SEKOLAH TINGGI ILMU EKONOMI SURAKARTA

Pusat Penjaminan Mutu Internal (PPMI) STIE Surakarta

PEDOMAN SIKLUS PPEPP STIE SURAKARTA

Pedoman Operasional Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan Standar Sistem Penjaminan Mutu Internal

Kode dokumen: 002/Pedoman Siklus PPEPP/SPMI/2026

Versi 1.1 — 20 Oktober 2026 · Lampiran II Keputusan Ketua STIE Surakarta Nomor 001/E-4/STIES/X/2026 tanggal 20 Oktober 2026

Dokumen tingkat institusi · berlaku untuk seluruh unit · contoh terisi bidang P3M pada Lampiran F

Versi 1.1 ditetapkan 20 Oktober 2026 sebagai Lampiran II SK Ketua Nomor 001/E-4/STIES/X/2026. Disusun dari praktik siklus 2022–2026, dokumen SPMI 2023, dan Buku Standar SPMI 2026.

Lembar Pengesahan

Unsur	Isi
Nama dokumen	Pedoman Siklus PPEPP STIE Surakarta — Pedoman Operasional Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan Standar SPMI
Kode dokumen	002/Pedoman Siklus PPEPP/SPMI/2026
Kedudukan	Dokumen tingkat institusi milik PPMI; menjabarkan Kebijakan SPMI, Manual SPMI, dan Buku Standar SPMI STIE Surakarta 2026 secara operasional; berlaku bagi seluruh unit (program studi, BAA, P3M, Bagian SDM, MAWA, PMB, CDC, Bagian Keuangan, Sapras, PPMI, dan pimpinan institusi). Ditetapkan bersama Buku Standar SPMI 2026 sebagai Lampiran II; Kebijakan dan Manual SPMI 2023 tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan sampai diganti.
Dasar penetapan	Keputusan Ketua STIE Surakarta Nomor 001/E-4/STIES/X/2026 tanggal 20 Oktober 2026 tentang Buku Standar SPMI STIE Surakarta 2026 dan Pedoman Siklus PPEPP (Lampiran II)
Berlaku	Sejak tanggal ditetapkan (20 Oktober 2026): mengatur Audit Mutu Internal 2026 atas TA 2023/2024–2025/2026 dan seluruh siklus mulai TA 2026/2027. Praktik siklus 2022/2023–2025/2026 yang telah berjalan dilaporkan mengikuti pedoman ini secara retrospektif dengan tanggal dokumen aslinya (lihat 8.6).
Disusun oleh	Pusat Penjaminan Mutu Internal — Ari Susanti, S.Pt., M.M., Kepala PPMI
Diperiksa oleh	Wakil Ketua I — Muhammad Syihabuddin, S.Hum., M.M.; Wakil Ketua II — Sherena Wahyutari, S.Stat., M.Ak.
Ditetapkan oleh	Ketua STIE Surakarta — Aditya Liliyan, S.M.B., M.M. (SK Yayasan Bina Wiraswasta Surakarta No. 003/I-3/KEP/YBWS/X/2024)

Ditandatangani secara elektronik melalui OPTIMA STIE Surakarta. Nama, jabatan, waktu penandatanganan, dan kode verifikasi tercantum pada Lembar Pengesahan Elektronik di halaman akhir dokumen ini.

Riwayat revisi

Versi	Tanggal	Perubahan	Oleh
Draf v1	25 Agustus 2026	Penyusunan pertama: menyatukan kaidah siklus PPEPP yang telah dijalankan sejak AMI Siklus-1 (10 Agustus 2022), kalender tahunan, tiga lapis evaluasi, RTL–RTM, kaidah dokumentasi dan pelaporan ke aplikasi SPMI kementerian; contoh terisi bidang P3M	PPMI / tim APT
v1.1	20 Oktober 2026	Diselaraskan dengan keputusan pilihan B (29 September 2026: Buku Standar SPMI 2026 ditetapkan dan menjadi kriteria AMI 2026): Buku Standar SPMI 2026 berlaku sejak ditetapkan dan menjadi kriteria AMI 2026; F-01 menjadi matriks standar dan target unit (capaian tiga TA, bukti, target 2026/2027) sekaligus instrumen tunggal AMI 2026; aturan klasifikasi indikator baru (paling berat minor) dan lintasan peralihan (SK diktum KELIMA huruf d); label OPS untuk DEDIN tanpa induk; jadwal pengisian aplikasi SPMI 2026; unit dan Wakil Ketua sesuai struktur organisasi 2026. Lampiran G (visual siklus PPEPP, dua halaman A3) ditambahkan 9 Oktober 2026 sebagai bahan sosialisasi.	PPMI

Daftar Isi

Lembar Pengesahan **2**
Riwayat revisi 2
Daftar Isi **3**
Glosarium **5**
BAB 1 PENDAHULUAN **7**
1.1 Tujuan 7
1.2 Kedudukan dalam hierarki dokumen SPMI 7
1.3 Dasar hukum dan rujukan 7
1.4 Ruang lingkup 8
1.5 Prinsip 8
BAB 2 KERANGKA SIKLUS PPEPP **9**
2.1 Lima tahap dan keluarannya 9
2.2 Dua lapis penetapan 10
2.3 Kalender tahunan 11
2.4 Peran dan tanggung jawab 11
BAB 3 PENETAPAN **13**
3.1 Penetapan standar 13
3.2 Matriks standar dan target unit 13
3.3 Aturan penetapan target 13
3.4 Dokumen wajib tahap Penetapan 14
3.5 Contoh penurunan standar menjadi target 14
BAB 4 PELAKSANAAN **15**
4.1 Bukti per indikator 15
4.2 DEDIN sebagai instrumen pencatatan 15
4.3 Tata arsip bukti 15
4.4 Pelaporan ke sistem eksternal 15
4.5 Dokumen wajib tahap Pelaksanaan 15
BAB 5 EVALUASI: MONEV, EVALUASI DIRI, DAN AUDIT MUTU INTERNAL **16**
5.1 Tiga lapis yang tidak saling mengganti 16
5.2 Monev 16
5.3 Evaluasi diri terhadap standar 16
5.4 Audit Mutu Internal 17
5.5 Asesmen eksternal 18
5.6 Contoh: satu indikator dilihat tiga lapis 18
BAB 6 PENGENDALIAN: RTL DAN RTM **19**
6.1 Dua tingkat pengendalian 19
6.2 RTL 19
6.3 RTM 19
6.4 Eskalasi 19
6.5 Contoh alur PTK → RTL → RTM 20
BAB 7 PENINGKATAN **21**
7.1 Tiga jenis perubahan dan wewenangnya 21
7.2 Kaidah 21
7.3 Mekanisme revisi standar 21
BAB 8 DOKUMENTASI DAN PELAPORAN **22**
8.1 Dokumen wajib per tahun akademik 22
8.2 Laporan Implementasi SPMI per unit 22
8.3 Pengisian aplikasi SPMI kementerian 22
8.4 Kaidah integritas dokumen 23
8.5 Struktur arsip institusi 23
8.6 Ketentuan peralihan 2026 23
8.7 Langkah menyusun Laporan Implementasi SPMI unit 23
BAB 9 INDIKATOR KESEHATAN SIKLUS **25**
LAMPIRAN A KALENDER PPEPP TAHUNAN **26**
LAMPIRAN B FORMULIR SPMI (F-01 s.d. F-09) **27**

F-01 Matriks standar dan target unit, dan berita acara penetapan target....27
F-02 Rekap monev semester....28
F-03 Berita acara rapat monev semester....28
F-04 Matriks evaluasi diri terhadap standar (per tahun akademik)....29
F-05 Daftar tilik Audit Mutu Internal....29
F-06 Formulir temuan dan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)....30
F-07 Rencana Tindak Lanjut (RTL) unit....31
F-08 Undangan, notulen, dan keputusan RTM....31
F-09 Daftar bukti dan indikator kesehatan siklus per tahun akademik....32

LAMPIRAN C PERBEDAAN MONEV, EVALUASI DIRI, DAN AUDIT MUTU INTERNAL....33

LAMPIRAN D PERBEDAAN RTL DAN RTM....35

LAMPIRAN E PETA KOTAK APLIKASI SPMI KEMENTERIAN → DOKUMEN → PENANGGUNG JAWAB....37

LAMPIRAN F CONTOH TERISI: BIDANG P3M, TA 2022/2023 – 2025/2026....38

F.1 Jejak waktu penetapan standar 2023....38
F.2 Siklus yang seharusnya dan status dokumennya....39
F.3 Ringkasan matriks standar → target TA 2023/2024....39
F.4 Pejabat penanda tangan per periode....40

LAMPIRAN G VISUAL SIKLUS PPEPP....41

Glosarium

Istilah berikut dipakai dengan arti tetap di seluruh pedoman ini. Kesalahpahaman yang paling sering terjadi dalam praktik — menyamakan monev dengan evaluasi diri, RTL dengan RTM, atau "target tercapai" dengan "standar terpenuhi" — berpangkal pada istilah, sehingga glosarium ini bagian yang mengikat.

Istilah	Arti dalam pedoman ini
SPMI	Sistem Penjaminan Mutu Internal: kegiatan sistemik penjaminan mutu oleh STIE Surakarta sendiri, dijalankan melalui siklus PPEPP.
PPEPP	Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, Peningkatan — lima tahap siklus penjaminan mutu yang berulang setiap tahun akademik.
Standar	Pernyataan mutu yang ditetapkan dengan SK Ketua dalam Buku Standar SPMI, berisi pernyataan standar, indikator, target minimum dan target unggulan (mis. RPN-03 Standar Luaran dan Publikasi Penelitian pada Buku Standar SPMI 2026; sebelumnya Standar Penelitian 1.001/C.7/SPMI/2023). Standar berlaku sejak ditetapkan sampai direvisi dan tidak berlaku surut.
Indikator standar	Ukuran yang dipakai untuk menilai pemenuhan satu pernyataan standar, tercantum pada dokumen standar.
Target	Nilai capaian yang ditetapkan unit untuk satu indikator pada satu semester/tahun akademik, diturunkan dari standar. Target dapat berbeda dari ambang standar (lihat 3.3).
DEDIN	Dokumen Evaluasi Diri Internal: instrumen pencatatan target, capaian, dan tautan bukti per indikator per unit per semester (saat ini berbentuk Google Sheet).
OPS	Label baris DEDIN yang tidak menurunkan indikator standar mana pun: tetap dimonev unit sebagai pekerjaan operasional, tidak diaudit terhadap standar, dan dapat diusulkan menjadi indikator melalui RTM.
Lintasan peralihan	Target bertahap menuju target minimum bagi indikator yang capaian TS-nya di bawah minimum, mengikuti rencana strategis bidang yang sah (SK Standar diktum KELIMA huruf d); status F-01 "belum memenuhi — dalam lintasan".
F-01 matriks standar dan target unit	Satu baris per indikator Buku Standar dalam ranah unit: target minimum, capaian TA sebelumnya dan buktinya, target TA berjalan, status, dan program DEDIN pendukung. Dasar penyusunan DEDIN dan acuan monev, evaluasi diri, dan AMI.
Monev	Monitoring dan evaluasi capaian terhadap target oleh unit sendiri, direkap tiap akhir semester.
Evaluasi diri	Penilaian unit terhadap pemenuhan setiap pernyataan standar (bukan terhadap target) pada akhir tahun akademik.
AMI	Audit Mutu Internal: pemeriksaan sistematis dan independen oleh tim auditor internal ber-SK terhadap kesesuaian pelaksanaan dengan standar dan berjalannya sistem mutu.
Temuan	Hasil AMI yang diklasifikasikan sebagai ketidaksesuaian mayor, ketidaksesuaian minor, atau observasi (lihat 5.4.6).
PTK	Permintaan Tindakan Koreksi: formulir yang diterbitkan auditor per temuan, dijawab auditee dengan rencana tindakan, dan diverifikasi penutupannya.
RTL	Rencana Tindak Lanjut: dokumen tindakan koreksi dan pencegahan tingkat unit setelah monev, evaluasi diri, temuan AMI, atau keputusan RTM.
RTM	Rapat Tinjauan Manajemen: rapat pimpinan tertinggi yang meninjau seluruh hasil evaluasi dan memutuskan pengendalian serta peningkatan di luar wewenang unit.
Kalibrasi target	Perubahan target (bukan standar) berdasarkan hasil evaluasi, dilakukan unit melalui RTL dengan persetujuan atasan langsung.
Penyesuaian standar	Perubahan isi/ambang standar karena standar terbukti tidak layak atau tidak relevan; hanya melalui kajian, keputusan RTM, dan SK Ketua.
Peningkatan standar	Menaikkan ambang atau menambah standar setelah standar yang ada tercapai secara konsisten.
Tahun akademik (TA)	September–Agustus. Semester Ganjil: September–Februari; Genap: Maret–Agustus.
Tahun laporan	Tahun kalender pelaporan pada aplikasi SPMI kementerian; tahun laporan N memuat siklus TA (N−1)/N. TS = tahun akademik penuh terakhir saat pengusulan akreditasi; TS-1 dan TS-2 dua tahun sebelumnya.
Aplikasi SPMI kementerian	Aplikasi Pelaporan SPMI Kemdiktisaintek (spmi.kemdiktisaintek.go.id), sumber data indikator 1–3 IAPT 4.1; diverifikasi kementerian setiap November.

Istilah	Arti dalam pedoman ini
Bukti	Dokumen bertanggal asli yang menunjukkan suatu kegiatan atau keputusan benar terjadi: SK, surat tugas, notulen, daftar hadir, laporan, artikel, sertifikat, tangkapan layar sistem.
Penyusunan retrospektif	Menyusun laporan atas siklus yang sudah lewat dari dokumen bertanggal asli, dengan tanggal penyusunan yang sebenarnya dan tanpa membuat dokumen baru bertanggal lama.

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Tujuan

Pedoman ini menetapkan cara STIE Surakarta menjalankan siklus PPEPP secara seragam di semua unit: kapan setiap tahap dilakukan, siapa yang melakukan, dokumen apa yang harus lahir, dan bagaimana hasilnya dilaporkan ke pimpinan dan ke aplikasi pelaporan SPMI kementerian. Tujuannya tiga: (1) siklus benar-benar berjalan setiap tahun akademik dan meninggalkan jejak dokumen yang dapat diaudit; (2) setiap orang di unit memahami perbedaan antara target dan standar, antara monev, evaluasi diri, dan AMI, serta antara RTL dan RTM; (3) laporan SPMI ke kementerian dan ke asesor akreditasi dapat disusun dari dokumen yang memang ada, bukan dibuat menjelang akreditasi.

1.2 Kedudukan dalam hierarki dokumen SPMI

Dokumen SPMI STIE Surakarta terdiri atas Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, dan Formulir SPMI (SK Ketua No. 001.a/C-13/KEP/STIES/57/I/2023); Standar SPMI 2023 dicabut dan diganti Buku Standar SPMI STIE Surakarta 2026 dengan Keputusan Ketua STIE Surakarta Nomor 001/E-4/STIES/X/2026 tanggal 20 Oktober 2026 tentang Buku Standar SPMI STIE Surakarta 2026 dan Pedoman Siklus PPEPP. Pedoman ini berada di bawah Kebijakan dan Manual: Manual menetapkan "apa" yang harus dilakukan pada tiap tahap untuk tiap standar, pedoman ini menetapkan "bagaimana dan kapan" secara operasional lintas standar dan lintas unit, lengkap dengan kalender, peran, formulir, dan tata dokumentasi. Bila terdapat perbedaan, Kebijakan SPMI dan Standar SPMI yang berlaku; pedoman ini yang disesuaikan.

Tingkat	Dokumen	Isi	Ditetapkan oleh
1	Kebijakan SPMI	Arah, prinsip, organisasi penjaminan mutu	Ketua (SK)
2	Manual SPMI	Langkah PPEPP per standar (mis. Manual Penelitian 2023: 5 manual)	Ketua (SK)
2a	Pedoman Siklus PPEPP (dokumen ini)	Kalender, peran, prosedur operasional, formulir, dokumentasi & pelaporan lintas unit	Ketua (SK), pemilik PPMI
3	Standar SPMI	Buku Standar SPMI 2026: 43 standar, 88 indikator, target minimum dan unggulan, unit penurun target (F-01)	Ketua (SK)
4	Formulir SPMI	Format baku pencatatan (Lampiran B pedoman ini)	PPMI

1.3 Dasar hukum dan rujukan

- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, khususnya ketentuan tentang sistem penjaminan mutu.
- Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 10 Tahun 2026.
- Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi (IAPT 4.1), khususnya indikator 1–3 (SPMI/PPEPP dan pelaporan berkala) dan kriteria budaya mutu.
- Statuta Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Surakarta yang ditetapkan dengan Keputusan Ketua Yayasan Bina Wiraswasta Surakarta Nomor 005/KEP/YBWS/X/2022 tanggal 10 Oktober 2022.
- Kebijakan SPMI, Manual SPMI, Standar SPMI, dan Formulir SPMI STIE Surakarta (SK Ketua No. 001.a/C-13/KEP/STIES/57/I/2023 beserta perubahannya) dan Keputusan Ketua STIE Surakarta Nomor 001/E-4/STIES/X/2026 tanggal 20 Oktober 2026 tentang Buku Standar SPMI STIE Surakarta 2026 dan Pedoman Siklus PPEPP.

1.4 Ruang lingkup

Pedoman ini berlaku untuk semua standar dalam Buku Standar SPMI dan semua unit pelaksana: program studi S1 Manajemen dan S1 Akuntansi, BAA, P3M (termasuk perpustakaan), Bagian SDM, MAWA, PMB, CDC, Bagian Keuangan, Sapras, PPMI, pimpinan institusi, dan unit lain yang ditetapkan; ranah indikator tiap unit tercantum pada Buku Standar 2026 subbab 1.7. Unit yang menjadi contoh terisi dalam lampiran adalah P3M (bidang penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan luaran tridharma) karena siklusnya paling lengkap terdokumentasi sejak 2022; unit lain mengikuti cetakan yang sama.

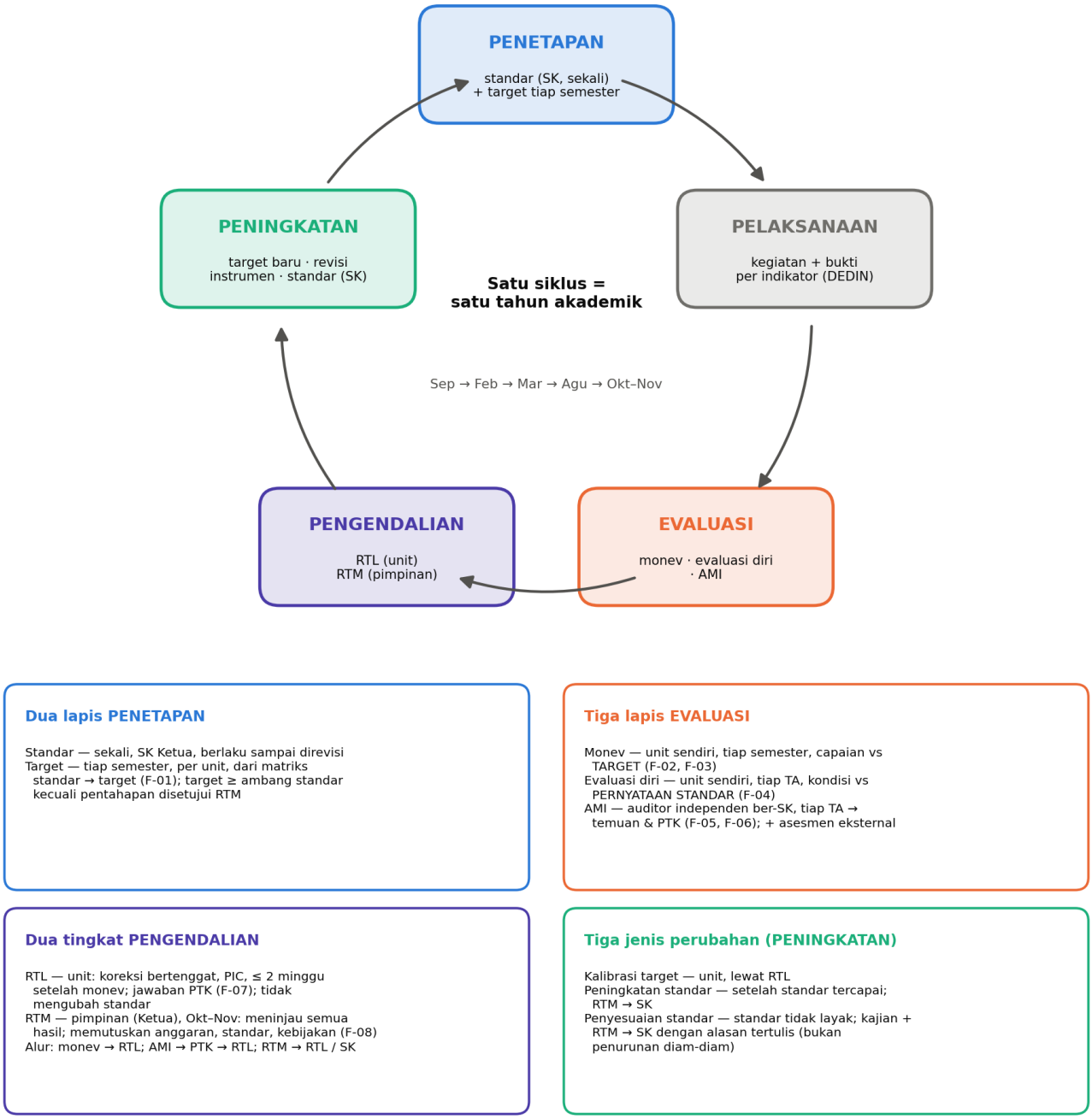
1.5 Prinsip

1. Satu siklus per tahun akademik. Setiap TA harus meninggalkan lima kelompok dokumen: penetapan target, bukti pelaksanaan, hasil evaluasi (monev, evaluasi diri, AMI), pengendalian (RTL, RTM), dan peningkatan.
2. Standar ditetapkan sekali dan berlaku terus; target ditetapkan tiap semester. Mengubah target adalah pengendalian; mengubah standar adalah peningkatan atau penyesuaian dan hanya lewat SK.
3. Berbasis bukti bertanggal asli. Setiap klaim dalam laporan menunjuk dokumen dengan tanggal aslinya. Dokumen yang tidak pernah ada tidak dibuat dengan tanggal lama; yang boleh dibuat kemudian adalah rekapitulasi/laporan retrospektif bertanggal sebenarnya.
4. Terpisahnya tiga lapis evaluasi. Monev, evaluasi diri, dan AMI memakai acuan dan pelaku berbeda dan tidak saling menggantikan (Bab 5).
5. Kewenangan berjenjang. Unit memutuskan lewat RTL apa yang ada dalam wewenangnya; pimpinan memutuskan lewat RTM apa yang tidak (Bab 6).
6. Dilaporkan tepat waktu. Aplikasi SPMI kementerian diisi setiap tahun sebelum verifikasi November; laporan implementasi per unit disusun tiap akhir TA (Bab 8).

BAB 2 KERANGKA SIKLUS PPEPP

2.1 Lima tahap dan keluarannya

Tahap	Pertanyaan yang dijawab	Keluaran wajib per TA	Pelaku utama
Penetapan	Standar apa yang berlaku, dan berapa target tahun ini?	SK & Buku Standar (sekali); matriks standar dan target unit; berita acara penetapan target semester	Ketua/PPMI (standar); kepala unit + Kaprodi, diketahui Waket I (target)
Pelaksanaan	Apa yang dikerjakan dan buktinya apa?	Bukti per indikator (surat tugas, laporan, publikasi, luaran, MoU, dsb.) tertaut di DEDIN; laporan ke sistem eksternal	Dosen/PIC; kepala unit
Evaluasi	Tercapai? Terpenuhi? Sesuai?	Rekap & berita acara monev per semester; matriks evaluasi diri per TA; laporan AMI + PTK	Unit (monev, evaluasi diri); tim auditor & PPMI (AMI)
Pengendalian	Apa yang dikoreksi, siapa, kapan; apa yang diputuskan pimpinan?	RTL per semester dan per PTK; notulen & keputusan RTM	Kepala unit (RTL); Ketua, PPMI (RTM)
Peningkatan	Apa yang dinaikkan atau disesuaikan?	Target semester berikut; revisi instrumen; usulan revisi standar → SK	Kepala unit (target/sistem); RTM & Ketua (standar)



Gambar 2.1 Siklus PPEPP STIE Surakarta: satu putaran per tahun akademik, dua lapis penetapan, tiga lapis evaluasi, dua tingkat pengendalian, tiga jenis perubahan.

Gambar 2.1 adalah ringkasan. Versi lengkapnya — lima tahap dengan pelaku, formulir, dan waktunya, kapan standar ditetapkan ulang, serta alur setelah AMI dari temuan sampai peningkatan — disajikan pada Lampiran G sebagai bahan sosialisasi kepada unit.

2.2 Dua lapis penetapan

Penetapan mempunyai dua lapis yang sering tertukar. Lapis pertama adalah penetapan standar: dilakukan melalui SK Ketua dan berlaku sejak ditetapkan sampai direvisi, tidak berlaku surut (Standar SPMI 2023 berlaku sampai Buku Standar SPMI 2026 ditetapkan pada 20 Oktober 2026; Buku Standar 2026 menjadi kriteria AMI 2026 dan acuan seluruh siklus berikutnya). Lapis kedua adalah penurunan standar menjadi target operasional

per unit per tahun akademik melalui F-01 matriks standar dan target unit, yang kemudian digerakkan oleh program kerja (DEDIN) per semester. Lapis kedua inilah yang harus terjadi setiap tahun akademik dan setiap semester; kelalaian pada lapis ini — indikator standar yang tidak pernah diberi target — merupakan temuan penetapan dan wajib dicatat pada evaluasi diri (contoh: Lampiran F).

2.3 Kalender tahunan

Kalender berikut berlaku untuk semua unit dan menjadi acuan penjadwalan PPMI. Rincian bulanan beserta dokumen yang harus lahir tersaji pada Lampiran A.

Waktu	Kegiatan	Tahap	Dokumen yang lahir
September (minggu 1–2)	Rapat kerja unit menetapkan target semester Ganjil dari matriks standar dan target unit	Penetapan	F-01 berita acara penetapan target; DEDIN Ganjil terisi kolom target
September–Februari	Pelaksanaan kegiatan; PIC mengunggah bukti per butir	Pelaksanaan	Bukti tertaut di DEDIN
Februari (minggu 3–4)	Monev Ganjil: rekap capaian vs target	Evaluasi	F-02 rekap monev; F-03 berita acara monev
Maret (minggu 1–2)	RTL Ganjil (≤ 2 minggu setelah monev) dan penetapan target Genap	Pengendalian; Penetapan	F-07 RTL; F-01 berita acara target Genap
Maret–Agustus	Pelaksanaan semester Genap	Pelaksanaan	Bukti tertaut di DEDIN
Agustus (minggu 2–4)	Monev Genap; evaluasi diri unit terhadap standar	Evaluasi	F-02, F-03; F-04 matriks evaluasi diri
Agustus–Oktober	AMI oleh tim auditor internal (semua unit)	Evaluasi	Program audit; F-05 daftar tilik; F-06 temuan/PTK; laporan AMI
September (minggu 1–2)	RTL Genap + jawaban PTK; penetapan target Ganjil TA berikut	Pengendalian; Penetapan	F-07; F-01
Oktober–November	RTM: tinjauan seluruh hasil evaluasi, keputusan pengendalian & peningkatan	Pengendalian → Peningkatan	F-08 notulen RTM & keputusan
November–Desember	Tindak lanjut keputusan RTM; revisi standar/instrumen bila diputuskan; pengisian aplikasi SPMI kementerian sebelum verifikasi	Peningkatan; Pelaporan	SK revisi (bila ada); tangkapan layar aplikasi; Laporan Implementasi SPMI per unit (F-09 daftar bukti)

Untuk tahun 2026 (pilihan B, keputusan 29 September 2026): Buku Standar SPMI 2026 menjadi kriteria AMI 2026 dan ditetapkan 20 Oktober 2026, pada hari sesi klarifikasi dan penutupan AMI; naskah yang ditetapkan sama dengan naskah rancangan yang menjadi acuan pemeriksaan dokumen (v1.4, diralat menjadi v1.4a pada 15 Oktober 2026 tanpa perubahan jumlah standar dan indikator). F-01 berisi capaian TA 2023/2024–2025/2026, tautan bukti, dan usulan target 2026/2027 dipra-isi PPMI dari DEDIN dan dikonfirmasi kepala unit pada sesi klarifikasi 20 Oktober 2026; AMI 2026 memeriksa dokumen tiga tahun akademik sekaligus pada 12–16 Oktober 2026 dan ditutup dengan sesi klarifikasi 20 Oktober 2026, dengan tanggal audit yang sebenarnya; Laporan AMI diserahkan 20 Oktober 2026; RTM konsolidasi 21 Oktober 2026 mengesahkan hasil AMI dan laporan tahun 2024–2026 (lihat 8.6).

2.4 Peran dan tanggung jawab

Matriks berikut memakai kode P = penanggung jawab (yang memutuskan/menandatangani), K = pelaksana kerja, D = dikonsultasikan, I = diinformasikan.

Kegiatan	Ketua	Waket I	PPMI	Kepala unit	Kaprodi	Tim auditor	Dosen/ PIC
Penetapan standar (SK, Buku Standar)	P	D	K	D	D	I	I
Matriks standar dan target unit & target semester	I	P	D	K	K	—	D
Pelaksanaan & bukti per indikator	—	I	I	P	K	—	K
Monev semester	I	I	D	P	K	—	K
Evaluasi diri unit	I	I	D	P	K	—	K
AMI	P (SK tim)	I	K (koordinasi)	auditee	auditee	K	auditee

Kegiatan	Ketua	Waket I	PPMI	Kepala unit	Kaprodi	Tim auditor	Dosen/ PIC
RTL & jawaban PTK	I	P (mengetahui)	I	K/P	K	verifikasi	K
RTM	P (memimpin)	K	K (penyelenggara, notulis)	K (melapor)	K	K (melapor)	I
Peningkatan/penyesuaian standar	P	D	K	D	D	D	I
Pengisian aplikasi SPMI kementerian	I	D	P/K	K (bahan per unit)	K	—	—
Laporan Implementasi SPMI per unit	P (mengesahkan)	D	K (memeriksa)	P (menyusun)	K	—	K

PPMI adalah pemilik pedoman ini, pengendali dokumen SPMI, koordinator AMI, penyelenggara RTM, dan pengelola akun aplikasi SPMI kementerian. Kepala unit adalah penanggung jawab siklus di unitnya dan wajib menunjuk satu penanggung jawab (PIC) per indikator. Nama pejabat per periode dicatat pada Lampiran F.

BAB 3 PENETAPAN

3.1 Penetapan standar

Standar disusun oleh PPMI bersama unit terkait, dikaji kelayakannya, ditetapkan dengan SK Ketua, disosialisasikan, dan diberi kode dokumen serta masa berlaku. Kajian kelayakan wajib memuat perbandingan ambang standar dengan kemampuan nyata lembaga (anggaran, jumlah dosen tetap, sarana) dan dengan ambang instrumen akreditasi. Standar yang ambangnya disalin dari rubrik akreditasi tanpa kajian kelayakan — seperti ambang dana penelitian Rp10 juta per dosen per tahun pada Standar Penelitian 2023 yang tidak pernah dapat dioperasionalkan — harus dihindari; bila sudah terlanjur, ia ditangani lewat penyesuaian standar (Bab 7), bukan diabaikan diam-diam.

Setiap dokumen standar memuat pernyataan standar, indikator, ambang, penanggung jawab, dan rujukan formulir. Pernyataan standar yang berupa kewajiban dokumen atau proses (misalnya "memiliki Renstra", "memiliki bukti enam aspek proses") tetap wajib diturunkan menjadi target berupa "dokumen tersedia dan berlaku", sehingga tidak ada pernyataan standar yang luput dari matriks.

3.2 Matriks standar dan target unit

Pada awal tahun akademik setiap unit menyusun F-01 matriks standar dan target unit: satu baris per indikator Buku Standar yang ranahnya ditetapkan pada unit itu (kolom "Unit F-01" pada Master Standar), dengan kolom indikator dan target minimum, capaian tahun akademik sebelumnya beserta tautan bukti, target tahun akademik berjalan (Ganjil dan Genap), status, dan program DEDIN pendukung. Status menyatakan posisi capaian terhadap target minimum: MEMENUHI; BELUM MEMENUHI; BELUM MEMENUHI — DALAM LINTASAN (indikator yang tunduk pada SK Standar diktum KELIMA huruf d); atau BELUM TERUKUR. Status pemetaan DEDIN (PENUH, SEBAGIAN, TIDAK ADA, DOKUMEN) dicatat pada kolom program dan bukan penilaian capaian. F-01 ditandatangani kepala unit, diketahui Wakil Ketua yang membidangi, dan menjadi lampiran penetapan tahun itu. Format pada Lampiran B (F-01) dan contoh terisi bidang P3M pada Lampiran F.

DEDIN disusun dari matriks ini (atas-bawah), bukan dari daftar program kerja unit (bawah-atas). Indikator kerja unit yang tidak berinduk pada pernyataan standar mana pun (misalnya pengelolaan jurnal internal, layanan cek plagiasi) tetap boleh dimuat dalam DEDIN sebagai program unit dengan label OPS: dimonev, tidak diaudit terhadap standar, dan dapat diusulkan menjadi indikator melalui RTM — seperti enam indikator turunan DEDIN pada Buku Standar 2026.

3.3 Aturan penetapan target

1. Target tidak boleh lebih rendah dari ambang standar. Bila ambang standar belum dapat dicapai, unit mengusulkan pentahapan tertulis (target tahun ini, tahun depan, tahun tercapai) dan RTM menyetujuinya; tanpa persetujuan RTM, target di bawah ambang standar tidak sah. Pengecualian: indikator yang capaian TA sebelumnya di bawah target minimum mengikuti lintasan pencapaian sesuai rencana strategis bidang yang sah (SK Standar diktum KELIMA huruf d), misalnya RPD-03.2 RM/DT ≤ 45 pada 2026/2027, ≤ 43 pada 2027/2028, dan ≤ 40 paling lambat 2028/2029; targetnya ditulis sebagai lintasan dan statusnya "belum memenuhi — dalam lintasan". Target minimum standar tidak diturunkan.
2. Target boleh lebih tinggi dari ambang standar. Bila target yang lebih tinggi tidak tercapai tetapi ambang standar terpenuhi, hasilnya adalah "target tidak tercapai, standar terpenuhi" — bukan ketidaksesuaian standar. Auditor menilai terhadap standar; monev menilai terhadap target.
3. Target ditulis per prodi bila indikatornya kinerja prodi (jumlah penelitian, publikasi, pelibatan mahasiswa) dan per institusi bila indikatornya kegiatan institusi (kerjasama, hibah, jurnal). Penyebut rasio (jumlah dosen tetap, mahasiswa) dicantumkan di matriks.
4. Target ditetapkan paling lambat dua minggu setelah semester dimulai dan dicatat dalam berita acara rapat kerja unit (F-01) beserta daftar hadir. Perubahan target di tengah semester hanya lewat RTL yang disetujui Wakil Ketua yang membidangi dan dicatat sebagai "target dikoreksi" dengan tanggalnya.
5. Target semester berikutnya ditetapkan setelah RTL semester berjalan, sehingga kalibrasi hasil evaluasi langsung masuk ke target baru.

3.4 Dokumen wajib tahap Penetapan

- SK Ketua tentang Buku Standar SPMI (sekali, dengan riwayat revisi) dan dokumen standar per bidang berkode.
- Matriks standar dan target unit per unit per TA (F-01 bagian A).
- Berita acara rapat kerja penetapan target per semester + daftar hadir (F-01 bagian B); bukti alternatif bila rapat tidak bernotulen: riwayat versi DEDIN.
- DEDIN semester dengan kolom target terisi, versi awal semester tersimpan (ekspor PDF/xlsx bertanggal).
- Bukti sosialisasi standar kepada dosen dan tenaga kependidikan (undangan, daftar hadir, materi).

3.5 Contoh penurunan standar menjadi target

Pernyataan standar	Ambang	Penurunan menjadi target (unit P3M)	Catatan
P.B.1 Penelitian DTPS melibatkan mahasiswa	≥ 25% per tahun	Target Ganjil 24/25: 3 dari 10 penelitian (MJ, 30%) dan 2 dari 8 (AK, 25%); Genap: 3 dari 6 dan 2 dari 4 (50%) — pada/di atas ambang; bukti: surat tugas mencantumkan mahasiswa	Target 2023/24 sebesar 100% sah tetapi tidak realistis; dikalibrasi lewat RTL
P.A.3 Rata-rata dana penelitian per DTPS per tahun	> Rp10 juta	Tidak dapat dipenuhi dengan anggaran riset internal Rp1,5 juta/semester → unit mengusulkan pentahapan (Rp3 juta 2026/27 → Rp5 juta 2027/28) ke RTM; sampai disetujui, target ditulis "pentahapan menunggu RTM"	Sekaligus usulan penyesuaian standar pada Buku Standar 2026
K.A.3 Bukti sahih proses PkM enam aspek	Enam aspek terdokumentasi	Target dokumen: SK reviewer PkM terbit September; berita acara monev tiap semester; rekap output per semester — status "tersedia & berlaku"	Standar proses diberi target dokumen, bukan angka

BAB 4 PELAKSANAAN

4.1 Bukti per indikator

Pelaksanaan standar dibuktikan per indikator, bukan per unit. Untuk setiap indikator DEDIN ditetapkan satu jenis bukti minimal dan satu PIC. Contoh untuk bidang P3M: jumlah penelitian dibuktikan surat tugas dan laporan; publikasi dibuktikan tautan artikel terbit atau sertifikat; HKI dibuktikan sertifikat; kemitraan dibuktikan MoU/MoA dan surat pernyataan mitra; hibah dibuktikan kontrak atau pengumuman pemenang; pelibatan mahasiswa dibuktikan surat tugas atau artikel bersama yang mencantumkan nama mahasiswa. Bukti yang tidak memenuhi jenis minimal (misalnya tautan artikel untuk mengklaim hibah) tidak dihitung.

4.2 DEDIN sebagai instrumen pencatatan

DEDIN dikelola per unit dengan struktur baku: kode indikator per unit dan prodi, sasaran, program, indikator, target, capaian, jenis dokumen bukti, tautan bukti per butir, PIC, anggaran dan realisasi, serta kolom penjelasan. Format generasi-3 yang dipakai P3M sejak TA 2024/2025 menjadi acuan semua unit. Tautan bukti harus menunjuk berkas di Drive institusi (bukan Drive pribadi) dan diperiksa keterbukaannya pada setiap monev. Riwayat versi DEDIN tidak boleh dihapus karena menjadi bukti tanggal penetapan dan pengisian.

4.3 Tata arsip bukti

Bukti disimpan pada folder institusi dengan struktur Bukti/<unit>/<TA>/<proses atau jenis> dan nama berkas TA_Proses_NamaDokumen_Tanggal (contoh: 2025-26_Monev_BeritaAcaraGanjil_2026-02-20.pdf). Satu berkas satu tempat; berkas yang dipakai dua indikator ditautkan, bukan disalin ganda. Berkas fisik (SK bertanda tangan, daftar hadir) dipindai dan aslinya diarsipkan unit pengelola arsip institusi. Masa simpan minimal satu siklus akreditasi (lima tahun) atau sesuai ketentuan kearsipan.

4.4 Pelaporan ke sistem eksternal

Pelaksanaan tridharma dilaporkan pula ke sistem kementerian sesuai bidangnya (PDDikti untuk data akademik dan dosen, SISTER/BKD untuk kinerja dosen, BiMA untuk penelitian dan PkM berhibah). Menu "Pelaksanaan" pada aplikasi SPMI kementerian tidak menerima unggahan; ia merujuk pada sistem-sistem tersebut, sehingga kelengkapan data di sana adalah bagian dari tahap Pelaksanaan. Operator PDDikti/SISTER melaporkan kelengkapan datanya kepada PPMI setiap semester.

4.5 Dokumen wajib tahap Pelaksanaan

- DEDIN semester dengan tautan bukti per butir yang dapat dibuka.
- Berkas bukti terarsip menurut 4.3 (surat tugas, laporan, publikasi, luaran, dokumen mitra, kontrak hibah, daftar hadir kegiatan).
- Rekap per dosen/per PIC (misalnya sheet publikasi dosen) yang diperbarui tiap semester.
- Laporan kelengkapan data sistem eksternal dari operator.

BAB 5 EVALUASI: MONEV, EVALUASI DIRI, DAN AUDIT MUTU INTERNAL

5.1 Tiga lapis yang tidak saling mengganti

Evaluasi dijalankan dalam tiga lapis yang berbeda acuan, pelaku, dan keluarannya, ditambah asesmen eksternal sebagai lapis keempat yang berada di luar kendali lembaga. Monev membandingkan capaian dengan target dan dilakukan unit sendiri tiap semester. Evaluasi diri membandingkan kondisi unit dengan setiap pernyataan standar dan dilakukan unit sendiri tiap akhir tahun akademik. AMI memeriksa kesesuaian pelaksanaan terhadap standar dan berjalannya sistem mutu, dilakukan auditor independen sekali per tahun. Ketiganya wajib ada setiap tahun akademik; rekap monev tidak boleh dilaporkan sebagai laporan AMI, dan evaluasi diri tidak boleh hanya menyalin angka DEDIN. Perbandingan lengkap tersaji pada Lampiran C.

5.2 Monev

5.2.1 Tujuan dan acuan

Monev menjawab apakah target semester tercapai dan di mana kendalanya. Acuannya kolom target DEDIN. Monev berjalan sepanjang semester melalui pendampingan PIC (P3M memakai pendampingan dua mingguan) dan direkap resmi pada akhir semester: Februari untuk Ganjil, Agustus untuk Genap.

5.2.2 Langkah

1. PIC mengisi kolom capaian dan tautan bukti untuk setiap indikator paling lambat satu minggu sebelum rapat monev.
2. Kepala unit bersama Kaprodi memeriksa kelengkapan pengisian (persentase indikator bertarget yang capaiannya terisi) dan keterbukaan tautan.
3. Rapat monev membahas indikator yang capaiannya kurang dari target atau nol, mencatat penyebab dan usulan tindakan, serta menandai indikator yang satuannya tidak sebanding (misalnya penelitian dosen digabung dengan penelitian mahasiswa).
4. Hasil dituangkan dalam rekap monev (F-02) dan berita acara monev (F-03) beserta daftar hadir; rekap dilaporkan kepada Wakil Ketua yang membidangi.
5. Dalam dua minggu setelah rapat monev, kepala unit menerbitkan RTL (Bab 6).

5.2.3 Skala hasil dan ukuran mutu monev

Per indikator: tercapai, kurang dari target, nol, atau belum diisi. Mutu monev diukur dari kelengkapan pengisian (indikator terisi capaian dibagi indikator bertarget) dan ketepatan waktu rekap. Kelengkapan di bawah 90 persen menjadi temuan pada AMI berikutnya.

5.3 Evaluasi diri terhadap standar

5.3.1 Tujuan dan acuan

Evaluasi diri menjawab apakah kondisi unit memenuhi setiap pernyataan standar, termasuk standar yang tidak berangka. Acuannya dokumen standar, bukan target. Evaluasi diri dilakukan pada akhir tahun akademik (Agustus–September), setelah monev Genap dan sebelum AMI, dan hasilnya menjadi bahan utama auditor.

5.3.2 Langkah dan format

1. Unit memakai matriks evaluasi diri (F-04): baris sama dengan matriks standar dan target unit; kolom kondisi TA berjalan (angka dari monev dua semester dan dokumen), bukti, penilaian, rencana perbaikan.
2. Penilaian per pernyataan: terpenuhi; terpenuhi sebagian; belum terpenuhi; tidak dapat dinilai (tidak ada data/bukti); melampaui standar.
3. Unit mencatat pula temuan penetapan: pernyataan standar yang belum diberi target, target yang di bawah ambang standar tanpa persetujuan RTM, dan indikator DEDIN tanpa induk standar.
4. Matriks ditandatangani kepala unit dan diserahkan kepada PPMI paling lambat dua minggu sebelum jadwal AMI; salinannya menjadi Lembar 3 Laporan Implementasi SPMI unit. Untuk AMI 2026, matriks evaluasi diri tergabung dalam kolom capaian tiga TA pada F-01 dan tidak dibuat terpisah.

5.3.3 Kesalahan yang harus dihindari

- Menyatakan "terpenuhi" karena target tercapai, padahal target di bawah ambang standar.
- Melewatkan standar dokumen dan proses (Renstra, pedoman, reviewer, laporan kepada mitra) karena tidak ada di DEDIN.
- Mengisi kolom bukti dengan nama dokumen yang tidak dapat ditunjukkan.

5.4 Audit Mutu Internal

5.4.1 Tujuan dan acuan

AMI adalah pemeriksaan sistematis, independen, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti bahwa standar dilaksanakan dan sistem mutu berjalan. Acuannya pernyataan standar, prosedur pada Manual dan pedoman ini, serta PTK audit sebelumnya. AMI dilaksanakan sekali per tahun akademik untuk seluruh unit pada Agustus–Oktober; unit yang memiliki temuan mayor dapat diaudit tindak lanjut pada semester berikutnya.

5.4.2 Independensi dan kompetensi auditor

Tim auditor ditetapkan dengan SK Ketua setiap tahun, terdiri atas lead auditor dan auditor yang telah mengikuti pelatihan SPMI dan AMI. Auditor tidak boleh mengaudit unit tempatnya bekerja atau kegiatan yang ia laksanakan sendiri; PPMI mengatur penugasan silang. Auditor terikat kerahasiaan dan menilai berdasarkan bukti, bukan pendapat.

5.4.3 Program dan daftar tilik

PPMI menyusun program audit tahunan: jadwal per unit, auditor yang ditugaskan, lingkup standar, dan dokumen yang harus disiapkan unit. Daftar tilik (F-05) diturunkan langsung dari pernyataan standar dan indikatornya — satu baris per pernyataan — ditambah butir sistem: apakah target ditetapkan tepat waktu, apakah monev dan evaluasi diri dilakukan, apakah RTL dan PTK sebelumnya ditutup. Daftar tilik yang tidak diturunkan dari standar menghasilkan temuan yang tidak dapat diklasifikasikan; ini kelemahan yang ditemukan pada laporan AMI 2022 dan 2023 dan tidak boleh berulang.

5.4.4 Pelaksanaan

1. Pemberitahuan tertulis kepada unit paling lambat dua minggu sebelum audit, memuat jadwal, auditor, lingkup, dan daftar dokumen.
2. Pertemuan pembukaan: penjelasan lingkup dan metode; daftar hadir.
3. Audit dokumen: pemeriksaan matriks evaluasi diri, DEDIN, dan bukti per pernyataan standar menggunakan daftar tilik.
4. Audit lapangan: wawancara kepala unit, PIC, dosen, mahasiswa; observasi sarana; penelusuran sampel bukti sampai ke berkas aslinya.
5. Perumusan temuan dan klasifikasinya; penerbitan PTK per temuan (F-06) yang ditandatangani auditor dan auditee.
6. Pertemuan penutupan: penyampaian temuan, kesepakatan tenggat tindak lanjut; daftar hadir.
7. Laporan AMI diserahkan PPMI kepada Ketua dan unit paling lambat dua minggu setelah penutupan.

5.4.5 Perumusan temuan

Setiap temuan ditulis dengan tiga unsur: bukti (apa yang ditemukan auditor), acuan (pernyataan standar atau prosedur yang tidak dipenuhi), dan pernyataan ketidaksesuaian. Temuan tanpa acuan standar bukan temuan, melainkan observasi. Temuan yang sama pada unit yang sama pada dua siklus berturut-turut dinaikkan klasifikasinya.

5.4.6 Klasifikasi temuan

Klasifikasi	Definisi	Konsekuensi
Ketidaksesuaian mayor	Pernyataan standar tidak terpenuhi DAN tidak ada mekanisme/upaya yang berjalan untuk memenuhinya; atau ketidaksesuaian minor yang sama berulang pada dua siklus berturut-turut; atau kegagalan sistem (tidak ada target, tidak ada monev, tidak ada RTL).	PTK dengan tenggat ≤ 90 hari; wajib dibahas di RTM; audit tindak lanjut pada semester berikutnya.
Ketidaksesuaian minor	Pernyataan standar terpenuhi sebagian, atau terpenuhi tetapi buktinya tidak lengkap/tidak sahih, atau prosedur dijalankan tidak sesuai ketentuan tanpa mengganggu pemenuhan standar.	PTK dengan tenggat ≤ 90 hari; diverifikasi pada AMI berikutnya.
Observasi	Kondisi yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian atau peluang peningkatan, tanpa ada standar yang dilanggar.	Dicatat; unit menanggapi dalam RTL bila dipandang perlu.
Sesuai	Pernyataan standar terpenuhi dengan bukti sahih.	—
Praktik baik	Pelaksanaan melampaui standar dan layak ditiru unit lain.	Dicatat dalam laporan dan RTM sebagai bahan peningkatan.

Aturan tambahan sejak Buku Standar 2026 (SK Standar diktum KELIMA): (a) standar tidak berlaku surut — indikator yang baru ada pada Buku Standar 2026 dan belum terpenuhi pada TA 2025/2026 paling berat ketidaksesuaian minor dengan tindak lanjut berupa rencana pemenuhan; (b) kesenjangan atas tuntutan yang sudah ada pada Standar 2023 dan bertahan tiga tahun akademik tanpa upaya diklasifikasikan mayor; (c) indikator dalam lintasan peralihan: target lintasan tercapai → observasi, tidak tercapai → ketidaksesuaian minor, sepanjang lintasan tercatat dalam rencana strategis bidang yang sah; (d) butir sistem SIS-1 sampai SIS-3 diperiksa per tahun akademik; (e) target unit di atas standar yang tidak tercapai bukan ketidaksesuaian.

5.4.7 Laporan AMI

Laporan AMI memuat identitas audit (tanggal, tim, SK), lingkup, ringkasan hasil per unit, daftar temuan terklasifikasi dengan acuan standarnya, PTK, praktik baik, kesimpulan tentang berjalannya sistem, dan lampiran (daftar hadir, daftar tilik terisi, rekap evaluasi diri). Laporan menjadi masukan wajib RTM dan diunggah pada kotak Audit Mutu Internal aplikasi SPMI kementerian dengan tanggal audit yang sebenarnya.

5.5 Asesmen eksternal

Akreditasi oleh BAN-PT/LAM dan pemantauan kementerian adalah evaluasi lapis keempat. Hasilnya (rekomendasi asesor, temuan pemantauan) diperlakukan seperti temuan AMI: dijawab dengan RTL unit dan dibahas di RTM.

5.6 Contoh: satu indikator dilihat tiga lapis

Pelibatan mahasiswa dalam penelitian dosen, bidang P3M, TA 2023/2024. Fakta yang sama menghasilkan tiga pernyataan berbeda karena acuan dan penilainya berbeda.

Lapis	Acuan	Hasil	Tindak lanjut
Monev	Target 28 (Ganjil), 19 + 19 (Genap)	Capaian 0 (Ganjil), 1 + 1 (Genap): "kurang dari target"	RTL: mekanisme penunjukan mahasiswa; kalibrasi target 24/25
Evaluasi diri	Standar P.B.1: ≥ 25% penelitian melibatkan mahasiswa	2 dari 86 penugasan (≈ 2%): "belum terpenuhi"; catatan: target 100% jauh di atas ambang	Rencana perbaikan unit; usulan ke RTM bila butuh insentif
AMI	Standar P.B.1 + prosedur penugasan	Standar tidak terpenuhi dan tidak ada mekanisme yang berjalan → ketidaksesuaian minor (mayor bila berulang)	PTK: SK mekanisme + target 24/25, tenggat 90 hari; verifikasi pada AMI berikutnya

BAB 6 PENGENDALIAN: RTL DAN RTM

6.1 Dua tingkat pengendalian

Pengendalian bekerja berlapis. RTL adalah rencana tindakan koreksi dan pencegahan di tingkat unit, lahir dari setiap evaluasi. RTM adalah rapat pimpinan yang meninjau seluruh hasil evaluasi beserta tindak lanjutnya dan memutuskan hal yang di luar wewenang unit. Alur dalam satu tahun akademik: monev → RTL unit; AMI → PTK auditor → RTL auditee; RTM → keputusan → RTL baru atau peningkatan. Perbandingan lengkap pada Lampiran D.

6.2 RTL

1. Pemicu: hasil monev, matriks evaluasi diri, PTK dari auditor, keputusan RTM.
2. Isi (F-07): penyimpangan/temuan, akar masalah, tindakan koreksi, tindakan pencegahan, PIC, tenggat, bukti penyelesaian, status (terbuka, selesai, diverifikasi).
3. Kewenangan: tindakan operasional dalam wewenang unit — kalibrasi kegiatan dan target, penunjukan PIC, penjadwalan pendampingan, perbaikan pencatatan, pengajuan anggaran. RTL tidak boleh mengubah isi standar atau memutuskan anggaran institusi.
4. Waktu: diterbitkan ≤ 2 minggu setelah rapat monev; untuk PTK, dalam tenggat yang tertulis pada PTK; untuk keputusan RTM, ≤ 2 minggu setelah notulen diterima.
5. Pengesahan: ditandatangani kepala unit, diketahui Wakil Ketua yang membidangi; untuk jawaban PTK, disepakati auditor.
6. Verifikasi: bukti penyelesaian ditautkan di RTL; auditor memverifikasi penutupan PTK pada audit berikutnya; PPMI merekap status seluruh RTL/PTK sebagai bahan RTM.

Manual, daftar strategi pada DEDIN, atau rencana kerja bukan RTL. RTL harus menunjuk penyimpangan tertentu dan tindakan bertenggat. Perubahan DEDIN semester berikutnya adalah bukti bahwa tindakan dijalankan, tetapi keputusannya tetap harus tercatat dalam RTL.

6.3 RTM

1. Waktu: minimal sekali per tahun akademik, Oktober–November, setelah seluruh laporan AMI diterima; RTM luar biasa dapat diselenggarakan bila ada perubahan besar (instrumen akreditasi baru, pergantian pimpinan, temuan mayor lintas unit).
2. Peserta: Ketua sebagai pimpinan rapat, Wakil Ketua, Kaprodi, kepala unit, tim auditor; PPMI sebagai penyelenggara dan notulis.
3. Masukan wajib (disiapkan PPMI): laporan AMI seluruh unit; rekap matriks evaluasi diri; rekap monev dua semester; status PTK dan RTL siklus sebelumnya; hasil survei kepuasan pemangku kepentingan; perubahan regulasi dan instrumen akreditasi; kebutuhan sumber daya; usulan peningkatan/penyesuaian standar.
4. Keluaran wajib (F-08): notulen dengan keputusan bernomor, penanggung jawab, tenggat, kebutuhan sumber daya; daftar hadir; berita acara yang ditandatangani pimpinan rapat dan notulis; distribusi keputusan ke unit.
5. Kewenangan: pengesahan hasil audit dan tindak lanjutnya; alokasi anggaran; penetapan atau penyesuaian standar (memicu SK); perubahan kebijakan atau struktur; penetapan target institusi; penutupan temuan yang diverifikasi; sanksi dan penghargaan.
6. Tindak lanjut: setiap keputusan yang menyangkut unit diturunkan menjadi butir RTL unit dengan merujuk nomor keputusan RTM; PPMI memantau dan melaporkan statusnya pada RTM berikutnya.

6.4 Eskalasi

Temuan atau penyimpangan yang tidak selesai pada dua RTL berturut-turut, atau yang membutuhkan keputusan anggaran, standar, atau lintas unit, dieskalasi ke RTM oleh kepala unit melalui PPMI. Temuan mayor selalu dieskalasi.

6.5 Contoh alur PTK → RTL → RTM

AMI Siklus-2 (5 Agustus 2023) mencatat temuan "luaran HKI minim" pada bidang P3M. Alur yang benar: auditor menerbitkan PTK dengan acuan Standar Luaran L.4 (rasio luaran : dosen tetap); P3M menjawab PTK dengan RTL berisi pos anggaran pendampingan HKI, target 1 HKI per prodi per semester, PIC, dan tenggat; RTL dijalankan sehingga DEDIN 2024/2025 memuat indikator dan anggaran HKI; pada RTM berikutnya PPMI melaporkan status PTK, dan bila pos anggaran pendampingan memerlukan tambahan dana institusi, RTM yang memutuskan; auditor memverifikasi penutupan PTK pada AMI berikutnya (capaian 2024/2025: 2 + 0 Ganjil, 2 + 2 Genap). Yang tidak boleh terjadi: tindakan dijalankan tanpa RTL tertulis sehingga jejaknya hanya terlihat pada perubahan DEDIN — itulah kondisi yang harus diperbaiki mulai 2026/2027.

BAB 7 PENINGKATAN

7.1 Tiga jenis perubahan dan wewenangnya

Jenis	Kapan	Siapa memutuskan	Dokumen
Kalibrasi target	Target tidak tercapai atau terlalu rendah dibanding kapasitas; tiap akhir semester/TA	Kepala unit, disetujui Waket I (RTL)	RTL; berita acara target semester berikut
Peningkatan standar	Standar tercapai secara konsisten (minimal dua TA) atau tuntutan eksternal naik	RTM → SK Ketua	Kajian; keputusan RTM; SK revisi standar
Penyesuaian standar	Standar terbukti tidak layak/tidak relevan (tidak pernah dapat dioperasionalkan, ambang salah salin, indikator salah sasaran)	RTM → SK Ketua, dengan alasan tertulis	Kajian kelayakan; keputusan RTM; SK revisi standar
Peningkatan sistem	Instrumen, format DEDIN, prosedur, kompetensi auditor	PPMI/kepala unit; RTM bila lintas unit	Revisi pedoman/formulir; pelatihan

7.2 Kaidah

1. Peningkatan standar hanya untuk standar yang sudah tercapai. Standar yang belum tercapai ditangani lewat pengendalian (kalibrasi target, tindakan koreksi), bukan dengan menaikkan atau menurunkan standarnya.
2. Penyesuaian standar ke bawah diperbolehkan hanya dengan kajian tertulis yang menunjukkan standar tidak layak, diputuskan RTM, dan ditetapkan SK; alasan dan tanggalnya dicatat dalam riwayat revisi standar. Penurunan diam-diam (target dibiarkan di bawah standar tahun demi tahun) adalah ketidaksesuaian.
3. Setiap revisi standar disertai revisi matriks standar dan target unit dan daftar tilik AMI pada tahun berikutnya.
4. Praktik baik yang dicatat AMI diusulkan menjadi standar atau target bagi unit lain melalui RTM.

7.3 Mekanisme revisi standar

Usulan revisi disampaikan unit atau PPMI dengan kajian singkat (alasan, data capaian, perbandingan dengan instrumen akreditasi dan kemampuan lembaga, dampak). RTM memutuskan; PPMI menyusun draf; Ketua menetapkan dengan SK; PPMI mensosialisasikan dan memperbarui kode dokumen, riwayat revisi, matriks, dan daftar tilik. Standar lama tetap dipakai untuk menilai tahun akademik yang sudah berjalan sebelum SK revisi.

BAB 8 DOKUMENTASI DAN PELAPORAN

8.1 Dokumen wajib per tahun akademik

Setiap unit wajib menghasilkan dan mengarsipkan dokumen berikut untuk setiap tahun akademik; daftar ini menjadi daftar periksa tahunan (F-09) dan dasar permintaan dokumen bila arsip harus ditelusuri kembali.

Tahap	Dokumen	Frekuensi	Formulir
Penetapan	Matriks standar dan target unit; berita acara & daftar hadir rapat kerja penetapan target; DEDIN versi awal semester	per semester	F-01
Pelaksanaan	DEDIN dengan tautan bukti per butir; berkas bukti terarsip; rekap per dosen/PIC	berjalan	—
Evaluasi	Rekap monev; berita acara & daftar hadir monev; laporan monev ke Waket I	per semester	F-02, F-03
Evaluasi	Matriks evaluasi diri terhadap standar	per TA	F-04
Evaluasi	Program audit; daftar tilik terisi; daftar hadir; formulir temuan/PTK; laporan AMI; SK tim auditor	per TA	F-05, F-06
Pengendalian	RTL hasil monev; jawaban PTK; bukti tindakan; status verifikasi	per semester / per PTK	F-07
Pengendalian	Undangan, daftar hadir, notulen & keputusan RTM; tindak lanjut keputusan	per TA	F-08
Peningkatan	Target semester berikut; usulan/kajian revisi standar; SK revisi; revisi instrumen	per TA / sesuai keputusan	—
Pelaporan	Laporan Implementasi SPMI unit; daftar bukti; tangkapan layar aplikasi SPMI kementerian	per tahun laporan	F-09

8.2 Laporan Implementasi SPMI per unit

Setiap unit menyusun Laporan Implementasi SPMI untuk tiap tahun laporan (tahun N memuat TA (N−1)/N) dengan struktur baku: lembar pengesahan; ringkasan; peta unggah ke aplikasi kementerian; Lembar 1 Penetapan; Lembar 2 Pelaksanaan; Lembar 3 Evaluasi (monev, evaluasi diri, AMI); Lembar 4 Pengendalian (RTL, RTM); Lembar 5 Peningkatan; Lembar 6 Dampak tridharma; catatan penyusunan dan daftar isian; lampiran (kalender, matriks, daftar bukti). Laporan disusun kepala unit, diperiksa PPMI, disahkan Ketua, dan menjadi sumber PDF per lembar untuk kotak-kotak aplikasi kementerian. Contoh terisi: Laporan Implementasi SPMI P3M Tahun 2024, 2025, 2026 (Lampiran F).

8.3 Pengisian aplikasi SPMI kementerian

1. PPMI adalah pengelola akun dan penanggung jawab pengisian; unit menyerahkan bahan (PDF per lembar, tautan, tanggal) paling lambat 30 September setiap tahun; pengisian diselesaikan paling lambat 15 Oktober agar terverifikasi pada gelombang November.
2. Setiap tahun laporan memuat kotak: komitmen (kebijakan, organisasi), pedoman siklus PPEPP, standar per bidang, mekanisme pendokumentasian, evaluasi (pemantauan, evaluasi diri, AMI, asesmen), pengendalian (RTL dan RTM per aspek), peningkatan, dampak tridharma, profil, dan pengelola. Peta kotak → dokumen → PIC pada Lampiran E.
3. Dokumen penetapan yang sudah ada dideklarasikan ulang tiap tahun dengan tanggal SK aslinya (tidak diganti tahunnya); dokumen evaluasi, pengendalian, peningkatan, dan dampak harus berasal dari tahun itu.
4. Kotak Audit Mutu Internal hanya diisi bila laporan AMI tahun itu benar ada; bila tidak, kotak dikosongkan dan kotak Pemantauan/Evaluasi Diri diisi dengan dokumen yang ada. Rekap monev tidak diunggah sebagai AMI.
5. Nama berkas yang diunggah harus menggambarkan isinya (bukan nama fungsi kotak) dan tanggal yang diisi adalah tanggal dokumen asli; PPMI menyimpan tangkapan layar setiap entri sebagai bukti untuk LED.
6. Kolom keterangan/deskripsi diisi teks ringkas dari peta unggah laporan unit; kotak yang meminta "tanggal penetapan baru" pada Peningkatan diisi tanggal keputusan atau SK yang sebenarnya.

8.4 Kaidah integritas dokumen

1. Tidak ada dokumen bertanggal mundur. Dokumen yang tidak pernah dibuat pada waktunya tidak dibuat kemudian dengan tanggal lama.
2. Penyusunan retrospektif diperbolehkan dan diberi tanggal sebenarnya: laporan, rekapitulasi, matriks, dan lembar tindak lanjut boleh disusun kemudian dari dokumen bertanggal asli, dengan mencantumkan tanggal penyusunan dan sumber datanya.
3. Bukti pengganti dipakai secara terbuka bila dokumen resmi tidak ada: riwayat versi DEDIN, kolom strategi/penjelasan DEDIN, surat tugas, pesan atau e-mail bertanggal, foto kegiatan, riwayat unggah aplikasi kementerian — dengan menyebut sifatnya.
4. Kejanggalan kronologi dijelaskan, tidak dirapikan (contoh: SK 001.a tanggal 9 Januari 2023 mendahului RTM 12 Januari dan tanggal dokumen standar 27 Januari 2023).
5. Angka yang satuannya tidak sebanding antar-tahun (misalnya penelitian dosen yang digabung dengan penelitian mahasiswa pada 2023/2024) diberi catatan, bukan dibandingkan langsung.
6. Penanda tangan pengesahan adalah pejabat yang menjabat pada tanggal penandatanganan; dokumen bertanggal lama tetap atas nama pejabat saat itu.

8.5 Struktur arsip institusi

PPMI memelihara arsip SPMI pada Drive institusi dengan struktur: Dokumen SPMI (kebijakan, manual, standar, formulir, pedoman, SK); Siklus/<TA>/<unit>/<proses>; AMI/<tahun>; RTM/<tahun>; Aplikasi kementerian/<tahun laporan> (tangkapan layar dan PDF yang diunggah); Laporan Implementasi/<unit>/<tahun>. Hak akses: PPMI penuh; kepala unit tulis pada foldernya; auditor baca pada unit yang diaudit.

8.6 Ketentuan peralihan 2026

Untuk siklus TA 2023/2024, 2024/2025, dan 2025/2026 yang telah berjalan sebelum pedoman ini ditetapkan, serta untuk tahun peralihan 2026, berlaku ketentuan berikut: (1) dokumen yang ada dilaporkan dengan tanggal aslinya; (2) laporan implementasi per unit disusun retrospektif pada 2026 dengan tanggal penyusunan sebenarnya; (3) dokumen yang seharusnya ada menurut siklus tetapi tidak ditemukan dicari di arsip kampus dengan daftar permintaan dokumen; bila tetap tidak ada, dinyatakan "tidak ada/tidak dilaksanakan" dan diganti bukti pengganti; (4) Buku Standar SPMI 2026 menjadi kriteria AMI 2026 dan ditetapkan 20 Oktober 2026, pada hari sesi klarifikasi dan penutupan AMI, dengan isi yang sama dengan naskah rancangan yang menjadi acuan pemeriksaan dokumen (v1.4, diralat menjadi v1.4a pada 15 Oktober 2026 tanpa perubahan jumlah standar dan indikator); Standar SPMI 2023 dan PTK AMI 2023 menjadi rujukan riwayat; kesesuaian dinilai pada kondisi TA 2025/2026 dan dokumen yang berlaku saat audit, dua TA sebelumnya dibaca sebagai tren (klasifikasi pada 5.4.6); (5) F-01 2026 dipra-isi PPMI dari DEDIN (capaian tiga TA dan usulan target 2026/2027) dan dikonfirmasi kepala unit pada sesi klarifikasi AMI 20 Oktober 2026, sekaligus menggantikan F-04 untuk AMI 2026; target Ganjil 2026/2027 ditetapkan susulan pada F-01 itu dan dicatat apa adanya; Genap 2026/2027 menjadi siklus pertama yang patuh penuh; (6) pemberitahuan audit 2026 diberikan kurang dari dua minggu sebelum audit — penyimpangan dari 5.4.4 butir 1 ini dicatat sebagai ketentuan tahun peralihan; (7) AMI 2026 mengaudit tiga tahun akademik sekaligus — pemeriksaan dokumen 12–16 Oktober 2026, sesi klarifikasi dan penutupan 20 Oktober 2026 — dan Laporan AMI diserahkan 20 Oktober 2026; (8) RTM konsolidasi 21 Oktober 2026 mengesahkan hasil AMI 2026, laporan tahun 2024–2026, PTK, dan kalibrasi target rencana strategis bidang; (9) pengisian aplikasi kementerian tahun 2024, 2025, dan 2026 dilakukan dalam dua batch — batch A (komitmen, pedoman, standar, mekanisme, pemantauan, RTL, profil) sebelum RTM dan batch B (AMI 2026, RTM 2026, peningkatan) sesudah RTM, selesai paling lambat 24 Oktober 2026 — menyimpang dari batas 15 Oktober pada 8.3 khusus tahun 2026.

8.7 Langkah menyusun Laporan Implementasi SPMI unit

1. Kumpulkan dokumen tahun akademik yang dilaporkan menurut daftar F-09; tandai yang ada, yang tidak ada, dan bukti penggantinya.

2. Isi Lembar 1 dari matriks standar dan target unit dan berita acara penetapan; Lembar 2 dari DEDIN dan bukti; Lembar 3 dari rekap monev, matriks evaluasi diri, dan laporan AMI; Lembar 4 dari RTL dan notulen RTM; Lembar 5 dari target baru dan SK revisi; Lembar 6 dari uraian dampak tridharma.
3. Tulis catatan penyusunan: sumber data, tanggal penyusunan, satuan yang tidak sebanding, dokumen yang tidak ditemukan.
4. Susun peta unggah: kotak aplikasi kementerian → bagian laporan → teks deskripsi → berkas PDF.
5. Kepala unit menandatangani; PPMI memeriksa konsistensi dengan laporan unit lain dan dengan laporan AMI; Ketua mengesahkan.
6. Ekspor PDF per lembar dengan nama berkas yang menggambarkan isi; serahkan ke PPMI paling lambat 30 September; PPMI mengunggah dan menyimpan tangkapan layar.

BAB 9 INDIKATOR KESEHATAN SIKLUS

PPMI mengukur berjalannya siklus dengan indikator berikut, dilaporkan pada RTM dan menjadi bagian evaluasi diri institusi untuk indikator 1–3 IAPT 4.1. Nilai per unit per tahun akademik dicatat pada F-09.

No	Indikator kesehatan siklus	Ukuran	Ambang
1	Ketepatan penetapan target	Unit dengan berita acara target ≤ 2 minggu setelah semester dimulai	100% unit
2	Cakupan penurunan standar	Pernyataan standar yang punya target (penuh/dokumen) dalam matriks	100% pernyataan
3	Kelengkapan monev	Indikator bertarget yang capaiannya terisi pada rekap akhir semester	≥ 90%
4	Ketepatan monev	Rekap dan berita acara monev selesai ≤ 4 minggu setelah semester berakhir	100% unit
5	Evaluasi diri	Unit yang menyerahkan matriks evaluasi diri sebelum AMI	100% unit
6	Pelaksanaan AMI	AMI terlaksana untuk semua unit dalam tahun akademik, dengan SK tim dan laporan	1 kali/TA, 100% unit
7	Penutupan PTK	PTK ditutup terverifikasi dalam tenggat (≤ 90 hari)	≥ 80%; mayor 100%
8	RTL	RTL diterbitkan ≤ 2 minggu setelah monev	100% semester
9	RTM	RTM terlaksana ≤ 60 hari setelah laporan AMI terakhir, dengan keputusan bernomor	1 kali/TA
10	Pelaporan kementerian	Kotak baku aplikasi SPMI terisi dan terverifikasi untuk tahun laporan	100% kotak baku
11	Laporan implementasi unit	Laporan disahkan sebelum 31 Desember tahun laporan	100% unit

Indikator yang tidak mencapai ambang dua tahun berturut-turut dibahas sebagai temuan sistem pada AMI dan RTM.

LAMPIRAN A KALENDER PPEPP TAHUNAN

Kalender ini berlaku untuk semua unit. Bulan mengikuti tahun akademik (September–Agustus); kegiatan Sep–Nov tahun berikutnya menutup siklus tahun akademik sebelumnya sekaligus membuka siklus baru.

Bulan	Kegiatan	Tahap	Pelaku	Dokumen yang lahir	Formulir
September	Rapat kerja unit: matriks standar dan target unit, target Ganjil; sosialisasi kepada dosen; PIC per indikator ditetapkan	Penetapan	Kepala unit, Kaprodi, PIC; diketahui Waket I	Matriks; berita acara & daftar hadir; DEDIN versi awal	F-01
September	RTL Genap TA sebelumnya + jawaban PTK AMI; target Ganjil memuat kalibrasi	Pengendalian	Kepala unit	RTL; jawaban PTK	F-07, F-06
Oktober	Pelaksanaan; pemeriksaan tautan bukti; AMI (lanjutan) untuk unit yang belum	Pelaksanaan; Evaluasi	PIC; auditor	Bukti tertaut; laporan AMI	F-05, F-06
Oktober–November	RTM: tinjauan hasil AMI, evaluasi diri, monev, status PTK; keputusan	Pengendalian → Peningkatan	Ketua (pimpinan), PPMI (penyelenggara), semua kepala unit	Undangan; daftar hadir; notulen & keputusan	F-08
November	Tindak lanjut keputusan RTM; usulan revisi standar → SK; pengisian & verifikasi aplikasi SPMI kementerian	Peningkatan; Pelaporan	PPMI; kepala unit; Ketua	RTL keputusan RTM; SK revisi; tangkapan layar aplikasi	F-07
Desember	Laporan Implementasi SPMI unit tahun berjalan disahkan; daftar bukti	Pelaporan	Kepala unit; PPMI; Ketua	Laporan implementasi; daftar bukti	F-09
Januari	Pelaksanaan; pendampingan PIC; pemeriksaan tengah semester	Pelaksanaan	PIC; kepala unit	Catatan pendampingan	—
Februari	Monev Ganjil: capaian terisi, rapat monev, laporan ke Waket I	Evaluasi	Kepala unit, Kaprodi, PIC	Rekap monev; berita acara; daftar hadir	F-02, F-03
Maret	RTL Ganjil (≤ 2 minggu); rapat kerja target Genap	Pengendalian; Penetapan	Kepala unit; diketahui Waket I	RTL; berita acara target Genap; DEDIN Genap	F-07, F-01
April–Mei	Pelaksanaan; pelatihan SPMI/AMI dan penyegaran auditor	Pelaksanaan; Peningkatan	PIC; PPMI	Bukti; sertifikat pelatihan	—
Juni–Juli	Pelaksanaan; PPMI menyusun program audit dan daftar tilik dari standar; SK tim auditor	Pelaksanaan; Evaluasi (persiapan)	PIC; PPMI; Ketua	Program audit; daftar tilik; SK tim	F-05
Agustus	Monev Genap; matriks evaluasi diri unit; pemberitahuan audit; AMI dimulai	Evaluasi	Kepala unit; PPMI; auditor	Rekap & berita acara monev; matriks evaluasi diri; surat pemberitahuan audit	F-02, F-03, F-04

LAMPIRAN B FORMULIR SPMI (F-01 s.d. F-09)

Formulir berikut adalah format minimal; unit boleh menambah kolom, tidak boleh mengurangi. Setiap formulir memuat kop (kode formulir, unit, tahun akademik/semester, tanggal) dan tanda tangan sesuai ketentuan bab terkait. Versi elektronik disediakan PPMI.

F-01 Matriks standar dan target unit, dan berita acara penetapan target

Kode formulir	F-01/SPMI
Judul	Matriks standar dan target unit; penetapan target tahun akademik dan semester
Unit / TA / semester	…… / …… / ……
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diketahui: Wakil Ketua yang membidangi

Bagian A — Matriks standar dan target unit

Kode	Indikator standar & target minimum	Capaian TS-2 / TS-1 / TS	Tautan bukti	Target Ganjil	Target Genap	Status	Program DEDIN pendukung (status pemetaan)

Status: MEMENUHI / BELUM MEMENUHI / BELUM MEMENUHI — DALAM LINTASAN / BELUM TERUKUR. Kolom capaian tiga TA wajib untuk AMI 2026 (menggantikan F-04); pada siklus berikutnya cukup capaian TA sebelumnya (TS). Status pemetaan DEDIN: PENUH / SEBAGIAN / TIDAK ADA / DOKUMEN; baris DEDIN tanpa induk standar diberi label OPS.

Bagian B — Berita acara rapat kerja penetapan target

Unsur	Isi
Hari/tanggal, tempat	
Peserta (lampirkan daftar hadir)	
Dasar: standar yang berlaku & hasil evaluasi semester lalu	
Keputusan target semester (rujuk baris matriks)	
Target di bawah target minimum (bila ada): dasar lintasan (SK Standar diktum KELIMA huruf d) atau nomor persetujuan RTM	
PIC per indikator	

Unsur	Isi
Catatan	

F-02 Rekap monev semester

Kode formulir	F-02/SPMI
Judul	Rekap capaian terhadap target
Unit / TA / semester	…… / …… / …….
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diperiksa: PPMI

Kode	Indikator	Target	Capaian	Status (tercapai / kurang / nol / belum diisi)	Tautan bukti	PIC	Kendala

Baris ringkasan wajib: jumlah indikator bertarget; capaian terisi (n, %); tercapai; kurang; nol.

F-03 Berita acara rapat monev semester

Kode formulir	F-03/SPMI
Judul	Berita acara monev
Unit / TA / semester	…… / …… / …….
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diketahui: Wakil Ketua yang membidangi

Unsur	Isi
Hari/tanggal, tempat	
Peserta (lampirkan daftar hadir)	
Ringkasan: indikator bertarget / terisi / tercapai / kurang / nol	
Indikator yang tidak tercapai dan penyebabnya	

Unsur	Isi
Indikator yang satuannya perlu catatan	
Rekomendasi untuk RTL (tenggat ≤ 2 minggu)	
Laporan disampaikan kepada Wakil Ketua yang membidangi tanggal	

F-04 Matriks evaluasi diri terhadap standar (per tahun akademik)

Kode formulir	F-04/SPMI
Judul	Evaluasi diri unit terhadap setiap pernyataan standar
Unit / TA / semester	…… / …… / …….
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diserahkan kepada PPMI ≤ 2 minggu sebelum AMI

Kode	Pernyataan standar & ambang	Target TA (Gj/Gn)	Kondisi TA (capaian & dokumen)	Bukti	Penilaian	Rencana perbaikan / usulan ke RTM

Penilaian: TERPENUHI / SEBAGIAN / BELUM / TIDAK DAPAT DINILAI / MELAMPAUI. Tambahkan bagian "Temuan penetapan": pernyataan standar tanpa target; target di bawah ambang tanpa persetujuan RTM; indikator DEDIN tanpa induk standar.

F-05 Daftar tilik Audit Mutu Internal

Kode formulir	F-05/SPMI
Judul	Daftar tilik per unit (diturunkan dari standar)
Unit / TA / semester	…… / …… / …….
Tanggal	……
Tanda tangan	Auditor: …… · Auditee: …….

Kode	Pernyataan standar / butir sistem	Pertanyaan audit	Bukti yang diperiksa	Hasil (S / KTS-Mn / KTS-My / Obs / PB)	Catatan auditor
SIS-1	Target ditetapkan ≤ 2 minggu setelah semester dimulai	Tunjukkan berita acara penetapan target Ganjil dan Genap	F-01		
SIS-2	Monev dan evaluasi diri dilakukan	Tunjukkan F-02, F-03, F-04			
SIS-3	RTL dan PTK sebelumnya ditutup	Tunjukkan F-07 dan verifikasi			

S = sesuai; KTS-Mn = ketidaksesuaian minor; KTS-My = mayor; Obs = observasi; PB = praktik baik (definisi pada 5.4.6). Sejak Buku Standar 2026: indikator baru paling berat KTS-Mn; indikator dalam lintasan → Obs bila target lintasan tercapai (5.4.6).

F-06 Formulir temuan dan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)

Kode formulir	F-06/SPMI
Judul	Temuan audit & PTK — satu formulir per temuan
Unit / TA / semester	…… / …… / …….
Tanggal	……
Tanda tangan	Auditor & auditee menandatangani; verifikasi oleh auditor

Unsur	Isi
Nomor temuan / tanggal audit	
Unit / auditee	
Acuan (kode pernyataan standar / prosedur)	
Bukti yang ditemukan	
Pernyataan ketidaksesuaian	
Klasifikasi (mayor / minor / observasi)	
Akar masalah (diisi auditee)	
Rencana tindakan koreksi & pencegahan, PIC, tenggat (= RTL)	
Bukti penyelesaian (diisi auditee)	
Verifikasi auditor: tanggal, hasil (ditutup / belum), tanda tangan	

F-07 Rencana Tindak Lanjut (RTL) unit

Kode formulir	F-07/SPMI
Judul	RTL hasil monev / evaluasi diri / PTK / keputusan RTM
Unit / TA / semester	…… / …… / ……
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diketahui: Wakil Ketua yang membidangi

No	Pemicu (monev/evaluasi diri/PTK no./RTM keputusan no.)	Penyimpangan / temuan	Akar masalah	Tindakan koreksi	Tindakan pencegahan	PIC	Tenggat	Bukti penyelesaian	Status

Status: TERBUKA / SELESAI / DIVERIFIKASI. RTL tidak boleh mengubah isi standar; usulan perubahan standar ditulis sebagai "usulan ke RTM".

F-08 Undangan, notulen, dan keputusan RTM

Kode formulir	F-08/SPMI
Judul	Rapat Tinjauan Manajemen
Unit / TA / semester	…… / …… / ……
Tanggal	……
Tanda tangan	Pimpinan rapat: Ketua · Notulis: PPMI

Unsur	Isi
Hari/tanggal, tempat; nomor undangan	
Peserta (lampirkan daftar hadir)	
Masukan tinjauan: laporan AMI; rekap evaluasi diri; rekap monev; status PTK/RTL; survei kepuasan; perubahan eksternal; kebutuhan sumber daya; usulan peningkatan	
Pembahasan per unit	
KEPUTUSAN (bernomor): isi keputusan — penanggung jawab — tenggat — sumber daya	

Unsur	Isi
Keputusan tentang standar (peningkatan / penyesuaian) dan tindak lanjut SK	
Distribusi keputusan ke unit (tanggal)	
Tanda tangan pimpinan rapat & notulis	

F-09 Daftar bukti dan indikator kesehatan siklus per tahun akademik

Kode formulir	F-09/SPMI
Judul	Daftar periksa dokumen wajib & indikator kesehatan siklus
Unit / TA / semester	…… / …… / ……
Tanggal	……
Tanda tangan	Disusun: Kepala unit · Diperiksa: PPMI

Tahap	Dokumen wajib	Ganjil	Genap	Per TA	Lokasi arsip / tautan	Catatan
Penetapan	Matriks standar dan target unit; berita acara target; DEDIN awal semester	☐	☐			
Pelaksanaan	DEDIN + tautan bukti; berkas bukti; rekap per PIC	☐	☐			
Evaluasi	Rekap & berita acara monev; laporan ke Waket I	☐	☐			
Evaluasi	Matriks evaluasi diri			☐		
Evaluasi	Laporan AMI; SK tim; daftar tilik; PTK			☐		
Pengendalian	RTL; jawaban PTK; bukti tindakan	☐	☐			
Pengendalian	Notulen & keputusan RTM; tindak lanjut			☐		
Peningkatan	Target berikut; usulan/SK revisi standar			☐		
Pelaporan	Laporan Implementasi SPMI unit; tangkapan layar aplikasi kementerian			☐		

Bagian kedua formulir: nilai 11 indikator kesehatan siklus (Bab 9) untuk unit pada TA tersebut.

LAMPIRAN C PERBEDAAN MONEV, EVALUASI DIRI, DAN AUDIT MUTU INTERNAL

Ketiganya berada di tahap Evaluasi (E) siklus PPEPP dan saling mengisi, bukan saling mengganti: monev memberi angka berjalan terhadap target; evaluasi diri menerjemahkan angka dan dokumen itu ke setiap pernyataan standar; AMI memverifikasi keduanya secara independen dan menghasilkan temuan yang dibawa ke RTM. Urutan tiap tahun akademik: monev Februari → monev Agustus → evaluasi diri Agustus–September → AMI Agustus–Oktober → RTM Oktober–November → target baru semester berikutnya.

Aspek	MONEV DEDIN	EVALUASI DIRI terhadap STANDAR	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
Pertanyaan yang dijawab	Apakah target semester tercapai? Di mana macetnya?	Apakah kondisi unit memenuhi SETIAP pernyataan standar SPMI, termasuk standar yang tidak berangka?	Apakah pelaksanaan standar sesuai, dan apakah sistem mutunya (monev, evaluasi diri, RTL) benar-benar berjalan? Dinilai pihak yang tidak mengerjakannya.
Acuan pembanding	TARGET DEDIN per indikator, per prodi, per semester (kolom TRG). Target bisa di atas atau di bawah standar.	PERNYATAAN STANDAR dan indikator/ambangnya (25 pernyataan P3M: dana ≥Rp10 jt/DTPS, ≥25% penelitian melibatkan mahasiswa, 6 aspek proses, dst.).	Pernyataan standar + prosedur (manual/SOP) + bukti sahih; juga PTK audit sebelumnya.
Siapa yang melakukan	Pelaksana sendiri: Kepala P3M, koordinator prodi, dosen PIC; diketahui Wakil Ketua yang membidangi.	Unit sendiri (P3M) — penilaian diri, boleh didampingi PPMI.	Tim auditor internal ber-SK Ketua, BUKAN dari unit yang diaudit (independen), dikoordinasi PPMI.
Kapan dan seberapa sering	Berjalan terus; rekap resmi tiap akhir semester (Februari dan Agustus). Strategi DEDIN menyebut pendampingan tiap 2 minggu.	Sekali per tahun akademik, akhir TA (Agustus–September), SEBELUM AMI.	Sekali per tahun (Agustus–Oktober), SESUDAH evaluasi diri; jadwal ditetapkan PPMI.
Objek yang dilihat	Indikator kinerja program (jumlah, rasio, persentase) dan tautan buktinya.	Semua pernyataan standar: kinerja berangka DAN standar dokumen/proses (Renstra, pedoman, reviewer, laporan pengelola).	Sampel bukti dan proses: dokumen, wawancara, observasi; plus kepatuhan sistem (apakah monev dan RTL dilakukan).
Bahan masukan	Sheet DEDIN (TRG, CPN, link bukti per butir), catatan kendala.	Rekap monev dua semester + matriks standar dan target unit + dokumen (SK, pedoman, laporan) + kondisi yang tak terekam DEDIN.	Laporan evaluasi diri unit, DEDIN, dokumen, hasil wawancara/observasi, PTK audit sebelumnya.
Cara menilai	Bandingkan TRG vs CPN; hitung kelengkapan pengisian dan ketercapaian; cek tautan bukti.	Isi matriks per pernyataan: kondisi → bukti → penilaian (terpenuhi / sebagian / belum / tidak dapat dinilai) → rencana perbaikan.	Daftar tilik (checklist) yang diturunkan dari standar; audit dokumen + audit lapangan; opening–closing meeting; klasifikasi temuan.
Skala hasil	Tercapai / kurang dari target / nol / belum diisi (angka).	Terpenuhi / terpenuhi sebagian / belum terpenuhi / tidak dapat dinilai; bisa "melampaui standar".	Sesuai; ketidaksesuaian MINOR; ketidaksesuaian MAYOR; observasi/peluang peningkatan; praktik baik.
Dokumen keluaran	Rekap capaian semester (sheet DEDIN), berita acara monev, catatan kendala, RTL cepat.	Laporan/matriks evaluasi diri per TA, ditandatangani Kepala P3M; usulan ke RTM.	Laporan AMI: temuan terklasifikasi, PTK per temuan, rekomendasi; SK tim, daftar hadir, jadwal; menjadi bahan RTM.
Tindak lanjut dan siapa yang memutuskan	RTL ≤ 2 minggu oleh Kepala P3M: kalibrasi kegiatan/target — bukan mengubah standar.	Rencana perbaikan unit; yang di luar wewenang unit (anggaran, standar tak realistis) diusulkan ke RTM.	PTK per temuan dengan tenggat; verifikasi oleh auditor pada audit berikutnya; RTM (Ketua) memutuskan pengendalian dan peningkatan.
Kotak di aplikasi SPMI kementerian	Evaluasi → Pemantauan (juga rujukan menu Pelaksanaan).	Evaluasi → Evaluasi Diri.	Evaluasi → Audit Mutu Internal; hasil RTM/PTK → Pengendalian.
Peran dalam IAPT 4.1	Bukti "laporan berkala" (indikator 3) dan konsistensi pelaksanaan.	Bukti evaluasi pemenuhan standar dalam siklus PPEPP (indikator 2).	Bukti utama indikator 1–2 (PPEPP dengan audit) dan K.1 budaya mutu; asesor memeriksa laporan AMI dan tindak lanjutnya.
Dasar di dokumen internal	Manual Evaluasi Penelitian/PkM 2023 (evaluasi tiap semester); kolom strategi DEDIN.	Manual Evaluasi 2023 (evaluasi diri oleh P3M); Kebijakan SPMI.	Kebijakan SPMI 2022/2023; SK Tim AMI (mis. 113.c/2023); pedoman AMI.

Aspek	MONEV DEDIN	EVALUASI DIRI terhadap STANDAR	AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
Kesalahan yang harus dihindari	Menganggap monev = evaluasi diri (acuannya beda: target vs standar); memasukkan rekap monev ke kotak AMI.	Menilai diri hanya dari angka DEDIN sehingga standar dokumen/proses terlewat; menyebut "tercapai" padahal targetnya di bawah standar.	Auditor dari unit sendiri; audit tanpa daftar tilik dari standar; temuan tanpa klasifikasi dan tanpa PTK (kelemahan laporan AMI 2022/2023).
Contoh: pelibatan mahasiswa dalam penelitian, TA 2023/24	Target 28 (Ganjil) → capaian 0; target 19+19 (Genap) → 1+1: "kurang dari target". RTL: mekanisme penunjukan mahasiswa.	Standar P.B.1: ≥25% penelitian melibatkan mahasiswa. Kondisi 2 dari 86 penugasan (≈2%) → "belum terpenuhi"; catatan: target 100% jauh di atas standar, perlu kalibrasi.	Temuan: standar P.B.1 tidak terpenuhi dan tidak ada mekanisme penunjukan mahasiswa yang berjalan → ketidaksesuaian minor (mayor bila berulang dua siklus); PTK: SK mekanisme + target 24/25; verifikasi AMI berikutnya.
Analogi	Menimbang badan sendiri tiap minggu.	Mengisi kuesioner kesehatan tahunan sendiri terhadap standar dokter.	Pemeriksaan oleh dokter setahun sekali — termasuk memeriksa apakah kita benar-benar menimbang dan mencatat.

LAMPIRAN D PERBEDAAN RTL DAN RTM

Keduanya berada di tahap Pengendalian (P ketiga) siklus PPEPP dan bekerja berlapis: RTL adalah rencana tindakan di tingkat unit yang lahir dari setiap evaluasi, sedangkan RTM adalah rapat pimpinan yang meninjau seluruh hasil evaluasi dan tindak lanjutnya, lalu memutuskan hal yang berada di luar wewenang unit. Alurnya tiap tahun akademik: monev → RTL unit (≤ 2 minggu) → AMI → PTK dari auditor → RTL auditee → RTM pimpinan (Okt–Nov) → keputusan RTM → RTL baru / peningkatan standar / SK.

Aspek	RTL — Rencana Tindak Lanjut	RTM — Rapat Tinjauan Manajemen
Apa itu	Dokumen rencana tindakan koreksi dan pencegahan yang disusun UNIT setelah ada hasil evaluasi (monev, evaluasi diri, temuan AMI, atau keputusan RTM): apa yang diperbaiki, oleh siapa, sampai kapan, buktinya apa.	RAPAT resmi pimpinan tertinggi untuk meninjau kinerja sistem mutu secara keseluruhan (hasil AMI semua unit, evaluasi diri, monev, status tindak lanjut, masukan pemangku kepentingan) dan MEMUTUSKAN pengendalian dan peningkatan yang di luar wewenang unit.
Pertanyaan yang dijawab	"Penyimpangan ini kita perbaiki bagaimana, siapa, kapan?"	"Secara keseluruhan sistem mutu kita jalan atau tidak? Apa yang harus diputuskan pimpinan: anggaran, kebijakan, standar, penugasan?"
Tingkat dan lingkup	Tingkat unit/program (P3M, prodi); satu RTL bisa memuat banyak butir, tetapi semuanya dalam wewenang unit.	Tingkat institusi; lintas unit; memutuskan hal yang tidak bisa diputuskan unit: alokasi dana, revisi standar/kebijakan, penugasan lintas unit, sanksi/penghargaan, prioritas.
Pemicu dan masukan	Hasil monev semester (indikator kurang/nol), matriks evaluasi diri (standar belum terpenuhi), PTK dari auditor AMI, keputusan RTM yang harus dijalankan unit.	Laporan AMI seluruh unit, rekap evaluasi diri dan monev, status PTK/RTL siklus sebelumnya, hasil survei kepuasan, perubahan eksternal (regulasi, instrumen akreditasi), kebutuhan sumber daya, usulan peningkatan.
Siapa yang menyusun / memimpin	Disusun Kepala P3M bersama koordinator prodi dan PIC; disetujui/diketahui Wakil Ketua yang membidangi. Untuk PTK: dijawab auditee, disepakati auditor.	Dipimpin Ketua STIE Surakarta (top management); diselenggarakan PPMI; peserta: Wakil Ketua, Kaprodi, kepala unit (P3M, BAA, Bagian SDM, dll.), tim auditor; notulis PPMI.
Waktu dan frekuensi	Segera setelah evaluasi: ≤ 2 minggu setelah monev (Feb–Mar, Agu–Sep); dalam batas waktu PTK setelah AMI; setelah RTM untuk menjalankan keputusannya. Bisa beberapa kali setahun.	Terjadwal minimal sekali per tahun, setelah siklus AMI selesai (Okt–Nov); RTM luar biasa bila ada perubahan besar (mis. instrumen APT baru, pergantian pimpinan).
Bentuk dokumen dan isi minimal	Tabel: temuan/penyimpangan → akar masalah → tindakan koreksi → tindakan pencegahan → PIC → tenggat → bukti penyelesaian → status (terbuka/selesai/diverifikasi). Ditandatangani Kepala P3M (dan auditor bila menjawab PTK).	Undangan, daftar hadir, notulen/berita acara yang memuat: agenda (masukan tinjauan), pembahasan, KEPUTUSAN bernomor, penanggung jawab, tenggat, kebutuhan sumber daya; ditandatangani pimpinan rapat dan notulis; lampiran bahan (laporan AMI, rekap).
Keluaran dan kewenangan keputusan	Tindakan operasional: kalibrasi kegiatan/target semester, penjadwalan pendampingan, penunjukan PIC, perbaikan pencatatan. TIDAK boleh mengubah isi standar atau anggaran institusi.	Keputusan manajerial: pengesahan hasil audit dan tindak lanjutnya, alokasi anggaran, revisi/penyesuaian standar (memicu SK baru), perubahan kebijakan atau struktur, penetapan target institusi, penutupan temuan yang diverifikasi.
Hubungan dengan PTK (Permintaan Tindakan Koreksi) dari AMI	PTK diterbitkan AUDITOR per temuan; jawaban auditee di formulir PTK (rencana, PIC, tenggat) = RTL untuk temuan itu. Auditor memverifikasi penutupannya pada audit berikutnya.	RTM menerima rekap PTK seluruh unit: mana yang tertutup, mana yang terbuka, mana yang butuh keputusan pimpinan; RTM memutuskan eskalasi atau sumber daya untuk PTK yang macet.
Hubungan satu sama lain	RTL adalah pelaksanaan: setiap keputusan RTM yang menyangkut unit diturunkan menjadi butir RTL unit; RTL juga menjadi bahan laporan unit ke RTM berikutnya.	RTM adalah pemutus: meninjau RTL/PTK yang sudah berjalan, memutuskan yang tidak selesai di tingkat unit, dan membuka tahap Peningkatan (standar baru) bila standar sudah tercapai atau perlu penyesuaian.
Bukti bahwa benar dilaksanakan	Dokumen RTL bertanggal + bukti tindakan (surat tugas, SK PIC, DEDIN semester berikut yang berubah, notulen rapat unit) + status verifikasi.	Undangan, daftar hadir bertanda tangan, notulen/berita acara keputusan, foto/dokumentasi, distribusi keputusan ke unit, dan RTL unit yang merujuk nomor keputusan RTM.
Posisi dalam PPEPP dan kotak aplikasi SPMI	Tahap PENGENDALIAN tingkat unit → kotak Pengendalian → per aspek → "RTL" (deskripsi + berkas).	Tahap PENGENDALIAN tingkat institusi dan gerbang ke PENINGKATAN → kotak Pengendalian → per aspek → "RTM" (deskripsi + berkas); keputusan revisi standar → kotak Peningkatan (tanggal penetapan baru).

Aspek	RTL — Rencana Tindak Lanjut	RTM — Rapat Tinjauan Manajemen
Kaitan IAPT 4.1	Bukti bahwa evaluasi ditindaklanjuti (indikator 2: siklus PPEPP) dan konsistensi tahunan (indikator 3).	Bukti keterlibatan pimpinan dalam SPMI dan budaya mutu (indikator 1–2; K.1); asesor lazim meminta notulen RTM dan bukti keputusannya dijalankan.
Dasar dokumen internal	Manual Pengendalian Penelitian 1.V/M-Pengendalian-Penelitian/SPMI/2023 dan Manual Pengendalian PkM 2023; formulir PTK pada pedoman AMI.	Kebijakan SPMI 2022/2023 (tinjauan manajemen); Manual Pengendalian 2023; praktik RTM 12 Januari 2023.
Kesalahan yang harus dihindari	Menyebut manual atau daftar strategi sebagai RTL; RTL tanpa PIC dan tenggat; RTL yang "menurunkan standar" padahal itu wewenang RTM; RTL tidak pernah diverifikasi penutupannya.	RTM tanpa bahan (tidak ada laporan AMI/rekap); notulen tanpa keputusan bernomor dan PIC; keputusan tidak diturunkan ke RTL unit; RTM diganti rapat rutin pimpinan tanpa agenda tinjauan mutu.
Contoh konkret bidang P3M	Monev Agu 2024: target penelitian 28/semester tercapai 4–5 → RTL: kalibrasi target 24/25 menjadi 10 + 8, PIC per indikator, tautan bukti per butir (terlihat pada DEDIN 24/25). Temuan AMI 2023 "HKI minim" → RTL: pos anggaran HKI dan target 1 per prodi per semester.	Standar P.A.3 (dana penelitian ≥ Rp10 juta/DTPS) tidak pernah bisa dioperasionalkan → bukan urusan RTL; harus diputuskan RTM: tambah anggaran, atau sesuaikan standar ke Rp5 juta dengan alasan tertulis (Manual Peningkatan 2023). Demikian pula dua standar baru (jurnal, integritas publikasi).
Analogi	Resep dan jadwal minum obat yang disepakati pasien dengan dokter setelah pemeriksaan.	Rapat komite rumah sakit yang menilai hasil semua pemeriksaan, lalu memutuskan anggaran, protokol baru, dan siapa mengerjakan apa.

LAMPIRAN E PETA KOTAK APLIKASI SPMI KEMENTERIAN → DOKUMEN → PENANGGUNG JAWAB

Aplikasi Pelaporan SPMI Kemdiktisaintek meminta sekitar 34 kotak isian per tahun laporan. Peta ini menetapkan dokumen sumber dan penanggung jawab tiap kotak. Nama kotak mengikuti tampilan aplikasi per Agustus 2026; bila tampilan aplikasi berubah, PPMI menyesuaikan nama kotak tanpa mengubah dokumen sumber dan penanggung jawabnya.

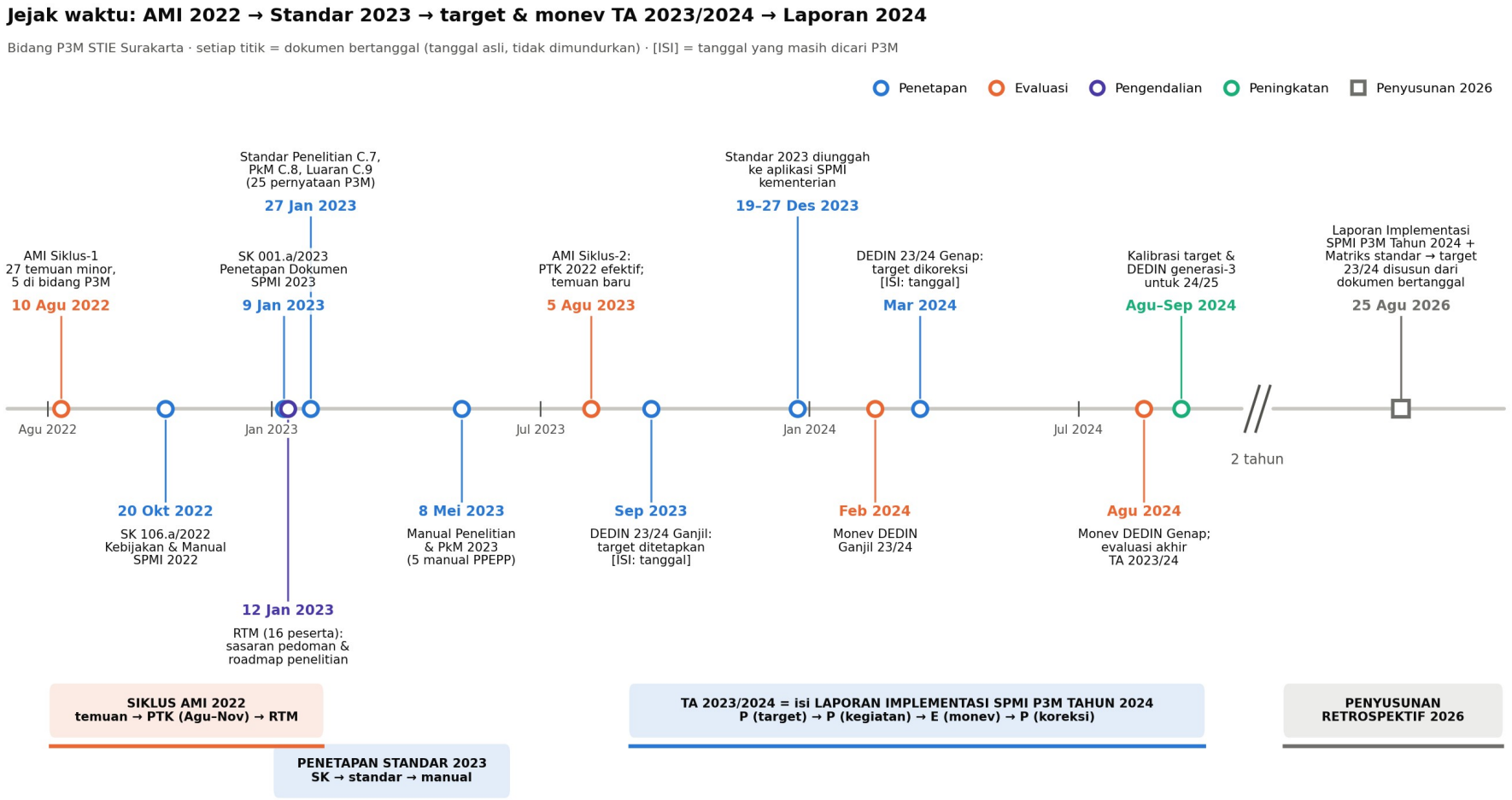
Menu	Kotak	Dokumen sumber (per tahun laporan)	Tanggal yang diisi	PIC
Penetapan → Komitmen	Kebijakan SPMI	Kebijakan SPMI yang berlaku (SK 001.a/2023 → Buku 2026)	Tanggal SK asli	PPMI
Penetapan → Komitmen	Pengaturan organisasi	SK struktur organisasi & pengelola mutu	Tanggal SK asli	PPMI
Penetapan → Pedoman siklus PPEPP	4 kotak pedoman (penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian–peningkatan)	Manual SPMI + Pedoman Siklus PPEPP (dokumen ini)	Tanggal SK asli	PPMI
Penetapan → Standar	Standar per bidang (8 kotak) + Standar lainnya	Dokumen standar per bidang dari Buku Standar; lampiran matriks standar dan target unit	Tanggal dokumen standar	PPMI + kepala unit bidang
Penetapan → Mekanisme	Mekanisme pendokumentasian	Bab 4.3 dan 8.5 pedoman ini; SOP arsip	Tanggal SK pedoman	PPMI
Pelaksanaan	Rujukan PDDikti / SISTER / BiMA	Kelengkapan data sistem eksternal (bukan unggahan)	—	Operator; kepala unit
Evaluasi	Pemantauan	Rekap & berita acara monev semester unit (Lembar 3 §A–B laporan unit)	Tanggal berita acara	Kepala unit → PPMI
Evaluasi	Evaluasi diri	Matriks evaluasi diri unit (Lembar 3 §C)	Tanggal matriks	Kepala unit → PPMI
Evaluasi	Audit Mutu Internal	Laporan AMI tahun tersebut — hanya bila benar ada	Tanggal audit	PPMI
Evaluasi	Asesmen (tambahan)	Hasil asesmen eksternal bila ada (akreditasi, pemantauan)	Tanggal hasil	PPMI
Pengendalian	RTL per aspek (10 aspek)	RTL unit (F-07) per bidang; Lembar 4 §A	Tanggal RTL	Kepala unit → PPMI
Pengendalian	RTM per aspek	Notulen & keputusan RTM (F-08); Lembar 4 §B	Tanggal RTM	PPMI
Peningkatan	Deskripsi, tautan, tanggal penetapan baru	SK revisi standar / keputusan RTM / revisi instrumen; Lembar 5	Tanggal SK/keputusan	PPMI
Dampak tridharma	4 jawaban (pendidikan, penelitian, PkM, lainnya)	Lembar 6 laporan unit terkait	—	Kepala unit → PPMI
Profil & Pengelola	Profil PT; pengelola PT	Data institusi; SK pengelola mutu (nama PIC)	—	PPMI

Kaidah: dokumen penetapan dideklarasikan ulang tiap tahun dengan tanggal SK aslinya; nama berkas menggambarkan isi; setiap entri disimpan tangkapan layarnya.

LAMPIRAN F CONTOH TERISI: BIDANG P3M, TA 2022/2023 – 2025/2026

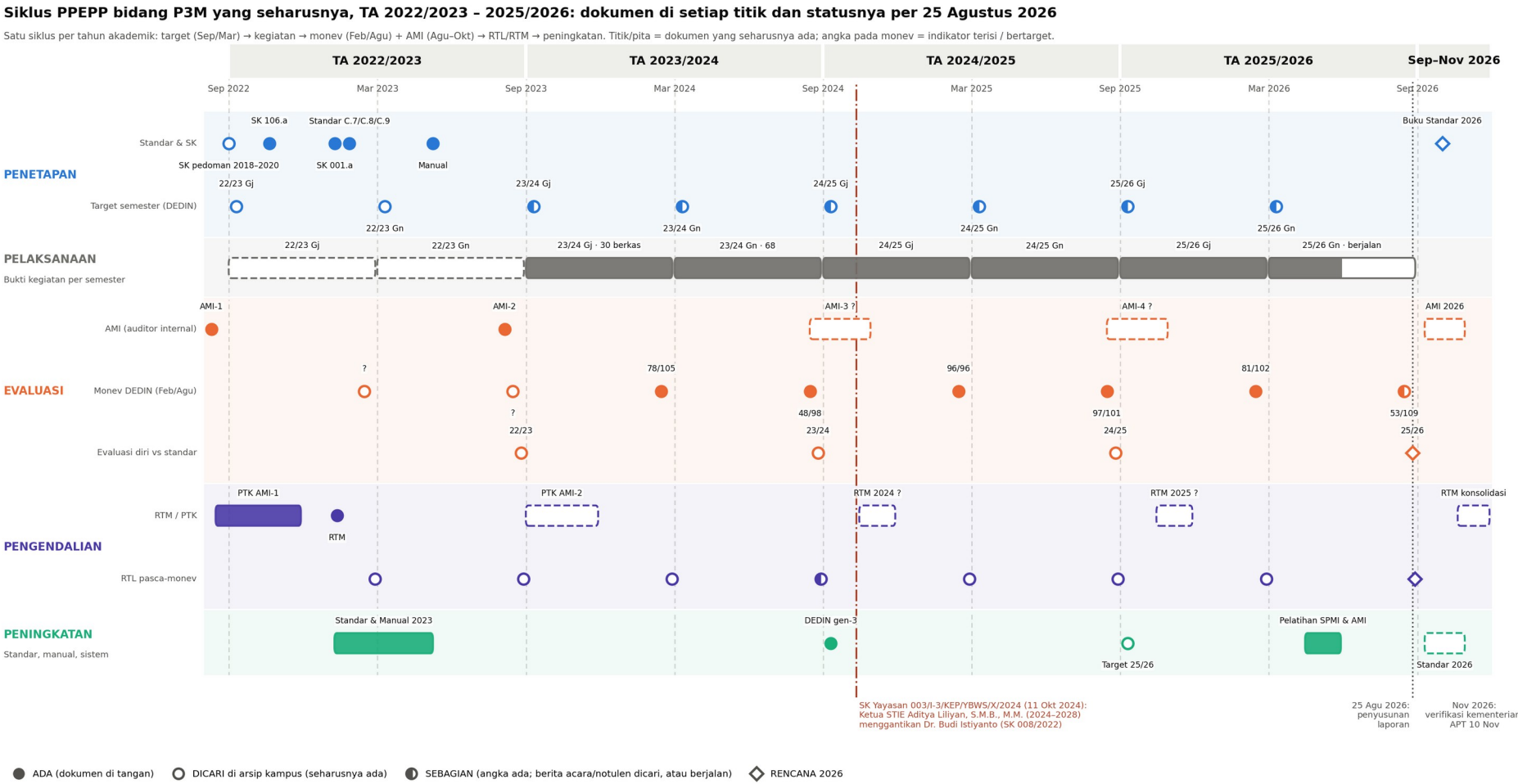
Bidang penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan luaran tridharma (P3M) menjadi contoh penerapan pedoman ini karena siklusnya terdokumentasi paling lengkap sejak AMI Siklus-1 (10 Agustus 2022). Dokumen contoh yang lengkap tersimpan terpisah: Laporan Implementasi SPMI P3M Tahun 2024, 2025, 2026; Matriks Standar 2023 → Target TA 2023/2024; Lembar Tindak Lanjut AMI Siklus-1 2022; Daftar Permintaan Dokumen kepada P3M.

F.1 Jejak waktu penetapan standar 2023



Gambar F.1 Jejak waktu AMI 2022 → Standar 2023 → target dan monev TA 2023/2024 → Laporan 2024 (semua tanggal = tanggal dokumen asli).

F.2 Siklus yang seharusnya dan status dokumennya



Gambar F.2 Siklus PPEPP P3M TA 2022/2023 – 2025/2026 dengan status dokumen per 25 Agustus 2026: 21 ada, 9 sebagian, 22 dicari di arsip, 6 rencana. Garis merah: pergantian Ketua 11 Oktober 2024.

F.3 Ringkasan matriks standar → target TA 2023/2024

Dari 25 pernyataan Standar Penelitian (C.7), PkM (C.8), dan Luaran (C.9) 2023: 9 diturunkan penuh menjadi target DEDIN, 7 sebagian, 4 tidak diturunkan (dana penelitian ≥ Rp10 juta/DTPS; enam aspek proses PkM; kontribusi hasil penelitian dan PkM pada pengajaran), 5 berupa standar dokumen. Lima kelompok indikator DEDIN (JEBDEKER, DIMASETA, IJEBCE, plagiasi, Turnitin) tidak berinduk pada standar mana pun. Temuan penetapan ini dicatat pada Laporan 2024 dan ditindaklanjuti: indikator RPS bertarget mulai 2024/2025; matriks menjadi dasar DEDIN atas-bawah mulai 2026/2027; penyesuaian ambang dana penelitian diusulkan ke RTM konsolidasi 2026.

F.4 Pejabat penanda tangan per periode

Jabatan	Periode	Nama	Dasar
Ketua STIE Surakarta	2022–11 Okt 2024	Dr. Budi Istiyanto, S.E., M.M., M.H.	SK Yayasan 008/KEP/YBWS/X/2022
Ketua STIE Surakarta	11 Okt 2024–2028	Aditya Liliyan, S.M.B., M.M.	SK Yayasan 003/I-3/KEP/YBWS/X/2024
Wakil Ketua I	Okt 2024–Feb 2026	Satria Veriansyah Wiguna, S.Sn., M.M.	SK Ketua 101/C-13/KEP/STIES/X/2024
Wakil Ketua I	sejak 25 Feb 2026	Muhammad Syihabuddin, S.Hum., M.M.	SK Ketua 004/C-11/STIES/II/2026
Kepala PPMI	Okt 2024–Feb 2026	Tri Ratna Pamikatsih, S.E., M.B.A.	SK Ketua 100.d/C-13/KEP/STIES/X/2024
Kepala PPMI	sejak 25 Feb 2026	Ari Susanti, S.Pt., M.M.	SK Ketua 008/C-11/STIES/II/2026
Kepala Bidang P3M	Okt 2024–Feb 2026	Dr. Heny Kurnianingsih, S.E., M.M.	SK Ketua 102.d/C-13/KEP/STIES/X/2024
Kepala Bidang P3M (Manajemen / Akuntansi)	sejak 25 Feb 2026	Fazira Rizqy Alfitri, S.M., M.M. / Evi Apriliani, S.Tr.Ak.	SK Ketua 015 dan 016/C-11/STIES/II/2026
Ketua tim auditor AMI	2022	Atik Lusia, S.E., M.B.A.	Laporan AMI 2022
Ketua tim auditor AMI	2023	Tri Ratna Pamikatsih, S.E., M.B.A.	Laporan AMI 2023; SK 113.c/C-5/KEP/STIES/57/I/2023

Kaidah: dokumen bertanggal sebelum 11 Oktober 2024 tetap atas nama pejabat saat itu; pengesahan retrospektif 2026 atas nama pejabat yang menjabat pada tanggal penandatanganan. Pejabat sebelum Oktober 2024 mengikuti keputusan pengangkatan masing-masing pada arsip Bagian SDM.

LAMPIRAN G VISUAL SIKLUS PPEPP

Visual satu pandangan atas pedoman ini, untuk sosialisasi kepada unit, auditor, dan pimpinan. Halaman 1 menunjukkan satu putaran siklus PPEPP per tahun akademik: lima tahap beserta pertanyaan, pelaku, dokumen, dan waktunya; kapan standar ditetapkan ulang; perbedaan monev, evaluasi diri, dan AMI; perbedaan RTL dan RTM; arti PTK; dan sembilan formulir. Halaman 2 menunjukkan alur setelah AMI — temuan, PTK, RTM, dan RTL sampai PTK ditutup dan hasilnya menjadi peningkatan — dengan tanggal putaran 2026 menurut ketentuan peralihan 8.6.

Kedua halaman dicetak pada kertas A3 lanskap. Isinya diturunkan dari Bab 2, Bab 5 sampai Bab 9, dan Lampiran B; bila terdapat perbedaan, yang berlaku adalah teks pedoman.

STIE SURAKARTA · PPMI · PEDOMAN SIKLUS PPEPP V1.1 · LAMPIRAN G

Siklus PPEPP STIE Surakarta: satu putaran tiap tahun akademik

Lima tahap yang saling menyambung: **Penetapan** standar dan target, **Pelaksanaan** kegiatan beserta buktinya, **Evaluasi**, **Pengendalian** atas hasil evaluasi, lalu **Peningkatan** untuk putaran berikutnya. Setiap tahap punya pertanyaan, pelaku, dan dokumen yang harus lahir pada waktunya.

1 PENETAPAN

Standar apa yang berlaku, dan berapa target tahun ini?

SIAPA	**PPMI** menyusun standar, **Ketua** menetapkan dengan SK. **Kepala unit** dan Kaprodi menurunkannya menjadi target, diketahui Waket I.
DOKUMEN	Buku Standar + SK, berlaku sampai direvisi · `F-01` matriks standar dan target unit
KAPAN	Target Ganjil **September** · Genap **Maret**

2 PELAKSANAAN

Apa yang dikerjakan, dan apa buktinya?

SIAPA	**Dosen/PIC** per indikator; **kepala unit** penanggung jawab
DOKUMEN	Bukti per indikator tertaut di **DEDIN**: surat tugas, laporan, publikasi, luaran, MoU
KAPAN	**Sep–Feb** dan **Mar–Agu**

3 EVALUASI

Tercapai? Terpenuhi? Sesuai?

MONEV	Unit sendiri, tiap semester: **capaian vs target** · `F-02` `F-03`
EVAL. DIRI	Unit sendiri, akhir TA: **kondisi vs pernyataan standar** · `F-04`
AMI	**Auditor independen** ber-SK, sekali per TA: sesuai standar, sistem berjalan? · `F-05` `F-06`
KAPAN	Monev **Feb** dan **Agu** · evaluasi diri **Agu–Sep** · AMI **Agu–Okt**

4 PENGENDALIAN

Apa yang dikoreksi, oleh siapa, kapan, dan apa keputusan pimpinan?

RTL	Rencana koreksi dan pencegahan di **unit**, bertenggat; juga jawaban atas PTK auditor · `F-07`
RTM	Rapat pimpinan dipimpin **Ketua**; memutuskan yang di luar wewenang unit · `F-08`
KAPAN	RTL **≤ 2 minggu** setelah monev · RTM **Okt–Nov**, minimal sekali per TA

5 PENINGKATAN

Apa yang dinaikkan atau disesuaikan?

TARGET	**Kalibrasi target** oleh kepala unit lewat RTL
STANDAR	Dinaikkan atau disesuaikan: **diputuskan RTM**, ditetapkan **SK Ketua**
SISTEM	Pedoman, formulir, format DEDIN, pelatihan auditor
KAPAN	**Nov–Des**, lalu menjadi Penetapan putaran berikut

Satu putaran = satu tahun akademik

standar → **target** → kegiatan dan **bukti** → **dinilai** → **dikoreksi** → **dinaikkan**

Kapan standar ditetapkan ulang?

- Yang ditetapkan ulang tiap semester adalah **target** (F-01), bukan standar.
- **Standar** ditetapkan ulang hanya bila **RTM memutuskan revisi**, lalu SK Ketua. Berlaku mulai **TA berikutnya**: satu versi standar per TA.
- **Peningkatan** = standar dinaikkan, hanya bila sudah tercapai ≥ 2 TA. Mengejar capaian agar memenuhi standar adalah **Pengendalian** (RTL), bukan Peningkatan.

PUTARAN 2026 (TAHUN PERALIHAN)

12–16 Okt	AMI 2026: pemeriksaan dokumen tiga TA
20 Okt	klarifikasi, penutupan AMI; F-01 dikonfirmasi unit
21 Okt	RTM konsolidasi
30 Okt	RTL unit final

Tiga hal yang paling sering tertukar

Monev, evaluasi diri, dan AMI tidak saling mengganti

	Monev	Evaluasi diri	AMI
ACUAN	target DEDIN	pernyataan standar	standar, prosedur, PTK lalu
PELAKU	unit sendiri	unit sendiri	auditor independen
KAPAN	tiap semester	akhir TA	sekali per TA
HASIL	tercapai, kurang, nol	terpenuhi, sebagian, belum	sesuai, KTS minor/mayor, observasi

Rekap monev **tidak boleh** dilaporkan sebagai laporan AMI.

RTL dan RTM: beda tingkat

RTL · unit

- rencana tertulis, satu baris per penyimpangan
- ada akar masalah, PIC, tenggat, bukti
- hanya tindakan dalam wewenang unit

RTM · pimpinan

- rapat dipimpin Ketua, keputusan bernomor
- anggaran, standar, kebijakan, lintas unit
- keputusannya turun lagi menjadi RTL unit

PTK = Permintaan Tindakan Koreksi

Lembar auditor untuk **setiap temuan ketidaksesuaian** di AMI. Jawaban unit atas PTK adalah **RTL**. PTK baru **tertutup** setelah auditor memverifikasi bukti perbaikannya.

Sembilan formulir siklus · Pedoman v1.1, Lampiran B · warna = tahapnya

F-01 Matriks standar dan target unit — PENETAPAN	**F-02** Rekap monev — EVALUASI	**F-03** Berita acara monev — EVALUASI
F-04 Matriks evaluasi diri — EVALUASI	**F-05** Daftar tilik AMI — EVALUASI	**F-06** Temuan dan PTK — EVALUASI
F-07 Rencana tindak lanjut (RTL) — PENGENDALIAN	**F-08** Notulen dan keputusan RTM — PENGENDALIAN	**F-09** Daftar bukti, kesehatan siklus — PELAPORAN

Kaidah integritas. Setiap tahap meninggalkan dokumen bertanggal asli. Dokumen yang disusun belakangan diberi tanggal sebenarnya; **tidak ada dokumen bertanggal mundur**.

Diturunkan dari Bab 2, 5–7, dan Lampiran B pedoman ini; tanggal putaran 2026 menurut ketentuan peralihan 8.6.

Lampiran G halaman 1 — Siklus PPEPP STIE Surakarta: satu putaran tiap tahun akademik

STIE SURAKARTA · PPMI · PEDOMAN SIKLUS PPEPP V1.1 · LAMPIRAN G

Setelah AMI: dari temuan sampai standar naik

Bagian siklus yang paling sering putus. Setiap putaran harus berjalan sampai ujung: **setiap temuan punya PTK, setiap PTK dijawab RTL, dan ditutup dengan bukti**. Tanggal pada langkah 1–7 adalah putaran 2026 (ketentuan peralihan 8.6); tahun berikutnya mengikuti kalender 2.3 dan Lampiran A.



Perjalanan satu PTK

Statusnya dipantau PPMI dan dilaporkan di RTM berikutnya

1. **Terbuka** — diterbitkan auditor saat penutupan AMI
2. **Dijawab** — RTL unit sudah disepakati auditor
3. **Selesai** — tindakan dikerjakan, bukti ditautkan
4. **Ditutup** — diverifikasi auditor, bertanggal

- Tenggat **≤ 90 hari**. Ukuran kesehatan siklus: **≥ 80%** PTK ditutup tepat waktu, **mayor 100%**.
- Temuan yang sama dua siklus berturut-turut **naik menjadi mayor**.
- Tidak selesai pada dua RTL berturut-turut: **dieskalasi ke RTM** lewat PPMI.

Klasifikasi temuan menentukan tindak lanjut

Pedoman v1.1, 5.4.6

TEMUAN	ARTINYA	TINDAK LANJUT
KTS mayor	standar tidak terpenuhi dan tak ada upaya; minor berulang dua siklus; atau sistem gagal (tak ada target, monev, atau RTL)	PTK ≤ 90 hari; **wajib dibahas RTM**; audit tindak lanjut semester berikut
KTS minor	terpenuhi sebagian, bukti tidak lengkap, atau prosedur menyimpang	PTK ≤ 90 hari; diverifikasi di AMI berikutnya
Observasi	berpotensi jadi masalah; belum ada standar yang dilanggar	dicatat; ditanggapi di RTL bila perlu
Sesuai	terpenuhi dengan bukti sahih	—
Praktik baik	melampaui standar, layak ditiru unit lain	dicatat; diusulkan ke RTM untuk unit lain

Khusus AMI 2026: indikator yang baru ada di Standar 2026 paling berat **minor** (standar tidak berlaku surut). Kesenjangan atas tuntutan Standar 2023 yang bertahan tiga TA tanpa upaya: **mayor**.

RTL dan RTM: siapa memutuskan apa

Pedoman v1.1, Bab 6

	RTL (F-07)	RTM (F-08)
TINGKAT	**Unit**	**Institusi**
DISAHKAN	kepala unit, diketahui Waket I; jawaban PTK disepakati auditor	dipimpin **Ketua**; berita acara diteken pimpinan rapat dan notulis
ISI	satu baris per penyimpangan: akar masalah, koreksi, pencegahan, PIC, tenggat, bukti, status	keputusan **bernomor**, masing-masing dengan penanggung jawab, tenggat, dan sumber daya
WEWENANG	tindakan operasional: kalibrasi target, PIC, jadwal, pengajuan anggaran. **Tidak boleh** mengubah standar atau memutuskan anggaran institusi	mengesahkan hasil audit, **anggaran**, **standar** (memicu SK), kebijakan, target institusi, penutupan temuan
WAKTU	≤ 2 minggu setelah monev; untuk PTK sesuai tenggatnya; ≤ 2 minggu setelah notulen RTM	minimal sekali per TA (Okt–Nov), ≤ 60 hari setelah laporan AMI

Peningkatan: tiga jenis perubahan

Pedoman v1.1, Bab 7

Kalibrasi target
Target tak tercapai atau terlalu rendah. Kepala unit lewat RTL, disetujui Waket I.

Standar naik atau disesuaikan
Naik bila sudah tercapai konsisten (≥ 2 TA) atau tuntutan luar naik. Disesuaikan ke bawah hanya dengan kajian tertulis. RTM memutuskan, SK Ketua menetapkan.

Perbaikan sistem
Pedoman, formulir, format DEDIN, kompetensi auditor. PPMI atau kepala unit; RTM bila lintas unit.

Kaidah: standar yang **belum tercapai** tidak dinaikkan dan tidak diturunkan; ia dikendalikan lewat koreksi dan kalibrasi target.

BUKTI SIKLUS Pengendalian dan Peningkatan baru dianggap terjadi bila meninggalkan dokumen bertanggal: **PTK (F-06)** bertanda tangan, **notulen RTM (F-08)** dengan keputusan bernomor, **RTL (F-07)** dengan bukti penyelesaian, dan **SK** bila standar berubah. PPMI merekap statusnya untuk RTM berikutnya (Bab 9).

Diturunkan dari 5.4, Bab 6–7, 8.6, dan Bab 9 pedoman ini; tanggal langkah 1–7 adalah putaran 2026 menurut ketentuan peralihan 8.6.

LEMBAR PENGESAHAN ELEKTRONIK

Pedoman Siklus PPEPP STIE Surakarta versi 1.1 (Lampiran II Keputusan Ketua 001/E-4/STIES/X/2026) Nomor 002/Pedoman Siklus PPEPP/SPMI/2026

Dokumen 43 halaman, diunggah 20 Oktober 2026 15.14 WIB

Kode keaslian dokumen (SHA-256) naskah asli eab5422b 5931f449 19812956 88a440ba 728203ef 10f9cfd1 e3f58d22 01bf8578

Penanda tangan	Waktu (WIB)	Cara memastikan identitas	Jejak
1. Aditya Liliyan, S.M.B., M.M., Ketua STIE Surakarta	20 Oktober 2026 15.18.33 WIB	Masuk dengan akun Google terdaftar; kode sekali pakai lewat Telegram ke akun yang dihubungkan penanda tangan	IP 180.248.xx.xx; Linux · Chrome

Kode verifikasi RB2W-EKXC-47JQ

https://optima.stiesurakarta.app/cek/RB2WEKXC47JQ

Pindai kode QR untuk memeriksa keaslian. Dokumen ini dinyatakan asli bila kode keasliannya sama dengan kode keaslian berkas yang diperiksa. Perubahan sekecil apa pun pada berkas mengubah kodenya.