pedoman OBE UKST** – menjadi rujukan akademik substantif yang harus terintegrasi pada pelaksanaan standar.
- 7) **Pedoman implementasi SPMI** yang dikeluarkan oleh direktorat terkait sebagai panduan operasional.
- 8) **Pedoman audit sistem manajemen (ISO 19011)** sebagai rujukan prinsip independensi, kompetensi auditor, bukti audit, dan pelaporan;
- 9) **Dokumen SPMI UKST** (Kebijakan, Manual, Standar, SOP, Instrumen, Panduan RTM) yang menjadi sumber rujukan internal. Seluruh rujukan ini bersifat non-eksah dalam dokumen ini dan digunakan untuk memastikan keselarasan pengaturan dengan ketentuan yang berlaku serta praktik baik penjaminan mutu.

1.5 Definisi Istilah

- **Evaluasi Pelaksanaan Standar:** proses sistematis untuk menilai tingkat pemenuhan standar yang telah ditetapkan; menghasilkan temuan, analisis kesenjangan (gap), rekomendasi, dan prioritas tindak lanjut.
- **AMI (Audit Mutu Internal):** bentuk evaluasi berbasis bukti yang dilaksanakan secara terstruktur (desk review, wawancara, observasi, verifikasi lapangan) untuk menilai kesesuaian pelaksanaan terhadap standar.
- **Monev:** pemantauan dan evaluasi berkala (misalnya triwulanan) terhadap indikator kinerja dan kepatuhan, guna mendeteksi dini deviasi dan merumuskan tindakan korektif/pencegahan.
- **RTK/CAR–CAPA:** rencana tindakan korektif (Corrective Action) dan pencegahan (Preventive Action) yang disusun berdasarkan temuan evaluasi untuk menutup gap dan mencegah kekambuhan masalah.
- **RTM (Rapat Tinjauan Manajemen):** forum pimpinan untuk menilai kecukupan, efektivitas, dan efisiensi pelaksanaan standar serta memutuskan prioritas perbaikan, target, alokasi sumber daya, dan revisi standar/SOP.
- **Tautan Peningkatan:** pranala resmi yang merekam rangkaian bukti pada tahap Evaluasi (E) dan keterhubungannya dengan Pengendalian (PD) dan Peningkatan (PP) pada portal regulator; digunakan sebagai jejak verifikasi atas keterlaksanaan PPEPP.

BAB 2.

KERANGKA EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR SPMI

2.1 Prinsip-Prinsip

Kerangka evaluasi pelaksanaan standar SPMI di UKST berlandaskan seperangkat prinsip yang memastikan proses berjalan sah secara akademik, andal secara manajerial, dan efektif menghasilkan perbaikan berkelanjutan. Prinsip-prinsip berikut dioperasionalkan dalam seluruh tahapan—perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, penetapan RTK/CAR–CAPA, hingga keputusan RTM.

(a) Akuntabilitas

Menjamin bahwa peran, wewenang, dan tanggung jawab setiap pihak terdokumentasi dan dapat dipertanggungjawabkan. Akuntabilitas diwujudkan melalui SK penugasan, publikasi program evaluasi/AMI, pelaporan tepat waktu, serta pengesahan temuan dan tindak lanjut oleh pimpinan. **Indikator keterpenuhan:** ketersediaan SK dan program kerja; kepatuhan jadwal; kelengkapan tanda tangan persetujuan; jejak persetujuan RTM.

(b) Objektivitas

Menuntut independensi evaluator/auditor dari unit yang dievaluasi, penggunaan kriteria dan rubrik yang seragam, serta verifikasi silang bukti. **Indikator:** deklarasi konflik kepentingan; penggunaan rubrik 0–4 berbobot; konsistensi hasil antar-auditor (uji reliabilitas antarpemilai bila relevan).

(c) Keterlacakan (*Traceability*)

Menjamin bahwa setiap temuan, rekomendasi, dan keputusan dapat ditelusuri asal-usul datanya, pihak yang memproses, waktu pengambilan keputusan, dan dampaknya. Keterlacakan dijaga melalui eSPMI (audit trail), penomoran dokumen, tautan antar-artefak (Laporan Evaluasi → RTK/CAR–CAPA → Keputusan RTM → Revisi Standar/SOP → Implementasi). **Indikator:** lengkapnya metadata dokumen; keterhubungan URL bukti; log perubahan versi.

(d) Keandalan Data

Menekankan validitas, reliabilitas, kelengkapan, dan ketepatan waktu data. Sumber data utama (system of record) ditetapkan per indikator; dilakukan *range check*, *consistency check*, dan konfirmasi ke pemilik data. **Indikator:** data dictionary per

indikator; bukti verifikasi sumber; tingkat kesalahan/ketidaksesuaian data menurun dari siklus ke siklus.

(e) Triangulasi Multi-sumber

Menggabungkan triangulasi sumber (dokumen, sistem, wawancara, observasi), triangulasi metode (desk review, visitasi, survei), dan bila memungkinkan triangulasi penilai (peer review) untuk meningkatkan kekuatan temuan. **Indikator:** proporsi temuan yang didukung ≥ 2 sumber/ metode; catatan verifikasi lapangan.

(f) Keterlibatan Pemangku Kepentingan

Memastikan partisipasi dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, pimpinan unit, dan mitra eksternal pada tahap yang relevan (penyediaan bukti, wawancara, validasi rekomendasi, RTM). **Indikator:** daftar hadir dan notulen; umpan balik unit terhadap rekomendasi; tingkat penerimaan temuan.

(g) Perbaikan Berkelanjutan

Menempatkan hasil evaluasi sebagai input pengendalian (tindakan korektif segera) dan peningkatan (revisi standar/proses), dengan pemantauan berkala progres RTK/CAR–CAPA. **Indikator:** persentase RTK selesai tepat waktu; jumlah revisi standar yang berbasis temuan; tren peningkatan skor per-standar.

Catatan operasional: Setiap prinsip dipetakan ke *Key Process Indicators* (Indikator Kinerja Utama-IKU) evaluasi, meliputi: ketepatan waktu (*on-time delivery*), *completion rate* bukti, *acceptance rate* temuan oleh unit, reliabilitas antarpemilai (bila ada uji), dan tingkat realisasi RTK.

2.2 Objek dan Level Evaluasi

Objek Evaluasi. Objek evaluasi mencakup seluruh standar mutu yang berlaku di UKST, meliputi standar yang bersumber dari SN-Dikti serta standar internal UKST (tambahan/derivatif). Setiap standar dievaluasi pada tiga dimensi: (1) kesesuaian dokumen standar dan SOP; (2) kesesuaian pelaksanaan proses; (3) capaian indikator hasil kinerja; ditambah dimensi (4) tindak lanjut dari siklus sebelumnya (efektivitas tindakan korektif/pencegahan).

Level Evaluasi. Evaluasi dilaksanakan secara berjenjang pada level:

- **Institusi:** penilaian tata kelola mutu, koherensi kebijakan, pencapaian indikator kunci institusi, dan efektivitas mekanisme PPEPP lintas unit.
- **Fakultas:** konsistensi implementasi standar pada unit akademik di bawahnya, dukungan sumber daya, dan penguatan pengawasan mutu akademik.
- **Program Studi (Prodi):** kepatuhan terhadap standar pendidikan/kurikulum, proses pembelajaran, capaian CPL, penelitian dan PkM dosen, layanan kemahasiswaan, serta kesiapan akreditasi BAN-PT/LAM.
- **Unit Pendukung** (perpustakaan, TI, keuangan, SDM, sarpras, ULT/layanan): kualitas layanan, ketepatan layanan terhadap SLA, dan integrasi data pendukung indikator institusi.

Koherensi Vertikal-Horisontal. Hasil evaluasi pada level prodi diakumulasikan ke level fakultas/institusi (koherensi vertikal), sementara antarprodi dengan karakteristik sejenis dilakukan pembandingan (koherensi horisontal) untuk mendorong *benchmarking* dan replikasi praktik baik. Crosswalk terhadap kerangka akreditasi eksternal dipelihara agar bukti evaluasi dapat langsung dimanfaatkan saat asesmen eksternal.

Jenis Bukti. Bukti mencakup: dokumen (kebijakan, manual, SOP, instrumen), rekaman pelaksanaan (BA, daftar hadir, foto/rekaman), data sistem (log PDDikti/SISTER/SIMAK), artefak pembelajaran (RPS, rubrik penilaian, course report), data survei, dan hasil observasi/wawancara terstruktur.

2.3 Siklus dan Kalender Mutu

Kalender Mutu Tahunan. UKST menetapkan satu siklus mutu tahunan yang mengatur monev triwulanan, AMI tahunan, serta RTM. Kalender ini diselaraskan dengan siklus perencanaan dan penganggaran (RKAT) agar keputusan peningkatan dapat segera diturunkan ke alokasi sumber daya.

Monev Triwulanan (Q1–Q4).

- **Q1 (Jan–Mar):** pengambilan data hingga *cut-off* **31/03**; fokus pada *baseline* tahun berjalan dan tindak lanjut sisa RTK tahun sebelumnya.
- **Q2 (Apr–Jun):** *cut-off* **30/06**; pemeriksaan tengah tahun untuk deteksi dini deviasi indikator; *mid-year review* terhadap RTK.
- **Q3 (Jul–Sep):** *cut-off* **30/09**; konsolidasi bukti akademik utama (mis. CPL, beban MS, pelaporan PDDikti); persiapan AMI.
- **Q4 (Okt–Des):** *cut-off* **31/12**; penutupan tahun, rekap indikator, dan konversi temuan monev menjadi masukan prioritas AMI/RTM.

AMI Tahunan. Dilaksanakan sekali dalam setahun dengan fase: (1) perencanaan dan penugasan; (2) pelaksanaan (desk review, visitasi, verifikasi); (3) pelaporan; (4) penetapan RTK/CAR–CAPA; (5) *follow-up* dan validasi efektivitas. AMI memanfaatkan hasil monev triwulanan sebagai *pre-audit evidence* sehingga beban verifikasi berulang dapat dikurangi.

Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). RTM reguler diselenggarakan minimal **1x/tahun** untuk mengesahkan prioritas peningkatan, target, dan sumber daya. **RTM mini/ad-hoc** dapat dilaksanakan bila terjadi risiko tinggi (mis. deviasi indikator kritikal, temuan mayor, isu kepatuhan). Keputusan RTM wajib terekam dalam eSPMI dan ditautkan ke register RTK/CAR–CAPA serta rencana revisi standar/SOP.

Integrasi Cut-off Data. Tanggal *cut-off* (**31/03, 30/06, 30/09, 31/12**) digunakan sebagai penanda batas pelaporan agar seri waktu dapat dibandingkan. Data setelah *cut-off* dicatat pada periode berikutnya. Kebijakan *late entry* diatur ketat agar tidak mengganggu integritas tren.

SLA dan Kepatuhan Jadwal. Untuk menjaga kedisiplinan siklus, SLA ditetapkan (contoh): finalisasi laporan AMI ≤ 14 hari pascavisitasi; penetapan RTK ≤ 14 hari setelah laporan final; pembaruan status RTK minimal tiap triwulan. Tingkat kepatuhan SLA dimonitor sebagai IKU proses evaluasi.

Mekanisme Early Warning. Ambang batas (threshold) ditetapkan per indikator kritikal. Pelampauan ambang memicu *alert* otomatis pada dashboard dan dapat menginisiasi RTM mini atau tindakan pengendalian cepat tanpa menunggu siklus tahunan.

2.4 Ragam Metode Evaluasi

Kerangka evaluasi UKST menggunakan kombinasi metode yang saling melengkapi agar temuan bersifat komprehensif, dapat diverifikasi, dan berorientasi tindakan. Pemilihan metode mengikuti asas materialitas dan risiko—semakin tinggi *risk exposure*, semakin intensif kombinasi metode yang digunakan.

(a) Pemantauan Indikator (*Dashboard*)

Pemantauan indikator dilakukan secara berkala melalui dashboard monev yang menarik data dari *system of record* (PDDikti, SISTER, SIMAK/keuangan, perpustakaan, LMS, dsb.). Tujuannya untuk mendeteksi dini deviasi kinerja dan memantau progres RTK. *Desain operasional*: definisi indikator terdokumentasi dalam kamus data (definisi, numerator/denominator, satuan, frekuensi, *owner*); ambang batas (*threshold*) dan target tahunan; *timestamp* dan *versioning* dataset; *early warning* berbasis notifikasi; serta *data lineage* hingga sumber primer. **Kualitas**: dilakukan *range/logic check*, konsolidasi lintas-sumber, dan pengesahan berkala oleh *data owner*.

(b) Evaluasi Diri Unit

Evaluasi diri mendorong refleksi kritis unit terhadap pemenuhan standar, efektivitas proses, dan hasil. Instrumen evaluasi diri mencakup butir bukti, pertanyaan reflektif, dan ruang *lessons learned*. Untuk meminimalkan bias, diterapkan panduan kalibrasi, contoh bukti, dan review silang oleh LPM atau *peer unit*. **Luaran:** skor awal, analisis kekuatan–kelemahan, dan usulan tindakan; menjadi *pre-audit evidence* bagi AMI.

(c) AMI (Desk Review, Visitasi, Wawancara, Observasi)

AMI merupakan pemeriksaan terstruktur berbasis bukti terhadap kesesuaian pelaksanaan dengan standar.

- *Desk review*: telaah dokumen standar/SOP, rekaman pelaksanaan, dan data dashboard.
- *Visitasi*: validasi lapangan atas implementasi proses (kelas, lab, layanan).
- *Wawancara*: konfirmasi dengan pimpinan, dosen, tendik, mahasiswa, mitra; menggunakan panduan semi-terstruktur.
- *Observasi*: pengamatan langsung aktivitas kunci sesuai sampel berbasis risiko. *Pengendalian mutu*: pelatihan auditor, *briefing* kalibrasi, uji keseragaman penilaian (bila relevan), dan *quality review* atas laporan.

(d) Survei (EDOM, Layanan, Tracer)

Survei mengukur persepsi/hasil (kepuasan, keterlibatan, relevansi lulusan). Instrumen dirancang dengan validitas isi, skala Likert 1–5, serta uji reliabilitas (mis. α Cronbach bila diperlukan). *Sampling* memperhatikan representativitas; target *response rate* ditetapkan; *data cleaning* dilakukan sebelum analisis. Survei tracer menilai jejak lulusan (waktu tunggu, kesesuaian bidang, level jabatan) untuk pemutakhiran kurikulum dan layanan karier. **Etika:** persetujuan partisipan, kerahasiaan data, dan pemakaian agregat untuk keputusan mutu.

(e) Telaah Sejawat (Peer Review), Data Audit, dan Spot Check

Telaah sejawat digunakan untuk menilai kesesuaian akademik (mis. kurikulum, RPS, asesmen) oleh pakar internal/eksternal. *Data audit* memverifikasi konsistensi angka kinerja (rekonsiliasi antar-sumber, uji kelogisan tren). *Spot check* dilakukan tanpa pemberitahuan penuh pada area berisiko (mis. kelas, laboratorium, layanan) untuk menilai kepatuhan nyata terhadap SOP. **Pemicu:** anomali dashboard, keluhan terverifikasi, temuan mayor AMI, atau area *high-risk* menurut peta risiko.

(f) Logika Pemilihan Kombinasi Metode

- Risiko rendah: pemantauan indikator + evaluasi diri.
- Risiko sedang: tambah AMI terbatas (desk + wawancara terarah) atau *peer review*.
- Risiko tinggi/kepatuhan kritikal: AMI penuh (desk–visitasi–observasi), survei spesifik, *data audit* mendalam, dan *spot check*.

2.5 Keluaran Evaluasi

Keluaran evaluasi harus memungkinkan pengambilan keputusan yang cepat, terukur, dan terdokumentasi dari hulu ke hilir (evaluasi → pengendalian → peningkatan). Struktur luaran sebagai berikut.

(a) Skor Kinerja per-Standar dan Tingkat Pemenuhan (0–4)

Setiap standar dinilai menggunakan rubrik 0–4 berbobot.

- **0:** tidak ada bukti pemenuhan; **1:** awal/tidak konsisten; **2:** cukup/parsial; **3:** baik/konsisten; **4:** unggul/praktik teladan.
- **Skor akhir standar** = $\Sigma(\text{bobot}_i \times \text{nilai}_i) / \Sigma(\text{bobot}_i)$; kategori warna ditetapkan untuk memudahkan pemetaan prioritas.
- Visualisasi: *spider/radar chart*, *heatmap*, dan tren triwulan/tahun.

(b) Daftar Temuan (KTS/OFI) dan Akar Masalah

Temuan diklasifikasi menjadi **KTS** (ketidaksesuaian mayor/minor) dan **OFI** (*opportunities for improvement*). Setiap temuan memuat: ringkasan, bukti rujukan (kode dokumen/URL), dampak pada standar/indikator, dan *root cause analysis* (mis. *5 Why*, Fishbone). Temuan diberi **ID unik** untuk menjamin keterlacakan lintas-siklus.

(c) Rekomendasi dan RTK/CAR–CAPA Prioritas (SMART-Target)

Rekomendasi diturunkan menjadi **RTK/CAR–CAPA** dengan atribut minimal: deskripsi tindakan, jenis (korektif/pencegahan), **PIC**, sumber daya, **target waktu**, indikator keberhasilan, dan metode verifikasi efektivitas (*effectiveness check*). Prioritas ditetapkan menggunakan matriks dampak–probabilitas dan/atau analisis manfaat–biaya. Progres dipantau triwulan melalui dashboard dan dibahas pada RTM.

(d) Isu Risiko Prioritas dan Rencana Mitigasi

Setiap siklus menghasilkan daftar **risiko prioritas** yang berasal dari temuan atau tren indikator: nilai **risiko** = **dampak** × **probabilitas**. Untuk tiap risiko, disusun rencana

mitigasi (penghindaran, pengurangan, pemindahan, penerimaan) beserta pemilik risiko (*risk owner*), indikator pemicu (*trigger*), dan ambang *escalation* menuju RTM mini. Risiko prioritas diintegrasikan ke RKAT agar mitigasi memiliki dukungan sumber daya.

(e) Paket Pelaporan

- 1) **Laporan Evaluasi** (institusi/fakultas/prodi/unit) dengan ringkasan eksekutif, analisis per-standar, temuan, rekomendasi, dan lampiran bukti.
- 2) **Register Temuan dan RTK** (ID unik, status, *due date*, bukti penyelesaian, hasil verifikasi).
- 3) **Bahan RTM**: matriks prioritas, implikasi sumber daya, usulan revisi standar/SOP.
- 4) **Tautan Peningkatan**: konsolidasi URL artefak (laporan, RTK, keputusan RTM, perubahan standar) untuk verifikasi eksternal.

(f) Indikator Efektivitas Evaluasi (IKU Proses)

Ketepatan waktu laporan; tingkat penerimaan temuan oleh unit; persentase RTK selesai tepat waktu; penurunan temuan berulang; peningkatan skor standar dari siklus sebelumnya; dan konsistensi data (mismatch rate menurun). IKU ini menjadi dasar *meta-evaluasi* proses pada Bab 11.

BAB 3. TATA KELOLA DAN ORGANISASI EVALUASI

3.1 Struktur Peran

Tata kelola evaluasi pelaksanaan standar di UKST dibangun untuk menjamin kejelasan mandat, akuntabilitas, dan independensi fungsi evaluasi. Struktur peran berikut berlaku pada seluruh level (institusi–fakultas–prodi–unit pendukung) dengan jalur pelaporan yang terdokumentasi di eSPMI.

Rektor:

- Menetapkan kebijakan, standar, dan pengaturan strategis terkait evaluasi pelaksanaan standar melalui SK Rektor.
- Menyetujui Program Evaluasi/AMI tahunan, hasil **Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**, prioritas perbaikan, serta alokasi sumber daya.
- Menjadi penanggung jawab tertinggi atas pemenuhan regulasi dan akuntabilitas publik atas pelaksanaan PPEPP.

Wakil Rektor Terkait (Akademik/Nonakademik):

- Menjadi pengarah domain (academic lead/administrative lead) untuk menjamin koherensi evaluasi lintas unit.
- Mengawal integrasi hasil evaluasi ke perencanaan (RKAT), pengendalian operasional, dan kebijakan akademik/administratif.
- Memfasilitasi penyelesaian isu lintas unit serta eskalasi risiko prioritas ke Rektor.

Lembaga Penjaminan Mutu (LPM):

- Merancang kebijakan, SOP, instrumen evaluasi/AMI, rubrik 0–4 berbobot, serta panduan *triangulasi* dan validasi bukti.
- Mengelola kalender mutu, program evaluasi/AMI tahunan, pelatihan auditor, dan **kalibrasi penilai**.
- Mengkoordinasikan pelaksanaan evaluasi (desk review, visitasi, pelaporan), pengelolaan **RTK/CAR–CAPA**, dan penyelenggaraan RTM.
- Menjaga mutu proses (quality assurance of audit): *quality review* laporan, penilaian konsistensi, dan *after action review*.
- Mengelola eSPMI (bersama LPSI) untuk penomoran, *audit trail*, integrasi data, dan *user management* berbasis peran.

GPM/UPM/Unit Pelaksana:

- Melaksanakan **evaluasi diri** sesuai instrumen; mengunggah data dan bukti primer; memastikan keterkinian dokumen standar/SOP pada repositori resmi.
- Menindaklanjuti temuan evaluasi/AMI menjadi **RTK/CAR-CAPA** berikut pelaporan progres triwulanan.
- Menjamin ketersediaan narasumber wawancara/observasi serta akses lapangan bagi auditor.

Auditor Internal:

- Melaksanakan AMI secara independen dan objektif melalui desk review, visitasi, wawancara, observasi, dan verifikasi bukti.
- Menyusun laporan evaluasi, mengklasifikasi temuan (KTS/OFI), melakukan analisis akar masalah, dan memberikan rekomendasi yang **evidence-based**.
- Menjunjung kode etik (integritas, objektivitas, kerahasiaan, kompetensi) dan menandatangani pernyataan bebas konflik kepentingan.

Data Owners (Pemilik Data):

- PDDikti (Akademik), **SISTER** (SDM Dosen), **SIMAK/Keuangan, Perpustakaan, Kepegawaian, Sarpras**, dan sistem relevan lainnya.
- Menjamin kualitas data (definisi, kelengkapan, ketepatan waktu), menyediakan akses *read-only* dan *data lineage* untuk keperluan evaluasi.
- Menyetujui *data extract* resmi yang menjadi dasar pengukuran indikator dan pelaporan.

LPSI/eSPMI:

- Menyediakan infrastruktur, keamanan, *backup*, dan layanan dukungan pengguna; mengembangkan modul eSPMI (instrumen, monev, RTK, RTM, *Tautan Peningkatan*) dan integrasi ETL dari SoR.
- Mengaktifkan kontrol akses berbasis peran dan menyimpan *audit trail* perubahan data/dokumen.

Struktur RACI

Aktivitas Kunci	Rektor	WR	LPM	Dekan/ KPS	GPM/UPM /Unit	Auditor	Data Owners	LPSI
Tetapkan kebijakan dan program evaluasi	A	C	R	C	I	I	I	I
Susun instrumen dan rubrik	I	C	R	C	C	C	I	C

Evaluasi diri dan unggah bukti	I	I	C	C	R	I	C	I
AMI (desk–visitasi–laporan)	I	I	C	C	C	R	C	I
Penetapan RTK/CAR–CAPA	A	C	R	C	R	C	I	I
RTM dan keputusan	A	R	C	C	I	I	I	I
Integrasi data/dashboard	I	I	C	I	I	I	R	R
Quality review dan meta-evaluasi	I	I	R	C	C	C	I	I

Keterangan: **R** = Responsible; **A** = Accountable; **C** = Consulted; **I** = Informed.

3.2 Kompetensi dan Sertifikasi

Kompetensi evaluator/auditor merupakan prasyarat mutu proses evaluasi. UKST menetapkan **Kerangka Kompetensi Auditor Internal** yang mencakup: (a) pengetahuan standar/regulasi; (b) metodologi audit/evaluasi; (c) teknik pengumpulan dan analisis bukti; (d) pelaporan dan komunikasi temuan; (e) etika dan kerahasiaan; (f) kompetensi digital (eSPMI, pengolahan data, dashboard).

Standar Pelatihan Minimum

- **Pelatihan Dasar Auditor (40 JP):** konsep SPMI dan PPEPP, instrumen dan rubrik 0–4, teknik wawancara/observasi, penulisan temuan dan RCA (*root cause analysis*), pengoperasian eSPMI.
- **Pelatihan Lanjutan/Kalibrasi (16 JP/tahun):** studi kasus, *inter-rater reliability*, analitik indikator, etika dan *case clinic*.
- **Sertifikasi Internal:** kelulusan uji teori–praktik; *supervised audit* minimal 1 kali; portofolio laporan.
- **CPD/PKB:** pembaruan kompetensi **minimal tiap 2 tahun**, termasuk pembaruan regulasi, instrumen akreditasi, dan teknologi audit.

Mekanisme Kalibrasi dan Jaminan Mutu

- *Pre-audit briefing* dan *post-audit debrief* untuk keseragaman penerapan rubrik.
- *Quality review* laporan oleh LPM/lead auditor; *peer review* berkala; *after action review* untuk pembelajaran lintas siklus.
- *Performance appraisal* auditor: ketepatan waktu, kualitas bukti, kejernihan rekomendasi, tingkat penerimaan temuan oleh unit.

3.3 Penugasan dan Independensi

Setiap pelaksanaan evaluasi/AMI diatur melalui **Surat Keputusan (SK)** Rektor atau Ketua LPM atas nama Rektor yang memuat sekurang-kurangnya: tujuan, ruang lingkup, standar/indikator yang diaudit, periode penugasan, metode, tim auditor dan perannya, ketentuan akses data, jadwal, luaran yang diharapkan, dan ketentuan kerahasiaan data.

Independensi dan Konflik Kepentingan

- Setiap auditor menandatangani **conflict-of-interest statement**; auditor tidak menilai unit di mana ia memiliki jabatan struktural/operasional atau keterlibatan langsung dalam proses yang dievaluasi.
- **Mekanisme *recusal***: penggantian auditor bila teridentifikasi potensi konflik; pencatatan alasan pada eSPMI.
- **Rotasi auditor**: rotasi minimal setiap 2 siklus untuk menghindari *familiarity threat*.
- **Cooling-off period**: bila auditor sebelumnya menjadi penanggung jawab proses pada unit yang sama, diberlakukan masa tunggu sebelum dapat mengaudit unit tersebut.

Hak dan Kewajiban Auditor

- Hak: akses terhadap dokumen dan data yang relevan, melakukan wawancara/observasi, menerima dukungan administratif.
- Kewajiban: menjaga kerahasiaan, bertindak profesional, menyampaikan temuan berbasis bukti, dan menyusun laporan tepat waktu sesuai SLA.

Jaminan Kerahasiaan dan Perlindungan Pelapor

- Informasi sensitif dijaga melalui pengaturan akses berbasis peran, *non-disclosure*, dan *masking* data pribadi.
- Kanal *whistleblowing* tersedia untuk pelaporan pelanggaran, dengan perlindungan terhadap retaliasi sesuai kebijakan UKST.

3.4 Pendanaan dan Sumber Daya

Keberhasilan evaluasi bergantung pada kecukupan pendanaan dan dukungan sumber daya. Pembiayaan diintegrasikan dalam **RKAT LPM dan unit** dengan pos minimal sebagai berikut:

(a) Biaya Langsung Proses Evaluasi/AMI

- Transport/akomodasi visitasi; konsumsi rapat; ATK; *field evidence*.

- Honorarium moderator/sekretariat audit (bila diberlakukan sesuai kebijakan).
- Penggandaan/arsip elektronik (penyimpanan *read-only* arsip final).

(b) Dukungan TI dan Lisensi

- Pengembangan dan pemeliharaan **eSPMI** (modul instrumen, monev, RTK, RTM, *Tautan Peningkatan, audit trail*).
- **Lisensi survei**/kuesioner dan *analytics* (termasuk *response tracking*).
- Infrastruktur server/penyimpanan, *backup* harian, enkripsi, dan dukungan *helpdesk*.

(c) Penguatan Kompetensi

- Pelatihan auditor (dasar dan lanjutan), lokakarya kalibrasi, sertifikasi internal/eksternal, dan forum praktik baik.
- Pengembangan panduan dan *casebook* temuan untuk pembelajaran institusional.

(d) Integrasi Data dan ETL

- Integrasi dan pemeliharaan *pipeline* data dari PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan, Perpustakaan, dan sistem lainnya; validasi dan *reconciliation* berkala dengan *data owner*.
- Otomatisasi *early warning* dan *dashboard* indikator prioritas.

(e) Manajemen Risiko dan Kontinjensi

- Dana cadangan untuk *spot check* atau audit ad-hoc akibat risiko tinggi/keluhan terverifikasi.
- Rencana kontinjensi jika terjadi *IT downtime* atau gangguan akses data.

Efektivitas pemanfaatan anggaran dievaluasi pada RTM melalui indikator: kepatuhan SLA, jumlah RTK selesai tepat waktu, penurunan temuan berulang, serta peningkatan skor standar lintas siklus.

BAB 4.

PROSES DAN SOP EVALUASI (PETA PROSES DAN SLA)

Bab ini mendeskripsikan alur ujung-ke-ujung (*end-to-end*/E2E) evaluasi pelaksanaan standar di UKST beserta standar layanan (SLA), rekaman wajib, dan sistem penomoran dokumen. Tujuannya memastikan proses berjalan seragam lintas unit, dapat diaudit, dan menghasilkan keputusan peningkatan yang terdokumentasi serta terhubung ke pengendalian dan perencanaan (RKAT).

4.1 Peta Proses E2E (ringkas namun operasional)

Setiap tahapan berikut dilengkapi **tujuan**, **input**, **proses/aktivitas kunci**, **output/artefak**, **peran (RACI)**, **kontrol mutu**, **risiko dan mitigasi**, dan **IKU proses**.

(1) Perencanaan — Program evaluasi/AMI tahunan dan rencana sampling

- **Tujuan:** Menetapkan ruang lingkup, tim, jadwal, dan metode evaluasi/AMI berdasarkan peta risiko dan kalender mutu.
- **Input:** Kalender mutu tahunan; peta risiko; hasil siklus sebelumnya; prioritas RTM; ketersediaan sumber daya.
- **Proses:** menyusun Program Evaluasi/AMI; pemetaan standar dan indikator; penentuan metode dan intensitas; desain rencana sampling berbasis risiko; penetapan tim dan jadwal.
- **Output:** *Audit plan* (T-EL-01); SK penugasan; rencana sampling; daftar unit/indikator; komunikasi awal ke unit.
- **RACI:** R(LPM), A(Rektor/WR), C(Dekan/Kaprodi, Data Owners), I(Unit).
- **Kontrol mutu:** telaah sejawat internal atas *audit plan*; kesesuaian dengan peta risiko; *resource check*.
- **Risiko dan mitigasi:** cakupan terlalu luas → pembobotan dan *phasing*; keterbatasan auditor → penjadwalan bertahap.
- **IKU:** *audit plan* terbit $\leq$ H-30 sebelum pelaksanaan; cakupan $\geq 90\%$ indikator prioritas.

(2) Persiapan — Komunikasi, daftar dokumen, pre-briefing

- **Tujuan:** Menjamin kesiapan data/bukti dan keseragaman pemahaman tim.
- **Input:** *audit plan*; daftar bukti; jadwal.
- **Proses:** surat pemberitahuan resmi; *pre-briefing* auditor (kalibrasi rubrik 0–4); pengiriman *document request list*; pengaturan akses eSPMI dan lokasi visitasi.

- **Output:** notula *pre-briefing*; daftar bukti terunggah; *access log* eSPMI.
- **RACI:** R(LPM), A(LPM), C(Unit, Data Owners), I(WR).
- **Kontrol mutu:** *checklist readiness*; uji *inter-rater* (bila relevan).
- **Risiko dan mitigasi:** keterlambatan unggah bukti → *reminder* otomatis + *cut-off* dokumen; akses TI terganggu → *backup* kanal.

(3) Pelaksanaan — Pengumpulan bukti (desk review, wawancara, observasi), verifikasi lapangan

- **Tujuan:** Mengumpulkan dan memverifikasi bukti pemenuhan standar.
- **Input:** bukti awal; daftar tilik; akses sistem; jadwal.
- **Proses:** **desk review** (dokumen, data dashboard); **wawancara** (pimpinan/dosen/tendik/mahasiswa/mitra); **observasi** (kelas/lab/layanan); **verifikasi lapangan** (sampel berbasis risiko).
- **Output:** catatan pemeriksaan; daftar temuan awal (KTS/OFI) ber-ID; *evidence list* terkode.
- **RACI:** R(Auditor), A(Lead Auditor/LPM), C(Unit, Data Owners), I(WR).
- **Kontrol mutu:** *daily huddle* auditor; *spot check* silang; rekaman foto/tautan bukti; *timestamp* eSPMI.
- **Risiko dan mitigasi:** bias pewawancara → panduan semi-terstruktur; bukti tidak sah → *triangulation* multi-sumber.

(4) Analisis dan Pelaporan — Skor, temuan, akar masalah, rekomendasi

- **Tujuan:** Menghasilkan penilaian terukur dan rekomendasi berbasis bukti.
- **Input:** catatan pelaksanaan; instrumen dan rubrik; data dashboard.
- **Proses:** penskoran 0–4 berbobot; klasifikasi KTS/OFI; **root cause analysis** (5 Why/Fishbone); penentuan rekomendasi awal.
- **Output:** draf **Laporan Evaluasi (L-EL-01)** + lampiran bukti; *heatmap* per-standar.
- **RACI:** R(Auditor), A(LPM), C(Unit), I(WR).
- **Kontrol mutu:** *quality review* internal; *consistency check* antar auditor.
- **Risiko dan mitigasi:** *over-reporting* tanpa prioritas → gunakan matriks dampak-probabilitas.

(5) Penetapan RTK/CAR–CAPA — bersama unit

- **Tujuan:** Mengonversi rekomendasi menjadi tindakan korektif/pencegahan yang SMART.
- **Input:** laporan evaluasi; daftar temuan ber-ID.
- **Proses:** lokakarya penetapan RTK; definisi PIC, target waktu, indikator hasil, sumber daya; penjadwalan verifikasi efektivitas.
- **Output:** **F-EL-01 RTK/CAR–CAPA** terdaftar di eSPMI; status dan *milestone*.

- **RACI:** R(Unit), A(Dekan/Kaprodi/Ka-Unit), C(LPM), I(WR).
- **Kontrol mutu:** keselarasan rekomendasi ↔ akar masalah; uji kelayakan sumber daya.
- **Risiko dan mitigasi:** target tidak realistis → negosiasi ulang prioritas/lingkup; *ownership* lemah → penetapan *accountability* jelas.

(6) RTM — Penetapan prioritas, target, dan sumber daya

- **Tujuan:** Mengambil keputusan manajerial atas prioritas peningkatan dan alokasi sumber daya.
- **Input:** Laporan Evaluasi; register RTK; matriks prioritas risiko/biaya-manfaat.
- **Proses:** presentasi ringkasan eksekutif; pengesahan prioritas; penugasan dan batas waktu; arahan revisi standar/SOP.
- **Output:** F-EL-02 Notulen dan Keputusan RTM; daftar RTK disahkan; mandat revisi standar/SOP.
- **RACI:** R(Rektor/WR), A(Rektor), C(LPM, Dekan/Kaprodi), I(Unit).
- **Kontrol mutu:** *decision log* dan *follow-through*; konsistensi dengan RKAT.
- **Risiko dan mitigasi:** keputusan tidak dieksekusi → *dashboard* eksekutif dan *reminder* berkala.

(7) Integrasi ke Pengendalian dan Peningkatan — Registrasi tindakan, monitoring berjadwal

- **Tujuan:** Menjamin *close-the-loop* evaluasi → pengendalian → peningkatan.
- **Input:** RTK disahkan; SLA tindak lanjut; jadwal monitoring triwulan.
- **Proses:** registrasi tindakan ke modul pengendalian; pemantauan progres; validasi efektivitas; penyiapan revisi standar/SOP.
- **Output:** laporan progres triwulan; perubahan standar/SOP (change-set) beserta *change-log*.
- **RACI:** R(Unit), A(Dekan/Kaprodi/Ka-Unit), C(LPM), I(WR).
- **Kontrol mutu:** *milestone tracking*; bukti efektivitas (uji pasca-implementasi).
- **Risiko dan mitigasi:** *slippage* jadwal → eskalasi ke RTM mini.

(8) Penutupan dan Pembelajaran — Lessons learned, pemutakhiran standar/instrumen

- **Tujuan:** Mengarsipkan siklus dan menyalurkan pembelajaran institusional.
- **Input:** seluruh artefak siklus; evaluasi efektivitas RTK.
- **Proses:** *after action review*; pembaruan panduan/instrumen; penyusunan ringkasan praktik baik; rencana perbaikan proses evaluasi (meta-evaluasi).
- **Output:** ringkasan pembelajaran; revisi dokumen; rencana perbaikan proses evaluasi.

- **RACI:** R(LPM), A(LPM), C(Unit/Auditor), I(WR).
- **Kontrol mutu:** konsistensi *lessons learned* diintegrasikan ke *audit plan* tahun berikutnya.

4.2 SLA (contoh)

SLA ditetapkan untuk menjaga disiplin waktu, memudahkan perencanaan sumber daya, dan memastikan kecepatan pengambilan keputusan. Pencapaian SLA dimonitor sebagai **IKU proses** dan menjadi bahan RTM.

Tahap	SLA Standar	Mekanisme Pengukuran	Eskalasi Bila Terlewat
Persiapan evaluasi	≤ 14 hari kerja sebelum hari-H	Tanggal terbit <i>audit plan</i> dan <i>readiness checklist</i>	Pemberitahuan ke WR; penjadwalan ulang terbatas
Pelaksanaan AMI per unit	1–2 hari (desk) + 1 hari visitasi	Log kehadiran, <i>timestamp</i> eSPMI	Penambahan auditor/slot, RTM mini bila risiko tinggi
Draf laporan	≤ 7 hari pascavisitasi	<i>Timestamp</i> unggah L-EL-01 (draf)	<i>Quality review</i> dipercepat; <i>overtime</i> disetujui WR
Finalisasi laporan dan RTK	≤ 14 hari setelah draf	Tanggal persetujuan L-EL-01 (final) dan registrasi F-EL-01	Eskalasi ke Rektor; <i>gate</i> anggaran peningkatan ditahan
RTM dan keputusan	≤ 30 hari setelah laporan final	Tanggal F-EL-02	RTM mini; <i>executive order</i> sementara

Catatan: SLA dapat disesuaikan untuk program studi/unit berisiko tinggi (lebih ketat) atau kondisi *force majeure* (dengan justifikasi tertulis). Kepatuhan SLA <90% memicu tindakan perbaikan proses pada Bab 11 (meta-evaluasi).

4.3 Rekaman Wajib

Seluruh rekaman disimpan di **eSPMI** dengan status *read-only* untuk arsip final, disertai metadata minimal: kode dokumen, versi, tanggal, penanggung jawab, unit, tautan bukti terkait, dan *audit trail* perubahan.

Jenis Rekaman	Kode (contoh)	Penanggung Jawab	Retensi	Lokasi/Repositori
<i>Audit plan</i> dan Program Evaluasi	T-EL-01	LPM	≥5 thn	eSPMI › Evaluasi › Perencanaan
SK Tim/ Penugasan	UKST-SPMI-SK-...	Rektor/LPM	≥5 thn	eSPMI › Legal/SK
Daftar Tilik/Instrumen	INS-EL-xx	LPM/Auditor	≥5 thn	eSPMI › Instrumen
Catatan Wawancara/Observasi	CAT-EL-xx	Auditor	≥5 thn	eSPMI › Pelaksanaan

<i>Evidence list</i> dan Lampiran Bukti	EV-EL-xx	Auditor/Unit	≥5 thn	eSPMI › Bukti
Laporan Evaluasi (draft dan final)	L-EL-01	Auditor/LPM	≥5 thn	eSPMI › Pelaporan
Form RTK/CAR–CAPA	F-EL-01	Unit/LPM	≥5 thn	eSPMI › Tindak Lanjut
Notulen dan Keputusan RTM	F-EL-02	LPM/Sekretariat	≥5 thn	eSPMI › RTM
<i>Change-log</i> Revisi Standar/SOP	CHG-EL-xx	LPM	≥5 thn	eSPMI › Change-Log

Quality Gate Arsip: (i) kelengkapan metadata; (ii) penandaan versi; (iii) keterpautan URL antar-artefak (Laporan ↔ RTK ↔ RTM ↔ Revisi); (iv) *checksum*/hash file (opsional) untuk integritas.

4.4 Penomoran dan Kode Dokumen

Penomoran mengikuti sistem kode yang konsisten agar mudah dilacak, diaudit, dan diintegrasikan ke *Tautan Peningkatan*.

- **Jenis dan Kode:**
 - **SOP:** SOP-EL-0x
 - **Form:** F-EL-0x
 - **Template:** T-EL-0x
 - **Instrumen:** INS-EL-0x
 - **Laporan:** L-EL-0x
- **Contoh Implementasi:**
 - F-EL-01 = Form RTK/CAR–CAPA
 - F-EL-02 = Notulen dan Keputusan RTM
 - L-EL-01 = Laporan Evaluasi Tahunan
 - INS-EL-03 = Instrumen Evaluasi Diri Prodi
 - SOP-EL-02 = SOP Pelaksanaan Evaluasi/AMI
- **Konvensi Penamaan Berkas:**
<Kode>_<Unit/KodePS>_<Versi>_<Tanggal(YYYYMMDD)>_<Status>.pdf/docx
Contoh: L-EL-01_PBSI_v1.0_20251215_final.pdf
Status: draft, final, rev-minor, rev-major.
- **Skema Versi:** vX.Y — X = revisi mayor (perubahan kebijakan/struktur), Y = revisi minor (klarifikasi, koreksi redaksional).
- **Identitas dan Validasi:** Setiap dokumen final diberi **QR/tautan verifikasi** ke entri DID eSPMI dan terhubung ke *Tautan Peningkatan*. *Audit trail* menyimpan riwayat perubahan (siapa, apa, kapan, sebelumnya → sesudah).

Dengan pengaturan ini, proses evaluasi UKST bersifat **terstandar, terukur, dan terlacak**, sehingga hasilnya dapat segera ditransformasikan menjadi tindakan pengendalian dan peningkatan yang berdampak pada mutu tridharma dan tata kelola universitas.

BAB 5.

INSTRUMEN, INDIKATOR, RUBRIK DAN METODOLOGI

Bab ini menetapkan prinsip, rancangan indikator, rubrik penilaian, metodologi pengumpulan/analisis bukti, serta contoh instrumen yang digunakan dalam evaluasi pelaksanaan standar SPMI. Tujuannya adalah memastikan penilaian kinerja bersifat objektif, seragam, dapat diaudit, dan berorientasi perbaikan berkelanjutan.

5.1 Prinsip Perancangan Indikator

Perancangan indikator mengikuti asas SMART, relevan dengan standar, dapat diukur, dan dapat diaudit, dengan sumber data yang jelas dari primary record dan system of record (SoR).

1. Specific – indikator menggambarkan aspek kinerja yang spesifik dari suatu standar (mis. ketepatan unggah PDDikti, ketercapaian CPL).
2. Measurable – memiliki satuan/rumus yang tegas (persentase, rasio, skor), titik potong (threshold), dan target tahunan.
3. Achievable – target ditetapkan berbasis baseline, kapasitas sumber daya, dan praktik baik (benchmark internal/eksternal).
4. Relevant – berelasi langsung dengan tujuan standar dan bernilai bagi pengambilan keputusan.
5. Time-bound – terdapat periode ukur, frekuensi pelaporan, dan cut-off data yang disepakati.

Kriteria tambahan indikator bermutu:

- Auditability – jejak bukti (dokumen/data) mudah ditelusuri; terdapat data lineage dari SoR (mis. PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan, Perpustakaan/LMS).
- Clarity – definisi, numerator/denominator, populasi, dan aturan inklusi/eksklusi terdokumentasi dalam Kamus Data.
- Stability – formula konsisten antarperiode; perubahan dicatat pada change-log dan diberi penyesuaian seri waktu (jika diperlukan).
- Materiality – bobot ditetapkan sesuai dampak indikator terhadap mutu akademik/operasional.
- Data Quality – mekanisme range check, consistency check, dan konfirmasi oleh data owner.

Atribut metadata minimal per indikator: kode, nama, tujuan, definisi operasional, rumus, satuan, frekuensi, sumber data (SoR), data owner, PIC pelapor, threshold dan target, metode verifikasi, dan catatan perubahan.

5.2 Skala dan Rubrik (0–4) + Bobot

Penilaian setiap indikator menggunakan skala kinerja 0–4 yang dilengkapi deskriptor bukti, lalu diagregasi berbobot menjadi skor standar.

- 0 — Tidak ada bukti pemenuhan. Tidak ditemukan bukti sahih atau proses tidak berjalan.
- 1 — Awal. Ada bukti dasar namun tidak konsisten; dokumentasi belum lengkap; hasil belum dapat diandalkan.
- 2 — Cukup. Proses berjalan; dokumentasi sebagian memadai; hasil belum stabil di seluruh siklus.
- 3 — Baik. Proses konsisten; bukti lengkap; hasil sesuai target dan dipertahankan.
- 4 — Unggul. Terdapat praktik teladan; continuous improvement terbukti; hasil melampaui target dan direplikasi.

Bobot indikator berkisar 5–25% sesuai materialitas dan pengaruh kausal terhadap mutu. Bobot ditetapkan oleh LPM bersama pemilik standar dan disahkan pada awal tahun.

Agregasi skor standar:

$$\text{Skor_Standar} = \sum (w_i \times s_i) / \sum (w_i)$$

Keterangan: w_i = bobot indikator ke- i ; s_i = skor 0–4 indikator ke- i ; n = jumlah indikator.

Kategori warna (visualisasi):

- $< 1,50$ (Merah) = Kritis; perlu tindakan korektif segera.
- $1,50 - < 2,50$ (Kuning) = Perlu perbaikan terarah.
- $2,50 - < 3,50$ (Hijau muda) = Memadai; perlu penguatan konsistensi.
- $\geq 3,50$ (Hijau) = Baik/unggul; kandidat praktik baik.

Aturan teknis agregasi:

- Skor dibulatkan dua desimal; dokumentasikan metode pembulatan.
- Indikator wajib (mis. kepatuhan PDDikti) dapat diberi gatekeeper rule: skor standar tidak boleh melebihi kategori Kuning jika indikator wajib $< 2,50$.
- Data hilang: tidak boleh diimputasi tanpa persetujuan LPM; bila terjadi, bobot indikator dapat didistribusi ulang proporsional (dicatat pada change-log).
- Triangulasi dapat menaikkan/menurunkan skor bila bukti berbeda secara material (alasan dicatat pada laporan).

5.3 Contoh Indikator per Domain (ringkas)

Tabel berikut memberi contoh indikator yang umum diterapkan; institusi dapat menyesuaikan sesuai konteks program studi dan standar tambahan UKST.

(a) Pendidikan:

- CPL tercapai: persentase CPMK/CPMK-Sub tercapai sesuai target program. (SoR: SIAKAD/LMS; Bukti: peta CPL–MK, laporan asesmen)
- Rasio dosen:mahasiswa: rasio Dosen Tetap Pembina terhadap mahasiswa aktif. (SoR: SISTER/PDDikti)
- Keterlaksanaan RPS: persentase mata kuliah dengan RPS valid dan bukti pelaksanaan (course report).
- Kesesuaian beban studi: persentase mahasiswa dengan beban sesuai kurikulum per semester.
- Relevansi praktikum/praktik: persentase MK praktik dengan perangkat dan mitra yang sesuai CPL.
- Kepuasan mahasiswa: skor EDOM agregat pada aspek pembelajaran/layanan akademik.

(b) Penelitian:

- Artikel bereputasi: jumlah/artikel per-dosen pada jurnal bereputasi (Sinta/Scopus) per tahun.
- Pendanaan penelitian: persentase dosen penerima hibah/total dosen aktif.
- HKI: jumlah sertifikat hak cipta/paten per tahun.
- Sitasi: rerata sitasi per artikel (Sinta/Scopus).
- Sebaran peneliti aktif: proporsi dosen dengan ≥ 1 luaran penelitian setahun.

(c) Pengabdian kepada Masyarakat (PkM):

- Jumlah kegiatan: PkM terlapor dan terdokumentasi sesuai SOP.
- Dampak: persentase kegiatan dengan luaran terukur (produk, modul, kebijakan, media).
- Kemitraan: proporsi PkM dengan MoU/PKS aktif.
- Luaran PkM: artikel, video edukasi, HKI, atau kebijakan lokal.

(d) Tambahan (Pendukung/Administrasi):

- Layanan administrasi: SLA layanan (contoh: penerbitan surat, legalisasi).
- Ketepatan pelaporan PDDikti: timeliness dan completeness unggah.
- Ketersediaan sarpras: persentase ruang/lab/perangkat memenuhi standar.
- Kepatuhan keuangan: ketepatan SPJ dan rasio serapan sesuai RKAT.

Untuk setiap indikator, Kamus Data menetapkan: definisi, rumus, satuan, frekuensi, SoR, data owner, PIC pelapor, target, threshold, dan metode verifikasi.

5.4 Metodologi

Metodologi menjamin bahwa temuan evaluasi memiliki kekuatan inferensial dan keandalan yang memadai untuk pengambilan keputusan.

(a) Triangulasi:

- Dokumen: RPS, berita acara, SOP, kontrak, laporan, course report.
- Wawancara: pimpinan, dosen, mahasiswa, tendik, mitra (panduan semi-terstruktur).
- Observasi: kelas, laboratorium, layanan, fasilitas.
- Data sistem: PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan, Perpustakaan/LMS; log sistem dan timestamp unggah.

Hasil penilaian boleh disesuaikan bila terdapat pertentangan bukti yang material, dengan alasan dicatat pada laporan.

(b) Sampling:

- Berbasis risiko/materialitas: area berisiko tinggi memperoleh cakupan lebih besar.
- Minimal cakupan: 10–20% sampel dokumen/kelas per unit atau ≥ 5 artefak (mana yang lebih besar).
- Stratifikasi: mewakili jenis mata kuliah (teori/praktik), semester, dan dosen.
- Re-performance: auditor dapat mengulangi sebagian proses (mis. perhitungan nilai) untuk validasi.

(c) Analitik:

- Tren (kuartalan/tahunan), benchmark (internal/eksternal), Pareto (80/20 penyebab), dan root cause analysis (5 Why/Fishbone).
- Analisis deviasi terhadap target/threshold; early warning untuk indikator kritikal.
- Reliabilitas antarpemilai (bila relevan) untuk memeriksa konsistensi skoring.

(d) Pengendalian Mutu Penilaian:

- Pre-briefing dan kalibrasi rubrik; working paper standar; quality review laporan; decision log untuk perubahan skor pasca-klarifikasi.

5.5 Instrumen Contoh (Cuplikan Tabel)

Contoh berikut menggambarkan struktur Instrumen Evaluasi/AMI yang mengaitkan butir, bukti, metode, bobot, skor, dan catatan verifikasi. Versi lengkap tersedia pada Lampiran.

Kode	Butir	Bukti yang Diminta	Metode	Bobot	Skor 0–4	Catatan
INS-E DU-0 1	Capaian CPL	Peta CPL–Mata Kuliah; laporan asesmen program; contoh portofolio	Telaah dok	20%		Verifikasi mapping CPL–MK dan konsistensi rubrik penilaian
INS- ADM -02	Ketepatan pelaporan PDDikti	Log feeder; BA unggah; timestamp sistem	Telaah + wawanc ara	15%		Cocokkan log sistem dengan cut-off pelaporan
INS-R ES-0 3	Luaran penelitian	Daftar publikasi (Sinta/Scopus); bukti akseptasi; HKI	Telaah + verifikas i	20%		Telusuri ID artikel dan kesesuaian afiliasi

Petunjuk skoring ringkas: 0–4 sesuai deskriptor pada 5.2; bukti minimal dua sumber untuk skor ≥ 3 (kecuali indikator berbasis SoR tunggal).

Integrasi dengan eSPMI: setiap butir memiliki ID unik, tautan ke bukti, penanggung jawab, dan audit trail perubahan. Agregasi otomatis menghasilkan Skor Standar serta heatmap per unit untuk Bahan RTM.

Dengan kerangka ini, penilaian indikator menjadi konsisten, transparan, dan terdokumentasi, sehingga hasil evaluasi dapat segera dikonversi menjadi RTK/CAR–CAPA yang terarah dan berdampak pada peningkatan mutu UKST.

BAB 6.

SISTEM INFORMASI, DATA GOVERNANCE, DAN AUDIT TRAIL

Bab ini menetapkan rancangan konseptual **eSPMI UKST**, tata kelola data (data governance), pengaturan hak akses berbasis peran, ketentuan **audit trail** dan keamanan informasi, serta mekanisme **integrasi dan ETL** dengan sistem sumber (System of Record/SoR). Tujuannya memastikan seluruh artefak evaluasi—dari instrumen, bukti, skor, temuan, **RTK/CAR–CAPA**, keputusan **RTM**, hingga **Tautan Peningkatan**—terkelola **terstandar, terlacak, dan tahan audit**.

6.1 Arsitektur eSPMI UKST (konseptual)

Prinsip Desain: modular, *role-based*, terdokumentasi, *traceable*, integratif dengan SoR, dan *secure by design*.

Modul Inti:

- 1) **DID/DIR** (*Daftar Induk Dokumen/Daftar Induk Rekaman*) — register semua kebijakan, manual, SOP, instrumen, formulir, laporan, notulen, dan *change-log* dengan kode, versi, status, dan tautan file.
- 2) **Master Standar dan Indikator** — kamus standar (SN-Dikti dan tambahan UKST) dan indikator beserta rumus, satuan, frekuensi, dan *data owner*.
- 3) **Instrumen AMI** — bank butir per-domain dengan *checklist* bukti, rubrik 0–4, dan *ID* unik butir.
- 4) **Monev** — modul pengambilan indikator triwulanan, *threshold*, dan *early warning*.
- 5) **RTK/CAR–CAPA** — registrasi tindakan korektif/pencegahan, PIC, *milestone*, verifikasi efektivitas.
- 6) **RTM** — agenda, bahan, notulen, keputusan, *decision log*, dan keterkaitan ke RTK dan revisi standar/SOP.
- 7) **Tautan Peningkatan** — konsolidasi URL artefak tahap E→PD→PP untuk verifikasi eksternal.
- 8) **Survei/EDOM** — desain, distribusi, *response tracking*, dan ringkasan hasil (dengan kontrol privasi).
- 9) **Course Report** — rekap pelaksanaan RPS/asesmen per mata kuliah.
- 10) **Dashboard** — *heatmap* skor standar, tren indikator, progres RTK, dan *executive view*.

Layanan Pendukung:

- **Identity dan Access Management (IAM)** (SSO/MFA, peran, kelompok).
- **Audit dan Logging** (perubahan data/dokumen, akses, kegagalan).
- **Integrasi dan ETL** (konektor PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan, Perpustakaan/LMS, SIAKAD lain).
- **Arsip dan Retensi** (status *read-only* untuk arsip final; kebijakan retensi).

Model Data Konseptual (ringkas)

Entitas kunci dan relasi:

- Standar(StandarID) 1—* Indikator(IndikatorID)
- Indikator 1—* Pengukuran(PengukuranID) (periode, nilai, sumber)
- InstrumenButir(ButirID) 1—* Bukti(BuktiID)
- Audit(AMIID) 1—* Temuan(TemuanID) 1—* RTK(RTKID)
- RTM(RTMID) 1—* Keputusan(KeputusanID)
- Dokumen(DokID) 1—* Versi(VersiID)
- Pengguna(UserID) *—* Peran(RoleID)

Relasi menyimpan *foreign key*, *timestamp*, dan *provenance* (asal sistem, *ETL job*).

Alur Data (tingkat tinggi): SoR → (ETL) → *Staging* → Validasi/Konsolidasi → eSPMI (*Operational Store*) → Dashboard/RTM/Tautan Peningkatan → Arsip final (*read-only*).

6.2 Peran dan Hak Akses Berbasis Peran

Pengendalian akses menerapkan asas **least privilege** dengan *segregation of duties* (SoD). Ringkas peran dan hak:

- **Admin LPM** — konfigurasi modul, penomoran, pengelolaan kamus standar/indikator, *user provisioning*, *audit trail* penuh, publikasi arsip final; tidak berwenang mengubah data SoR.
- **Auditor** — membuat *audit plan*, mengisi instrumen, mengunggah/menautkan bukti, menetapkan skor, menyusun laporan; *read-only* ke data sensitif non-relevan.
- **Unit (GPM/UPM/Ka-Unit)** — unggah bukti, menanggapi klarifikasi, menyusun dan memperbarui **RTK/CAR–CAPA**; akses hanya ke unitnya.
- **Pimpinan (Rektor/WR/Dekan/Kaprodi)** — persetujuan laporan, pengesahan RTK dan keputusan RTM, akses *executive dashboard*.
- **Viewer/Verifikator (asesor/regulator)** — akses **read-only** terbatas pada berkas yang ditandai untuk verifikasi.

Matriks Izin (contoh ringkas)

Aktivitas	Admin LPM	Auditor	Unit	Pimpinan	Viewer
Kelola kamus standar/indikator	C/R/U/D	R	R	R	R
Instrumen dan pengisian butir	C/R/U	C/R/U	R	R	R
Unggah/tautan bukti	R/U/D	C/R/U	C/R/U	R	R
Skoring dan temuan	R	C/R/U	R	R	R
RTK/CAR–CAPA	R	C/R	C/R/U	R	R
RTM (agenda/keputusan)	R/U	R	R	C/R/U (approve)	R
Tautan Peningkatan	C/R/U	R	R	R	R
Audit trail dan <i>user management</i>	C/R/U/D	R	R	R	R

Legenda: **C**=Create, **R**=Read, **U**=Update, **D**=Delete. Izin **Delete** dibatasi pada *draft*; arsip final *read-only*.

Data Governance Roles:

- **Data Owner** (unit pemilik proses/SoR),
- **Data Steward** (LPM/Unit pengelola kualitas data dan kamus),
- **Data Custodian** (LPSI/DBA—keamanan, ketersediaan, *backup*).

6.3 Data *Dictionary* dan Metadata Minimal

Kamus data menyatukan definisi, aturan kualitas, dan *data lineage*. Entri wajib minimal memuat: *business term*, definisi operasional, tipe data, sumber/SoR, *data owner*, PIC, frekuensi, aturan kualitas, dan catatan perubahan.

Contoh entri inti

Elemen	Definisi	Tipe	Sumber (SoR)	PIC	Frekuensi	Kualitas Data
Kode Standar	Kode unik standar	string	Master SPMI	LPM	Tahunan	Validasi format (regex)
Indikator	Nama indikator	string	Master Indikator	LPM	Tahunan	Konsistensi definisi
Nilai Capaian	Skor/rate indikator	numeric	eSPMI/Sistem	Unit	Triwulan	<i>Range check</i> , <i>trend check</i>

Contoh elemen tambahan

Elemen	Definisi	Tipe	Sumber	PIC	Frekuensi	Kualitas
Butir Instrumen	Unit pengukuran pada AMI	string	Instrumen	LPM	Tahunan	Referensi ke Standar/ Indikator
Bukti (URL/ID)	Tautan/ID bukti sah	string	Repositori/ eSPMI	Unit	Sesuai	Validitas dan keaslian
Temuan (ID)	KTS/OFI dengan ringkasan	string	AMI	Auditor	Per audit	Verifikasi silang, <i>severity</i>
RTK (ID)	Tindakan korektif/ pencegahan	string	RTK Module	Unit	Bulanan	<i>Milestone</i> dan efektivitas
Keputusan RTM	Ringkasan dan mandat	string	RTM	LPM	Tahunan	<i>Decision log</i> konsisten
ETL Run ID	Jejak proses ETL	string	ETL Engine	LPSI	Harian	Status, durasi, error rate

Aturan Kualitas Data (ringkas): *validity, accuracy, completeness, consistency, timeliness*.
 Tiap indikator dilengkapi *ruleset* (mis. rentang nilai, ketegasan tanggal *cut-off*, dan *reconciliation* antar-sumber).

6.4 Audit Trail dan Keamanan

Audit Trail (wajib) mencatat otomatis: **siapa-apa-kapan-sebelum-sesudah-mengapa (reason code)** dan, bila relevan, **lokasi/IP**. Ruang lingkup meliputi: pembuatan/pembaruan/hapus *draft*, persetujuan, perubahan skor, unggah/ubah bukti, penetapan RTK, keputusan RTM, dan publikasi arsip final. *Immutable log* atau cap digital (hash) digunakan untuk mencegah pemalsuan.

Keamanan Informasi

- **Klasifikasi Data:** publik, internal, terbatas, sensitif/pribadi.
- **Kontrol Akses:** SSO + MFA; kebijakan kata sandi; *session timeout*; *least privilege*.
- **Enkripsi:** *in transit* (TLS) dan *at rest*; manajemen kunci terpusat.
- **Privasi dan Minimasi Data:** survei/tracer dianonimkan/pseudonim; pemisahan identitas responden dari jawaban; hanya agregat yang ditampilkan ke publik.
- **Retensi:** ≥5 tahun untuk rekaman evaluasi dan RTM; *log akses* minimal 1 tahun; arsip final *read-only*.
- **Backup dan DR:** *backup* harian (inkremental) + mingguan (penuh); uji pemulihan triwulanan; **RPO ≤ 24 jam, RTO ≤ 24 jam**.
- **Keamanan Aplikasi:** *input validation*, pembatasan unggah (*allow-list* tipe file), pemindaian malware, pembatasan ukuran berkas, *rate limiting*.
- **Monitoring dan Insiden:** *alerting*, prosedur respons insiden, kanal *whistleblowing*.

Kepatuhan dan Etika: penerapan kode etik, kerahasiaan auditor, dan kepatuhan terhadap kebijakan perlindungan data UKST serta peraturan yang berlaku.

6.5 Integrasi dan ETL

Tujuan integrasi adalah memastikan indikator dan bukti bersumber dari **SoR** secara konsisten sehingga evaluasi bebas dari *double entry* dan kesalahan rekap manual.

Sumber dan Konektor:

- **PDDikti (Feeder)** — data akademik pokok (mahasiswa, dosen, kurikulum, pelaporan).
- **SISTER** — data SDM dosen (rekam kinerja, kepakaran, kepangkatan).
- **SIMAK/Keuangan** — realisasi anggaran, serapan RKAT, SPJ.
- **Perpustakaan/LMS** — koleksi, *usage*, literasi informasi; aktivitas pembelajaran.
- **SIKAD lainnya** — presensi, RPS, nilai, *course report*.

Pola ETL (Konseptual)

1. **Extract:** *connector* terjadwal (harian/mingguan) dengan *change data capture* (CDC) bila memungkinkan.
2. **Transform:** pembersihan (standarisasi kode unit/PS, normalisasi tanggal), *deduplication*, perhitungan indikator (rumus), pemberian label periode dan *cut-off*.
3. **Load:** ke *staging* lalu *operational store* eSPMI dengan *idempotent load*.
4. **Validasi Kualitas:** *row count check*, *checksums*, uji konsistensi antar-sumber, *exception log*.
5. **Data Lineage:** setiap agregat menyimpan referensi ke sumber dan *ETL run ID*; *drill-down* dari dashboard ke bukti primer.
6. **Kegagalan ETL:** *retry policy*, *alert*, dan *fallback* ke data periode sebelumnya (ditandai jelas) sambil memperbaiki koneksi.

Orkestrasi dan Jadwal: monev indikator **triwulanan** (sinkronisasi besar) + **harian/mingguan** untuk indikator yang fluktuatif; *cut-off* pada **31/03, 30/06, 30/09, 31/12**. Semua jadwal dicatat pada kalender ETL dengan indikator keberhasilan (*success rate*, durasi, *lag*).

Keluaran Integrasi: dataset indikator siap pakai, *dataset temuan* terstruktur, register RTK, berkas RTM, dan paket **Tautan Peningkatan** yang konsisten antar modul.

Dengan rancangan di atas, eSPMI UKST berfungsi tidak hanya sebagai repositori bukti, tetapi sebagai **platform tata kelola mutu** yang mendukung pengambilan keputusan berbasis data, memperkuat akuntabilitas, dan memastikan keterlacakan penuh dari standar hingga dampak peningkatan.

BAB 7.

PELAPORAN, DISEMINASI DAN TINDAK LANJUT

Bab ini menetapkan standar pelaporan evaluasi, mekanisme diseminasi, dan tata kelola tindak lanjut sehingga hasil evaluasi secara sistematis bermuara pada pengendalian dan peningkatan. Seluruh proses terdokumentasi di **eSPMI** dan terhubung melalui **Tautan Peningkatan** untuk memastikan keterlacakan (traceability) dari temuan hingga dampaknya pada mutu.

7.1 Struktur Laporan Evaluasi (L-EL-01)

Tujuan laporan adalah menyajikan penilaian berbasis bukti atas pemenuhan standar, memaparkan temuan dan akar masalah, serta menawarkan rekomendasi yang siap dikonversi menjadi **RTK/CAR–CAPA**. Struktur baku berikut wajib digunakan lintas level (institusi/fakultas/prodi/unit) agar konsistensi dan komparabilitas terjaga.

Halaman Sampul dan Metadata

Memuat: kode dokumen (L-EL-01), judul, unit/level evaluasi, periode, tanggal, versi, tim auditor (lead dan anggota), pernyataan independensi, status klasifikasi (internal/terbatas), dan tautan ke entri DID/DIR.

1) Ringkasan Eksekutif

- *Key messages* (≤ 1 halaman): gambaran umum skor per-standar, area unggul, area kritikal.
- Visual ringkas: **heatmap**/radar skor standar; grafik tren indikator prioritas; status RTK siklus sebelumnya.
- Rekomendasi strategis tingkat institusi (3–5 butir dengan dampak tertinggi).

2) Metode dan Ruang Lingkup

- Pendekatan evaluasi (monev, AMI, survei, telaah sejawat, *spot check*).
- Rencana sampling (cakupan, stratifikasi, alasan pemilihan).
- Sumber data (SoR), teknik triangulasi, dan batasan (limitation) yang berpengaruh pada interpretasi.
- Kepatuhan pada rubrik skoring 0–4 dan pengendalian mutu (kalibrasi antarpemilai, *quality review*).

3) Hasil Penilaian per-Standar (tabel dan grafik)

- Tabel skor indikator → agregasi **Skor Standar** (rumus pada Bab 5).
- Kategori warna (Merah/Kuning/Hijau muda/Hijau) dengan penjelasan penyebab utama.
- Grafik pendukung: tren triwulanan/tahunan; perbandingan antarunit.
- Catatan perubahan definisi indikator (bila ada) dengan *change-log*.

4) Temuan (KTS/OFI) dan Akar Masalah

- Daftar **KTS** (ketidaksesuaian mayor/minor) dan **OFI** (peluang perbaikan) beserta **ID unik**, referensi bukti (kode/URL), tingkat keparahan, serta dampak terhadap standar.
- **Root Cause Analysis** (5 Why/Fishbone) untuk setiap KTS mayor; lampirkan diagram bila relevan.

5) Rekomendasi dan Prioritas

- Rekomendasi ditautkan langsung ke temuan/akar masalah dan indikator terdampak.
- Prioritas ditetapkan dengan matriks **dampak × probabilitas** atau analisis **manfaat–biaya**; cantumkan peringkat (tinggi/sedang/rendah) dan justifikasinya.

6) Draf RTK/CAR–CAPA

- Dikonversi ke **F-EL-01**: deskripsi tindakan, jenis (korektif/pencegahan), **PIC**, *milestone*, target waktu, sumber daya, indikator hasil, metode verifikasi efektivitas (*effectiveness check*), serta risiko residu.
- Penandaan ketergantungan (dependensi) antar RTK dan *critical path*.

7) Lampiran Bukti dan Daftar Telaah

- *Evidence list* (kode, deskripsi, URL/ID, tanggal, penanggung jawab).
- Daftar dokumen ditelaah, daftar hadir wawancara/observasi, foto/rekaman, *working papers* auditor.
- Jika ada penyesuaian skor pasca-klarifikasi, cantumkan pada **decision log**.

Quality Gate Laporan

(i) kelengkapan struktur 1–7; (ii) kecocokan angka dengan sumber (SoR) dan *timestamp*; (iii) konsistensi rubrik; (iv) *sign-off* lead auditor dan LPM; (v) status publikasi *read-only* pada eSPMI.

7.2 Tindak Lanjut (RTK/CAR–CAPA)

Prinsip Umum. Tindak lanjut mengonversi rekomendasi menjadi tindakan yang **SMART** dan terukur dampaknya terhadap standar. Setiap RTK harus memiliki keterkaitan eksplisit dengan temuan/indikator dan rencana validasi efektivitas.

Penetapan dan Atribut Wajib RTK

- **Prioritas:** berbasis risiko (dampak × probabilitas) dan konsekuensi pada standar/kepatuhan.
- **Penanggung jawab (PIC)** dan tim pelaksana; *accountability* pada level pimpinan unit.
- **Target:** tanggal jatuh tempo dan *milestone* antar.
- **Sumber daya:** kebutuhan biaya, SDM, sarpras; rujukan ke RKAT bila berdampak anggaran.
- **Indikator hasil:** ukuran keberhasilan (kuantitatif/kualitatif) dan ambang penerimaan (acceptance criteria).
- **Metode verifikasi:** bukti yang harus diserahkan, pihak verifikator, waktu verifikasi, serta kriteria **efektivitas** (bukan hanya *completion*).

Manajemen Progres dan Pelaporan

- **Dashboard monev triwulan** menampilkan: status (Hijau/Kuning/Merah), *on-time rate*, *aging* RTK, dan risiko keterlambatan.
- **Eskalasi:** RTK berstatus Merah atau melewati *due date* >30 hari diangkat pada RTM mini.
- **Penutupan:** RTK hanya dinyatakan **closed-effective** jika indikator hasil menunjukkan peningkatan/kepatuhan berkelanjutan selama ≥1 periode pelaporan berikutnya.

Integrasi dan Keterlacakan

- RTK dikaitkan ke keputusan RTM, revisi standar/SOP, dan *change-log*; seluruh tautan direkam pada modul **Tautan Peningkatan**.
- Analisis *portfolio* RTK digunakan untuk prioritisasi RKAT tahun berikutnya.

7.3 Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Tujuan RTM adalah menetapkan keputusan eksekutif atas hasil evaluasi, menyetujui prioritas **RTK/CAR–CAPA**, menyelaraskan sumber daya (RKAT), serta memutuskan revisi standar/instrumen.

Peserta dan Bahan

- Peserta: Rektor, WR terkait, Dekan/Kaprodi/Ka-Unit, Kepala LPM, perwakilan LPSI/Keuangan (sesuai isu).
- Bahan: Ringkasan eksekutif L-EL-01, *heatmap* skor standar, daftar KTS/OFI prioritas, matriks risiko, *portfolio* RTK beserta kebutuhan sumber daya, usulan revisi standar/SOP.

Agenda Baku

1. Pembukaan dan penetapan agenda.
2. Pemaparan ringkasan hasil evaluasi.
3. Pembahasan **KTS mayor** dan risiko prioritas.
4. Pengesahan **RTK/CAR–CAPA** prioritas (approve/modify/defer/reject) beserta alokasi sumber daya dan tenggat.
5. Keputusan revisi standar/SOP dan mandat implementasi.
6. Penetapan indikator keberhasilan dan mekanisme monitoring.
7. Penugasan, batas waktu, dan *follow-through* (penanggung jawab dan jalur eskalasi).
8. Penutup: konfirmasi *next steps* dan jadwal RTM mini (bila diperlukan).

Tata Kelola Keputusan:

- **Quorum:** minimal 2/3 unsur pimpinan yang relevan; konflik kepentingan dinyatakan dan dilakukan *recusal*.
- **Decision log:** setiap keputusan diberi **ID**, uraian, rujukan bukti, implikasi anggaran, PIC, tenggat, dan tautan ke RTK/standar terkait.
- **Publikasi: F-EL-02 Notulen dan Keputusan RTM** dipublikasikan di eSPMI (arsip final *read-only*) dan ditautkan pada **Tautan Peningkatan**.

Output RTM:

- Daftar RTK disetujui beserta prioritas dan sumber daya.
- Keputusan revisi standar/instrumen dan mandat perubahan.
- Penugasan dan batas waktu pada level unit.
- Jadwal monitoring dan kriteria evaluasi efektivitas keputusan.

Metrik Efektivitas RTM:

- *Decision-to-Action Lead Time* (hari)
- *On-time RTK Approval Rate* dan *On-time RTK Closure Rate*
- Persentase keputusan yang terealisasi dalam RKAT
- Penurunan temuan berulang/kritikal pada siklus berikutnya.

Dengan kerangka pelaporan, diseminasi, dan tindak lanjut sebagaimana diatur dalam Bab ini, UKST memastikan bahwa hasil evaluasi tidak berhenti pada dokumentasi, tetapi **ditransformasikan menjadi perubahan nyata** melalui RTK yang efektif, keputusan RTM yang berdaya, dan revisi standar yang terkelola—seluruhnya **terlacak** melalui eSPMI dan **Tautan Peningkatan**.

BAB 8.

PENINGKATAN BERKELANJUTAN dan KETERKAITAN PENGENDALIAN

Bab ini mengatur bagaimana **hasil evaluasi** (Bab 7) secara sistematis dikonversi menjadi **pengendalian pelaksanaan** (tindakan korektif segera) dan **peningkatan standar/proses** (perubahan terencana) sehingga terbentuk **siklus tertutup (close-the-loop)** dalam PPEPP. Fokusnya adalah memastikan keputusan berbasis data, prioritas berbasis risiko, keterlacakan antar-dokumen, dan keberlanjutan dampak.

8.1 Prinsip dan Kerangka Peningkatan Berkelanjutan

1. **Berbasis bukti dan risiko:** prioritas ditentukan oleh dampak terhadap standar/kepatuhan dan probabilitas kejadian, didukung indikator dan temuan ber-ID.
2. **Keselaran PPEPP–PDCA/PDSA:** *Plan* (rencana peningkatan) – *Do* (implementasi) – *Check* (verifikasi efektivitas) – *Act* (standarisasi dan replikasi).
3. **Nilai bagi pemangku kepentingan:** menyasar kualitas pembelajaran/penelitian/PkM, layanan, tata kelola, dan kepatuhan.
4. **Keterlacakan penuh:** seluruh artefak perubahan memiliki **tautan** antar-dokumen pada eSPMI dan tercatat dalam **change-log**.
5. **Efisiensi dan keberlanjutan:** solusi meminimalkan *rework*, beban administrasi, serta menjaga keberlangsungan hasil (*sustainment*).

8.2 Alur Integrasi Evaluasi → Pengendalian → Peningkatan (Close-the-Loop)

1. **Laporan Evaluasi (L-EL-01)** → ringkasan skor, **KTS/OFI**, dan akar masalah.
2. **RTK/CAR–CAPA (F-EL-01)** → tindakan korektif/pencegahan yang **SMART**; prioritas berdasar matriks dampak × probabilitas.
3. **RTM (F-EL-02)** → pengesahan prioritas, target, dan **sumber daya**; mandat revisi standar/SOP/instrumen bila diperlukan.
4. **Rencana Peningkatan/RKAT** → penjabaran RTK prioritas menjadi program, anggaran, *milestone*, indikator hasil.
5. **Revisi Standar/SOP/Instrumen** → penyempurnaan dokumen, penambahan/penyelarasan indikator, dan penguatan proses.
6. **Implementasi dan Monitoring** → pelaporan progres triwulan di dashboard; verifikasi efektivitas; *lessons learned*; penutupan efektif.
7. **Tautan Peningkatan** → konsolidasi URL/artefak agar verifikasi eksternal dapat menelusuri hubungan E→PD→PP.

8.3 Pengendalian Pelaksanaan (Koreksi Segera)

Tujuan: menahan dampak ketidaksesuaian dan mengembalikan proses pada batas standar.

Ruang lingkup: perbaikan **cepat** dan **terbatas** (mis. klarifikasi prosedur, penegasan *checklist*, penjadwalan ulang, *quick fix* fasilitas).

Respon terhadap KTS:

- **Mayor:** penetapan *containment action* ≤ 5 hari kerja; verifikasi pemulihan layanan inti; RTM mini bila berdampak luas.
- **Minor/OFI:** koreksi lokal oleh unit ≤ 14 hari kerja dengan bukti. **Verifikasi:** bukti koreksi diunggah; status di dashboard (Hijau/Kuning/Merah); *effectiveness check* minimal satu periode pelaporan sesudahnya.

8.4 Peningkatan Standar dan Proses (Perubahan Terencana)

Jenis intervensi:

- **Quick wins** (≤ 1 bulan; tanpa perubahan kebijakan besar; berdampak langsung pada indikator).
- **Kaizen/proses** (penyederhanaan alur kerja, *error-proofing*, digitalisasi form).
- **Redesain mayor** (struktur proses baru, perubahan peran, kebutuhan pelatihan luas).
- **Revisi standar/instrumen** (perubahan definisi indikator, bobot, rubrik; penambahan indikator baru).

Pemicu revisi: (i) perubahan regulasi/akreditasi; (ii) deviasi indikator berulang; (iii) *root cause* menunjukkan kelemahan standar; (iv) umpan balik pemangku kepentingan; (v) inovasi/praktik baik yang teruji.

Analisis dampak perubahan (ADeP): menilai konsekuensi terhadap kepatuhan, mutu akademik, beban kerja, TI, dan anggaran. ADeP menjadi lampiran usulan pada RTM.

Standarisasi dan pelatihan: setiap perubahan disertai panduan implementasi, materi sosialisasi, dan bukti pelatihan; versi lama **didepresiasi** dengan tanggal berlaku baru yang jelas.

8.5 Manajemen Perubahan Dokumen dan *Change-Log*

- **Penomoran dan Versi:** mengikuti Bab 4.4 (vX.Y).
- **Change-log:** merinci alasan perubahan, butir terdampak, referensi keputusan RTM, tanggal efektif, dan penanggung jawab.

- **Kontrol dokumen:** draf di *workspace* terbatas; arsip final diubah ke **read-only**; QR/tautan verifikasi pada halaman pertama.
- **Komunikasi:** pengumuman internal, *release notes*, dan daftar *FAQs* perubahan.

8.6 Portofolio Peningkatan dan Keterkaitan RKAT

- **Prioritisasi:** matriks dampak–biaya (atau *value–effort*) menyeleksi intervensi yang paling bernilai.
- **Penganggaran:** RTK prioritas menjadi baris RKAT dengan kode program, *milestone*, indikator hasil, dan estimasi biaya.
- **Manajemen portofolio:** status (*initiate–plan–do–check–act*), *on-time rate*, *budget variance*, dan **benefit realization** dipantau triwulanan.
- **Eskalasi:** keterlambatan/ketidakcapaian manfaat diproses melalui RTM mini untuk *re-scoping* atau realokasi.

8.7 Pemantauan *Close-the-Loop* pada Dashboard Triwulan

Indikator pemantauan (contoh):

- **RTK Closure Rate** (on-time dan overall), **aging** RTK, dan proporsi **closed-effective**.
- **Severity mix** KTS/OFI, kejadian berulang (*recurrence rate*).
- **Perubahan skor standar** sebelum–sesudah intervensi; **stabilitas proses** (kontrol chart untuk indikator kritikal).
- **Lead time** keputusan RTM → implementasi → hasil terukur.
- **Benefit realization** (pencapaian target mutu/efisiensi/kepatuhan) dan dampak pada pemangku kepentingan.

Dashboard menyediakan *drill-down* ke bukti (L-EL-01 → F-EL-01 → F-EL-02 → revisi dokumen), sehingga verifikator dapat menelusuri asal keputusan dan dampaknya.

8.8 Evaluasi Efektivitas Peningkatan

Kriteria penutupan efektif: (i) tindakan selesai sesuai desain; (ii) indikator hasil mencapai target; (iii) tidak terjadi *back-sliding* selama ≥ 1 triwulan; (iv) standar/SOP terkait sudah diperbarui (jika relevan); (v) *user acceptance* memadai (umpan balik positif).

Metode: *pre-post analysis*, uji tren, audit bukti, wawancara pengguna, dan *spot check* lapangan.

Meta-evaluasi: ringkasan pembelajaran dan rekomendasi perbaikan proses peningkatan dicatat untuk diserap dalam perencanaan siklus berikutnya.

8.9 Diseminasi, Pembelajaran dan Replikasi Praktik Baik

- **Repositori praktik baik:** ringkasan masalah–solusi–hasil, prasyarat, dan risiko; dapat ditag agar mudah dicari antarprodi/unit.
- **Komunitas praktik:** forum berkala lintas unit untuk berbagi *case* dan *how-to*.
- **Komunikasi eksternal:** publikasi terbatas (jika layak) untuk penguatan reputasi dan kemitraan.

8.10 Risiko Implementasi dan Mitigasi

- **Change fatigue** → fase implementasi bertahap, dukungan pelatihan dan *coaching*.
- **Risiko kepatuhan** → *gatekeeper rule* untuk indikator wajib; *compliance check* pasca-perubahan.
- **Integritas data** → validasi dan *reconciliation* berkala; pembekuan definisi indikator sepanjang tahun ajaran.
- **Kapasitas TI** → *stress test* modul eSPMI; rencana kontinjensi *downtime*.
- **Pergantian personel** → dokumentasi *standard work* dan *handover* terstruktur.

Dengan pengaturan ini, UKST memastikan bahwa setiap hasil evaluasi **ditindaklanjuti**, setiap tindakan **terlacak**, dan setiap perubahan **berdampak nyata** pada mutu tridharma dan tata kelola. *Close-the-loop* dipantau melalui **dashboard triwulan** dengan kemampuan *drill-down* hingga bukti primer; seluruh tautan antar-dokumen terpelihara melalui modul **Tautan Peningkatan** pada eSPMI.

BAB 9. MANAJEMEN RISIKO EVALUASI

Bab ini menetapkan kerangka **Manajemen Risiko Evaluasi** agar proses evaluasi pelaksanaan standar SPMI berjalan andal, adil, dan berkelanjutan. Pengelolaan risiko mengikuti siklus: **Identifikasi → Analisis → Evaluasi → Penanganan (Treat) → Pemantauan dan Review**, terintegrasi dengan PPEPP dan tata kelola mutu UKST.

9.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- **Tujuan:** (a) meminimalkan gangguan terhadap proses evaluasi; (b) menjaga integritas data dan objektivitas hasil; (c) memastikan ketersediaan bukti dan *traceability*; (d) menjamin kesinambungan layanan (continuity) eSPMI; (e) menyediakan dasar pengambilan keputusan berbasis risiko pada RTM.
- **Ruang lingkup:** seluruh tahapan evaluasi (Bab 4) dan modul eSPMI (Bab 6), termasuk interaksi dengan Data Owners, unit, auditor, dan pimpinan.

9.2 Taksonomi Risiko

1. **Proses:** bias auditor, ketidakseragaman skoring, deviasi SOP, keterlambatan jadwal, ketidakcukupan bukti.
2. **Data dan Informasi:** keterbatasan data/ketidaklengkapan, *data lineage* tidak jelas, kesalahan ETL, pelanggaran kerahasiaan, *data drift* indikator.
3. **Organisasi dan SDM:** resistensi unit, konflik kepentingan, kapasitas auditor, pergantian personel kunci.
4. **TI dan Infrastruktur:** *downtime* eSPMI, kegagalan *backup/restore*, kerentanan aplikasi, pembatasan akses saat puncak beban.
5. **Kepatuhan dan Reputasi:** ketidaksinkronan dengan regulasi/akreditasi, publikasi data sensitif, sengketa hasil evaluasi.
6. **Eksternal:** perubahan regulasi mendadak, gangguan bencana, kendala jaringan/keamanan.

9.3 Penilaian Risiko: Skala, Matriks, dan *Risk Appetite*

Skala Dampak (1–5): 1 = minor (hampir tidak berdampak), 2 = rendah (dampak terbatas pada unit), 3 = sedang (mengganggu capaian indikator utama), 4 = tinggi (mengganggu keputusan institusi/akreditasi), 5 = sangat tinggi (konsekuensi kritikal luas).

Skala Probabilitas (1–5): 1 = sangat jarang, 2 = jarang, 3 = mungkin, 4 = sering, 5 = sangat sering.

Nilai Risiko: $R = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$ (rentang 1–25).

Matriks Risiko 5×5:

- **Hijau (1–5)** = Rendah (terima; monitor).
- **Kuning (6–10)** = Sedang (kontrol preventif minimum; rencana mitigasi sederhana).
- **Oranye (12–15)** = Tinggi (mitigasi prioritas; pemantauan ketat; RTM mini bila perlu).
- **Merah (16–25)** = Ekstrem (tindakan segera; eskalasi ke Rektor/WR; *stop-go* keputusan).

Risk Appetite ditetapkan oleh **Rektor** dan ditinjau tahunan pada RTM:

- *Zero tolerance* untuk: pelanggaran kerahasiaan data pribadi, manipulasi bukti, konflik kepentingan yang tidak diungkap.
- *Low tolerance* untuk: *downtime* eSPMI saat puncak audit, keterlambatan laporan melebihi SLA.
- *Moderate tolerance* untuk: variasi minor antarpemilai yang tidak memengaruhi keputusan strategis.

9.4 Risiko Proses Kritis dan Indikator Peringatan Dini (KRI)

(a) Bias auditor

- **Penyebab:** *familiarity threat*, kalibrasi kurang, instrumen ambigu.
- **KRI:** deviasi skor antarpemilai >0,5 poin; tingkat banding hasil evaluasi meningkat.
- **Kontrol/Mitigasi:** deklarasi konflik kepentingan; rotasi auditor; *pre-briefing* dan uji reliabilitas; *quality review* laporan.

(b) Keterbatasan/ketidakeengkapan data

- **Penyebab:** SoR tidak sinkron, *late entry*, definisi indikator berubah.
- **KRI:** *null rate* data >5%; selisih antar-sumber >3%; keterlambatan unggah >7 hari.
- **Kontrol/Mitigasi:** kamus data; *range/consistency check*; *cut-off* tegas; *reconciliation* dengan Data Owners.

(c) Resistensi unit

- **Penyebab:** beban administrasi, miskomunikasi, kekhawatiran sanksi.

- **KRI:** tingkat respons bukti <80%; penundaan klarifikasi berulang.
- **Kontrol/Mitigasi:** komunikasi awal dan *briefing*; simplifikasi permintaan bukti; dukungan pendampingan; *executive sponsorship* dari WR/Dekan.

(d) Ketersediaan bukti

- **Penyebab:** perekaman proses tidak disiplin, bukti tersimpan lokal tidak tersentral.
- **KRI:** proporsi butir tanpa bukti >10%.
- **Kontrol/Mitigasi:** DID/DIR wajib; *checklist* bukti; pelatihan *record management*; *spot check*.

(e) IT downtime / gangguan eSPMI

- **Penyebab:** kapasitas server, pemeliharaan tidak terjadwal, kegagalan *backup*.
- **KRI:** ketersediaan <99%, durasi *incident* >4 jam, antrian unggah menumpuk.
- **Kontrol/Mitigasi:** *load test*, *scaling* kapasitas, *backup* harian dan uji *restore* triwulanan, *failover* terbatas, jadwal pemeliharaan di luar jam puncak.

9.5 Proses Manajemen Risiko

1. **Identifikasi:** lokakarya risiko pra-audit; telaah siklus sebelumnya; analisis *lessons learned*; inventarisasi KRI.
2. **Analisis:** penilaian Dampak × Probabilitas, klasifikasi penyebab (manusia, proses, teknologi, eksternal).
3. **Evaluasi:** pemetaan ke matriks; perbandingan terhadap **risk appetite**; penetapan prioritas.
4. **Penanganan (Treat):** menghindari, mengurangi, memindahkan (asuransi/kontrak layanan), atau menerima (dengan alasan).
5. **Pemantauan dan Review:** dashboard risiko triwulan; *early warning*; *after action review* pasca-insiden; pembaruan register risiko.

9.6 Rencana Mitigasi dan Kontrol Kunci (Ringkas)

- **Pelatihan dan Kalibrasi:** kurikulum auditor (Bab 3.2); uji *inter-rater*; *case clinic*.
- **Panduan Sampling:** proporsi minimal 10–20%, stratifikasi, *re-performance*.
- **SLA Proses:** sesuai Bab 4.2; pengukuran kepatuhan dan jalur eskalasi.
- **Backup dan DR:** *backup* harian, uji *restore* triwulanan; RPO/RTO selaras Bab 6.4.
- **Kebijakan Akses:** SSO+MFA, *least privilege*, *session timeout*, *masking* data sensitif.
- **Conflict-of-Interest Policy:** deklarasi tertulis, *recusal*, rotasi, *cooling-off*.
- **Escalation Path:** Auditor → Lead Auditor/LPM → WR → **RTM mini** → Rektor.

9.7 Register Risiko Evaluasi (*Template*)

ID	Pernyataan Risiko (Sebab–Peristiwa–Dampak)	Kategori	Dampak (1–5)	Prob (1–5)	Nilai R	Level	Kontrol Eksisting	Rencana Mitigasi (PIC dan Tenggat)	KRI dan Ambang	Residual Risk	Status/Review
RE-01	Bias auditor → skor tidak objektif → keputusan peningkatan keliru	Proses	4	3	12	Tinggi	Kalibrasi, uji reliabilitas	Rotasi auditor; <i>case clinic</i> (LPM, 30 hari)	Deviasi skor >0,5	Sedang	2025-Q2
RE-02	ETL gagal → data indikator tidak lengkap → laporan terlambat	TI/Dat	3	4	12	Tinggi	Monitoring ETL	<i>Retry</i> otomatis; <i>failover</i> ; uji <i>restore</i> (LPSI, 14 hari)	<i>Null rate</i> >5%	Rendah	2025-Q2
RE-03	Resistensi unit → bukti lambat → SLA terlewati	Organisasi	3	3	9	Sedang	Komunikasi awal	Pendampingan; <i>reminder</i> otomatis (Dekan/Ka-Unit, 7 hari)	Respon <80%	Rendah	2025-Q1

Catatan: kolom **Residual Risk** diisi setelah kontrol/mitigasi diimplementasikan dan diverifikasi efektivitasnya.

9.8 Tata Kelola, Peran, dan Pelaporan Risiko

- **Risk Owner:** pimpinan unit terkait (Dekan/Kaprodi/Ka-Unit) untuk setiap risiko yang berdampak pada unitnya.
- **Risk Steward:** LPM (koordinasi metodologi, konsolidasi register, *challenge function* terhadap penilaian).
- **Risk Committee:** forum RTM atau sub-forum yang menilai prioritas, menyetujui mitigasi, dan meninjau *risk appetite*.
- **Pelaporan:** dashboard risiko triwulan; ringkasan risiko prioritas masuk ke bahan RTM; *exception report* untuk kejadian Merah/Ekstrem dalam ≤48 jam.

9.9 Manajemen Insiden dan *Business Continuity*

- **Trigger insiden:** *downtime* >4 jam, dugaan pelanggaran data, temuan mayor sistemik, atau kegagalan SLA kritikal.
- **Respons:** aktivasi tim insiden (LPM–LPSI–Unit), isolasi masalah, *workaround* manual sementara (form *offline*), log kejadian, komunikasi kepada pemangku kepentingan.
- **Pemulihan:** pemulihan dari *backup*; verifikasi integritas; *post-incident review* dan RTK proses.
- **BCP/DRP:** skenario *failover* terbatas, RPO/RTO mengacu Bab 6.4; uji minimal tahunan.

9.10 Keterkaitan dengan RTK dan RTM

Hasil penilaian risiko memandu **prioritas RTK/CAR–CAPA** (Bab 7.2) dan agenda **RTM** (Bab 7.3). Risiko dengan level **Tinggi/Ekstrem** otomatis menjadi kandidat RTK prioritas dan dipantau pada **dashboard triwulan** hingga mencapai **residual risk** yang dapat diterima sesuai **risk appetite** Rektor.

Dengan kerangka ini, manajemen risiko menjadi bagian integral dari evaluasi SPMI UKST: risiko **diantisipasi, diukur, dikelola, dan dipelajari** untuk memperkuat keandalan proses evaluasi dan mutu keputusan peningkatan di seluruh level institusi.

BAB 10. IMPLEMENTASI DAN RENCANA TRANSISI

Bab ini menjabarkan tahapan implementasi kebijakan dan prosedur evaluasi pelaksanaan standar SPMI di UKST beserta rencana transisi menuju operasi penuh selama 12 bulan pertama. Fokus ditujukan pada keterlaksanaan yang terukur, kesiapan organisasi, dan penguatan kapabilitas (auditor, pengelola data, dan admin eSPMI), sehingga *close-the-loop* evaluasi → pengendalian → peningkatan (Bab 8) dapat beroperasi konsisten lintas unit.

10.1 Tahapan Implementasi (0–12 bulan)

Rencana implementasi dibagi tiga fase dengan keluaran (deliverables), tonggak (milestone), indikator keberhasilan (success metrics), dan risiko–mitigasi yang jelas. Seluruh artefak diarsipkan dalam eSPMI dan ditautkan melalui **Tautan Peningkatan**.

Fase 1 — 0–3 bulan (Quick Wins)

Tujuan: mengesahkan kerangka, menguji alur pada pilot, dan mengaktifkan modul minimum yang diperlukan.

- **Cakupan:** 3 program studi pilot (lintas fakultas), 2 unit pendukung, LPM, LPSI.
- **Aktivitas kunci:**
 1. Pengesahan Kebijakan dan SOP Evaluasi (SOP-EL) melalui SK Rektor; publikasi DID/DIR.
 2. **Sosialisasi** kebijakan dan *kick-off* implementasi (pimpinan, GPM/UPM, Data Owners).
 3. Aktivasi modul eSPMI minimum: **Instrumen (INS), Laporan Evaluasi (L-EL), Form RTK (F-EL)**; konfigurasi kode dokumen dan penomoran.
 4. **Pilot AMI terbatas** pada 3 prodi: desk review + wawancara; uji rubrik 0–4; validasi *document request list*.
 5. Penetapan **cut-off** data dan prosedur unggah bukti; pembersihan data awal (data cleansing).
 6. Penetapan jalur **escalation path** dan *helpdesk* eSPMI.
- **Deliverables:** SK dan SOP final; *audit plan* pilot; instrumen terkonfigurasi; 3 **L-EL-01 (draf)**; **F-EL-01** awal; *playbook* implementasi; daftar isu/risiko awal.
- **Milestone:** M1 (H+14) sosialisasi dan penomoran aktif; M2 (H+45) *go-live* modul INS–L-EL–F-EL; M3 (H+75) laporan pilot.
- **Success metrics:** ≥80% butir instrumen terisi benar; ≥90% bukti pilot valid; ≥70% peserta sosialisasi lulus *post-test*; *downtime* eSPMI <1% bulan.

- **Risiko dan mitigasi:** resistensi awal (briefing pimpinan; *quick support*), kualitas data (kamus data dan *range check*), kapasitas TI (uji beban; *scaling* bertahap).

Fase 2 — 3–6 bulan

Tujuan: memperluas cakupan ke seluruh prodi/unit, menstabilkan proses, dan memulai diseminasi keputusan.

- **Cakupan:** seluruh prodi dan unit pendukung.
- **Aktivitas kunci:**
 1. **AMI parsial** di seluruh prodi/unit (desk review terarah + wawancara sampling).
 2. Aktivasi **Dashboard Monev Triwulan** (Q1–Q2), termasuk ambang *early warning* dan *drill-down* bukti.
 3. Konsolidasi **portfolio RTK**; penetapan prioritas menggunakan matriks dampak–probabilitas.
 4. **RTM I**: pengesahan RTK prioritas, alokasi sumber daya, dan mandat revisi standar/instrumen.
 5. *Tuning* ETL awal untuk indikator prioritas (PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan).
- **Deliverables:** L-EL-01 per unit (versi ringkas); dashboard Q1–Q2 aktif; notulen dan keputusan **F-EL-02 (RTM I)**; rencana revisi standar/instrumen.
- **Milestone:** M4 (H+120) RTM I; M5 (H+150) dashboard Q2 stabil.
- **Success metrics:** cakupan AMI parsial $\geq 80\%$ unit; *on-time* draf laporan $\geq 85\%$; persentase RTK disetujui RTM I $\geq 70\%$; *data mismatch* antar-sumber $< 3\%$.
- **Risiko dan mitigasi:** keterlambatan bukti (reminder otomatis; *liaison* unit), variasi skoring (kalibrasi berulang; *case clinic*), ETL gagal (kebijakan *retry* dan *fallback* dataset).

Fase 3 — 6–12 bulan

Tujuan: operasi penuh evaluasi; perbaikan standar/instrumen; otomatisasi data; *meta-evaluasi*.

- **Aktivitas kunci:**
 1. **AMI penuh** (desk–visitasi–observasi) di seluruh prodi/unit; penggunaan *spot check* berbasis risiko.
 2. **RTM tahunan:** konsolidasi hasil; pengesahan **revisi standar/instrumen**; integrasi ke **RKAT**.
 3. *Roll-out otomatisasi ETL* untuk indikator utama; perluasan *connectors* (Perpustakaan/LMS).

4. Implementasi **perubahan standar/SOP**; sosialisasi dan pelatihan singkat (*refresher*).
 5. **Audit meta-evaluasi** proses evaluasi (Bab 11): efektivitas metode, akurasi skoring, manfaat keputusan RTM.
- **Deliverables:** L-EL-01 final institusi; keputusan RTM tahunan; paket revisi standar/SOP; ETL stabil; laporan *meta-evaluasi*.
 - **Milestone:** M6 (H+240) AMI penuh selesai; M7 (H+300) RTM tahunan; M8 (H+360) laporan meta-evaluasi.
 - **Success metrics:** *RTK Closure Rate on-time* $\geq 80\%$; *closed-effective* $\geq 60\%$; peningkatan rata-rata **Skor Standar** $\geq 0,30$ poin vs awal; kepatuhan SLA proses $\geq 90\%$; *downtime* eSPMI $< 1\%$ /tahun.
 - **Risiko dan mitigasi:** *change fatigue* (fase bertahap; *coaching*), beban auditor (penjadwalan; rotasi), isu kualitas data (validasi dan *reconciliation* berkala).

Catatan transisi: seluruh perubahan dokumen mengikuti **Bab 4.4** (penomoran dan versi) dan dicatat pada **change-log**; status implementasi dilaporkan triwulanan pada dashboard *close-the-loop* (Bab 8.7).

10.2 Pelatihan

Tujuan pelatihan adalah membangun kapabilitas kunci agar proses evaluasi berjalan objektif, berbasis data, dan patuh kebijakan. Kurikulum disusun per peran dengan kombinasi teori–praktik, studi kasus, dan *hands-on* eSPMI. Evaluasi efek pelatihan mengikuti model **Kirkpatrick** (Reaksi–Pembelajaran–Perilaku–Dampak).

10.2.1 Paket Pelatihan per Peran

a. Auditor Internal

- **Durasi:** Dasar 40 JP; Lanjutan/Kalibrasi 16 JP/tahun.
- **Materi:** prinsip SPMI dan PPEPP; metodologi evaluasi/AMI; rubrik 0–4 dan *inter-rater reliability*; teknik wawancara/observasi; penulisan temuan dan **RCA (5 Why/Fishbone)**; etika auditor dan kerahasiaan; *working papers*; praktik *desk-visitasi*; penggunaan modul INS–L-EL–F-EL.
- **Luaran:** *audit plan* simulasi, laporan evaluasi mini, *case clinic* kalibrasi; sertifikasi internal auditor (kelulusan uji teori–praktik).

b. Pengelola Data (Data Owner/Steward)

- **Durasi:** 24 JP.
- **Materi:** kamus data dan metadata; *data lineage*; kualitas data (validity, accuracy, completeness, consistency, timeliness); *range/consistency check*; ETL dan *exception handling*; privasi dan **PDPA**; *dashboarding* dasar; rekonsiliasi PDDikti–SISTER–SIMAK.

- **Luaran:** *ruleset* kualitas data per indikator; SOP *data correction*; *data quality scorecard* triwulan.

c. Admin eSPMI / LPSI

- **Durasi:** 24 JP.
- **Materi:** konfigurasi modul (DID/DIR, INS, L-EL, F-EL, RTM, Tautan Peningkatan); IAM (SSO, peran, *least privilege*); *audit trail*; penomoran dan versi; *backup/restore* dan DR; pemantauan kinerja; keamanan aplikasi (validasi input, *allow-list file*, *rate limiting*).
- **Luaran:** *runbook* operasional eSPMI; skenario *restore* lulus uji.

d. Pimpinan Unit (Rektor/WR/Dekan/Kaprodi/Ka-Unit)

- **Durasi:** 8–12 JP (eksekutif).
- **Materi:** pembacaan L-EL-01; interpretasi *heatmap*; prioritisasi berbasis risiko/biaya–manfaat; tata kelola **RTM** dan *decision log*; integrasi ke RKAT; prinsip *benefit realization*.
- **Luaran:** paket keputusan simulasi RTM (approve/modify/defer/reject) lengkap dengan justifikasi dan konsekuensi sumber daya.

10.2.2 Desain Pembelajaran dan Penjaminan Mutu

- **Metode:** *blended learning* (kelas tatap muka/sinkron + modul video/asinkron), *lab* eSPMI, studi kasus UKST, *micro-coaching* saat audit nyata.
- **Evaluasi:** *pre-/post-test* (Kirkpatrick Level 2), penilaian praktik di lapangan (Level 3), dan dampak pada indikator proses (SLA, reliabilitas skoring, *RTK closure rate*—Level 4).
- **Sertifikasi dan re-certification:** sertifikat internal berlaku 2 tahun; *refresh* reguler saat ada perubahan regulasi/instrumen.
- **Dukungan Pasca-Pelatihan:** *helpdesk*, *office hours* mingguan, *knowledge base* (FAQ, *how-to*, template), dan kanal komunitas praktik.

Penjadwalan Pelatihan (usulan)

- Bulan 1–2: Auditor Dasar; Admin eSPMI; Pimpinan Eksekutif (ringkas).
- Bulan 3–4: Data Owner/Steward; *case clinic* kalibrasi auditor.
- Bulan 5–6: *Refresher* pasca AMI parsial; lokakarya dashboard dan RTM I.
- Bulan 7–12: *Coaching on the job* saat AMI penuh; *advanced clinic* penulisan temuan dan RCA; *post-implementation review*.

Sarana Belajar: sandboks eSPMI (data dummy), paket contoh bukti terkurasi, *rubric book* 0–4, *casebook* temuan–RTK, dan video walkthrough modul.

Dengan tahapan implementasi dan rencana penguatan kapasitas sebagaimana diuraikan di atas, UKST diharapkan mencapai **operasional penuh** evaluasi pelaksanaan standar dalam 12 bulan, dengan disiplin SLA, indikator kinerja proses yang membaik, dan *close-the-loop* yang berjalan konsisten di seluruh level institusi.

BAB 11. META-EVALUASI (EVALUASI ATAS EVALUASI)

Bab ini mengatur mekanisme **meta-evaluasi**—yakni penilaian sistematis atas mutu proses evaluasi/AMI itu sendiri—untuk memastikan proses berjalan **efektif, efisien, objektif, dan berorientasi dampak**. Meta-evaluasi menilai kesesuaian terhadap SOP, kualitas bukti, reliabilitas penilaian, disiplin SLA, serta hasil tindak lanjut (RTK/CAR–CAPA) dan dampak peningkatan. Hasil meta-evaluasi menjadi dasar penguatan kebijakan, perbaikan instrumen, dan penyempurnaan eSPMI.

11.1 Tujuan, Ruang Lingkup, dan Prinsip

Tujuan: (a) memverifikasi mutu proses evaluasi/AMI; (b) mengukur kinerja proses melalui IKU; (c) mengidentifikasi kendala sistemik dan *lessons learned*; (d) memastikan *close-the-loop* proses peningkatan (Bab 8) benar-benar terjadi; (e) menghasilkan rekomendasi perbaikan proses yang terdokumentasi.

Ruang Lingkup: seluruh tahapan Bab 4 (perencanaan → penutupan), instrumen dan rubrik (Bab 5), sistem informasi dan data governance (Bab 6), pelaporan dan RTK/RTM (Bab 7), serta manajemen risiko (Bab 9).

Prinsip: objektivitas (peer review), transparansi (audit trail), keterlacakan (tautan antar-artefak), *evidence-based*, dan perbaikan berkelanjutan (PDCA/PDSA).

11.2 IKU Proses Evaluasi (Definisi Operasional)

IKU berikut diukur triwulanan (*pulse check*) dan direkap tahunan (*deep-dive*). Target awal dapat ditetapkan dan ditinjau pada RTM.

IKU	Definisi dan Rumus	Sumber Data (SoR)	Target Awal	Catatan Mutu
Ketepatan Waktu	Persentase tahapan yang selesai $\leq$ SLA. On-time Rate = $(\text{Jumlah tahapan on-time} / \text{Total tahapan}) \times 100\%$	<i>Timestamp</i> eSPMI; decision log	$\geq 90\%$	Tahapan: draf laporan, finalisasi, RTK, RTM
Kualitas Bukti (Completeness)	Proporsi butir yang memiliki bukti sah lengkap. Completeness = $(\text{Butir dengan } \geq 1 \text{ bukti valid} / \text{Total butir}) \times 100\%$	Evidence list; <i>link checker</i>	$\geq 95\%$	Validasi keaslian dan keterhubungan tautan

Tingkat Penerimaan Temuan	Porsi temuan yang disepakati unit tanpa banding. Acceptance Rate = (Temuan disetujui / Total temuan) × 100%	L-EL-01; catatan klarifikasi	≥ 80%	Banding sah dicatat; bukan untuk membungkam kritis
RTK Tepat Waktu	Porsi RTK yang <i>closed ≤ due date</i> . RTK On-time = (RTK selesai tepat waktu / Total RTK selesai) × 100%	Modul RTK; dashboard	≥ 80%	Ukur juga Closed-Effective (verifikasi dampak)
Dampak Peningkatan	Perubahan kinerja sesudah intervensi. ΔSkor = Skor Standar _{t+1} – Skor _{t} ; Benefit Realization Index (BRI) = $\sum(w_i \times \text{capaian outcome}_i)$	Heatmap skor; RKAT; RTM	ΔSkor rata-rata ≥ 0,30	BRI disesuaikan per program
Reliabilitas Antarpenilai (bila relevan)	Konsistensi skor antar auditor pada sampel butir. IRR : Kappa/ICC ringkas	Working papers; matriks skor	≥ 0,70	Diuji pada butir prioritas
Rework Rate	Proporsi laporan yang memerlukan revisi substansial pasca <i>quality review</i>	Log <i>quality review</i>	↓ dari siklus ke siklus	Indikator efisiensi proses

Catatan: Definisi detail dan kamus data IKU disimpan di modul **Master Indikator** (Bab 6.1) dan mengikuti aturan kualitas data Bab 6.3.

11.3 Metode dan Sumber Data Meta-Evaluasi

1. **Telaah Dokumen dan *Working Papers*:** audit kepatuhan SOP, kelengkapan bukti, konsistensi rubrik, *decision log* perubahan skor.
2. **Analitik Sistem:** ekstraksi *timestamp*, *access log*, dan *audit trail* dari eSPMI (ketepatan waktu, *rework*, *aging* RTK).
3. **Sampling Ulang (Re-performance):** penghitungan ulang terbatas pada butir/indikator prioritas untuk menguji konsistensi.
4. **Benchmark Internal:** perbandingan antarunit/antar-siklus, *control chart* untuk indikator proses.
5. **Wawancara Terarah:** lead auditor, data owner, dan perwakilan unit untuk menilai hambatan sistemik.

11.4 Peer Review Proses AMI

Tujuan: menilai independensi, kecukupan metode, konsistensi rubrik, dan kualitas pelaporan auditor.

Desain: 2–3 *peer reviewer* (lintas fakultas/unit; bebas konflik kepentingan) menelaah minimal 10–20% sampel laporan/*working papers* menggunakan **Rubrik Peer Review** (aspek: perencanaan, pelaksanaan, evidensi, analitik, rekomendasi, kepatuhan SOP, etika dan kerahasiaan).

Instrumen: skala 0–4 dengan deskriptor; ruang komentar wajib dan *flag* temuan metodologis.

Luaran: (a) skor dan temuan *peer review*; (b) daftar *good practices*; (c) rekomendasi kalibrasi/pelatihan; (d) usulan perbaikan SOP/instrumen.

Integrasi: hasil *peer review* ditautkan ke **RTK proses** (perbaikan cara audit) dan dimonitor pada dashboard meta-evaluasi.

11.5 Survei Kepuasan Unit terhadap Proses Audit

Tujuan: mengukur persepsi *fairness*, kejelasan komunikasi, beban administratif, kebermanfaatan rekomendasi, dan dukungan pasca-audit.

Instrumen: skala Likert 1–5; butir wajib: (i) kejelasan *document request*; (ii) profesionalisme auditor; (iii) waktu respons; (iv) nilai rekomendasi; (v) pengalaman eSPMI; (vi) *overall satisfaction*.

Kualitas: uji **reliabilitas** (α Cronbach $\geq 0,70$); validitas isi melalui *expert panel* LPM; *response rate* sasaran $\geq 60\%$.

Etika: anonimitas dijaga; pelaporan pada tingkat agregat; umpan balik kualitatif ditabulasi tematik.

Luaran: indeks kepuasan, peta prioritas (importance–performance), dan rekomendasi perbaikan layanan audit.

11.6 After Action Review (AAR)

AAR dilakukan maksimal **10 hari kerja** pasca penutupan siklus evaluasi/AMI pada tingkat institusi/fakultas. Panduan AAR mencakup empat pertanyaan inti: *apa yang direncanakan? apa yang terjadi? mengapa terjadi perbedaan? apa yang akan diperbaiki?*

Peserta: LPM, lead auditor, perwakilan unit, LPSI, data owner.

Artefak: daftar isu, akar sebab, *quick wins*, dan usulan revisi SOP/instrumen/eSPMI.

Integrasi: keluaran AAR dikonversi menjadi **RTK proses** dan *change-log* pada DID/DIR.

11.7 Analitik dan Pelaporan Meta-Evaluasi

Paket Pelaporan:

- **Laporan Meta-Evaluasi (L-ME-01):** ringkasan IKU, hasil *peer review*, survei kepuasan, AAR, analisis akar masalah proses, rekomendasi, dan rencana tindak lanjut.
- **Dashboard Meta:** *heatmap* IKU proses per unit, tren SLA, IRR, *rework rate*, *aging* RTK proses, indeks kepuasan.
- **Metrik Tambahan:** *Decision-to-Action Lead Time*, *Benefit Realization* terhadap RTK proses, *recurrence rate* temuan metodologis.

Quality Gate: konsistensi angka ↔ audit trail; keterhubungan rekomendasi ↔ RTK proses; *sign-off* oleh Kepala LPM dan persetujuan pada RTM.

11.8 Tindak Lanjut dan Tata Kelola Meta-Evaluasi

RTK Proses: rekomendasi meta-evaluasi diturunkan menjadi tindakan (pembaruan SOP, penajaman instrumen, penguatan pelatihan, penyesuaian ETL/eSPMI).

Akuntabilitas: LPM sebagai *process owner*; LPSI untuk isu sistem; Dekan/Kaprodi/Ka-Unit untuk isu implementasi.

RTM Proses: sub-sesi khusus pada RTM tahunan untuk mengesahkan prioritas perbaikan proses, target, dan sumber daya.

Kriteria *Closed-Effective*: perubahan terimplementasi; IKU proses membaik berkelanjutan ≥1 triwulan; *recurrence* temuan metodologis menurun.

11.9 Siklus dan Kalender Meta-Evaluasi

- **Pulse Check Triwulan:** pemutakhiran IKU proses, ringkas isu dan *quick fixes*.
- **Deep-Dive Tahunan:** *peer review* menyeluruh, survei kepuasan penuh, AAR institusi, laporan **L-ME-01**, dan pengesahan pada RTM.
- **Sinkronisasi:** mengikuti *cut-off* 31/03, 30/06, 30/09, 31/12 (Bab 2.3) dan jadwal RTM (Bab 2.3; 7.3).

11.10 Instrumen dan Template (Rujukan)

- **Rubrik Peer Review Proses AMI (INS-ME-01)**
- **Kuesioner Kepuasan Proses Audit (INS-ME-02)**
- **Daftar Periksa Working Papers (INS-ME-03)**
- **Format AAR (T-ME-01)**
- **Laporan Meta-Evaluasi (L-ME-01)**

Seluruh instrumen diberi **ID unik**, skala deskriptif 0–4, dan terhubung ke bukti pada eSPMI.

Dengan ketentuan pada Bab ini, UKST memastikan kualitas proses evaluasi **terjaga, terukur, dan terus meningkat**. Meta-evaluasi menjadi mekanisme reflektif yang menutup siklus peningkatan—dari proses evaluasi, menuju perbaikan proses, hingga dampak nyata pada mutu tridharma dan tata kelola universitas.

BAB 12.

KETENTUAN ETIKA, KEPATUHAN DAN KEAMANAN DATA

Bab ini menetapkan norma etik, kepatuhan, dan pengamanan informasi yang mengikat seluruh pemangku kepentingan dalam proses evaluasi pelaksanaan standar SPMI di UKST. Ketentuan ini memastikan proses berlangsung **berintegritas, objektif, adil, dan terlindungi** dari risiko pelanggaran kerahasiaan serta penyalahgunaan data. Seluruh ketentuan berlandaskan peraturan perundang-undangan yang berlaku, kebijakan internal UKST, dan prinsip-prinsip tata kelola yang baik.

12.1 Kode Etik Evaluator/Auditor

Asas umum. Evaluator/auditor wajib menjunjung: **integritas, objektivitas, kerahasiaan, kompetensi, independensi, dan kehati-hatian profesional (due professional care).**

Kewajiban pokok.

1. Bertindak jujur, tidak menyesatkan, dan tidak memanipulasi bukti atau hasil penilaian.
2. Mempertahankan objektivitas; menilai berdasarkan bukti yang cukup dan tepat (sufficient dan appropriate evidence).
3. Menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang diperoleh selama tugas; menggunakan hanya untuk tujuan evaluasi.
4. Memelihara kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan; menerima penugasan sesuai keahlian.
5. Menghindari tindakan yang dapat menurunkan kepercayaan publik (improper influence, intimidation, atau relasi pribadi yang tidak diungkap).
6. Mendokumentasikan pertimbangan profesional secara memadai pada *working papers*.

Larangan.

- Menerima gratifikasi/hadiah yang dapat memengaruhi penilaian.
- Mengintervensi atau menekan unit untuk mengubah bukti atau skor.
- Mengungkapkan informasi sensitif kepada pihak tak berwenang.
- Melakukan audit atas unit/proses yang menjadi tanggung jawab operasionalnya (lihat 12.2).

12.2 Deklarasi Konflik Kepentingan (Conflict of Interest/Col)

Ruang lingkup Col. Mencakup *self-interest*, *self-review*, *familiarity*, *advocacy*, dan *intimidation threat*.

Ketentuan.

1. **Pra-penugasan:** setiap auditor menandatangani **Deklarasi Col**; LPM melakukan penilaian dan, bila perlu, menerapkan **recusal/rotasi** auditor.
2. **Selama penugasan:** auditor wajib memperbarui deklarasi jika timbul kondisi baru (mis. konflik peran/jabatan, hubungan keluarga, atau kepentingan finansial).
3. **Cooling-off period:** pejabat/pengelola proses pada unit yang diaudit tidak boleh menjadi auditor unit tersebut dalam periode yang ditetapkan.
4. **Pencatatan:** seluruh deklarasi dan keputusan penanganan Col disimpan pada eSPMI beserta alasan dan tanggal efektifnya.

12.3 Perlindungan Data Pribadi dan Kerahasiaan Dokumen

Klasifikasi data. Data dibedakan menjadi: **publik**, **internal**, **terbatas**, dan **sensitif/pribadi**. Data sensitif/pribadi (misal identitas mahasiswa/dosen, kesehatan, keuangan) mendapatkan kontrol paling ketat.

Prinsip perlindungan.

1. **Keterbatasan tujuan:** penggunaan data hanya untuk tujuan evaluasi/monev/AMI.
2. **Minimalisasi:** mengumpulkan data paling sedikit yang diperlukan; meminimalkan lampiran yang mengandung data pribadi.
3. **Kebenaran dan kualitas:** memastikan akurasi, kelengkapan, dan ketepatan waktu; koreksi dilakukan melalui *data owner*.
4. **Transparansi dan persetujuan:** untuk survei/EDOM/tracer, memuat pernyataan persetujuan, kerahasiaan, dan tujuan penggunaan.
5. **Hak subjek data:** akses, perbaikan, dan keberatan diatur sesuai kebijakan UKST dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. **Retensi dan pemusnahan:** arsip final *read-only*; retensi minimal sesuai Bab 6.4; pemusnahan aman (redaksi/anonymisasi/overwriting) setelah masa retensi.

Kerahasiaan dokumen. Dokumen audit (L-EL, F-EL, INS, working papers) dilabeli sesuai klasifikasi, ber-watermark, dan hanya dibagikan melalui eSPMI dengan kontrol akses berbasis peran.

12.4 Kepatuhan terhadap Peraturan dan Kebijakan UKST

Seluruh pihak wajib mematuhi: (a) peraturan perundang-undangan terkait pendidikan tinggi, perlindungan data pribadi, dan kearsipan; (b) SN-Dikti dan ketentuan akreditasi nasional; (c) Kebijakan dan Manual SPMI UKST, SOP, dan pedoman eSPMI; (d) kebijakan TI dan keamanan informasi; (e) etika riset/etik akademik (termasuk plagiarisme, hak cipta, dan sitasi yang patut). Pelanggaran diproses sesuai tata tertib dan mekanisme disipliner UKST.

12.5 Keamanan Informasi (Kontrol Teknis dan Organisasional)

Kontrol akses dan identitas. SSO dengan **MFA**, *least privilege*, *role-based access control*, *session timeout*, dan peninjauan akses berkala.

Enkripsi. *In transit* (TLS) dan *at rest*; pengelolaan kunci terpusat.

Audit trail dan logging. Pencatatan otomatis **siapa-apa-kapan-sebelum-sesudah-alasan**; pemantauan anomali akses.

Keamanan aplikasi dan data. Validasi input, pembatasan unggah (*allow-list* tipe file), pemindaian malware, *rate limiting*, *data loss prevention* (DLP) untuk berkas sensitif.

Perangkat dan jaringan. Keamanan endpoint, *hardening* server, *backup* harian + uji *restore* triwulanan, serta *disaster recovery* sesuai Bab 6.4.

Label dan penandaan. Klasifikasi dan *watermark* pada dokumen audit; QR/tautan verifikasi untuk dokumen final.

12.6 Manajemen Insiden dan Pelaporan Pelanggaran

Definisi insiden. Setiap kejadian yang mengancam kerahasiaan, integritas, atau ketersediaan informasi/dokumen evaluasi (mis. kebocoran data, kehilangan perangkat, *downtime* berkepanjangan, akses tidak sah).

Pelaporan. Kanal pelaporan internal dan *whistleblowing* disediakan; pelapor dilindungi dari retaliasi.

Respons insiden. Aktivasi tim insiden (LPM–LPSI–Unit); isolasi, penilaian dampak, dan *workaround* sementara; pencatatan kronologi; pemberitahuan kepada pihak terkait; *post-incident review* dan penetapan RTK proses.

Kewajiban pemberitahuan mengikuti peraturan perundang-undangan dan kebijakan UKST.

12.7 Etika Riset dan Survei (EDOM/Tracer)

Prinsip: sukarela (voluntary), non-koersif, tidak membahayakan, adil, dan menghormati privasi. Instrumen memuat *informed consent*, tujuan, manfaat/risiko, dan pernyataan kerahasiaan. Data dilaporkan pada tingkat agregat; identitas responden disamarkan

atau dianonimkan. Akses mikrodata dibatasi untuk analisis yang sah dan terdokumentasi.

12.8 Penegakan dan Sanksi

Klasifikasi pelanggaran. Ringan (kelalaian administratif), sedang (ketidakpatuhan SOP berulang, pembiaran akses tidak sah), berat (manipulasi bukti, kebocoran data, intervensi skor, konflik kepentingan tersembunyi).

Sanksi. Teguran tertulis, pembinaan/pelatihan ulang, pembatasan akses, pencabutan penugasan auditor, tindakan disipliner sesuai ketentuan kepegawaian, hingga pelaporan kepada otoritas berwenang (bila relevan).

Proses. Penegakan dilakukan dengan asas keadilan, *due process*, dokumentasi lengkap pada eSPMI, dan hak banding.

12.9 Sosialisasi, Pelatihan dan Komitmen Kepatuhan

UKST menyelenggarakan sosialisasi berkala mengenai kode etik, perlindungan data, dan keamanan informasi bagi auditor, unit, dan pengelola data. Setiap tahun, personel menandatangani **Pakta Integritas dan Kerahasiaan** dan mengikuti pembaruan regulasi/perangkat pengamanan. Evaluasi kompetensi dan kepatuhan menjadi bagian dari **meta-evaluasi** (Bab 11).

12.10 Pengawasan Kepatuhan

LPM bersama LPSI melaksanakan audit kepatuhan berkala terhadap penerapan ketentuan Bab ini, termasuk pengujian *access control*, uji *restore*, dan penelusuran *audit trail*. Temuan dikonversi menjadi **RTK proses** dan dilaporkan pada RTM.

Lampiran (rujukan): format **Deklarasi Col**, **Pakta Integritas dan Kerahasiaan**, **Label Klasifikasi Dokumen**, dan **Prosedur Respons Insiden**.

BAB 13. PENUTUP

13.1 Pernyataan Umum

Dokumen ini menjadi **acuan resmi** penyelenggaraan *Evaluasi Pelaksanaan Standar SPMI* di Universitas Katolik Santo Thomas (UKST). Seluruh ketentuan pada bab-bab sebelumnya—mencakup kerangka evaluasi (Bab 2), tata kelola (Bab 3), proses dan SOP (Bab 4), instrumen dan metodologi (Bab 5), sistem informasi dan *data governance* (Bab 6), pelaporan dan tindak lanjut (Bab 7), peningkatan berkelanjutan (Bab 8), manajemen risiko (Bab 9), implementasi dan transisi (Bab 10), *meta-evaluasi* (Bab 11), serta etika, kepatuhan, dan keamanan data (Bab 12)—merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan.

13.2 Komitmen Kepatuhan dan *Close-the-Loop*

Seluruh unit kerja di UKST **wajib**: (a) mematuhi SOP evaluasi; (b) menjaga kelengkapan, keaslian, dan keterlacakan bukti; (c) memastikan hasil evaluasi **bermuara** pada **pengendalian** (tindakan korektif segera) dan **peningkatan** (revisi standar/proses) sebagaimana siklus PPEPP. *Close-the-loop* dipantau melalui **dashboard triwulan** dan ditinjau pada **RTM**.

13.3 Peran dan Tanggung Jawab Setelah Pengesahan

- **Rektor/WR**: menjamin tersedianya sumber daya, menetapkan prioritas peningkatan, dan mengawasi kepatuhan institusional.
- **LPM**: *process owner* yang mengkoordinasikan pelaksanaan evaluasi/AMI, validasi mutu proses, pengelolaan eSPMI, dan konsolidasi **Tautan Peningkatan**.
- **Dekan/Kaprodi/Ka-Unit**: pemegang **accountability** atas bukti, pelaksanaan RTK/CAR–CAPA, dan pencapaian indikator pada unitnya.
- **Auditor Internal**: menjaga objektivitas penilaian, kualitas pelaporan, dan integritas proses sesuai Kode Etik.
- **Data Owners/Stewards/Custodians**: memastikan kualitas data (validitas, kelengkapan, ketepatan waktu), *data lineage*, dan keamanan akses.

13.4 Peninjauan dan Pemutakhiran Dokumen

Dokumen ini **ditinjau sekurang-kurangnya setahun sekali** atau setiap terjadi perubahan signifikan (regulasi, standar akreditasi, teknologi sistem informasi). Setiap perubahan dicatat dalam **change-log**, diberi penomoran versi (Bab 4.4), dan disahkan sesuai tata kelola dokumen (DID/DIR). Versi final dipublikasikan sebagai arsip **read-only** pada eSPMI dengan QR/tautan verifikasi.

13.5 Ketentuan Peralihan

Selama masa transisi implementasi (Bab 10), data/rekaman yang belum sepenuhnya terintegrasi ke eSPMI tetap **diakui** sepanjang memenuhi kriteria validitas dan keterlacakan, serta terjadwal untuk migrasi. Ketentuan khusus/pengecualian bersifat sementara dan harus memperoleh persetujuan LPM serta dicatat pada *decision log* RTM.

13.6 Pengesahan, Berlaku, dan Distribusi

Dokumen ini berlaku sejak tanggal **ditetapkan dalam SK Rektor** dan mengikat seluruh unit di lingkungan UKST. LPM bertanggung jawab atas **distribusi** dan sosialisasi, termasuk penyediaan template/instrumen pendukung (INS, L-EL-01, F-EL-01, F-EL-02) serta *helpdesk* eSPMI. Setiap unit wajib memastikan personelnnya memahami dan mematuhi ketentuan yang diatur.

13.7 Pernyataan Penutup

Dengan ditetapkannya pengaturan ini, UKST menegaskan komitmen terhadap **akuntabilitas, objektivitas, dan perbaikan berkelanjutan** dalam penjaminan mutu. Keberhasilan pelaksanaan evaluasi diukur bukan semata pada kepatuhan prosedural, melainkan pada **dampak nyata** terhadap mutu tridharma, layanan, dan tata kelola. Seluruh bukti, keputusan, dan perubahan standar **harus terlacak** melalui eSPMI serta terdokumentasi pada **Tautan Peningkatan** untuk mendukung verifikasi internal maupun eksternal.

Semoga dokumen ini menjadi pedoman operasional yang kokoh, mendorong budaya mutu yang reflektif, kolaboratif, dan berbasis data di UKST.

LAMPIRAN

Lampiran A. SOP (*Standard Operating Procedure*)

Lampiran ini menyajikan **SOP-EL-01 s.d. SOP-EL-05** dalam format ringkas, operasional, dan siap pakai. Setiap SOP memuat: tujuan, ruang lingkup, acuan dokumen, peran dan tanggung jawab, prasyarat, input–proses–output (IPO), rekaman wajib, SLA, *quality gate*, serta risiko–mitigasi kunci. Seluruh kode dokumen mengikuti Bab 4.4.

SOP-EL-01 — Perencanaan Evaluasi/AMI

Kode: SOP-EL-01 • **Versi:** v1.0 • **Pemilik Proses:** LPM • **Berlaku:** (isi tanggal penetapan)

1) Tujuan

Menetapkan **Program Evaluasi/AMI tahunan** berbasis risiko dan rencana *sampling* yang proporsional untuk seluruh level (institusi–fakultas–prodi–unit), beserta jadwal, tim, dan cakupan standar/indikator.

2) Ruang Lingkup

Seluruh unit di UKST; mencakup penyusunan program, penunjukan auditor, kalender audit, *communication plan*, dan publikasi pada eSPMI.

3) Acuan/Referensi

Kebijakan dan Manual SPMI; Bab 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10; instrumen AMI (INS-EL-xx); format T-EL-01; SK Penugasan; *risk register*.

4) Peran dan Tanggung Jawab (RACI)

Aktivitas	Rektor /WR	LPM	Dekan /KPS	Data Owner	LPSI
Menetapkan <i>risk appetite</i> dan persetujuan program	A	C	I	I	I
Menyusun Program Evaluasi/AMI dan <i>audit plan</i>	I	R	C	C	C
Menunjuk auditor dan menetapkan jadwal	A	R	C	I	I
Komunikasi ke unit dan <i>document request list</i>	I	R	C	C	I
Publikasi program di eSPMI	I	R	I	I	C

5) Prasyarat

Ketersediaan kalender mutu, peta risiko, daftar standar/indikator, kapasitas auditor, dan akses eSPMI.

6) Prosedur (Ringkas IPO)

Input: Kalender mutu; peta risiko; daftar standar/indikator; hasil siklus sebelumnya.

Proses: (1) Susun *Program Evaluasi/AMI* dan rencana *sampling* berbasis risiko; (2) Tunjuk auditor dan *lead*; (3) Tetapkan jadwal dan lingkup unit/indikator; (4) Komunikasikan *document request list* dan *pre-briefing*; (5) Publikasikan program dan *audit plan* (T-EL-01) di eSPMI.

Output: Program Evaluasi/AMI; *audit plan*; daftar auditor dan unit; surat/undangan *pre-briefing*.

7) Rekaman Wajib

Program Evaluasi (T-EL-01), SK Penugasan, *audit plan*, daftar *document request*, bukti publikasi di eSPMI.

8) SLA dan Quality Gate

- SLA: Program dan *audit plan* terbit $\leq$ **H-30** sebelum pelaksanaan; *pre-briefing* $\leq$ **H-10**.
- *Quality gate*: keselarasan peta risiko $\leftrightarrow$ cakupan; ketersediaan auditor; penomoran dan versi dokumen benar.

9) Risiko–Mitigasi Kunci

Cakupan terlalu luas (mitigasi: pembobotan dan *phasing*); konflik jadwal (penjadwalan bertingkat); kapasitas auditor (rotasi, *pooling*).

SOP-EL-02 — Pelaksanaan Evaluasi/AMI

Kode: SOP-EL-02 • **Versi:** v1.0 • **Pemilik Proses:** LPM/Lead Auditor • **Berlaku:** (isi tanggal)

1) Tujuan

Melaksanakan pengumpulan, verifikasi, dan validasi bukti pemenuhan standar melalui **desk review, wawancara, observasi, dan verifikasi lapangan** secara objektif dan terdokumentasi.

2) Ruang Lingkup

Seluruh unit sasaran sesuai *audit plan*.

3) Acuan/Referensi

Bab 4.1 (pelaksanaan), Bab 5 (instrumen dan rubrik), Bab 6 (audit trail), Bab 12 (etika/Col); Instrumen INS-EL-xx; *working papers*; *guideline* wawancara/observasi.

4) Peran dan Tanggung Jawab (RACI)

Aktivitas	Lead Auditor	Auditor	Unit (GPM/UPM)	LPM	Data Owner
Desk review dan <i>evidence mapping</i>	R	R	C	C	C
Wawancara dan observasi	R	R	C	C	I
Verifikasi lapangan/spot check	R	R	C	C	I
Dokumentasi bukti (<i>evidence list</i>)	R	R	C	C	C
<i>Daily huddle</i> dan konsistensi skoring	R	R	I	C	I

5) Prasyarat

Deklarasi konflik kepentingan, *pre-briefing*, akses eSPMI, *document request* dari unit, jadwal visitasi.

6) Prosedur (Ringkas IPO)

Input: INS-EL-xx; daftar bukti; akses sistem; jadwal.

Proses: (1) Desk review; (2) Wawancara terarah; (3) Observasi di kelas/lab/layanan; (4) Verifikasi lapangan berbasis risiko; (5) Konsolidasikan bukti dan *evidence list* ber-ID; (6) *Daily huddle* untuk kalibrasi; (7) Simpan rekaman pada eSPMI dengan *timestamp*.

Output: Catatan pemeriksaan; *evidence list*; daftar temuan awal (KTS/OFI) ber-ID; *working papers*.

7) Rekaman Wajib

Daftar tilik (INS-EL-xx), catatan wawancara, foto/rekaman, *evidence list* (EV-EL-xx), *working papers* (WP-EL-xx).

8) SLA dan Quality Gate

- SLA: Pelaksanaan **1–2 hari (desk) + 1 hari visitasi** per unit.
- *Quality gate*: minimal dua sumber bukti untuk skor ≥ 3 (kecuali SoR tunggal); konsistensi rubrik; kelengkapan *evidence list*.

9) Risiko–Mitigasi Kunci

Bias pewawancara (panduan semi-terstruktur, pelatihan); bukti tidak sah (triangulasi, *spot check*); hambatan akses (koordinasi Data Owner, *backup channel*).

SOP-EL-03 — Pelaporan dan Penetapan RTK/CAR–CAPA

Kode: SOP-EL-03 • **Versi:** v1.0 • **Pemilik Proses:** LPM/Lead Auditor dan Unit • **Berlaku:** (isi tanggal)

1) Tujuan

Menyusun **Laporan Evaluasi (L-EL-01)** yang sahih dan dapat ditindaklanjuti, serta menetapkan **RTK/CAR–CAPA** prioritas bersama unit berdasarkan risiko dan dampak.

2) Ruang Lingkup

Seluruh unit yang diaudit; konversi rekomendasi menjadi RTK; penyiapan bahan RTM.

3) Acuan/Referensi

Bab 5.2 (rubrik 0–4), Bab 7.1–7.2 (pelaporan dan RTK), Bab 8 (close-the-loop); template L-EL-01 dan F-EL-01.

4) Peran dan Tanggung Jawab (RACI)

Aktivitas	Lead Auditor	Auditor	Unit	Dekan/Kaprodi	LPM
Penyusunan draf L-EL-01	R	R	C	C	C
<i>Quality review</i> dan finalisasi	C	C	I	I	R
Lokakarya penetapan RTK (F-EL-01)	C	C	R	A	C
Publikasi laporan dan RTK di eSPMI	C	I	R	A	R

5) Prosedur (Ringkas IPO)

Input: *working papers; evidence list; rubrik; temuan awal; matriks risiko.*

Proses: (1) Susun draf L-EL-01 (skor, temuan KTS/OFI, RCA, rekomendasi, draf RTK); (2) *Quality review*; (3) Lokakarya RTK dengan unit (tetapkan PIC, target, indikator hasil, sumber daya); (4) Finalisasi L-EL-01 dan registrasi F-EL-01 di eSPMI.

Output: L-EL-01 (final); daftar RTK/CAR–CAPA prioritas (F-EL-01) ber-ID.

6) SLA dan Quality Gate

- **SLA:** Draft ≤ 7 hari pascavisitasi; Final ≤ 14 hari setelah draft.
- *Quality gate:* konsistensi skor $\leftrightarrow$ bukti; keterhubungan rekomendasi $\leftrightarrow$ RCA; kelengkapan metadata; *sign-off* lead auditor dan LPM.

7) Rekaman Wajib

L-EL-01 (draf dan final), F-EL-01 (RTK/CAR–CAPA), *decision log* perubahan skor.

8) Risiko–Mitigasi Kunci

Over-reporting tanpa prioritas (gunakan matriks dampak-probabilitas); resistensi unit (fasilitasi komunikasi; *executive sponsorship*); keterlambatan finalisasi (reminder SLA; eskalasi).

SOP-EL-04 — Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Kode: SOP-EL-04 • **Versi:** v1.0 • **Pemilik Proses:** Rektor/WR dan LPM • **Berlaku:** (isi tanggal)

1) Tujuan

Mengambil **keputusan eksekutif** atas hasil evaluasi, mengesahkan **RTK/CAR–CAPA** prioritas, menyetujui alokasi sumber daya, dan memutus **revisi standar/instrumen**.

2) Ruang Lingkup

RTM tahunan dan RTM mini/ad-hoc; seluruh unit terkait keputusan prioritas peningkatan.

3) Acuan/Referensi

Bab 7.3 (RTM), Bab 8 (close-the-loop), Bab 10 (implementasi), Bab 12 (etika/Col); template F-EL-02.

4) Peran dan Tanggung Jawab (RACI)

Aktivitas	Rektor	WR	LPM	Dekan/KPS/Ka-Unit	LPSI
Penetapan agenda dan quorum	A	R	C	I	I
Presentasi ringkasan L-EL-01 dan portofolio RTK	I	C	R	C	C
Pengambilan keputusan dan penugasan	A	R	C	C	I
Pencatatan notulen/keputusan (F-EL-02)	I	I	R	I	I

5) Prosedur (Ringkas IPO)

Input: L-EL-01; portofolio RTK (F-EL-01); matriks prioritas; usulan revisi standar/SOP; implikasi RKAT.

Proses: (1) Verifikasi quorum dan Col; (2) Paparan ringkasan; (3) Bahas KTS mayor dan risiko prioritas; (4) Putuskan RTK (approve/modify/defer/reject) dan sumber daya; (5) Putuskan revisi standar/instrumen; (6) Tetapkan indikator keberhasilan dan jadwal monitoring; (7) Tanda tangani F-EL-02.

Output: F-EL-02 Notulen dan Keputusan RTM; daftar RTK disahkan; mandat revisi; *decision log*.

6) Rekaman Wajib

F-EL-02; bahan presentasi; daftar hadir; *decision log*; tautan ke L-EL-01 dan F-EL-01.

7) SLA dan Quality Gate

- RTM dan keputusan ≤ 30 hari setelah laporan final (Bab 4.2).
- *Quality gate: decision log* ber-ID; penetapan PIC dan tenggat; keterkaitan keputusan $\leftrightarrow$ RTK $\leftrightarrow$ RKAT.

SOP-EL-05 — Pengendalian dan Peningkatan (Close-the-Loop)

Kode: SOP-EL-05 • **Versi:** v1.0 • **Pemilik Proses:** Dekan/Kaprodi/Ka-Unit dan LPM • **Berlaku:** (isi tanggal)

1) Tujuan

Menjamin integrasi hasil evaluasi ke **pengendalian pelaksanaan** (koreksi segera) dan **peningkatan terencana** (revisi standar/proses), serta memastikan keberlanjutan dampak melalui verifikasi efektivitas.

2) Ruang Lingkup

Seluruh RTK/CAR–CAPA yang disahkan pada RTM; perubahan standar/instrumen; *benefit realization*.

3) Acuan/Referensi

Bab 7.2 (RTK), Bab 8 (close-the-loop), Bab 6 (Tautan Peningkatan dan audit trail), Bab 11 (meta-evaluasi).

4) Peran dan Tanggung Jawab (RACI)

Aktivitas	Dekan/KPS/ Ka-Unit	Unit (PIC RTK)	LPM	LPSI	Pimpin an
Registrasi dan penjadwalan RTK	A	R	C	I	I
Pelaksanaan dan pelaporan progres	C	R	C	I	I
Verifikasi efektivitas	C	R	R	I	I
Revisi standar/SOP/instrumen	A	R	R	C	C
Publikasi <i>Tautan Peningkatan</i>	C	R	R	C	I

5) Prosedur (Ringkas IPO)

Input: F-EL-01; F-EL-02; rancangan revisi standar/SOP; RKAT.

Proses: (1) Registrasi RTK ber-ID di eSPMI; (2) Laksanakan tindakan dan unggah bukti; (3) Monitor progres triwulan (dashboard); (4) Verifikasi efektivitas (indikator hasil); (5) Ajukan dan sahkan revisi standar/SOP; (6) Publikasikan **Tautan Peningkatan** (L-EL-01 ↔ F-EL-01 ↔ F-EL-02 ↔ Revisi); (7) Tutup RTK sebagai **closed-effective** bila memenuhi kriteria.

Output: Register tindakan; *progress report*; dokumen revisi; status **closed-effective**; paket Tautan Peningkatan.

6) Rekaman Wajib

Register tindakan (RTK-REG-xx), *progress report* triwulan, bukti verifikasi efektivitas, dokumen revisi dan **change-log**.

7) SLA dan Quality Gate

- **SLA:** *On-time RTK Closure* ≥ **80%**/tahun; verifikasi efektivitas ≤ **1 periode** pasca implementasi.
- **Quality gate:** keterkaitan bukti ↔ indikator hasil; *closed-effective* hanya bila manfaat berkelanjutan.

8) Risiko–Mitigasi Kunci

Keterlambatan progres (reminder dan RTM mini); manfaat tidak berkelanjutan (uji *post-implementation*); dokumentasi lemah (template dan *checklist* bukti).

Catatan Umum Implementasi SOP Lampiran

1. **Distribusi dan Sosialisasi:** seluruh SOP dipublikasikan pada eSPMI (arsip final *read-only*) dan disosialisasikan kepada auditor, unit, dan pimpinan.
2. **Peninjauan Tahunan:** SOP ditinjau minimal setahun sekali atau saat ada perubahan regulasi/teknologi; perubahan dicatat pada **change-log**.
3. **Kinerja Proses:** kepatuhan terhadap SLA, *quality gate*, dan indikator proses dipantau pada dashboard (Bab 11) dan menjadi bahan RTM.

Lampiran B. Templat Instrumen AMI (INS-EL-01) — Cuplikan dan Petunjuk Teknis

Lampiran ini menyediakan template instrumen AMI yang siap pakai beserta petunjuk teknis agar penilaian berlangsung objektif, seragam, dan dapat diaudit. Format diselaraskan dengan Bab 5 (indikator dan rubrik), Bab 6 (data governance dan audit trail), serta Bab 7–8 (pelaporan, RTK, close-the-loop).

B.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- Menstandarkan butir penilaian per domain (Pendidikan, Penelitian, PkM, Administrasi/Pendukung).
- Mengaitkan setiap butir dengan bukti wajib, teknik verifikasi, bobot, dan rubrik 0–4 yang spesifik.
- Menjamin keterlacakan melalui kolom Bukti/URL yang menunjuk ke *System of Record (SoR)* atau repositori eSPMI.

B.2 Struktur Data dan Definisi Kolom (Kamus Mini)

Kolom	Definisi	Contoh atau Aturan
Kode Butir	Kode unik butir instrumen (prefiks domain)	EDU-01; ADM-01; RES-01
Uraian Butir	Deskripsi ringkas aspek yang dinilai	CPL terukur dan tercapai
Standar/Indikator Terkait	Kode standar atau indikator yang dipetakan	STD-EDU-CPL-01; IND-EDU-CPL-A
Unit/Level	Unit yang dinilai	Prodi X atau Fakultas Y
Periode	Periode ukur (Q1, Q2, Q3, Q4, atau Tahun)	2025-Q2
Bukti Wajib (SoR)	Bukti minimum yang harus tersedia, diutamakan dari SoR	PDDikti, SISTER, SIAKAD, LMS, repositori eSPMI
Teknik	Metode verifikasi	Telaah, Verifikasi, Observasi, Wawancara, Spot check
Bobot	5–25 persen sesuai materialitas	Ditetapkan di awal tahun oleh LPM
Skor 0–4	Skor sesuai rubrik butir	0, 1, 2, 3, 4
Bukti/URL	Tautan langsung ke bukti (ID atau URL)	eSPMI://... atau DOI atau ScopusID
Catatan	Temuan ringkas, klarifikasi, atau pengecualian	RPS 2 MK belum unggah BA review

Catatan: Kolom Standar/Indikator Terkait, Unit/Level, dan Periode dapat ditempatkan pada header instrumen untuk memudahkan drill-down pada dashboard (Bab 6–7).

B.3 Aturan Umum Pengisian dan Quality Gate

1. Kelengkapan bukti: minimal satu bukti primer dari SoR dan bila relevan satu bukti pendukung (misalnya berita acara).
2. Validitas dan konsistensi: lakukan range check dan consistency check terhadap data numerik; cocokkan tanggal dengan cut-off 31/03, 30/06, 30/09, 31/12.
3. Triangulasi: bila ada pertentangan bukti, jelaskan penyesuaian skor pada kolom Catatan dan decision log (Bab 7).
4. Independensi: auditor menyertakan deklarasi konflik kepentingan (Bab 12) sebelum pengisian.
5. Audit trail: setiap perubahan skor wajib mencatat siapa, apa, kapan, sebelum, sesudah, dan alasan (Bab 6.4).

B.4 Rubrik Skor Spesifik per Butir (Anchor Descriptors)

Rubrik umum 0–4 di Bab 5.2 dilengkapi anchor spesifik berikut untuk meningkatkan reliabilitas antarpemilai.

EDU-01 — CPL terukur dan tercapai

- 0: Tidak ada peta CPL-MK atau laporan asesmen.
- 1: Peta CPL-MK ada namun tidak konsisten; bukti asesmen parsial; tidak ada analisis capaian.
- 2: Peta CPL-MK valid; laporan asesmen tersedia untuk minimal 70 persen mata kuliah; capaian CPL sebagian memenuhi target; feedback loop belum berjalan.
- 3: Peta CPL-MK konsisten; asesmen minimal 90 persen mata kuliah; capaian CPL sesuai target; ada tindak lanjut perbaikan pembelajaran.
- 4: Capaian CPL melampaui target; praktik teladan dalam closing the loop pembelajaran (perbaikan RPS, desain asesmen) dibuktikan lintas semester.

EDU-02 — RPS sesuai standar

- 0: RPS tidak tersedia atau tidak mengacu CPL.
- 1: RPS tersedia namun tidak memenuhi elemen minimal (CPMK, metode, penilaian) atau belum direvisi.
- 2: RPS memenuhi elemen minimal; bukti review ada untuk minimal 70 persen mata kuliah; implementasi belum konsisten.
- 3: RPS lengkap dan mutakhir; bukti review minimal 90 persen mata kuliah; keterlaksanaan didukung course report.
- 4: RPS unggul (inovasi pedagogi, OBE matang); perbaikan RPS berkelanjutan terbukti berdasarkan umpan balik dan data hasil belajar.

ADM-01 — Kepatuhan PDDikti

- 0: Tidak ada log feeder; pelaporan tidak dilakukan.
- 1: Log ada namun banyak error; ketepatan waktu kurang dari 70 persen.
- 2: Ketepatan waktu 70 sampai kurang dari 90 persen; kelengkapan minimal 90 persen dengan kesalahan minor.
- 3: Ketepatan waktu minimal 90 persen dan kelengkapan minimal 95 persen; tidak ada kesalahan mayor; tersedia berita acara unggah.
- 4: Ketepatan waktu 100 persen dan kelengkapan minimal 99 persen; nol kesalahan mayor; ada preventive control yang terdokumentasi.

RES-01 — Luaran penelitian

- 0: Tidak ada publikasi terverifikasi.
- 1: Ada publikasi namun afiliasi atau kelas reputasi tidak jelas; bukti lemah.
- 2: Publikasi bereputasi dengan afiliasi jelas (minimal satu per tahun) di level prodi; verifikasi parsial melalui Sinta atau Scopus.
- 3: Target publikasi tercapai (jumlah dan kualitas) dengan verifikasi penuh (Sinta, Scopus ID, DOI); acknowledgment afiliasi UKST konsisten.
- 4: Melampaui target (jumlah, kualitas, atau dampak); ada HKI atau kolaborasi internasional; budaya riset terbukti melalui peningkatan sebaran peneliti aktif.

B.5 Templat Tabel Instrumen (Siap Salin Pakai)

Gunakan tabel berikut sebagai format standar INS-EL-01; tambahkan baris sesuai kebutuhan. Kolom Standar/Indikator Terkait, Unit/Level, dan Periode dapat ditampilkan pada header form atau sebagai kolom tambahan.

Kode Butir	Uraian Butir	Standar / Indikator Terkait	Unit/Level	Periode	Bukti Wajib (SoR)	Teknik	Bobot	Skor 0–4	Bukti /URL	Catatan
EDU-01	CPL terukur dan tercapai	STD-EDU-CPL-01; IND-EDU-CPL-A	Prodi _____	2025-Q__	Peta CPL-MK; laporan asesmen program; sampel portofolio	Telaah	20		eSP MI:// ...	
EDU-02	RPS sesuai standar	STD-EDU-RPS-01; IND-EDU-RPS-B	Prodi _____	2025-Q__	RPS terbit; BA review RPS; course report	Telaah	15		eSP MI:// ...	
ADM-01	Kepatuhan PDDikti	STD-ADM-PDD-01; IND-	Fakultas/P rodi _____	2025-Q__	Log feeder; BA unggah; rekap error	Telaah	15		eSP MI:// ...	

		ADM-PDD-A								
RES-01	Luaran penelitian	STD-RES-PUB-01; IND-RES-PUB-A	Prodi atau Unit Riset	2025	Daftar publikasi; Scopus atau Sinta ID; DOI; HKI (jika ada)	Verifikasi	20		eSP MI:// ...	

B.6 Checklist Verifikasi per Butir (opsional namun direkomendasikan)

- EDU-01: Peta CPL-MK mutakhir; laporan asesmen mencakup minimal 90 persen MK; analisis capaian menuju rencana perbaikan; bukti tindak lanjut semester berikut.
- EDU-02: RPS memuat CPL/CPMK, materi, metode, penilaian; BA review; course report mendukung keterlaksanaan.
- ADM-01: Log menunjukkan ketepatan waktu sesuai cut-off; kelengkapan minimal 95 persen; tidak ada kesalahan mayor; ada BA unggah.
- RES-01: Afiliasi UKST konsisten; reputasi outlet terverifikasi; DOI atau Scopus ID valid; HKI (bila ada) aktif.

B.7 Contoh Pengisian (ilustratif)

Kode Butir	Uraian Butir	Standar/Indikator Terkait	Unit/Level	Periode	Bukti Wajib (SoR)	Teknik	Bobot	Skor 0-4	Bukti/URL	Catatan
EDU-01	CPL terukur dan tercapai	STD-EDU-CPL-01; IND-EDU-CPL-A	Prodi PBSI	2025	Peta CPL-MK; laporan asesmen 2024-2025; portofolio	Telaah	20	3	eSP MI:// PBSI/CPL2 025	Capaian sesuai target; action plan pembelajaran disahkan
ADM-01	Kepatuhan PDDikti	STD-ADM-PDD-01	Prodi PBSI	2025-Q2	Log feeder; BA unggah; rekap error	Telaah	15	4	eSP MI:// PBSI/FeederQ2	Ketepatan waktu 100 persen; kelengkapan 99 persen; tanpa kesalahan mayor

B.8 Agregasi Skor dan Visualisasi (ringkas)

- Skor Standar dihitung: jumlah dari bobot dikali skor dibagi total bobot. Terapkan aturan gatekeeper untuk indikator wajib (Bab 5.2).
- Visualisasi: tampilkan kategori warna (Merah, Kuning, Hijau muda, Hijau) dan heatmap per unit pada dashboard.

B.9 Penomoran, Versi, dan Penamaan Berkas

- Kode instrumen: INS-EL-01_vX.Y_draft atau final.xlsx.
- Audit trail: perubahan skor atau bukti direkam otomatis; cantumkan alasan pada kolom Catatan dan decision log.

Dengan template dan anchor rubrik ini, pelaksanaan AMI di UKST diharapkan lebih reliabel, transparan, dan terdokumentasi, serta siap ditautkan ke L-EL-01 (pelaporan), F-EL-01 (RTK atau CAR–CAPA), F-EL-02 (RTM), dan modul Tautan Peningkatan pada eSPMI.

Lampiran C. Template Survei (EDOM/Layanan/Tracer) — Cuplikan dan Panduan Teknis

Lampiran ini menyajikan **template survei** untuk tiga kegunaan utama: (i) **EDOM** (Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa), (ii) **Survei Layanan** (akademik/administratif), dan (iii) **Tracer Study** (lulusan/alumni). Desain mengikuti prinsip **validitas isi**, **reliabilitas**, **etika dan privasi**, serta **keterlacakan** ke eSPMI. Skala menggunakan **Likert 1–5**, dilengkapi *skip logic* dan ruang umpan balik terbuka. Target **sampling minimal 30%** populasi responden per unit, dengan rekomendasi tambahan sebagaimana diuraikan di bawah.

C.1 Desain Instrumen dan Skala

Skala Likert 1–5 (disarankan konsisten lintas survei): 1 = Sangat tidak setuju/sangat buruk; 2 = Tidak setuju/buruk; 3 = Netral/cukup; 4 = Setuju/baik; 5 = Sangat setuju/sangat baik.

Butir validitas isi: setiap butir diturunkan dari konstruk yang jelas, disahkan melalui telaah pakar (LPM/Tim Akademik/UPT terkait) dan diuji keterpahaman (pilot 20–30 responden).

Umpan balik terbuka: sediakan minimal dua pertanyaan esai singkat (positif dan perbaikan) untuk menangkap nuansa kualitas yang tidak terjangkau butir terstruktur.

Bahasa dan kejelasan: butir tunggal-ide, ringkas, bebas istilah teknis yang tidak perlu; hindari butir ganda (*double-barreled*).

Kategori interpretasi rerata (opsi baku): 1,00–<2,00 = Sangat rendah; 2,00–<3,00 = Rendah; 3,00–<4,00 = Sedang; 4,00–<4,50 = Baik; $\geq 4,50$ = Sangat baik. (Bisa disesuaikan per domain dengan justifikasi).

C.2 Sampling, Respon, dan Pembobotan

- **Minimal cakupan:** $\geq 30\%$ dari populasi target per unit/program. Untuk N kecil (≤ 50), dianjurkan **sensus**.
- **Stratifikasi:** prodi/angkatan (EDOM), jenis layanan dan unit (Layanan), tahun lulus dan prodi (Tracer).
- **Perhitungan alternatif (opsional):** gunakan estimasi **Cochran** untuk margin galat 5% ($p=0,5$, $Z=1,96$) lalu koreksi populasi terbatas; ambil **n efektif = maksimum** antara hasil estimasi dan aturan 30%.
- **Pengendalian non-respon:** minimal 2 pengingat (*reminder*) terjadwal; bandingkan profil responden vs populasi; terapkan **pembobotan pasca-stratifikasi** bila terdapat bias representasi.
- **Target response rate:** $\geq 60\%$ (EDOM), $\geq 40\%$ (Layanan), $\geq 30\%$ (Tracer) sebagai ambang minimal akseptabel.

C.3 Etika, Privasi, dan Kepatuhan

- **Informed consent** pada awal survei: tujuan, durasi, kerahasiaan, sukarela, kontak pengelola, dan pernyataan agregasi pelaporan.
- **Privasi:** pemisahan identitas dari jawaban; hanya pelaporan agregat; akses mikrodta dibatasi.
- **Kerahasiaan dan keamanan:** data disimpan di eSPMI; identitas dilindungi sesuai Bab 12; tautan survei unik bila memungkinkan.

C.4 Struktur dan Kamus Butir (Format Data)

Kolom	Deskripsi	Contoh
Kode Butir	ID unik item	EDOM-01, LAY-05, TRC-12
Konstruk/Dimensi	Konsep yang diukur	Pedagogi, Pelayanan, Employability
Teks Butir	Pernyataan/pertanyaan	"Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran dengan jelas."
Skala	1–5 atau opsional N/A	1–5 (Likert)
Skip Logic	Aturan loncatan	IF LAY-01=0 THEN skip LAY-02..04
Sumber/Referensi	Pedoman/rujukan	Panduan EDOM UKST/Manual Layanan
Catatan	Klarifikasi teknis	"Balik skor butir negatif."

C.5 Template Kuesioner — EDOM (Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa)

Konstruk inti (contoh): (A) Perencanaan dan Kejelasan RPS, (B) Pelaksanaan Pembelajaran, (C) Asesmen dan Umpan Balik, (D) Sikap Profesional, (E) Fasilitas Pendukung (opsional).

Header form: Prodi, Kode MK, Nama Dosen, Kelas, Semester, Mode (luring/daring), Persetujuan (consent).

Kode	Konstruk	Teks Butir (Likert 1–5)	Skip Logic	Catatan
EDOM-01	Perencanaan	Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran di awal perkuliahan.	—	
EDOM-02	Perencanaan	RPKPS/RPS tersedia dan diacu selama perkuliahan.	—	
EDOM-03	Pelaksanaan	Penjelasan materi jelas dan terstruktur .	—	
EDOM-04	Pelaksanaan	Dosen mendorong partisipasi aktif mahasiswa.	—	
EDOM-05	Asesmen	Kriteria penilaian jelas dan diinformasikan sejak awal.	—	
EDOM-06	Asesmen	Umpan balik terhadap tugas/ujian tepat waktu dan bermanfaat .	—	
EDOM-07	Profesional	Dosen hadir tepat waktu dan menghormati keberagaman.	—	
EDOM-08	Fasilitas	Fasilitas pembelajaran (kelas/LMS) mendukung proses belajar.	—	Opsional; jangan nilai dosen untuk faktor luar kendali
EDOM-09	Kepuasan	Secara umum, saya puas dengan mata kuliah/dosen ini.	—	
EDOM-10	Esai+	Hal paling membantu dalam perkuliahan ini adalah...	—	Jawaban terbuka
EDOM-11	Esai–	Saran perbaikan untuk perkuliahan/dosen ini adalah...	—	Jawaban terbuka

Skoring dan pelaporan: rerata per konstruk dan total; tampilkan *heatmap* per MK/dosen; analisis perbedaan mode (daring/luring); **balik skor** bila ada butir negatif (tidak disarankan kecuali diperlukan).

C.6 Template Kuesioner — Survei Layanan Akademik/Administratif

Konstruk inti (adaptasi SERVQUAL/HEDPERF): (A) Keandalan (reliability), (B) Daya tanggap (responsiveness), (C) Jaminan (assurance), (D) Empati, (E) Bukti fisik (tangibles), (F) Kepuasan/Net Promoter (opsi).

Header form: Jenis layanan (mis. Akademik, Keuangan, Perpustakaan), Unit pelaksana, Tanggal kunjungan/akses, Kanal (tatap muka/online), Persetujuan (consent).

Kode	Konstruk	Teks Butir (Likert 1–5)	Skip Logic	Catatan
LAY-01	Reliabilitas	Layanan sesuai prosedur dan selesai sesuai SLA .	—	
LAY-02	Daya tanggap	Petugas merespons cepat permintaan/keluhan.	IF LAY-01=N/A THEN tampilkan <i>info</i> : “Tandai N/A bila belum menerima layanan.”	Sediakan opsi N/A
LAY-03	Jaminan	Petugas menguasai informasi dan memberi penjelasan jelas.	—	
LAY-04	Empati	Petugas sopan dan memperhatikan kebutuhan saya.	—	
LAY-05	Bukti fisik	Sarana/prasarana nyaman dan tertata .	IF channel='online' THEN sembunyikan LAY-05	<i>Channel-based display</i>
LAY-06	Kepuasan	Secara umum, saya puas terhadap layanan ini.	—	
LAY-07	Esai+	Hal terbaik dari layanan ini adalah...	—	Jawaban terbuka
LAY-08	Esai–	Saran perbaikan untuk layanan ini adalah...	—	Jawaban terbuka

Pelaporan: indeks per konstruk; *top box* (4–5); analisis kanal; prioritas perbaikan melalui **importance–performance matrix** (korelasi butir terhadap kepuasan).

C.7 Template Kuesioner — Tracer Study (Alumni/Lulusan)

Konstruk inti: (A) Status pekerjaan, (B) Waktu tunggu, (C) Kesesuaian bidang, (D) Kompetensi yang dibutuhkan, (E) Kepuasan kurikulum, (F) Jejaring dan studi lanjut.

Header form: Tahun lulus, Prodi, Kontak (opsional), Persetujuan (consent), Pernyataan privasi.

Kode	Konstruk	Teks Butir / Opsi	Skala	Skip Logic	Catatan
TRC-01	Status	Status saat ini: Bekerja/Wirusaha/Belum bekerja/Studi lanjut	Pilihan	—	Multi-kategori
TRC-02	Waktu tunggu	Waktu tunggu kerja pertama (bulan)	Numerik	IF TRC-01='Bekerja/Wirusaha'	Input numerik
TRC-03	Relevansi	Pekerjaan sesuai dengan bidang studi	1–5	IF TRC-01='Bekerja/Wirusaha'	Likert
TRC-04	Posisi dan skala	Jabatan awal dan skala perusahaan	Pilihan	IF TRC-01='Bekerja/Wirusaha'	
TRC-05	Pendapatan	Rentang pendapatan (opsi)	Pilihan	IF TRC-01='Bekerja/Wirusaha'	Agregat saat pelaporan

TRC-06	Kompetensi	Nilai ketertelusuran dan kecukupan kompetensi berikut (komunikasi, TI, analitis, etika, kerja tim, kepemimpinan)	1–5	—	Grid Likert
TRC-07	Kurikulum	Kurikulum mendukung kebutuhan dunia kerja	1–5	—	
TRC-08	Studi lanjut	Apakah melanjutkan studi? Tingkat dan bidang	Pilihan	IF TRC-01='Studi lanjut'	
TRC-09	Jejaring	Akses karier melalui jejaring kampus/alumni	1–5	—	
TRC-10	Esai+	Kompetensi dari UKST yang paling bermanfaat di pekerjaan/studi Anda adalah...	Esai	—	
TRC-11	Esai–	Saran peningkatan kurikulum dan layanan karier UKST adalah...	Esai	—	

Pelaporan: persentase bekerja/berwirausaha/tunggu; median waktu tunggu; relevansi (rerata dan distribusi); peta kompetensi (radar chart); umpan balik kurikulum untuk RTM.

C.8 Contoh *Skip Logic* (alur sederhana)

- **Layanan berbasis kanal:** IF kanal='online' THEN sembunyikan butir fisik (LAY-05); IF kanal='tatap muka' THEN tampilkan butir antrean/ruang tunggu.
- **Tracer status:** IF TRC-01='Belum bekerja' THEN lewati TRC-02..05 dan lanjut ke TRC-06.
- **EDOM fasilitas:** IF responen tidak menggunakan LMS THEN sembunyikan butir LMS khusus.

Implementasi *skip logic* pada eSPMI/alat survei dicatat di **metadata instrumen** serta diuji pada **pilot test**.

C.9 Reliabilitas dan Validitas

- **Validitas isi:** panel pakar menilai relevansi butir (CVR/Lawshe sederhana: valid bila $\geq 0,62$ untuk panel 10 orang; sesuaikan ukuran panel).
- **Reliabilitas internal:** Cronbach's $\alpha \geq 0,70$ per konstruk; tinjau *item-total correlation* ($\geq 0,30$).
- **Validitas konstruk (opsional):** EFA/CFA pada agregat tahunan untuk memeriksa struktur dimensi.
- **Analisis bias:** uji perbedaan rerata lintas kelompok (mode kanal, prodi) dan cek efek *common method*.

C.10 Skoring, Agregasi, dan Pelaporan

- **Skor butir dan konstruk:** rerata (dan median) per butir/konstruk; **top-box 4–5;** % **N/A** dilaporkan.
- **Agregasi unit:** rata-rata tertimbang sesuai ukuran sampel; sediakan **interval kepercayaan** untuk perbandingan antarunit.
- **Visualisasi:** *heatmap* per konstruk, *radar chart* kompetensi (Tracer), tren semester/tahun.
- **Bahan RTM:** sorot **kesenjangan terbesar** vs target; konversi menjadi **RTK/CAR–CAPA** dengan PIC dan tenggat.

C.11 Template Metadata Instrumen (untuk DID/DIR)

Bidang	Isi
Kode Dokumen	INS-SVY-EDOM / INS-SVY-LAY / INS-SVY-TRC
Versi/Tanggal	v1.0 / (isi tanggal)
Pemilik	LPM / Unit Layanan / CDC dan Alumni
Tujuan	Pengukuran mutu pembelajaran/layanan/kelulusan
Populasi	Mahasiswa aktif / Pengguna layanan / Alumni tahun ____
Strategi Sampling	Sensus/Stratified, target ≥30% unit
<i>Skip Logic</i>	Ringkasan aturan loncatan
Etika dan Privasi	Informed consent, anonimitas, retensi data

C.12 Contoh Naskah Informed Consent (ringkas)

“Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden survei _____. Partisipasi saya bersifat sukarela; jawaban saya akan dijaga kerahasiaannya dan dilaporkan secara agregat. Saya dapat menghentikan partisipasi kapan saja tanpa konsekuensi. Informasi lebih lanjut: (kontak LPM/Unit). Dengan menekan tombol **Lanjut**, saya menyetujui ketentuan ini.”

C.13 Penomoran dan Integrasi eSPMI

- **Kode file:** INS-SVY-<jenis>_<unit/periode>_vX.Y_<YYYYMMDD>.xlsx/.docx.
- **Integrasi:** hasil olahan otomatis masuk ke **Dashboard** (Bab 6) dan ditautkan pada **Tautan Peningkatan** untuk verifikasi eksternal.
- **Audit trail:** perubahan butir/opsi/skip logic dicatat pada *change-log* dan *versioning* DID/DIR.

Dengan template dan panduan ini, pelaksanaan survei **EDOM/Layanan/Tracer** di UKST diharapkan **konsisten, valid, reliabel, dan etis**, serta langsung **terhubung** ke proses pengendalian dan peningkatan mutu melalui eSPMI.

Lampiran D. Template Laporan Evaluasi (L-EL-01) — Kerangka, Petunjuk, dan Contoh Format

Lampiran ini menyediakan **kerangka standar** dan **format siap pakai** untuk penyusunan **Laporan Evaluasi (L-EL-01)**. Template ini selaras dengan Bab 7 (Pelaporan, Diseminasi dan Tindak Lanjut), Bab 5 (Rubrik dan Skor), Bab 6 (eSPMI dan audit trail), serta Bab 8 (close-the-loop). Tujuan utamanya adalah memastikan laporan **ringkas namun komprehensif**, berbasis bukti, dapat diaudit, dan langsung **ditindaklanjuti** menjadi RTK/CAR–CAPA.

D.1 Sampul dan Metadata Dokumen (Wajib)

Judul: *Laporan Evaluasi Pelaksanaan Standar SPMI – [Unit/Level]*

Kode Dokumen: L-EL-01_[Unit/Level]vX.Y[YYYYMMDD]_(draft/final).pdf

Periode: [Triwulan/TA 20XX–20XX] (cut-off: 31/03, 30/06, 30/09, 31/12)

Tim: Lead Auditor, Auditor Anggota, Reviewer LPM

Pernyataan Independensi/Col: dilampirkan (lihat Bab 12)

Klasifikasi: Internal/Terbatas

Tautan DID/DIR: [URL eSPMI]

Ringkasan Perubahan (jika revisi): [versi, tanggal, pokok perubahan]

D.2 Struktur Inti Laporan (7 Bagian)

(1) Ringkasan Eksekutif (≤ 1 halaman)

Tujuan: memberi gambaran satu halaman bagi pimpinan untuk mengambil keputusan cepat.

Komponen minimal:

- **Peta Kinerja Ringkas** (contoh tabel):

Standar	Skor Standar (0–4)	Kategori	Tren vs Siklus Lalu	Isu Kritis
Pendidikan	3,20	Hijau muda	↑ +0,25	RPS dua MK perlu pembaruan
Penelitian	2,60	Hijau muda	→ 0,00	Distribusi peneliti belum merata
PkM	2,30	Kuning	↓ -0,10	Dokumentasi luaran belum lengkap
Administrasi	3,50	Hijau	↑ +0,20	—

- **Top-3 Kekuatan** dan **Top-3 Area Perbaikan** (sintesis).

- **Rekomendasi strategis** (3–5 butir) yang siap dikonversi menjadi RTK prioritas.
- **Status RTK siklus lalu** (on-time, closed-effective).
- **Catatan keterbatasan** (mis. kendala data, perubahan definisi indikator) bila mempengaruhi interpretasi.

Quality gate: gunakan bahasa ringkas, hindari teknis berlebihan; semua angka merujuk SoR dan konsisten dengan bagian detail.

(2) Latar, Metode, dan Ruang Lingkup

- **Latar:** tujuan evaluasi; konteks regulasi/akreditasi; ringkas PPEPP.
- **Metode:** monev/AMI, desain *sampling* (proporsi, stratifikasi), teknik (telaah, verifikasi, wawancara, observasi, *spot check*), pengendalian mutu (kalibrasi, *quality review*).
- **Ruang lingkup:** unit/PS; standar/indikator yang dinilai; periode; batasan dan asumsi.
- **Kepatuhan rubrik:** penegasan penggunaan rubrik 0–4 (Bab 5.2) dan *anchor* spesifik.

(3) Hasil per-Standar (tabel dan grafik)

- **Tabel agregasi** per-standar (rumus Bab 5.2) dan **heatmap** indikator.

Kode Indikator	Deskripsi	Bobot (%)	Skor (0–4)	Bobot×Skor	Bukti/URL
IND-EDU-CPL-A	Capaian CPL	20	3	0,60	eSPMI://...
IND-EDU-RPS-B	Mutu RPS	15	3	0,45	eSPMI://...
...	...	...	...	...	...
Total		Σw		$\Sigma(w \times s)$	
Skor Standar				$\Sigma(w \times s) / \Sigma w$	

- **Grafik tren** (triwulan/tahunan) dan **perbandingan antarunit** bila relevan.
- **Catatan perubahan** definisi indikator/bobot (jika ada), disertai *change-log*.

(4) Temuan dan Akar Masalah

- **Daftar Temuan** (KTS mayor/minor; OFI) dengan **ID**, tingkat keparahan, indikator terdampak, dan rujukan bukti.

ID Temuan	Jenis	Ringkasan	Indikator/Standar	Bukti/URL	Severity	Dampak
T-EDU-03	KTS minor	BA review RPS belum lengkap (2 MK)	IND-EDU-RPS-B	eSPMI://...	Rendah	Konsistensi dokumen
T-ADM-01	KTS mayor	<i>Late entry</i> PDDikti Q2	IND-ADM-PDD-A	eSPMI://...	Tinggi	Kepatuhan pelaporan

- **RCA** (Root Cause Analysis) untuk KTS mayor: ringkas 5 Why/Fishbone; lampirkan diagram bila perlu.
- **Bukti triangulasi**: sebutkan sumber silang (dokumen/sistem/wawancara/observasi).

(5) Rekomendasi dan Prioritas

- **Tabel rekomendasi** terhubung ke temuan/RCA dan indikator terdampak.
- Prioritisasi menggunakan **matriks Dampak × Probabilitas** atau manfaat–biaya.

ID Rek.	Uraian Rekomendasi	Rujukan Temuan	Dampak	Prob.	Prioritas	Catatan
R-01	Lengkapi BA review dan <i>annual refresh</i> RPS	T-EDU-03	Tinggi	Sedang	Tinggi	Quick win
R-02	Otomasi <i>reminder</i> feeder dan SOP <i>cut-off</i>	T-ADM-01	Tinggi	Tinggi	Ekstrem	Butuh dukungan LPSI

(6) RTK/CAR–CAPA (Ringkas)

- Ringkasan konversi rekomendasi → **RTK** (format F-EL-01) sebelum pengesahan RTM.
- Kolom wajib: **ID RTK**, tindakan (korektif/pencegahan), **PIC**, *milestone*, **due date**, indikator hasil, kebutuhan sumber daya, metode verifikasi efektivitas.

ID RTK	Jenis	Deskripsi Tindakan	PIC	Due Date	<i>Milestone</i>	Indikator Hasil	Sumber Daya	Catatan
RTK-ADM-01	Korektif	Otomasi <i>reminder</i> dan <i>lock cut-off</i>	Ka. Adm	30-11-2025	UAT 15-11	Timelines $\geq 95\%$ Q4	TI: 20 jam dev	Untuk RTM I

Catatan: Setelah RTM, tabel ini digantikan/ditautkan ke F-EL-01 (versi disahkan) dan F-EL-02 (Keputusan RTM) pada eSPMI.

(7) Lampiran Bukti (Daftar Telaah)

- **Evidence list** dengan struktur ID, deskripsi, sumber, tanggal, penanggung jawab, URL/ID sistem.
- *Working papers* utama; *screenshot* sistem (bila diperlukan); notulen wawancara/observasi.

ID Bukti	Deskripsi	Sumber/SoR	Tanggal	PIC	URL/ID
EV-EDU-01	Peta CPL–MK Prodi PBSI	Repositori eSPMI	12-07-2025	GPM	eSPMI://...
EV-ADM-02	<i>Log feeder</i> Q2	PDDikti Feeder	05-07-2025	Operator	feeder://...

D.3 Panduan Penulisan dan Kepatuhan Mutu

- **Konsistensi angka:** semua perhitungan mengikuti Bab 5.2; sertakan catatan jika ada *rounding*.
- **Rujukan bukti:** gunakan tautan **langsung** ke SoR/eSPMI; hindari *attachment* tanpa sumber.
- **Bahasa dan gaya:** formal, jelas, non-defensif; gunakan istilah baku SPMI.
- **SLA:** Draf ≤ **7 hari** pascavisitasi; Final ≤ **14 hari** setelah draf (Bab 4.2).
- **Quality review:** *checklist* kelengkapan, koherensi narasi ↔ data, dan *sign-off* (Lead Auditor, LPM).
- **Kepatuhan etik:** Col, kerahasiaan, dan klasifikasi dokumen (Bab 12).

D.4 One-Page Executive Summary — Contoh Format

Judul: Ringkasan Eksekutif – L-EL-01 [Unit] [Periode]

1. Skor Inti:

Pendidikan 3,20 (↑ +0,25); Penelitian 2,60 (→); PkM 2,30 (↓ -0,10); Administrasi 3,50 (↑ +0,20).

2. Kekuatan Utama (Top-3): [a], [b], [c].

3. Area Perbaikan Prioritas (Top-3): [x], [y], [z].

4. Rekomendasi Strategis: R-01, R-02, R-03 (terkait indikator dan dampak).

5. Status RTK Siklus Lalu: On-time 78%, Closed-effective 62%.

6. Catatan Keterbatasan: [mis. data tracer <30% respon].

Tautan: Dashboard, L-EL-01 (lengkap), F-EL-01 (draf RTK), Evidence list.

Format satu halaman ini dapat dipresentasikan pada **RTM** dan ditempel sebagai ringkasan pada eSPMI.

D.5 Decision Log dan Konsistensi Data

- Setiap perubahan skor/temuan pasca klarifikasi dicatat pada **decision log** (tanggal, siapa, alasan, bukti).
- Perbedaan angka dengan laporan lain harus diberi **rekonsiliasi** singkat pada catatan kaki atau lampiran.

D.6 Penomoran Halaman, Tabel, Gambar, dan Lampiran

- Gunakan format: **Tabel D-[nomor]** dan **Gambar D-[nomor]** untuk bagian Lampiran D.
- Lampiran bukti diberi **ID** yang konsisten dengan **INS/L-EL/F-EL** (lihat Bab 4.4).
- Halaman diberi *footer* kode dokumen dan versi.

D.7 Daftar Periksa (Checklist) Kelengkapan L-EL-01

- Sampul dan metadata lengkap; Col dilampirkan.
- Ringkasan Eksekutif ≤ 1 hlm; memuat skor inti, top-3, rekomendasi strategis, status RTK.
- Metode dan ruang lingkup jelas; *sampling* terdokumentasi.
- Tabel/grafik hasil per-standar lengkap (bobot, skor, $\Sigma(w \times s)/\Sigma w$).
- Daftar temuan (KTS/OFI) dan RCA untuk KTS mayor.
- Rekomendasi terhubung ke temuan/indikator; prioritas berbasis risiko.
- Draf **RTK (F-EL-01)** terisi (PIC, due date, indikator hasil).
- Evidence list ber-URL SoR/eSPMI; *audit trail* aktif.
- Konsistensi angka $\leftrightarrow$ dashboard; *decision log* tersedia.
- *Sign-off* Lead Auditor dan LPM.

D.8 Catatan Integrasi eSPMI dan Tautan Peningkatan

- File final L-EL-01 dipublikasikan **read-only** pada eSPMI dan ditautkan dengan: **F-EL-01 (RTK), F-EL-02 (RTM), revisi standar/SOP**, serta **evidence list**.
- Modul **Tautan Peningkatan** menyatukan jejak lengkap E→PD→PP untuk verifikasi internal/eksternal.

Dengan kerangka dan format pada Lampiran D ini, penyusunan L-EL-01 diharapkan **konsisten, akurat, dan siap tindak lanjut**, sehingga efektif mendukung pengambilan keputusan pada **RTM** serta mempercepat realisasi peningkatan mutu di UKST.

Lampiran E. Form RTK/CAR–CAPA (F-EL-01) — Template dan Petunjuk Teknis

Lampiran ini menyajikan **Form Rencana Tindakan Korektif/Corrective Action Request (RTK/CAR)** dan **Tindakan Pencegahan/Corrective And Preventive Action (CAPA)** dalam format operasional, lengkap dengan **kamus data**, **aturan pengisian**, **siklus status**, dan **contoh isian**. Form ini memastikan rekomendasi pada **L-EL-01** terkonversi menjadi tindakan **SMART** yang dapat diverifikasi efektivitasnya dan terlacak pada **eSPMI**.

E.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- Mengelola seluruh **tindak lanjut** hasil evaluasi/AMI pada level institusi, fakultas, prodi, dan unit pendukung.
- Menjamin keterkaitan **Temuan → Akar Masalah → Tindakan (K/P)** dengan **indikator hasil** yang terukur dan **jadwal** yang jelas.
- Menyediakan dasar **monitoring triwulanan** pada dashboard serta **bukti penutupan efektif (closed-effective)**.

E.2 Prinsip Dasar dan Definisi

- **Korektif (K)**: tindakan untuk mengatasi **ketidaksesuaian yang sudah terjadi**, menahan dampak, dan mengembalikan proses pada standar.
- **Pencegahan (P)**: tindakan untuk **mencegah terulang** atau mencegah potensi ketidaksesuaian yang teridentifikasi melalui analisis risiko/RCA.
- **SMART**: *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound* (lihat E.9 untuk kriteria verifikasi efektivitas).
- **Akar masalah (Root Cause)**: sebab mendasar yang bila diatasi mencegah kekambuhan (gunakan 5 Why/Fishbone).

E.3 Struktur Kolom dan Kamus Data

Kolom	Definisi Operasional	Aturan Pengisian
No	Nomor urut/ID RTK	Gunakan penomoran konsisten (mis. RTK-[Unit]-[Tahun]-[3 digit]).
Temuan/ Kesenjangan	Pernyataan ringkas temuan/OFI yang ditindaklanjuti	Cantumkan ID Temuan dari L-EL-01 bila ada.
Akar Masalah	Hasil ringkas RCA (5 Why/Fishbone)	Fokus pada sebab yang dapat ditindak ; hindari gejala.
Tindakan	Uraian tindakan spesifik yang akan dilakukan	Satu baris = satu tindakan; bila kompleks, pecah menjadi sub-tugas/milestone.
Jenis (K/P)	Jenis tindakan: K = Korektif; P = Pencegahan	Pilih salah satu; dapat dibuat berjenjang (K → P).

PIC	Penanggung jawab utama (jabatan/nama)	Satu PIC; tim pendukung dicantumkan di catatan atau <i>assignment</i> eSPMI.
Target Tgl	Tenggat penyelesaian	Format tanggal baku (DD-MM-YYYY); harus realistis (lihat SLA Bab 4.2).
Sumber Daya	Kebutuhan biaya, SDM, sarpras, TI	Rujuk RKAT bila berdampak anggaran; sebut jam kerja/perangkat.
Indikator Hasil	Ukuran keberhasilan yang terukur	Rumus/ambang terdefinisi (mis. <i>timeliness</i> $\geq 95\%$, <i>error</i> $\leq 1\%$).
Status	Tahap pelaksanaan saat pelaporan	Lihat E.5 untuk definisi status dan perubahan.

Catatan penting: Target dan Indikator Hasil wajib disusun secara **SMART**.

E.4 Aturan Pengisian dan *Quality Gate*

1. **Keterkaitan logis:** Temuan → Akar Masalah → Tindakan harus konsisten dan berbasis bukti.
2. **Kelengkapan:** seluruh kolom wajib terisi; lampirkan tautan bukti di eSPMI pada kolom Catatan (opsional) atau pada *attachment* tugas.
3. **Realistis namun menantang:** Target tanggal mempertimbangkan kompleksitas dan ketersediaan sumber daya.
4. **Verifikasi:** setiap status **Selesai** harus disertai bukti dan jadwal **effectiveness check** minimal satu periode pelaporan berikutnya.
5. **Akuntabilitas:** PIC ditetapkan pada level pimpinan unit; perubahan PIC dicatat pada *decision log*.

E.5 Siklus Status dan Definisi

Gunakan status baku berikut untuk konsistensi dashboard:

- **Open:** dibuat dan belum dimulai.
- **In-Progress:** sedang dikerjakan sesuai rencana.
- **On-Hold:** tertunda sementara dengan alasan terdokumentasi.
- **Completed – Pending Verification:** tindakan selesai, menunggu verifikasi efektivitas.
- **Closed – Effective:** diverifikasi **berdampak**; indikator hasil mencapai target **dan** tidak terjadi *back-sliding* ≥ 1 periode.
- **Closed – Ineffective (Reopen):** tindakan selesai namun tidak mencapai indikator; **harus** dibuat RTK lanjutan/perbaiki desain.

Perubahan status hanya dapat dilakukan oleh PIC (Open/In-Progress/On-Hold/Completed) dan LPM/verifikator (Closed-Effective/Ineffective) dengan *audit trail* otomatis.

E.6 RACI dan Alur Persetujuan di eSPMI

Tahap	PIC	LPM	Pimpinan (WR/Dekan/Ka-Unit)	LPSI/Unit Pendukung
Pencatatan RTK	R	C	I	I
Persetujuan rencana (target, indikator, sumber daya)	C	R	A	C
Pelaksanaan dan unggah bukti	R	I	I	C
Verifikasi efektivitas	C	R	I	C
Penutupan (Closed-Effective/Ineffective)	I	R	A	I

E.7 Template Form (siap salin-pakai)

Format inti sesuai permintaan; kolom tambahan seperti **Risiko/Prioritas**, **Milestone**, atau **Bukti/URL** dapat ditambahkan bila diperlukan.

No.	Temuan/ Kesenjangan	Akar Masalah	Tindakan	Jenis (K/P)	PIC	Target Tgl	Sumber Daya	Indikator Hasil	Status
1									
2									
3									

Catatan: K = Korektif; P = Pencegahan. Target dan indikator harus **SMART**.

E.8 Contoh Pengisian (Ilustratif)

No.	Temuan/ Kesenjangan	Akar Masalah	Tindakan	Jenis (K/P)	PIC	Target Tgl	Sumber Daya	Indikator Hasil	Status
1	<i>Late entry</i> PDDikti Q2; timeliness 82%	Proses peringat manual; tidak ada <i>lock</i> pada <i>cut-off</i>	Otomasi <i>reminder</i> dan <i>lock</i> <i>cut-off</i> di feeder; sosialisasi SOP	K	Ka. Adm Akad emik	30-1 1-20 25	TI (20 jam dev), Sosialis asi	Timeline ss ≥95% pada Q4; zero major error	In- Pro gre ss
2	BA <i>review</i> RPS tidak lengkap (2 MK)	Jadwal <i>review</i> tidak terintegra si; <i>checklist</i> tidak dipakai	Integrasi <i>review</i> ke kalender; <i>checklist</i> wajib; monitoring oleh GPM	P	Kapr odi	15-1 2-20 25	Waktu rapat; <i>checklis</i> <i>t</i>	≥95% MK ber-BA <i>review</i> ttd; temuan berulang = 0	Op en

E.9 Verifikasi Efektivitas dan Kriteria Closed-Effective

- **Pra-syarat penutupan:** (i) tindakan selesai dan bukti lengkap; (ii) indikator hasil **mencapai target**; (iii) tidak ada regresi (≥ 1 periode); (iv) bila terkait dokumen, **revisi standar/SOP** telah disahkan dan dipublikasikan; (v) *user acceptance* memadai (bila relevan).
- **Metode verifikasi:** analisis data (pra-pasca), *spot check*, wawancara, telaah dokumen/revisi, dan konfirmasi pemilik proses.
- **Dokumentasi:** unggah bukti verifikasi, isi *verification note*, dan tetapkan status **Closed-Effective** pada eSPMI.

E.10 Penomoran, Versi, dan Integrasi eSPMI

- **Penamaan berkas:** F-EL-01_<Unit>_vX.Y_<YYYYMMDD>.xlsx/.docx.
- **Integrasi:** setiap baris RTK ditautkan ke **ID Temuan** pada L-EL-01, **Keputusan RTM (F-EL-02)**, dan—jika berdampak pada standar—ke **change-log** revisi (Bab 8).
- **Audit trail:** perubahan kolom **Target Tgl/Indikator Hasil/Status** terekam otomatis (siapa—apa—kapan—sebelum—sesudah—alasan).

E.11 Rekomendasi Implementasi Excel/eSPMI

- **Validasi data:** daftar pilihan untuk *Jenis (K/P)* dan *Status*; format tanggal untuk *Target Tgl*; batasan panjang teks pada kolom naratif.
- **Rumus bantu** (opsional): penghitungan **aging**, **on-time rate**, dan penanda otomatis *red/amber/green* berdasarkan kedekatan *due date*.
- **Visualisasi:** *pivot* per unit/PIC/jenis; *heatmap* status; grafik *aging*.
- **Keamanan:** proteksi sel rumus; *read-only* untuk arsip final; hak akses berbasis peran (Bab 6).

Dengan template dan ketentuan ini, **F-EL-01** menjadi wahana penggerak *close-the-loop*: setiap rekomendasi berubah menjadi tindakan **terukur**, **terjadwal**, **terverifikasi**, dan **terlacak** sampai berdampak pada **peningkatan mutu** di UKST.

Lampiran F. Notulen RTM (F-EL-02) — Template, Petunjuk Teknis, dan Contoh

Lampiran ini menyajikan **format notulen resmi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)** beserta petunjuk teknis agar keputusan eksekutif **terstruktur, terukur, dan terlacak**. F-EL-02 mengikat hasil presentasi **L-EL-01** (Bab 7), konversi rekomendasi menjadi **RTK/CAR–CAPA** (F-EL-01), serta mandat **revisi standar/SOP** (Bab 8). Dokumen ini juga berfungsi sebagai **decision log** ber-ID untuk audit internal/eksternal dan integrasi ke **RKAT**.

F.1 Tujuan, Ruang Lingkup, dan Landasan

- **Tujuan:** (a) mencatat **agenda, pembahasan, dan keputusan RTM** secara ringkas namun lengkap; (b) mengesahkan **RTK prioritas** beserta PIC, tenggat, indikator hasil, dan sumber daya; (c) menetapkan mandat **revisi standar/instrumen**; (d) memastikan keterlacakan keputusan → implementasi → dampak.
- **Ruang lingkup:** RTM tahunan dan RTM mini/ad-hoc pada tingkat institusi/fakultas/unit; seluruh domain standar (Pendidikan, Penelitian, PkM, dan tambahan UKST).
- **Landasan:** Bab 7.3 (RTM), Bab 8 (close-the-loop), Bab 10 (implementasi), Bab 12 (etika/Col), serta kebijakan SPMI UKST.

F.2 Tata Kelola, Quorum, dan Col

- **Quorum:** minimal Rektor/WR terkait, Kepala LPM, dan pimpinan unit sasaran; daftar hadir dilampirkan di F-EL-02.
- **Conflict of Interest (Col):** seluruh peserta menandatangani **deklarasi Col**; peserta dengan konflik **recusal** dari keputusan yang relevan (dicatat pada kolom *Catatan*).
- **Hak putus:** Rektor memegang otoritas akhir; keputusan dituangkan sebagai **Approve/Modify/Defer/Reject** per item RTK/mandat.

F.3 Struktur dan Kamus Kolom F-EL-02

Header metadata (wajib):

- **Kode Dokumen:** F-EL-02_[Unit/Level]_vX.Y_[YYYYMMDD]_(draft/final).pdf
- **ID Rapat (Decision Log):** DEC-RTM-[YYYY]-[XXX]
- **Tanggal dan Waktu; Tempat/Kanal; Jenis RTM** (Tahunan/Mini/Ad-hoc); **Periode Evaluasi; Daftar Hadir; Ringkasan Materi** (tautan L-EL-01, Dashboard, RTK draf).

Kamus kolom Tabel Notulen:

Kolom	Definisi Operasional	Aturan Pengisian
Tanggal	Tanggal bahasan/agenda diputuskan	Format DD-MM-YYYY
Agenda	Pokok bahasan/isu (mis. “RTK-ADM-01”, “Revisi indikator RPS”)	Satu baris per pokok bahasan
Ringkasan Pembahasan	Pokok argumen/data kunci yang dipertimbangkan (singkat, berbasis bukti)	Rujuk bukti: L-EL-01, dashboard, EV-ID
Keputusan	<i>Approve/Modify/Defer/Reject</i> + justifikasi ringkas	Cantumkan konsekuensi sumber daya bila ada
RTK Disetujui	ID RTK dari F-EL-01 (bisa lebih dari 1, pisah koma)	Untuk <i>Defer/Reject</i> , isi “_”
PIC	Penanggung jawab implementasi (jabatan/nama)	Selaras F-EL-01 dan RKAT
Tenggat	Batas waktu tindakan/mandat	DD-MM-YYYY; jika <i>Defer</i> , isi target tinjau ulang
Catatan	Informasi Col/recusal, syarat <i>gate</i> (mis. uji UAT), kebutuhan RKAT	Ringkas, jelas, dapat diaudit

F.4 Aturan *Quality Gate* dan SLA

- **Quality Gate:** (i) **quorum** terpenuhi; (ii) Col/recusal tercatat; (iii) setiap keputusan mengacu pada **bukti** (SoR/EV-ID) dan **rekomendasi** L-EL-01; (iv) **PIC, tenggat, indikator hasil, dan sumber daya** dinyatakan jelas untuk item yang *approve/modify*; (v) tautan ke **F-EL-01 dan RKAT** tercantum; (vi) penandatanganan oleh **Pimpinan Rapat dan Sekretaris/Notulis**.
- **SLA:** RTM diselenggarakan **≤ 30 hari** setelah L-EL-01 final; notulen F-EL-02 diterbitkan **≤ 5 hari kerja** pasca-rapat; integrasi keputusan ke F-EL-01/RKAT **≤ 10 hari kerja**.

F.5 Template Tabel Notulen (Siap Salin-Pakai)

Tanggal	Agenda	Ringkasan Pembahasan	Keputusan	RTK Disetujui	PIC	Tenggat	Catatan

Blok Penutup dan *Sign-off*

- **Kesimpulan Rapat:** [ringkas butir keputusan dan tindak lanjut utama]
- **Disusun oleh** (Sekretaris/Notulis): [Nama, TTD, Tanggal]
- **Disetujui oleh** (Pimpinan Rapat): [Nama, TTD, Tanggal]

F.6 Contoh Isian (Ilustratif)

Tanggal	Agenda	Ringkasan Pembahasan	Keputusan	RTK Disetujui	PIC	Tenggat	Catatan
15-11-2025	Peningkatan kepatuhan PDDikti (Late Entry Q2)	L-EL-01: <i>timeliness</i> 82%; RCA: pengingat manual; usulan otomatisasi <i>reminder</i> dan <i>lock cut-off</i>	Approve	RTK-A DM-01	Ka. Adm Akademik	30-11-2025	Alokasi 20 jam dev TI; UAT 25-11; verifikasi efektivitas Q4
15-11-2025	Kelengkapan BA review RPS (2 MK)	Dua MK belum BA; <i>checklist</i> tidak dipakai; usul integrasi kalender dan <i>checklist</i> wajib	Modify	RTK-E DU-02	Kaprodidi	15-12-2025	Tambah syarat: pelatihan <i>review</i> RPS; laporan progres 01-12
15-11-2025	Revisi indikator tracer <i>response rate</i>	Target 50% → realisasi 28%; usul fase <i>multi-channel</i> dan insentif	Defer	—	CDC/Alumni	31-01-2026	Perlu simulasi beban dan tinjauan kebijakan insentif pada RTM mini

F.7 Integrasi ke F-EL-01, RKAT, dan eSPMI

- Setiap baris keputusan **Approve/Modify wajib** memiliki **tautan** ke **F-EL-01** (baris RTK) dan, bila berdampak anggaran, ke **RKAT** (kode program/akun).
- Status implementasi dipantau pada **dashboard triwulan** (Bab 8.7); *exceptions* di-eskalasi melalui **RTM mini**.
- F-EL-02 dipublikasikan **read-only** pada eSPMI; *audit trail* menyimpan revisi *post-meeting* (siapa-apa-kapan-alasan).

F.8 Format dan Penomoran Dokumen

- **Penamaan berkas:**
F-EL-02_[Unit/Level]_vX.Y_[YYYYMMDD]_(draft/final).docx/.pdf.
- **Penomoran keputusan:** DEC-RTM-[YYYY]-[XXX] selaras *decision log*; gunakan referensi silang pada F-EL-01/RKAT.
- **Klasifikasi:** Internal/Terbatas; gunakan watermark dan QR/tautan verifikasi.

F.9 Checklist Kelengkapan F-EL-02

- Quorum dan Col tercatat; recusal bila perlu.
- Agenda RTM sesuai undangan; materi ringkas L-EL-01/dash siap.
- Setiap butir memiliki **Keputusan** yang jelas (A/M/D/R) beserta justifikasi.

- **RTK Disetujui** memiliki **PIC, tenggat, indikator hasil**, dan (bila relevan) sumber daya RKAT.
- Tautan silang ke L-EL-01, F-EL-01, RKAT tercantum.
- *Sign-off* pimpinan dan sekretaris; publikasi eSPMI ≤ 5 hari kerja.

Dengan template, *quality gate*, dan contoh di atas, F-EL-02 memastikan setiap RTM menghasilkan **keputusan yang dapat dijalankan, terukur, dan terlacak** hingga menghasilkan **dampak peningkatan** pada mutu tridharma dan tata kelola UKST.

Lampiran G. Register Change-Log Dokumen Evaluasi — Template, Kebijakan Versi, dan Petunjuk Teknis

Lampiran ini menetapkan **format baku** dan **tata kelola perubahan** (change control) untuk seluruh dokumen evaluasi SPMI—termasuk **Kebijakan/Manual/Standar/SOP, Instrumen (INS-EL), Laporan (L-EL-01), Form RTK (F-EL-01), Notulen RTM (F-EL-02)**, dan artefak pendukung lain—agar setiap perubahan **tercatat, terlacak, disetujui, dan efektif** pada tanggal yang jelas. Register ini menjadi bagian dari modul **DID/DIR** (Daftar Induk Dokumen/Daftar Induk Rekaman) dalam eSPMI.

G.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- **Tujuan:** (a) menyediakan **jejak perubahan** (audit trail) yang ringkas namun lengkap; (b) memastikan **konsistensi** antarversi; (c) menjamin perubahan **disetujui** oleh otoritas yang tepat; (d) menginformasikan **tanggal efektif** dan implikasi implementasi/pelatihan.
- **Ruang lingkup:** semua dokumen evaluasi pada level institusi–fakultas–prodi–unit pendukung yang tercantum di eSPMI.

G.2 Kebijakan *Versioning* dan Penamaan

- **Skema versi: vX.Y.Z**
 - **X (Mayor):** perubahan **substansial** yang berdampak pada proses/penilaian/komputasi (mis. revisi rubrik 0–4, perubahan bobot indikator, SOP baru/dirombak). **Butuh keputusan RTM/otorisasi Rektor/WR.**
 - **Y (Minor):** perubahan **teknis** yang memengaruhi implementasi namun tidak mengubah esensi penilaian (mis. penambahan contoh bukti, klarifikasi langkah, perluasan definisi). **Butuh persetujuan Kepala LPM.**
 - **Z (Patch):** **koreksi redaksional**/tipografi/penyelarasan penomoran/tautan tanpa dampak metodologis. **Disetujui oleh pengelola dokumen** (dengan tembusan LPM).
- **Penamaan berkas:**
KODE_<Unit/Level>_vX.Y.Z_<YYYYMMDD>_(draft/final).pdf/.docx/.xlsx (selaras Bab 4.4).
- **Tanggal efektif:** tanggal sejak versi berlaku untuk operasional; dicantumkan pada DID/DIR dan halaman pengesahan.

G.3 Kategori Perubahan dan Persetujuan

Kategori	Contoh	Persetujuan	Dampak Turunan
Mayor	Ubah rubrik skor, ganti bobot indikator, tambah/hapus butir instrumen, revisi SOP inti	RTM (F-EL-02) dan SK Rektor/WR	Sosialisasi, pelatihan, pembaruan dashboard/ETL
Minor	Tambah contoh bukti, perbaiki langkah wawancara, harmonisasi istilah	Kepala LPM	<i>Notice</i> ke unit/auditor; pembaruan template
Patch	Typo, perbaiki tautan eSPMI, rapikan penomoran tabel/gambar	Pengelola Dokumen (PIC)	Notifikasi pasif di DID/DIR

G.4 Proses dan SLA *Change Control*

1. **Inisiasi** (Pengusul): ajukan usulan dengan ringkasan perubahan dan alasan (regulasi, audit, *lessons learned*).
2. **Analisis Dampak Perubahan (ADeP)**: telaah implikasi pada SOP/INS/L-EL, kebutuhan pelatihan, dan risiko.
3. **Review** (LPM): cek konsistensi, konflik, dan keterkaitan dengan dokumen lain; tetapkan kategori (Mayor/Minor/Patch).
4. **Persetujuan**: sesuai matriks G.3 (RTM/LPM/PIC).
5. **Publikasi**: unggah versi baru (read-only), tarik/arsip versi lama, perbarui **Register Change-Log**.
6. **Sosialisasi dan Efektivitas**: tetapkan **tanggal efektif**, lakukan sosialisasi/pelatihan bila diperlukan.

SLA: Minor/Patch ≤ 10 hari kerja; Mayor ≤ 20 hari kerja sejak berkas lengkap.

G.5 Kamus Kolom dan Aturan Pengisian Register

Kolom	Definisi Operasional	Aturan Pengisian
Tanggal	Tanggal persetujuan/entri perubahan	Format DD-MM-YYYY; bila ada tanggal efektif berbeda, sebutkan di Catatan
Versi	Label versi mengikuti skema vX.Y.Z	Wajib konsisten dengan yang tertera pada dokumen final
Uraian Perubahan	Ringkasan perubahan yang mudah dipahami	Sertakan dampak singkat (mis. “bobot IND-RES-03 dari 15%→20%”)
Pengusul	Nama/jabatan pengusul perubahan	Dosen/auditor/Ka-Unit/LPM, dsb.
Persetujuan	Otoritas yang menyetujui	“Kepala LPM”, “RTM (DEC-RTM-2025-012)”, “Rektor SK-....”

Opsional (disarankan ditambahkan dalam register): **Dokumen Terdampak (Kode)**, **ID Keputusan** (tautan F-EL-02), **Tanggal Efektif**, **Tautan eSPMI/Repo**, **Status** (Draft/Approved/Effective/Deprecated).

G.6 Template Register (siap salin-pakai)

Format inti sesuai permintaan. Tambahkan kolom opsional bila ingin memperkaya keterlacakan.

Tanggal	Versi	Uraian Perubahan	Pengusul	Persetujuan

G.7 Contoh Isian (Ilustratif)

Tanggal	Versi	Uraian Perubahan	Pengusul	Persetujuan
15-11-2025	v1.1.0	INS-EL-01: tambahkan <i>anchor rubric</i> untuk RES-01 ; selaraskan definisi <i>timeliness</i> PDDikti	Kepala LPM	Kepala LPM (Memo 015/LPM/2025)
30-11-2025	v2.0.0	SOP-EL-03: ubah SLA Final ≤14 hari → 10 hari ; tambah keharusan <i>quality review</i> kedua	LPM dan Lead Auditor	RTM (DEC-RTM-2025-007); SK WR-Akad No. 123/2025
05-12-2025	v2.0.1	L-EL-01: perbaiki tipografi, perbarui tautan dashboard	Sekretaris LPM	Pengelola Dokumen (PIC)

Bila menggunakan kolom opsional: tambahkan Tanggal Efektif (mis. 01-01-2026), Dokumen Terdampak (SOP-EL-03; INS-EL-01), ID Keputusan (DEC-RTM-2025-007), Tautan (eSPMI://.../v2.0.0), Status (Effective).

G.8 Integrasi eSPMI, Retensi, dan Audit Trail

- **eSPMI:** Register ditempatkan pada modul **DID/DIR**; setiap baris memiliki tautan ke dokumen versi baru/lama.
- **Retensi:** simpan riwayat **≥ 5 tahun** (Bab 6.4); versi final bersifat **read-only** dengan *checksum*/QR verifikasi.
- **Audit trail:** sistem mencatat **siapa-apa-kapan-sebelum-sesudah** pada setiap perubahan entri.
- **Depresiasi versi:** versi lama ditandai **Deprecated** dan tidak digunakan untuk operasional, namun tetap dapat diakses sebagai arsip.

G.9 Peran dan RACI Pengelolaan Register

Aktivitas	Pengusul	Pengelola Dokumen (PIC)	LPM	Pimpinan (WR/Rektor)
Ajukan usulan perubahan	R	I	C	I
Telaah dampak (ADeP)	C	R	R	C
Klasifikasi (Mayor/Minor/Patch)	I	C	R	C
Persetujuan	I	I	A (Minor)	A (Mayor)
Publikasi dan update register	I	R	R	I

G.10 Quality Gate Register

- Versi (vX.Y.Z) konsisten dengan dokumen.
- Uraian perubahan menyebut dampak ringkas.
- Otoritas persetujuan jelas (LPM/RTM/SK).
- Tautan ke dokumen dan (bila ada) ID keputusan tercantum.
- Tanggal efektif dan status terkini terdokumentasi.
- Arsip versi lama ditandai **Deprecated**.

Dengan **Register Change-Log** ini, UKST memastikan setiap perubahan dokumen evaluasi **terkendali, terkomunikasikan, dan terukur dampaknya**, sehingga menjaga **konsistensi** dan **keterlacakan** dalam seluruh siklus PPEPP dan pendampingan akreditasi.

Lampiran H. Matriks Penomoran Dokumen — Skema, Aturan, dan Contoh

Lampiran ini menetapkan **skema penomoran dan penamaan dokumen** untuk seluruh artefak evaluasi SPMI UKST agar **konsisten, mudah ditelusuri, dan dapat diaudit**. Penomoran digunakan pada halaman judul dokumen, metadata eSPMI (DID/DIR), header/footer PDF, serta QR/tautan verifikasi.

H.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- **Tujuan:** memastikan setiap dokumen memiliki **identitas unik** (jenis, domain, urutan penerbitan), memudahkan referensi silang (L-EL-01 ↔ F-EL-01 ↔ F-EL-02 ↔ INS, SOP), dan menyederhanakan pemeliharaan versi.
- **Ruang lingkup:** Kebijakan (KB), SOP, Instrumen (INS), Form (F), dan Laporan (L) terkait **Evaluasi Pelaksanaan Standar (EL)** serta domain pendukung SPMI.

H.2 Struktur Kode dan Konvensi Penamaan

Struktur dasar kode:

UKST-SPMI-[JENIS]-[DOMAIN]-[NOMOR]

- **[JENIS]** ∈ {KB, SOP, INS, F, L}
- **[DOMAIN]:** kode 2–3 huruf (lihat H.3), mis. **EL, EDU, RES, PKM, ADM, SVY, ME, TI, SAR, KER, LAY, REP**
- **[NOMOR]:** **2 digit** (01–99). Jika >99 item pada kombinasi **[JENIS]–[DOMAIN]**, gunakan **3 digit** (001–999).

Konvensi penamaan berkas (filename):

UKST-SPMI-[JENIS]-[DOMAIN]-
[NOMOR]_[Unit/Level]_vX.Y[Z]_[YYYYMMDD]_(draft/final).(pdf/docx/xlsx)

Contoh filename:

UKST-SPMI-SOP-EL-01_Institusi_v1.0_20250911_final.pdf

Catatan: Kode dokumen tetap hingga terjadi perpindahan domain/jenis. **Versi** dikelola terpisah (Lampiran G). Perubahan domain/jenis menerima **kode baru** dan dicatat pada **change-log**.

H.3 Kamus Domain (Kode [DOMAIN])

Kode	Domain	Deskripsi dan Cakupan contoh
EL	Evaluasi	Dokumen evaluasi pelaksanaan standar (SOP-EL, INS-EL, F-EL, L-EL)
EDU	Pendidikan	Kurikulum, RPS, CPL, proses pembelajaran
RES	Penelitian	Publikasi, pendanaan, HKI, kolaborasi riset
PKM	Pengabdian	Kegiatan PkM, dampak, kemitraan
ADM	Administrasi/Tata Kelola dan Keuangan	PDDikti, kepegawaian, keuangan, umum
SVY	Survei	EDOM, Layanan, Tracer, instrumen dan pelaporan survei
ME	Meta-Evaluasi	Evaluasi atas evaluasi, peer review proses, AAR
TI	Teknologi Informasi	eSPMI, ETL, keamanan informasi
SAR	Sarana dan Prasarana	Laboratorium, ruang kelas, utilitas
KER	Kerja Sama	MoU/MoA, implementasi kerjasama
LAY	Layanan Kemahasiswaan	Akademik, kemahasiswaan, konseling
REP	Reputasi dan Branding	Peringkat, penghargaan, publikasi institusi

Dokumen **lintas domain**: gunakan **EL** (untuk set evaluasi) atau **ADM** (untuk tata kelola umum). Penambahan domain baru ditetapkan LPM dan dicatat di change-log.

H.4 Matriks Penomoran (Ringkas)

Jenis	Kode	Contoh
Kebijakan	UKST-SPMI-KB-xx	UKST-SPMI-KB-01 (Kebijakan SPMI UKST)
SOP	UKST-SPMI-SOP-xx	UKST-SPMI-SOP-EL-01 (Perencanaan Evaluasi/AMI)
Instrumen	UKST-SPMI-INS-xx	UKST-SPMI-INS-EL-01 (Instrumen AMI)
Form	UKST-SPMI-F-xx	UKST-SPMI-F-EL-01 (Form RTK/CAR-CAPA)
Laporan	UKST-SPMI-L-xx	UKST-SPMI-L-EL-01 (Laporan Evaluasi Tahunan)

Disarankan **menyisipkan [DOMAIN]** di antara **[JENIS]** dan **[NOMOR]** untuk menghindari ambiguitas.

H.5 Aturan Pemberian Nomor dan Pengelolaan Urutan

1. **Urutan numerik** dimulai dari **01** untuk setiap kombinasi **[JENIS]**–**[DOMAIN]** dan meningkat sesuai **tanggal persetujuan**.
2. **Nomor yang ditarik** (dibatalkan sebelum efektif) **tidak didaur ulang**; tandai **Void** pada DID/DIR.
3. **Perpindahan domain/jenis** → **kode baru**; dokumen lama **Deprecated** dan dirujuk silang (Lampiran G).
4. **Lampiran** mengikuti nomor dokumen induk dan diberi huruf A, B, C... (mis. UKST-SPMI-L-EL-01-Lampiran A).

H.6 Validasi Kode (RegEx) dan Quality Gate

Pola kode dasar (tanpa sub-domain tambahan):

```
^UKST\-SPMI\-(KB|SOP|INS|F|L)\-[A-Z]{2,3}\-(\d{2,3})$
```

Pola filename:

```
^UKST\-SPMI\-(KB|SOP|INS|F|L)\-[A-Z]{2,3}\-(\d{2,3})_[A-Za-z0-9\-\+_\v\d+\.\d+(\.\d+)?_d{8}_(draft|final)\.(pdf|docx|xlsx)$
```

Quality gate metadata (wajib di DID/DIR): kode, judul, ringkasan, domain, unit/level, penutup, tanggal berlaku, versi, status (Draft/Approved/Effective/Deprecated), QR/tautan verifikasi, checksum (opsional).

H.7 Contoh Lengkap per Jenis (Set EL)

A. Kebijakan

- **Kode:** UKST-SPMI-KB-01
- **Judul:** Kebijakan SPMI Universitas Katolik Santo Thomas
- **Filename:** UKST-SPMI-KB-01_Institusi_v1.0_20250911_final.pdf

B. SOP (Evaluasi)

- **Kode:** UKST-SPMI-SOP-EL-01 s.d. UKST-SPMI-SOP-EL-05
- **Judul contoh:** Perencanaan Evaluasi/AMI; Pelaksanaan Evaluasi; Pelaporan dan RTK; RTM; Pengendalian dan Peningkatan
- **Filename:** UKST-SPMI-SOP-EL-01_Institusi_v1.0_20250911_final.pdf

C. Instrumen

- **Kode:** UKST-SPMI-INS-EL-01
- **Judul:** Instrumen AMI (INS-EL-01)
- **Filename:** UKST-SPMI-INS-EL-01_ProdiPBSI_v1.0_20250911_final.xlsx

D. Form

- **Kode:** UKST-SPMI-F-EL-01 (RTK/CAR–CAPA), UKST-SPMI-F-EL-02 (Notulen RTM)
- **Filename:** UKST-SPMI-F-EL-01_FakultasFKIP_v1.0_20250911_final.xlsx

E. Laporan

- **Kode:** UKST-SPMI-L-EL-01 (Laporan Evaluasi Tahunan)
- **Filename:** UKST-SPMI-L-EL-01_Institusi_v1.0_20250911_final.pdf

H.8 Ekstensi (Opsional) untuk Sub-Domain

Bila diperlukan, gunakan **sub-domain** satu tingkat tambahan:
UKST-SPMI-[JENIS]-[DOMAIN]-[SUB]-[NOMOR]

Contoh:

- UKST-SPMI-INS-SVY-EDOM-01 (Instrumen EDOM)
- UKST-SPMI-INS-SVY-TRC-01 (Instrumen Tracer)
- UKST-SPMI-L-ME-01 (Laporan Meta-Evaluasi)

Penggunaan sub-domain ditetapkan oleh LPM, dicatat dalam change-log, dan ditambahkan ke kamus domain DID/DIR.

H.9 Integrasi eSPMI dan QR/Checksum

- Dokumen **Effective** dipublikasikan **read-only** dengan **QR/tautan verifikasi** ke rekaman eSPMI dan **checksum** (opsional) untuk integritas berkas.
- **Referensi silang otomatis:** eSPMI menghubungkan L-EL-01 ↔ F-EL-01 ↔ F-EL-02 ↔ INS/SOP berdasarkan **kode**.

H.10 Prosedur Penetapan dan Perubahan Kode

- 1) **Usulan kode** oleh pengelola dokumen saat draf final.
- 2) **Pemeriksaan** ketersediaan nomor oleh admin DID/DIR (hindari duplikasi).
- 3) **Pengesahan** pada halaman judul dan metadata DID/DIR.
- 4) **Perubahan domain/jenis** → terbit **kode baru**; kode lama **Deprecated** (Lampiran G).
- 5) **Audit berkala** konsistensi kode vs domain/jenis pada meta-evaluasi proses (Bab 11).

H.11 Templat Isian Metadata (DID/DIR)

Bidang	Isi Contoh
Kode Dokumen	UKST-SPMI-SOP-EL-01
Judul	SOP Perencanaan Evaluasi/AMI
Domain	EL
Jenis	SOP
Nomor	01
Versi/Tanggal	v1.0 / 11-09-2025
Status	Effective
Unit/Level	Institusi
Penetap	Rektor (SK No.)
Tautan eSPMI	eSPMI://...
QR/Checksum	(opsional)

Ringkasan Praktis

- Gunakan pola UKST-SPMI-[JENIS]-[DOMAIN]-[NOMOR] secara konsisten.
- Selalu sertakan **versi** dan **tanggal** pada **filename**, bukan pada **kode**.
- Setiap perpindahan domain/jenis → **kode baru**, dokumentasikan di **Lampiran G (change-log)**.
- Cantumkan **QR**/tautan eSPMI pada versi final **Effective**.

Lampiran I. Kamus Data (Data Dictionary) – Cuplikan dan Panduan Teknis

I.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- **Tujuan:** menyajikan definisi baku setiap elemen data yang dipakai dalam evaluasi SPMI (INS-EL, L-EL, F-EL, RTM, Dashboard), sehingga **seragam, dapat diaudit, dan terlacak** (*traceable*) lintas sistem (PDDikti, SISTER, SIMAK/Keuangan, Perpustakaan, LMS/e-learning).
- **Ruang lingkup:** elemen master (Standar, Indikator, Unit), elemen transaksi (Skor, Bobot, Bukti), metadata siklus (Periode, *cut-off*), dan identitas/tautan (URL SoR, ID bukti).

I.2 Prinsip Perancangan Kamus Data

1) **Satu definisi resmi per elemen**; 2) **Format eksplisit** (tipe, panjang, domain nilai, contoh); 3) **Validasi terukur** (regex/range/daftar nilai); 4) **Sumber of Record (SoR)** jelas; 5) **Aturan bisnis (business rule)** dan **keterkaitan** (kunci unik/asing) terdokumentasi; 6) **Klasifikasi sensitivitas** (PII/Kritis); 7) **Retensi dan audit trail** mengacu Bab 6.

I.3 Tabel Kamus Data — Cuplikan Inti (sesuai format diminta)

Catatan: kolom “Format” sebutkan tipe, panjang, dan contoh; kolom “Validasi” memuat regex/aturan; kolom “Catatan” memuat contoh nilai atau aturan bisnis singkat.

Nama Data	Definisi	Format	Sumber	Validasi	Catatan
Kode Standar	Kode unik untuk setiap Standar SPMI	teks, 7–10 char, contoh EDU-01, EL-03	Master SPMI	regex <code>^[A-Z]{2,4}-\d{2}\$</code>	Unik (no duplikat); tidak berubah antar-siklus
Kode Indikator	Kode unik indikator dalam sebuah standar	teks, 8–12 char, contoh EDU-01-A	Master Indikator	regex <code>^[A-Z]{2,4}-\d{2}-[A-Z]\$</code>	FK → Kode Standar; maksimal 26 indikator/standar
Indikator	Nama/uraian indikator terukur	teks ≤ 200 char	Master Indikator	wajib diisi (not null)	Hindari butir ganda; uji keterpahaman
Bobot Indikator (%)	Bobot kontribusi indikator terhadap skor standar	numeric (0–100), 0 desimal	Master Indikator	range 5–25; Σ bobot per standar = 100	<i>Gatekeeper</i> dapat diberi bobot wajib
Nilai Capaian (0–4)	Skor rubrik indikator (lihat Bab 5.2)	numeric (0.00–4.00), 2 desimal	Sistem (INS/L-EL)	range 0–4	Hasil kalibrasi auditor; simpan <i>decision log</i>

Nilai Capaian (%)	Skor persentase indikator (jika berbasis % proses/luaran)	numeric (0–100)	Sistem /Excel/ ETL	range 0–100	Jika ada, dipetakan ke rubrik 0–4
Skor Standar (0–4)	Agregat berbobot per standar	numeric (0.00–4.00), 2 desimal (turunan)	Sistem (Dashboard)	formula $\Sigma(w \times s) / \Sigma w$	Bidang turunan (<i>derived</i>), read-only
Kategori Warna	Kategori performa	enum {Merah, Kuning, Hijau muda, Hijau}	Sistem	pemetaan: <1.50=Merah; 1.50–<2.50=Kuning; 2.50–<3.50=Hijau muda; ≥3.50=Hijau	Konsisten dengan Bab 5.2
Unit/Level	Unit penanggung jawab	teks (kode unit), contoh FKIP, PBSI	Master Organisasi	daftar nilai (dropdown)	FK → Master Unit; wajib
Periode	Periode pelaporan	teks (YYYY-Qn) atau tahun	Sistem	regex <code>^\d{4}-(Q[1-4])\$</code>	<code>^\d{4}\$</code>
Tanggal Cut-off	Tanggal penutupan data	tanggal (DD-MM-YYYY)	Sistem	∈ {31/03, 30/06, 30/09, 31/12}	Menentukan <i>snapshot</i> data
ID Bukti	Identitas bukti audit	teks, contoh EV-EDU-01-0007	eSPMI	regex <code>^EV\-[A-Z]{2,4}\-\d{2}\-\d{4}\$</code>	Unik; ditautkan dari INS/L-EL
Bukti/URL (SoR)	Tautan langsung ke sistem sumber	URL/ID	eSPMI /SoR	valid URL/ID; akses read-only	e.g., eSPMI://..., DOI/ScopusID
PIC Indikator	Penanggung jawab data indikator	teks (jabatan/nama)	Unit/Organisasi	wajib diisi	Data steward per indikator
Status Validasi	Status pemeriksaan data	enum {Draft, Reviewed, Approved}	Sistem	transisi terkontrol	Reviewed oleh LPM; Approved oleh pimpinan
Catatan	Catatan teknis/pengecualian	teks ≤ 250 char	Sistem	opsional	Jelaskan <i>exception</i> /anomaly

I.4 Kolom Lanjutan (Opsional namun direkomendasikan)

Untuk memperkuat *data governance*, Bapak dapat menambahkan kolom berikut pada lembar/DB kamus:

Nama Kolom	Deskripsi	Contoh/Aturan
Owner (Data Steward)	Penanggung jawab mutu data	“Kaprodi PBSI”, “Ka. Adm Akademik”
Frekuensi Pemutakhiran	Periodisitas <i>refresh</i>	Triwulanan (Q1–Q4); Tahunan
Kritis/PII	Penandaan data kritis/sensitif	{Kritis, PII, Biasa}; PII: nama/email/ID personal
Business Rule	Aturan turunan/ketergantungan	Σ bobot = 100 per standar; <i>gatekeeper</i> wajib
Korelasi/Relasi	Hubungan antar elemen	Kode Indikator FK→Standar; Bukti FK→EV-ID
Retensi	Lama simpan	≥5 tahun; arsip final read-only (Bab 6.4)
Kualitas Data	Dimensi kualitas	<i>Timeliness, Completeness, Consistency</i> (status)

I.5 Aturan Validasi (contoh lengkap)

A. Pola kode (regex)

Kode Standar : $^{[A-Z]\{2,4\}-\d{2}}\$$
 Kode Indikator : $^{[A-Z]\{2,4\}-\d{2}-[A-Z]}\$$
 ID Bukti (EV-ID) : $^{EV-[A-Z]\{2,4\}-\d{2}\-\d{4}}\$$
 Periode (Q) : $^{\d{4}\-Q[1-4]}\$$
 URL SoR : $^{(https?://|eSPMI://).+}$

B. Batas nilai (range dan integritas)

- **Nilai Capaian (0–4):** $0.00 \leq \text{nilai} \leq 4.00$ (2 desimal).
- **Nilai Capaian (%):** $0 \leq \text{nilai} \leq 100$.
- **Bobot:** $5 \leq \text{bobot}_i \leq 25$ dan Σbobot_i (per standar) = 100.
- **Skor Standar (turunan):** $\Sigma(w \times s) / \Sigma w$ (read-only).
- **Kategori Warna:** pemetaan deterministik dari Skor Standar (Bab 5.2).

C. Referential integrity

- **Kode Indikator wajib** memiliki **Kode Standar** yang valid (FK).
- **Bukti/URL** harus mengarah ke SoR/eSPMI yang aktif (uji keberadaan).

1.6 Contoh Implementasi Kamus Data (lembar “Kamus_Data.xlsx”)

Struktur lembar sederhana agar mudah di-*import* ke eSPMI/ETL.

Nama Data	Definisi	Format	Sumber	Validasi	Catatan
Kode Standar	Kode unik standar	teks (EDU-01)	Master SPMI	regex <code>^[A-Z]{2,4}-\d{2}\$</code> ; unik	Domain 2–4 huruf + nomor 2 digit
Kode Indikator	Kode unik indikator	teks (EDU-01-A)	Master Indikator	regex <code>^[A-Z]{2,4}-\d{2}-[A-Z]\$</code> ; FK→Kode Standar	Huruf akhir bertambah berurutan
Indikator	Nama indikator	teks	Master Indikator	not null	Maks. 200 char
Bobot Indikator (%)	Bobot kontribusi	numeric 0–100	Master Indikator	5–25; $\Sigma=100$ per standar	Validasi lintas-baris per standar
Nilai Capaian (0–4)	Skor rubrik	numeric 0–4	Sistem	range 0–4	2 desimal; audit trail
Nilai Capaian (%)	Skor persentase	numeric 0–100	Sistem	range 0–100	Jika ada, map ke 0–4
Skor Standar (0–4)	Agregat berbobot	numeric 0–4	Sistem	turunan	Formula; read-only
Kategori Warna	Kategori performa	enum	Sistem	aturan Bab 5.2	Merah/Kuning/Hm/Hijau
Unit/Level	Kode unit	teks	Master Organisasi	dropdown	FK → tabel Unit
Periode	Periode pelaporan	teks	Sistem	regex <code>^\d{4}\$(Q[1-4])\$</code>	<code>^\d{4}\$`</code>
Tanggal Cut-off	Tanggal snapshot	tanggal	Sistem	$\in \{31/03, 30/06, 30/09, 31/12\}$	Ikuti kalender mutu
ID Bukti	ID bukti audit	teks	eSPMI	regex <code>^EV\-[A-Z]{2,4}-\d{2}\-\d{4}\$</code>	Unik; berurutan
Bukti/URL (SoR)	Tautan sumber	URL/ID	eSPMI/SoR	valid URL/ID	eSPMI://..., DOI, ScopusID
PIC Indikator	Penanggung jawab	teks	Organisasi	not null	Jabatan/nama
Status Validasi	Status pemeriksaan	enum	Sistem	{Draft, Reviewed, Approved}	<i>Workflow</i> persetujuan
Catatan	Catatan teknis	teks	Sistem	opsional	Jelaskan <i>exception</i>

I.7 Contoh Data (baris ilustratif)

Nama Data	Contoh
Kode Standar	EDU-01
Kode Indikator	EDU-01-A
Indikator	“Ketercapaian CPL program studi”
Bobot Indikator (%)	20
Nilai Capaian (0–4)	3.00
Skor Standar (0–4)	3.20 (<i>turunan; contoh hasil agregat</i>)
Kategori Warna	Hijau muda
Unit/Level	PBSI
Periode	2025-Q2
Tanggal Cut-off	30-06-2025
ID Bukti	EV-EDU-01-0007
Bukti/URL (SoR)	eSPMI://PBSI/CPL2025
PIC Indikator	Kaprodi PBSI
Status Validasi	Reviewed
Catatan	“CPL tercapai; <i>action plan</i> semester berikut disahkan.”

I.8 Aturan Bisnis Kunci (*Business Rules*)

1. **Σ Bobot = 100%** per **Kode Standar**; validasi lintas-baris wajib.
2. **Skor Standar** hanya dihitung dari indikator **berstatus Approved**; indikator **Draft** tidak masuk agregasi.
3. **Periode** harus sesuai kalender mutu; *cut-off* ditetapkan dan tidak mundur (*no backdating*).
4. **Bukti/URL** wajib merujuk SoR; *screenshot* hanya pelengkap.
5. **Perubahan definisi indikator/bobot** → catat pada **Change-Log (Lampiran G)**; versi baru efektif pada periode berikut.

I.9 Kualitas Data dan Kontrol (ringkas)

- **Completeness:** ≥ 98% kolom wajib terisi; *exception* dijelaskan pada Catatan.
- **Consistency:** *no conflict* antara Nilai Capaian (%) ↔ (0–4) setelah pemetaan.
- **Timeliness:** semua entri **Approved** ≤ 10 hari kerja pasca *cut-off*.
- **Accuracy:** uji sampel bukti (spot check) ≥ 10% per unit; *error major* = 0.
- **Audit Trail:** siapa–apa–kapan–sebelum–sesudah–alasan tercatat (Bab 6.4).

I.10 Catatan Implementasi (Excel/eSPMI)

- **Dropdown:** Kode Standar, Kode Indikator, Unit/Level, Status Validasi.

- **Data Validation:** regex sederhana (dengan bantuan *helper column*), *range check* (0–4; 0–100), tanggal *cut-off*.
- **Rumus bantu:** cek Σ bobot = 100 per standar; pewarnaan RAG untuk Kategori Warna.
- **Proteksi:** bidang turunan (*read-only*), *locking* sel formula; versi final **read-only**.

Lampiran J. Checklist “Tautan Peningkatan” — Template, Petunjuk Teknis, dan Contoh (Siap Unggah)

Lampiran ini menyediakan **daftar periksa (checklist)** dan **format baku** untuk pengisian kolom **Tautan Peningkatan** pada portal regulator. Seluruh entri harus **berjejak** (traceable) ke dokumen resmi pada eSPMI/DID-DIR dan menunjukkan keterkaitan **Evaluasi (E) → Pengendalian (PD) → Peningkatan (PP)** (Bab 8), sehingga memperlihatkan *closing-the-loop* yang utuh.

J.1 Tujuan dan Ruang Lingkup

- **Tujuan:** memastikan bukti tahap **E** (hasil evaluasi) **mengalir** ke **PD** (RTK/CAR–CAPA) dan **PP** (revisi standar/SOP, kebijakan), serta dapat diverifikasi oleh asesor/regulator melalui **tautan resmi** (read-only) yang konsisten dengan metadata dokumen (Lampiran H dan G).
- **Ruang lingkup:** Kebijakan, Manual, SOP, SK Tim/Auditor, Program Evaluasi/AMI, Instrumen dan Template, Laporan Evaluasi, RTK, Notulen/Keputusan RTM, Dashboard eSPMI, serta Register Change-Log.

J.2 Struktur Kolom dan Kamus Data (Kamus Ringkas)

Kolom	Definisi Operasional	Aturan Pengisian
No.	Nomor urut	Angka berurutan sesuai tabel kategori
Kategori	Jenis dokumen/artefak pada rantai E-PD-PP	Mengacu J.4 (11 kategori)
Dokumen/ URL	Tautan resmi (URL/ID) ke dokumen final	Prioritas: eSPMI (read-only); alternatif: repositori institusi dengan kontrol akses
Kode	Kode dokumen sesuai Lampiran H	Contoh: UKST-SPMI-SOP-EL-01, F-EL-01
Nomor/Tanggal SK	Identitas keputusan/penetapan	Format SK No. ... / DD-MM-YYYY (jika relevan)
Versi	Label versi dokumen	Skema vX.Y[Z] (lihat Lampiran G)
PIC	Penanggung jawab	Jabatan/nama penanggung jawab dokumen
Status (Berlaku/Revisi)	Status penerapan	Berlaku = effective; Revisi = sedang diganti/dirombak; (opsi: Deprecated)
Keterangan	Catatan ringkas	Jejaring E→PD→PP; prasyarat; ringkasan perubahan

Catatan: Gunakan **QR/tautan verifikasi** pada dokumen final dan pastikan **hak akses viewer/verifikator** tersedia tanpa kredensial personal.

J.3 Aturan Umum dan *Quality Gate* (Sebelum Unggah)

1. **Keabsahan dan integritas:** dokumen berstatus **final/effective (read-only)**; memiliki kode dan versi sesuai Lampiran H/G.
2. **Keterlacakan:** setiap entri menyertakan **Kode** dan, bila relevan, **Nomor/Tanggal SK**.
3. **Konektivitas:** tautan pada **Dokumen/URL** menuju **SoR** (eSPMI/DID-DIR) atau repositori institusi yang stabil (tanpa kedaluwarsa).
4. **Koherensi E→PD→PP:**
 - L-EL-01 (hasil evaluasi) → F-EL-01 (RTK/CAR–CAPA) → F-EL-02 (Keputusan RTM) → **revisi** pada **Kebijakan/Manual/SOP** → tercermin pada **Change-Log** dan **Dashboard**.
5. **Kebijakan akses:** verifikator/asesor memperoleh akses **read-only**; lampirkan *viewer note* jika perlu.
6. **Kebersihan metadata:** judul, kode, versi, tanggal berlaku, penetap, dan *checksum/QR* (opsional) konsisten antarplatform.

J.4 Template Checklist (Siap Salin-Pakai)

Isi baris sesuai kategori. Tambahkan baris baru bila diperlukan (mis. sub-SOP atau sub-instrumen).

No	Kategori	Dokumen/ URL	Kode	Nomor/ Tanggal SK	Versi	PIC	Status (Berlaku/ Revisi)	Keterangan
1	Kebijakan Evaluasi SPMI		UKST-SP MI-KB-..					
2	Manual Evaluasi (bagian Manual PPEPP)		UKST-SP MI-ME-0 1*					*Catatan harmonisasi kode: lihat J.7
3	SOP Evaluasi (SOP-EL-01 s.d. 05)		UKST-SP MI-SOP-E L-..					
4	SK Tim/Daftar Auditor							Sertakan daftar dan masa berlaku
5	Program Evaluasi/AMI Tahunan		T-EL-01					Audit plan dan jadwal
6	Instrumen (AMI/Survei) dan Template Laporan		INS-EL-.. / L-EL-01					Termasuk EDOM/Layanan/Tracer
7	Laporan Evaluasi Terakhir		L-EL-01					Periode dan <i>cut-off</i> jelas
8	RTK/CAR–CAPA		F-EL-01					Jejaring ke temuan/RCA
9	Keputusan dan Notulen RTM		F-EL-02					DEC-RTM-YYYY-XXX

10	Dashboard/Read-only eSPMI		URL					Viewer <i>link</i> ; akses publik/terbatas
11	Register Change-Log							Versi vX.Y.Z dan tanggal efektif

J.5 Contoh Isian (Ilustratif)

No	Kategori	Dokumen/ URL	Kode	Nomor/Tanggal SK	Versi	PIC	Status (Berlaku/ Revisi)	Keterangan
1	Kebijakan Evaluasi SPMI	eSPMI://Kebijakan/KB-Evaluasi-2025	UKST-SPMI-KB-01	SK Rektor 123/UKST/2025 – 11-09-2025	v1.0	Kepala LPM	Berlaku	Payung hukum evaluasi; rujuk PPEPP
2	SOP Evaluasi	eSPMI://SOP/SOP-EL-01	UKST-SPMI-SOP-EL-01	SK WR-Akad 05/2025 – 01-07-2025	v1.0	Kepala LPM	Berlaku	Perencanaan Evaluasi/AMI; terhubung T-EL-01
3	Program Evaluasi/AMI Tahunan	eSPMI://Program/T-EL-01-2025	T-EL-01	—	v1.0	Koord. AMI	Berlaku	Audit plan 2025; daftar unit dan jadwal
4	Laporan Evaluasi Terakhir	eSPMI://Laporan/L-EL-01-Institusi-2024	L-EL-01	—	v1.1	Lead Auditor	Berlaku	Periode 2024; <i>cut-off</i> 31-12-2024
5	RTK/CAR –CAPA	eSPMI://RTK/F-EL-01-Institusi-2025	F-EL-01	—	v1.0	Ka. Unit terkait	Berlaku	12 RTK aktif; <i>on-time</i> 78%
6	Keputusan dan Notulen RTM	eSPMI://RTM/F-EL-02-DEC-RTM-2025-007	F-EL-02	DEC-RTM-2025-007 – 15-11-2025	v1.0	Sekretaris LPM	Berlaku	Persetujuan RTK-ADM-01; tenggat 30-11-2025
7	Dashboard/Read-only eSPMI	https://espmi.ukst.ac.id/viewer/eval-dashboard	URL	—	—	Admin eSPMI	Berlaku	Viewer publik-terbatas; cache harian
8	Register Change-Log	eSPMI://DID-DIR/Change-Log-Evaluasi	—	—	v2.0	Admin DID/DIR	Berlaku	Menunjukkan perubahan SOP v1.0→v2.0

Catatan: pastikan setiap tautan **dapat diakses** oleh asesor dengan hak *viewer* tanpa login personal, atau sediakan akun *guest* sementara sesuai kebijakan TI (Bab 6.4).

J.6 RACI dan SLA Pengkinian Checklist

Aktivitas	PIC Unit	LPM	Pimpinan (WR/Rektor)	Admin eSPMI
Kurasi dokumen dan tautan	R	C	I	C
Verifikasi kode/versi/status	C	R	I	C
Persetujuan publikasi	I	R	A (jika kebijakan/SOP)	C
Publikasi dan uji akses	I	C	I	R
Review berkala (triwulan)	C	R	I	R

SLA: (i) Pasca L-EL-01 final → entri RTK/F-EL-02 ≤ **10 hari kerja**; (ii) Perubahan kebijakan/SOP → update tautan dan register ≤ **5 hari kerja**; (iii) Uji akses *viewer* → ≤ **2 hari kerja**.

J.7 Harmonisasi Kode “ME” pada Manual Evaluasi

Jika pada Lampiran H **ME** digunakan untuk **Meta-Evaluasi**, pilih salah satu opsi berikut untuk **Manual Evaluasi (bagian Manual PPEPP)**:

- **Opsi-A (Direkomendasikan):** gunakan **UKST-SPMI-MAN-01** untuk Manual Evaluasi (kode MAN = Manual).
- **Opsi-B:** pertahankan **UKST-SPMI-ME-01** untuk Manual Evaluasi dan ubah domain **Meta-Evaluasi** menjadi **MTE/MEV**. Keputusan akhir dicatat pada **Register Change-Log (Lampiran G)** dan diperbarui di DID/DIR.

J.8 Catatan Implementasi Teknis (Excel/eSPMI)

- **Validasi data:** dropdown untuk **Kategori** dan **Status**; pola filename/kode (lihat Lampiran H); tanggal SK (DD-MM-YYYY).
- **Otomasi:** kolom indikator *broken link check*; *flag* bila kode/versi tidak konsisten dengan DID/DIR; pewarnaan RAG untuk Status (*Berlaku* = hijau; *Revisi* = kuning; *Deprecated* = merah, bila ditambahkan).
- **Keamanan:** semua tautan menunjuk berkas **read-only**; hindari URL pribadi/bermasa berlaku pendek.

Dengan checklist ini, kolom **Tautan Peningkatan** pada portal regulator akan berisi bukti **lengkap, tertelusur, dan operasional**, yang memperlihatkan alur **E→PD→PP** secara eksplisit serta memenuhi prinsip **akuntabilitas, objektivitas, dan keterlacakan** SPMI UKST.

Lampiran K. Daftar Istilah dan Singkatan — Definisi Operasional, Padanan, dan Konteks eSPMI

Lampiran ini memuat **glosarium operasional** untuk istilah dan singkatan yang digunakan dalam dokumen SPMI UKST. Tujuannya adalah menjamin **keseragaman makna**, meminimalkan ambiguitas, serta memudahkan penautan ke artefak eSPMI (DID/DIR). Definisi diselaraskan dengan kerangka **PPEPP** dan siklus **E→PD→PP** yang diterapkan di UKST.

Pedoman penulisan singkatan: (a) sebutkan istilah lengkap pada kemunculan pertama di setiap bab, diikuti singkatan dalam kurung; (b) gunakan singkatan saja untuk kemunculan berikutnya; (c) hindari bentuk jamak pada singkatan; (d) pertahankan kapitalisasi baku (mis. AMI, RTM, ETL).

K.1 Tabel Glosarium (Cuplikan Utama)

Singkat an	Istilah Lengkap	Definisi Operasional	Padanan Inggris	Konteks UKST/eSPMI	Artefak Terkait (Kode)	Catatan/Contoh
SPMI	Sistem Penjaminan Mutu Internal	Sistem manajemen mutu perguruan tinggi yang mengatur kebijakan, standar, manual, SOP, instrumen, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan berkelanjutan pada seluruh tridharma dan tata kelola.	Internal Quality Assurance System	Menjadi payung seluruh dokumen mutu UKST; terintegrasi PPEPP.	KB SPMI (UKST-SPMI-KB-01), Manual SPMI, DID/DIR	Mengacu SN-Dikti dan regulasi; selaras akreditasi BAN-PT/LAM.
PPEPP	Penetapan–Pelaksanaan–Evaluasi–Pengendalian–Peningkatan	Kerangka siklus mutu: penetapan standar → pelaksanaan → evaluasi pemenuhan → pengendalian penyimpangan → peningkatan standar/proses.	Plan–Do–Check–Action (PDCA) — konteks Dikti	Menjadi alur besar seluruh dokumen; “Evaluasi” (E) direalisasi lewat monev/AMI; “PD/PP” lewat RTK/RTM/revisi.	SOP-EL-01..05, L-EL-01, F-EL-01/02	Gunakan istilah PPEPP (bukan PDCA) pada dokumen resmi.
AMI	Audit Mutu Internal	Evaluasi sistematis, independen, berbasis bukti terhadap kesesuaian pelaksanaan dengan standar SPMI dan efektivitasnya.	Internal Quality Audit	Dilakukan tahunan; metode: desk review, visitasi, wawancara, observasi, <i>spot check</i> .	INS-EL-01, SOP-EL-02, L-EL-01	Auditor wajib bebas konflik kepentingan (Bab 12).

RTK	Rencana Tindakan Korektif	Dokumen rencana tindakan untuk menutup celah ketidaksesuaian yang telah terjadi, lengkap dengan PIC, tenggat, sumber daya, dan indikator hasil.	Corrective Action Plan	Hasil konversi rekomendasi AMI/monev; dimonitor triwulanan.	F-EL-01	Status: Open/In-Progress/ Completed/Closed -Effective.
CAR–CAPA	<i>Corrective Action Request – Corrective and Preventive Action</i>	Permintaan tindakan korektif (CAR) dan paket tindakan korektif-pencegahan (CAPA) yang menasar akar masalah dan pencegahan kekambuhan.	Corrective Action Request; Corrective dan Preventive Action	Digunakan untuk menamai <i>workflow</i> penanganan temuan dan pencegahan berulang.	F-EL-01	Di UKST disepadankan dengan RTK (K/P) .
RTM	Rapat Tinjauan Manajemen	Forum pimpinan untuk menilai hasil evaluasi, menyetujui RTK prioritas, menetapkan target dan alokasi sumber daya, serta memutuskan revisi standar/instrumen.	Management Review Meeting	Minimal 1x/tahun; dapat mini/ad-hoc bila risiko tinggi.	F-EL-02 (Notulen dan Keputusan)	Keputusan diberi ID DEC-RTM-YYYY-XX X.
GPM	Gugus Penjaminan Mutu	Struktur mutu di tingkat fakultas/program studi yang mengoordinasikan pelaksanaan SPMI dan evaluasi diri.	Quality Assurance Cluster/Unit	Menjadi <i>first line</i> pelaksana monev dan penyedia bukti.	SOP-EL-01/0 2; INS-EL-01	Bekerja sama dengan UPM/Unit pendukung.
UPM	Unit Penjaminan Mutu (Prodi/Unit)	Unit mutu pada prodi/unit pendukung yang menangani implementasi standar, pengumpulan data, dan tindak lanjut.	Program/Department QA Unit	Penghubung data ke LPM; mengelola RTK lokal.	F-EL-01; INS-EL-01	Istilah GPM/UPM disesuaikan struktur UKST.
PIC	Penanggung Jawab	Individu/jabatan yang bertanggung jawab atas pelaksanaan suatu tindakan/indikator/dokumen, termasuk pencapaian target dan penyediaan bukti.	Person in Charge; Owner	Dicantumkan pada F-EL-01, daftar indikator, dan DID/DIR.	F-EL-01; INS-EL-01; L-EL-01	Satu tindakan → satu PIC utama (tim pendukung dicatat di Catatan).
EDOM	Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa	Survei rutin untuk menilai aspek perencanaan, pelaksanaan, asesmen, dan profesionalitas dosen dari perspektif mahasiswa.	Student Evaluation of Teaching (SET)	Menjadi input evaluasi pembelajaran dan perbaikan RPS.	Instrumen Survei (Lamp. C)	Skala Likert 1–5; <i>top-box</i> ; butir validitas isi.
ETL	<i>Extract–Transform–Load</i>	Proses penarikan, transformasi, dan pemuatan data antar sistem (PDDikti, SISTER,	Extract–Transform–Load	Mendukung dashboard dan konsistensi SoR.	Bab 6.5; Dok. TI	Sertakan <i>schedule</i> dan pengujian <i>reconciliation</i> .

		SIMAK, LMS, eSPMI) dengan <i>data lineage</i> terdokumentasi.				
SoR	<i>System of Record</i>	Sistem sumber resmi dan primer tempat data asli disimpan dan dikelola.	System of Record	Rujukan utama verifikasi bukti; e.g., PDDikti, SISTER, SIMAK, eSPMI.	Bab 6; Lamp. I	Bukti sebaiknya menaut ke SoR, bukan salinan.
KTS	Ketidaksesuaian	Kegagalan memenuhi standar/prosedur (mayor/minor), ditemukan melalui AML/monev/spot check.	Nonconformity (NC)	Ditangani dengan RTK (K) dan verifikasi efektivitas.	L-EL-01; F-EL-01	Klasifikasi severity ditetapkan LPM.
OFl	<i>Opportunity for Improvement</i>	Peluang perbaikan tanpa pelanggaran eksplisit terhadap standar, namun berdampak positif jika ditindaklanjuti.	Opportunity for Improvement	Dapat dikonversi ke RTK (P) bila bernilai tambah.	L-EL-01; F-EL-01	Prioritas mengikuti matriks risiko/manfaat-biaya.

Catatan: Istilah **RTK (K/P)** di UKST digunakan untuk mengelola kedua jenis tindakan—**Korektif (K)** terhadap KTS dan **Pencegahan (P)** untuk OFI/risiko—dengan *status lifecycle* dan verifikasi efektivitas yang sama.

K.2 Relasi Antar-Istilah (Peta Konseptual Ringkas)

- **PPEPP** sebagai kerangka utama → fase **Evaluasi (E)** dijalankan melalui **money/AMI** menggunakan **INS-EL-01**, menghasilkan **temuan (KTS/OFI)** dan **L-EL-01**.
- **Pengendalian (PD)**: temuan dipetakan menjadi **RTK (F-EL-01)**, disahkan di **RTM (F-EL-02)** dengan penetapan **PIC, tenggat, indikator hasil**.
- **Peningkatan (PP)**: hasil efektif mengarah pada **revisi kebijakan/standar/SOP/instrumen**, tercatat pada **Register Change-Log**; kinerja dipantau pada **Dashboard** (didukung **ETL**) dan mengacu **SoR**.

K.3 Aturan Penggunaan dan Konsistensi Istilah

1. Gunakan istilah Indonesia baku; sisipkan padanan Inggris hanya bila dibutuhkan (mis. dokumen bilingual).
2. Hindari mencampur istilah **RTK** dengan **CAR-CAPA** dalam satu kalimat tanpa penjelasan padanan.
3. **PIC** selalu merujuk jabatan/nama **tunggal** sebagai akuntabilitas utama; tim pendukung dicantumkan pada Catatan/Assignment.
4. **SoR** harus dirujuk pada *evidence list—screenshot* hanya sebagai pelengkap visual.
5. Penulisan **PPEPP** tidak diganti PDCA di dokumen resmi, meski konsepnya berkaitan.

K.4 Contoh Format Halaman “Daftar Istilah dan Singkatan” (Siap Salin-Pakai)

Disarankan ditempatkan di bagian awal buku atau sebagai lampiran tetap (Lampiran K) dan diperbarui melalui **Register Change-Log** ketika ada istilah baru/penyesuaian makna.

Singkatan	Istilah Lengkap	Definisi Operasional	Padanan Inggris	Rujukan/Lampiran
SPMI	Sistem Penjaminan Mutu Internal	...	Internal Quality Assurance System	KB SPMI; Bab 1
PPEPP	Penetapan–Pelaksanaan–Evaluasi–Pengendalian–Peningkatan	...	—	Bab 1; Bab 8
AMI	Audit Mutu Internal	...	Internal Quality Audit	Bab 2; Bab 4; INS-EL-01
RTK	Rencana Tindakan Korektif	...	Corrective Action Plan	F-EL-01
CAR–CAPA	Corrective Action Request – Corrective and Preventive Action	...	—	F-EL-01

RTM	Rapat Tinjauan Manajemen	...	Management Review Meeting	F-EL-02
GPM	Gugus Penjaminan Mutu	...	QA Cluster/Unit	SOP-EL-01
UPM	Unit Penjaminan Mutu	...	QA Unit	SOP-EL-01
PIC	Penanggung Jawab	...	Person in Charge	F-EL-01
EDOM	Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa	...	Student Evaluation of Teaching	Lamp. C
ETL	Extract–Transform–Load	...	—	Bab 6
SoR	System of Record	...	—	Bab 6; Lamp. I
KTS	Ketidakesuaian	...	Nonconformity	L-EL-01
OFI	Opportunity for Improvement	...	Opportunity for Improvement	L-EL-01

K.5 Pemutakhiran dan Pengendalian Dokumen Glosarium

- **Penanggung jawab:** LPM (pemilik konten); Admin DID/DIR (pengelola metadata).
- **Frekuensi review:** minimal **tahunan** atau setiap terjadi perubahan regulasi/metodologi.
- **Versi dan jejak perubahan:** diperbarui pada **Register Change-Log** dan diberi kode dokumen: UKST-SPMI-L-EL-01-Lampiran K (mengikuti kode buku induk).
- **Distribusi:** versi **read-only** dipublikasikan pada eSPMI dan ditautkan dari **Tautan Peningkatan**.

Dengan glosarium ini, seluruh pemangku kepentingan UKST—pimpinan, auditor internal, GPM/UPM, dosen, dan unit pendukung—memiliki **rujukan makna yang konsisten** sehingga menguatkan akuntabilitas, objektivitas, dan keterlacakan dalam pelaksanaan SPMI.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Republik Indonesia. (2012). **Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi**. Jakarta: Sekretariat Negara. [BPK Regulation](#)+1
- Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi. (2023). **Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi**. Jakarta. [silemkerma.kemdiktisaintek.go.id](#)+1
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2020). **Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi**. Jakarta. [BPK Regulation](#)+1
- Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan. (2024). **Pedoman Implementasi SPMI bagi Perguruan Tinggi Akademik (PTA)**. Jakarta: Ditjen Diktiristek. [lldikti3.kemdikbud.go.id](#)+1
- Direktorat Akademik Pendidikan Tinggi Vokasi. (2024). **Panduan Evaluasi Mutu Internal SPMI PTV**. Jakarta. [lldikti3.kemdikbud.go.id](#)
- Portal SPMI** (informasi dan pelaporan). Kementerian (Dikti, Sains, dan Teknologi): *Sistem Penjaminan Mutu Internal*. [spmik.kemdikbud.go.id](#)+1
- Direktorat PDDIKTI. (2021–kini). **User Guide Web Service PDDIKTI (versi 2.2 dan pembaruan)**. Jakarta. [pddikti-admin.kemdikbud.go.id](#)
- LLDIKTI Wilayah XIII. (2024). **Rilis PDDIKTI Neo Feeder v2.4.0** (ringkasan pembaruan). [LLDIKTI Wilayah XIII](#)+1
- SISTER Diktiristek. (tanpa tahun). **Dokumen Panduan SISTER** (manual pengguna). [sister.kemdikbud.go.id](#)
- International Organization for Standardization. (2018). **ISO 19011:2018 — Guidelines for Auditing Management Systems**. Geneva: ISO. [ISO](#)
- International Organization for Standardization. (2018). **ISO 31000:2018 — Risk Management: Guidelines**. Geneva: ISO. [ISO](#)+1
- Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. (2024). **PerBAN-PT No. 27 Tahun 2024 — Instrumen APT untuk Status Terakreditasi (Lampiran)**. Jakarta: BAN-PT. [banpt.or.id](#)
- Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. (2024). **PerBAN-PT No. 3 Tahun 2024 — Instrumen Akreditasi Program Studi (IAPS) pada Diploma 1 dan 2 (Lampiran)**. Jakarta: BAN-PT. [banpt.or.id](#)
- Likert, R. (1932). **A Technique for the Measurement of Attitudes**. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55. [VoteView](#)+1
- PDDIKTI Admin (Portal Resmi)**. (akses untuk institusi). *Pangkalan Data Pendidikan Tinggi*. [pddikti-admin.kemdikbud.go.id](#)
- Universitas Katolik Santo Thomas. (2025). **Kebijakan SPMI UKST (UKST-SPMI-KB-01, v1.0, 11-09-2025)**. Medan: UKST.
- Universitas Katolik Santo Thomas – LPM. (2025). **SOP Perencanaan Evaluasi/AMI (UKST-SPMI-SOP-EL-01, v1.0)**. Medan: UKST.
- Universitas Katolik Santo Thomas – LPM. (2025). **Instrumen AMI (INS-EL-01) (UKST-SPMI-INS-EL-01, v1.0)**. Medan: UKST.
- Universitas Katolik Santo Thomas – LPM. (2025). **Form RTK/CAR–CAPA (F-EL-01) (UKST-SPMI-F-EL-01, v1.0)**. Medan: UKST.
- Universitas Katolik Santo Thomas – LPM. (2025). **Notulen dan Keputusan RTM (F-EL-02) (UKST-SPMI-F-EL-02, v1.0)**. Medan: UKST.
- Universitas Katolik Santo Thomas – LPM. (2025). **Laporan Evaluasi Tahunan (L-EL-01) (UKST-SPMI-L-EL-01, v1.1)**. Medan: UKST.