



UII DALWA

DOKUMEN TATA KELOLA UNIVERSITAS

PEDOMAN

GOOD UNIVERSITY GOVERNANCE (GUG)

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL
DARULLUGHAH WADDA'WAH



Khidmah • Keikhlasan • Keberkahan



Menguatkan tata pamong yang kredibel, transparan, akuntabel,
bertanggung jawab, adil, dan berbasis manajemen risiko.



DOKUMEN TATA KELOLA UNIVERSITAS

PEDOMAN

GOOD UNIVERSITY GOVERNANCE (GUG)

UNIVERSITAS ISLAM INTERNASIONAL DARULLUGHAH WADDA'WAH

Khidmah • Keikhlasan • Keberkahan

Menguatkan tata pamong yang kredibel, transparan, akuntabel,
bertanggung jawab, adil, dan berbasis manajemen risiko.

RANCANGAN PEDOMAN | EDISI 2025

Bangil, Pasuruan – Jawa Timur

LEMBAR PENGENDALIAN DOKUMEN

Identitas dokumen, alur penetapan, dan kendali revisi

Komponen	Keterangan
Nama dokumen	Pedoman Good University Governance (GUG) UII DALWA
Versi / Tahun	1.0 / 2025
Status	Rancangan; berlaku setelah penetapan oleh pejabat yang berwenang.
Pemilik proses	Rektorat bersama Lembaga Penjaminan Mutu (LPM)
Cakupan	Universitas, fakultas, pascasarjana, program studi, biro, lembaga, unit penunjang, dan mitra yang relevan.
Peninjauan	Sekurang-kurangnya satu kali dalam setahun atau ketika regulasi/struktur berubah.

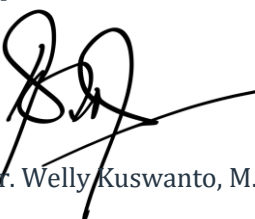
Lembar pembahasan dan pengesahan

Untuk menghindari kekeliruan status, ruang pengesahan ini tidak boleh dianggap sebagai bukti keputusan yang sudah diterbitkan. Tanggal, nomor keputusan, dan paraf diisi sesudah prosedur formal diselesaikan.

Disusun Oleh


(Mukhammad Ainul Yaqin,
M.I.Kom)

Validasi,
Kepala LPM UII DALWA


(Dr. Welly Kuswanto, M.Pd)

Mengesahkan,
Rektor UII DALWA


(Dr. Segar Baharun, M.H.I)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim. Penyelenggaraan pendidikan tinggi yang bermutu memerlukan tata pamong yang tidak berhenti pada kelengkapan struktur, melainkan diwujudkan melalui keputusan yang dapat ditelusuri, pelayanan yang adil, pengelolaan sumber daya yang dapat dipertanggungjawabkan, dan perbaikan kelembagaan secara berkelanjutan.

Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah (UII DALWA) menempatkan nilai Khidmah, Keikhlasan, dan Keberkahan (3K) serta landasan Ahl al-Sunnah wa al-Jamaah sebagai orientasi etis. Nilai tersebut dioperasionalkan melalui prinsip kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, keadilan, integritas, dan manajemen risiko. Pedoman ini menghubungkan nilai keislaman, kewenangan organ universitas, tata kerja harian, sistem penjaminan mutu internal, serta kebutuhan bukti kinerja akreditasi.

Kerangka pedoman merujuk pada Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi (IAPT) 4.1 sebagaimana ditetapkan melalui PerBAN-PT Nomor 35 Tahun 2025, khususnya kelompok indikator tata pamong dan pengelolaan organisasi; penjaminan mutu mengacu pada Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025 sebagaimana telah diubah dengan Permendiktisaintek Nomor 10 Tahun 2025. Pedoman ini juga mengakomodasi pencegahan dan penanganan kekerasan, integritas akademik, serta perlindungan data pribadi.

Dengan pedoman ini, setiap unit diharapkan memiliki standar kerja dan bukti pelaksanaan yang selaras, sekaligus ruang evaluasi yang terbuka. Penyempurnaan naskah perlu melalui uji kesesuaian dengan Statuta, konsultasi pemangku kepentingan, dan pengesahan resmi sesuai kewenangan.

Bangil, Oktober 2025

Tim Penyusun Pedoman GUG

Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGENDALIAN DOKUMEN

KATA PENGANTAR

BAB I Pendahuluan, Landasan, dan Ruang Lingkup

BAB II Nilai dan Prinsip Good University Governance

BAB III Struktur Tata Pamong dan Pembagian Peran

BAB IV Kewenangan, Delegasi, dan Pengambilan Keputusan

BAB V Tata Kelola Fungsional dan Operasional

BAB VI Integritas, Etika, dan Pencegahan Korupsi

BAB VII Kampus Aman, Inklusif, dan Sejahtera

BAB VIII Manajemen Risiko dan Pengendalian Internal

BAB IX SPMI, Audit, dan Akreditasi

BAB X Keterbukaan Informasi dan Tata Kelola Data

BAB XI Pengukuran Kinerja, Pelaporan, dan Pengaduan

BAB XII Pelaksanaan, Evaluasi, dan Penutup

LAMPIRAN A Matriks Kesesuaian Indikator BAN-PT

LAMPIRAN B Matriks Kewenangan dan Tanggung Jawab (RACI)

LAMPIRAN C Format Register Risiko

LAMPIRAN D Indikator Kinerja Kunci dan Target Usulan

LAMPIRAN E Alur SOP Inti Tata Kelola

LAMPIRAN F Formulir dan Rekaman Bukti

LAMPIRAN G Daftar Bukti Akreditasi dan Roadmap

LAMPIRAN H Glosarium dan Daftar Rujukan

BAB I PENDAHULUAN, LANDASAN, DAN RUANG LINGKUP

1.1 Latar belakang

Good University Governance (GUG) adalah rangkaian kebijakan, struktur, proses pengambilan keputusan, pengawasan, dan pertanggungjawaban yang menjamin universitas dikelola secara sah, etis, efektif, dan berorientasi pada mutu. Pada UII DALWA, GUG menjadi penghubung antara misi keilmuan dan pengabdian, nilai pesantren, tata kewenangan Yayasan–Universitas, serta kebutuhan pengakuan mutu melalui akreditasi.

Berdasarkan SK Ketua Yayasan Nomor 267/DLW/-UII/05/2025, UII DALWA memiliki struktur yang mencakup unsur Yayasan, Senat, Rektorat, fakultas, pascasarjana, program studi, lembaga, dan biro. Struktur ini memerlukan pedoman yang menyamakan pola koordinasi, pendelegasian wewenang, pelaporan, dan pembuktian kinerja tanpa mengurangi otonomi akademik.

1.2 Dasar kebijakan dan regulasi

- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi; Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2001 tentang Yayasan sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2004, sepanjang relevan bagi tata hubungan badan penyelenggara dan universitas.
- Peraturan Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi sebagaimana diubah dengan Nomor 10 Tahun 2025.
- Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang IAPT 4.1; dan Peraturan BAN-PT Nomor 36 Tahun 2025 tentang IAPS 5.1 sejauh berkaitan dengan penyelenggaraan dan tata kelola program studi.
- Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 55 Tahun 2024 tentang Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di Lingkungan Perguruan Tinggi.
- Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 39 Tahun 2021 tentang Integritas Akademik dalam Menghasilkan Karya Ilmiah; serta Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi.
- Statuta UII DALWA (dokumen tersedia tahun 2023); Renstra UII DALWA 2024–2028; dan SK Ketua Yayasan Nomor 267/DLW/-UII/05/2025 tentang Pengukuhan Pimpinan dan Pengurus Masa Khidmat 2025–2029.

1.3 Tujuan

1. Menegaskan norma GUG sebagai ukuran perilaku dan keputusan seluruh unsur universitas.
2. Menjelaskan pembagian peran, batas kewenangan, pemisahan fungsi, dan jalur eskalasi keputusan.
3. Mengintegrasikan tata kelola akademik, nonakademik, keuangan, SDM, layanan, data, dan kemitraan.
4. Mewujudkan pengendalian risiko, penegakan etika, kampus aman, dan pembudayaan mutu melalui PPEPP.
5. Menyediakan standar minimum bukti implementasi untuk LED, LKPT, asesmen BAN-PT, dan evaluasi internal.

1.4 Ruang lingkup dan kedudukan pedoman

Pedoman ini berlaku sebagai acuan bagi organ dan unit UII DALWA setelah ditetapkan secara sah. Materinya tidak menggantikan Statuta, keputusan Yayasan, peraturan Rektor, standar SPMI, maupun peraturan pemerintah. Apabila terdapat perbedaan kewenangan, ketentuan yang lebih tinggi dan/atau lebih khusus menjadi acuan; LPM dan bidang hukum/administrasi melakukan harmonisasi sebelum kebijakan ditetapkan.

Cakupan mencakup tata kelola universitas, fakultas dan pascasarjana, program studi, pengelolaan tridharma, keuangan dan aset, SDM, kerjasama, teknologi informasi, pengaduan, integritas akademik, pengendalian risiko, evaluasi mutu, pelaporan publik, dan pelindungan sivitas akademik.

1.5 Definisi operasional

Istilah	Definisi untuk pedoman ini
Tata pamong	Hubungan organ, kewenangan, mekanisme penetapan kebijakan, dan kontrol institusi.
Tata kelola	Siklus perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pelaporan, dan perbaikan operasional.
GUG	Tata pamong dan tata kelola berdasarkan kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, keadilan, serta manajemen risiko.
Pemilik risiko	Pejabat yang bertanggung jawab atas penanganan risiko pada proses yang dikelolanya.
PPEPP	Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan standar pendidikan tinggi.
Bukti sahih	Rekaman yang otentik, lengkap, relevan, bertanggal, dapat ditelusuri, dan dapat diverifikasi.

BAB II NILAI DAN PRINSIP GOOD UNIVERSITY GOVERNANCE

2.1 Jati diri kelembagaan: prinsip 3K

Nilai Khidmah dimaknai sebagai orientasi pelayanan yang tepat waktu dan bermanfaat; Keikhlasan sebagai integritas, keteladanan, dan penolakan terhadap penyalahgunaan wewenang; Keberkahan sebagai komitmen pada manfaat jangka panjang, kesejahteraan warga kampus, serta keberlanjutan mutu. Ketiganya diimplementasikan sesuai asas profesionalitas, kepastian prosedur, kesetaraan hak, dan tanggung jawab akademik.

2.2 Pilar inti GUG

Pilar	Standar perilaku yang dituntut	Bukti yang harus tersedia
Kredibilitas	Keputusan dibuat oleh pejabat berwenang dengan kompetensi, prosedur, dan data yang dapat diperiksa.	Statuta; SK; kualifikasi pejabat; notula; register keputusan.
Transparansi	Kriteria layanan, biaya, kebijakan, hasil program, dan saluran pengaduan diumumkan sesuai klasifikasi akses.	Laman resmi; standar layanan; ringkasan laporan tahunan; log publikasi.
Akuntabilitas	Setiap program memiliki penanggung jawab, sasaran, pagu, hasil, evaluasi, dan tindak lanjut.	RIP/Renstra/RKT/RKAT; kontrak kinerja; realisasi; laporan evaluasi.
Tanggung jawab	Semua unit menaati hukum, Statuta, etika profesi, hak sivitas akademika, dan kewajiban layanan.	SOP; laporan kepatuhan; kode etik; berita acara penanganan.
Keadilan	Layanan, penerimaan, pembinaan SDM, akses mahasiswa, dan sanksi berdasarkan kriteria objektif serta nondiskriminatif.	Rubrik seleksi; kriteria beasiswa; berita acara keberatan; mekanisme banding.
Manajemen risiko	Risiko strategis, operasional, finansial, keselamatan, reputasi, dan siber diidentifikasi dan ditangani.	Risk register; peta risiko; rencana mitigasi; hasil pemantauan.

2.3 Prinsip penguat

- Integritas dan antikorupsi: melarang konflik kepentingan terselubung, gratifikasi yang memengaruhi keputusan, penyalahgunaan aset, pemalsuan data, dan manipulasi penilaian.
- Otonomi keilmuan: menjaga kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik secara bertanggung jawab sesuai hukum dan Statuta.
- Partisipasi bermakna: kebijakan berdampak luas diuji melalui masukan senat, fakultas, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, alumni, dan pemangku kepentingan yang relevan.
- Efektivitas dan efisiensi: penggunaan sumber daya diukur menurut kontribusinya terhadap mutu dan hasil, bukan sekadar tingkat serapan anggaran.

- Keberlanjutan: keputusan mempertimbangkan dampak sosial, lingkungan, ketahanan organisasi, dan keberlangsungan layanan.

2.4 Ketentuan pembuktian

Setiap unit wajib memelihara tiga lapis bukti: (1) kebijakan dan SOP yang sah; (2) rekaman pelaksanaan, seperti surat tugas, laporan, berita acara, dan rekam digital; dan (3) evaluasi, tindakan korektif, verifikasi penyelesaian, serta dampaknya. Pernyataan dalam LED tanpa ketiga lapis bukti tidak boleh diperlakukan sebagai implementasi terkonfirmasi.

BAB III STRUKTUR TATA PAMONG DAN PEMBAGIAN PERAN

3.1 Rujukan struktur organisasi

SK Ketua Yayasan Nomor 267/DLW/-UII/05/2025 menetapkan pimpinan dan pengurus untuk masa khidmat 2025–2029. Struktur yang digunakan dalam pedoman ini mengikuti jabatan yang dinyatakan dalam lampirannya. Fungsi yang disebut dalam Statuta tetapi tidak tercantum pejabatnya pada SK tersebut tidak diasumsikan sudah memiliki personel aktif.

Entitas	Penanggung jawab menurut SK / posisi	Fungsi GUG utama
Yayasan Darullughah Wadda'wah	Ketua Yayasan: Ust. A. Zain Hasan Baharun	Penyelenggara; pengangkatan dan kewenangan sesuai Statuta/AD-ART.
Senat	Unsur Senat sebagaimana lampiran SK	Pertimbangan/penetapan norma akademik sesuai Statuta.
Rektorat	Rektor: Dr. Segaf Baharun, M.H.I., M.Pd.	Mengelola universitas, kebijakan operasional, kinerja dan pertanggungjawaban.
Wakil Rektor Akademik	Dr. Muhamad Solehudin, M.H.I.	Mengkoordinasikan mutu pendidikan dan kebijakan akademik.
Wakil Rektor Keuangan, Umum dan SDM	Samsul Huda, M.Pd.	Mengkoordinasikan anggaran, kepegawaian, aset dan tata usaha.
Wakil Rektor Kemahasiswaan, Alumni dan PkM	Dr. Imaduddin, M.Pd.	Layanan mahasiswa, alumni, dan koordinasi PkM.
Wakil Rektor Kerja Sama dan Hubungan Internasional	Dr. Akhmad Fauzi Hamzah, M.Pd.	Kemitraan, kerja sama, dan hubungan internasional.
Fakultas	Dekan Tarbiyah, Syari'ah, Da'wah, dan Adab	Manajemen tridharma dan unit akademik pada fakultas.
Pascasarjana	Direktur: Dr. Zainal Abidin, M.Pd., CIQAR, CIRK., CIE.	Pengelolaan kegiatan akademik pascasarjana.
LPM	Kepala: Welly Kuswanto, M.Pd.	SPMI, audit mutu akademik, pengendalian dan peningkatan standar.
Penelitian dan Publikasi Ilmiah	Kepala: Dr. Asep Rahmatullah, M.Pd.	Tata kelola penelitian, publikasi dan integritas luaran.
Lembaga Pengabdian kepada Masyarakat	Kepala: Dr. Lutfi Rachman, M.Pd.I.	Tata kelola dan kebermanfaatan PkM.
TI dan Pangkalan Data	Kepala: Novianto Puji Raharjo, M.I.Kom.	Sistem informasi, keamanan, dan mutu pelaporan data.
Biro dan Program Studi	Kabiro, Kaprodi dan staf menurut SK	Administrasi, layanan dan kinerja unit, termasuk data pendukung akreditasi.

3.2 Kedudukan lembaga pengawasan dan etik

Statuta UII DALWA yang tersedia menjelaskan Satuan Pengawas Internal (SPI) sebagai fungsi pengawasan keuangan dan LPM sebagai fungsi pengawasan akademik. Karena SK pengukuhan yang dilampirkan tidak menampilkan penetapan personel SPI, pelaksanaan fungsi audit/pengawasan keuangan dan surat tugas personelnnya perlu diverifikasi melalui dokumen terpisah sebelum dinyatakan aktif di laporan akreditasi.

Fungsi penegakan kode etik, pengelolaan benturan kepentingan, dan Satuan Tugas Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di Lingkungan Perguruan Tinggi (PPKPT) harus memiliki dasar pembentukan, susunan, prosedur, independensi pemeriksaan, serta pelaporan sendiri. Penyebutan fungsi dalam pedoman ini tidak sama dengan pengesahan struktur organisasi baru.

3.3 Pembagian peran tiga lapis

6. Lini pelaksana: Rektor, wakil rektor, dekan, direktur, ketua program studi, pimpinan biro, dan unit layanan mengelola proses serta risiko harian.
7. Lini pengendalian: pimpinan unit bersama fungsi administrasi, kepatuhan, pengelola risiko, dan penjaminan mutu menyusun prosedur, memantau indikator, dan menguji kepatuhan proses.
8. Lini asurans: fungsi audit/pengawasan internal yang ditetapkan secara sah menilai kecukupan pengendalian; LPM menjalankan audit mutu sesuai mandatnya. Independensi penilai dijaga melalui pengelolaan konflik kepentingan.

3.4 Koordinasi dan mekanisme rapat

Rapat pimpinan universitas dilaksanakan secara berkala untuk membahas kinerja, risiko, masalah lintas unit, dan tindak lanjut. Senat membahas materi sesuai kewenangan akademik; Yayasan menerima laporan sesuai Statuta dan ketentuan penyelenggara. Setiap rapat yang menghasilkan keputusan wajib memiliki agenda, daftar hadir, notula, keputusan, penanggung jawab, tenggat, dan status tindak lanjut.

BAB IV KEWENANGAN, DELEGASI, DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN

4.1 Asas keputusan institusi

Tidak ada kebijakan atau pengeluaran yang sah hanya berdasarkan instruksi informal ketika prosedur mensyaratkan keputusan tertulis. Pemberi persetujuan wajib memiliki dasar kewenangan; penelaah menyatakan konflik kepentingan; pelaksana menyimpan jejak keputusan; pemangku kepentingan mendapat informasi sesuai hak akses. Penyelesaian deadlock mengikuti jenjang yang ditetapkan Statuta.

4.2 Tahapan pengambilan keputusan

9. Pengusul menyampaikan kebutuhan, tujuan, opsi, analisis dampak, biaya, dan risiko beserta data pendukung.
10. Unit relevan melakukan telaah teknis; isu akademik berkonsultasi dengan unsur akademik/Senat menurut kewenangan; isu anggaran melibatkan bidang keuangan.
11. Bagian administrasi memeriksa dasar hukum, bentuk naskah, kelengkapan berkas, dan batas delegasi.
12. Pejabat berwenang menyetujui/menolak dengan alasan tertulis, menetapkan penanggung jawab dan tanggal efektif.
13. Keputusan diregistrasi, dikomunikasikan kepada pihak terdampak, dilaksanakan, dan dievaluasi.

4.3 Delegasi dan pemisahan fungsi

- Delegasi kewenangan dilaksanakan melalui dokumen tertulis yang mencantumkan lingkup, waktu berlaku, batas nilai/jenis tindakan, dan mekanisme supervisi.
- Fungsi pengusul, verifikator, pemberi persetujuan, pelaksana pembayaran, dan pemeriksa pertanggungjawaban dipisahkan sejauh memungkinkan menurut skala organisasi.
- Apabila pemisahan personel terbatas, diterapkan pengendalian kompensasi, seperti otorisasi berlapis, pemeriksaan acak dan rekonsiliasi berkala.
- Keputusan yang memengaruhi hak mahasiswa/pegawai wajib memuat jalur keberatan atau banding administratif sesuai kebijakan yang berlaku.
- Keputusan yang mengubah Statuta, struktur formal, atau kedudukan organ harus melalui kewenangan penetapan Yayasan/Rektor sesuai ketentuan peraturan yang lebih tinggi.

4.4 Register keputusan

Sekretariat Rektorat mengoordinasikan register keputusan sentral yang memuat nomor, tanggal, jenis dan dasar kewenangan, pengusul, pejabat penetap, pihak terdampak, masa berlaku, pranala arsip, serta status sosialisasi. Biro dan fakultas mengelola salinan terkendali; versi lama diberi penanda tidak berlaku tanpa dihapus dari arsip.

BAB V TATA KELOLA FUNGSIONAL DAN OPERASIONAL

5.1 Siklus manajemen operasional

Sistem pengelolaan mengintegrasikan lima fungsi: perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), penempatan personel (staffing), pengarahan (leading), dan pengawasan (controlling). Setiap program harus dapat ditelusuri dari target Renstra ke RKT/RKAT, surat tugas, realisasi, keluaran, manfaat, temuan, dan tindak lanjut.

Fungsi	Kewajiban minimum	Rekaman wajib
Planning	Menyusun sasaran SMART, indikator, kegiatan, anggaran, risiko, dan kalender pengendalian.	Renstra; RKT/RKAT; TOR; rencana risiko.
Organizing	Menentukan PIC, peran, proses, saluran koordinasi, dan batas keputusan.	SOTK; SK; deskripsi jabatan; matriks RACI.
Staffing	Melakukan analisis beban, seleksi berbasis kompetensi, induksi, dan pengembangan.	Analisis kebutuhan; hasil seleksi; orientasi; evaluasi SDM.
Leading	Memberikan arahan kinerja, pembinaan etik, rapat tindak lanjut, dan supervisi.	Notula; arahan tertulis; evaluasi kinerja.
Controlling	Membandingkan capaian dengan target, memeriksa risiko, mengaudit dan mengoreksi.	Dashboard; hasil monev; AMI; laporan pengendalian.

5.2 Sebelas domain tata kelola

Unit penanggung jawab menetapkan atau mengadopsi standar/SOP operasional untuk: (1) pendidikan; (2) suasana akademik dan otonomi keilmuan; (3) kemahasiswaan; (4) penelitian; (5) PkM; (6) SDM; (7) keuangan; (8) sarana-prasarana; (9) sistem informasi; (10) penjaminan mutu; dan (11) kerja sama. Keberadaan satu pedoman GUG tidak menggantikan kebutuhan dokumen turunan pada tiap domain.

5.3 Perencanaan kinerja dan anggaran

- RIP menjadi horizon pengembangan jangka panjang; Renstra UII DALWA 2024–2028 menjadi rujukan sasaran menengah; RKT/RKAT menjabarkan program tahunan sesuai ketentuan Statuta.
- Rencana kerja memuat sasaran kinerja, indikator, sumber dana, biaya, PIC, mitigasi risiko, jadwal, serta kriteria keberhasilan dan manfaat.
- Biro keuangan memantau realisasi dan varian anggaran secara berkala; koreksi pagu dan pergeseran anggaran mengikuti otorisasi tertulis.
- Kinerja program dinilai dari keluaran dan dampak yang dapat diverifikasi; penyerapan tanpa manfaat yang terukur tidak cukup sebagai keberhasilan.
- Laporan akuntabilitas tahunan disusun Rektor untuk Yayasan sesuai Statuta, disertai ringkasan terbuka yang tidak memuat data pribadi/rahasia.

5.4 Tata kelola akademik dan layanan pembelajaran

Wakil Rektor Akademik berkoordinasi dengan fakultas, pascasarjana, dan program studi untuk memastikan kebijakan kurikulum, RPS, penjadwalan, evaluasi pembelajaran, beban kerja dosen, pembimbingan, asesmen CPL, suasana akademik, dan rekognisi karya ilmiah berdasarkan standar yang berlaku. Penetapan norma akademik menghormati fungsi Senat sebagaimana Statuta. Program studi wajib menjamin ketertelusuran data hasil belajar sampai evaluasi capaian pembelajaran dan perbaikan kurikulum.

5.5 Pengelolaan SDM dan karier

Analisis kebutuhan dosen dan tenaga kependidikan dilakukan secara periodik berdasarkan beban tugas, rasio, relevansi kompetensi, kinerja, dan arah pengembangan. Seleksi dan promosi mensyaratkan persyaratan tertulis, panel/penilai yang kompeten, pengungkapan konflik kepentingan, hasil penilaian yang

didokumentasikan, serta kesempatan keberatan sesuai prosedur. Pengembangan karier dosen berpedoman pada ketentuan profesi dosen yang berlaku.

5.6 Pengelolaan keuangan, aset, dan pengadaan

Pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan prinsip perencanaan berbasis kebutuhan, kepatuhan terhadap otorisasi, efisiensi, keandalan bukti transaksi, pengendalian akses, pemeriksaan, serta pertanggungjawaban. Kewajiban pelaporan dan audit mengikuti ketentuan Yayasan, Statuta, dan sumber pendanaan; dana bantuan pemerintah tunduk pula pada ketentuan yang melekat pada dana tersebut. Pengadaan barang/jasa dilaksanakan secara objektif, kompetitif bila relevan, terdokumentasi, dan bebas dari kepentingan pribadi.

- Setiap pembayaran harus memiliki dokumen permintaan, verifikasi anggaran, persetujuan pejabat berwenang, bukti sah, pencatatan, dan rekonsiliasi.
- Aset didaftar dengan kode inventaris, penanggung jawab, lokasi, kondisi, dasar perolehan, pemeliharaan, dan penghapusan/pemindahtanganan yang terotorisasi.
- Pengadaan bernilai material atau berkaitan dengan pihak terafiliasi memerlukan uji kewajaran harga dan pengungkapan benturan kepentingan.
- Laporan keuangan berkala dibandingkan dengan RKAT; temuan pemeriksaan ditetapkan rencana tindak lanjut beserta batas waktunya.

5.7 Tata kelola penelitian, PkM, dan kemitraan

Unit pengelola penelitian dan publikasi, lembaga PkM, serta biro kerja sama menetapkan alur proposal, seleksi berbasis kepakaran, etik penelitian, kontrak, pendanaan, monitoring, keluaran, perlindungan kekayaan intelektual dan diseminasi. Kerja sama dengan perguruan tinggi, pemerintah, industri dan lembaga keagamaan harus jelas manfaat, kontribusi, hak-kewajiban, risiko reputasi, perlindungan data, serta evaluasi implementasinya. Memorandum of Understanding tanpa aktivitas terukur tidak otomatis dinilai sebagai kinerja kerja sama yang efektif.

5.8 Layanan mahasiswa dan akses inklusif

Kebijakan penerimaan dan layanan mahasiswa memenuhi asas objektif, dapat diakses, afirmatif sesuai sasaran, serta tidak diskriminatif. Persyaratan program studi yang sah dan karakter pendidikan keagamaan dicantumkan secara proporsional dan diumumkan terbuka. Fasilitas akademik, bimbingan konseling, dukungan kesehatan, penyesuaian yang layak bagi mahasiswa berkebutuhan khusus, beasiswa, informasi layanan, dan mekanisme keberatan dikelola secara tertib.

BAB VI INTEGRITAS, ETIKA, DAN PENCEGAHAN KORUPSI

6.1 Standar perilaku dan integritas akademik

Pimpinan, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, dan mitra wajib menjunjung kejujuran, objektivitas, amanah, kerahasiaan yang sah, penghormatan martabat manusia, dan prinsip antipelecehan. Dalam karya ilmiah dan pembelajaran dilarang plagiarisme, fabrikasi, falsifikasi, kepengarangan tidak sah, manipulasi nilai, pengubahan data akreditasi, serta praktik lain yang melanggar integritas akademik.

6.2 Benturan kepentingan

Benturan kepentingan terjadi ketika kepentingan pribadi, keluarga, ekonomi, atau organisasi dapat memengaruhi objektivitas jabatan. Setiap pihak yang memiliki konflik aktual/potensial/persepsian wajib menyampaikan deklarasi tertulis sebelum terlibat dalam pengadaan, penerimaan mahasiswa, seleksi personel, penilaian akademik, penetapan penerima bantuan, atau kerja sama.

14. Pihak yang berpotensi berbenturan kepentingan mengisi formulir deklarasi dengan fakta yang relevan tanpa mengungkap data pribadi yang tidak diperlukan.
15. Atasan/otoritas etik menilai tingkat konflik, menetapkan mitigasi berupa recusal, penggantian penilai, supervisi tambahan, atau penghentian proses.
16. Keputusan mitigasi direkam; pihak yang bersangkutan tidak ikut memilih keputusan tentang konflik dirinya sendiri.
17. Pengendalian dijalankan dan ditinjau kembali bila keadaan berubah.

6.3 Antikorupsi dan antifraud

UII DALWA wajib melarang permintaan/penerimaan manfaat yang memengaruhi keputusan akademik atau administratif; pungutan di luar ketentuan resmi; transaksi fiktif; pemborosan yang disengaja; rekayasa tender; penggelapan; pemerasan; serta penyalahgunaan fasilitas kampus. Pendidikan antikorupsi diperkuat melalui kurikulum, orientasi mahasiswa, pelatihan pegawai, komunikasi etika, dan studi kasus.

Laporan dugaan kecurangan diterima melalui saluran resmi, diverifikasi secara proporsional, dan diproses oleh pejabat/fungsi berwenang dengan asas praduga tak bersalah dan tanpa pembalasan terhadap pelapor beretikad baik. Dugaan tindak pidana ditangani sesuai kewenangan aparat; prosedur internal tidak boleh menghalangi pelaporan kepada pihak berwenang.

6.4 Fungsi penegakan kode etik

Rektor menata atau menetapkan fungsi penegakan kode etik sesuai Statuta serta mempertimbangkan kebutuhan independensi, komposisi, konflik kepentingan, dan perlindungan data. Fungsi etik menangani dugaan pelanggaran yang menjadi yurisdiksinya, memberi kesempatan pihak terkait didengar secara wajar, menyusun rekomendasi, dan memantau putusan. Kasus kekerasan mengikuti mekanisme PPKPT yang spesifik; kasus karya ilmiah mengikuti tata cara integritas akademik.

6.5 Sanksi, pemulihan, dan pembelajaran organisasi

Sanksi administratif atau akademik hanya diberikan oleh pihak berwenang berdasarkan aturan yang berlaku, bukti memadai, proporsionalitas, dan kesempatan klarifikasi. Setelah penanganan, unit mengevaluasi akar penyebab dan memperbaiki SOP/pengendalian agar pelanggaran tidak berulang. Rekap tahunan mengutamakan pola temuan tanpa membuka identitas yang dilindungi.

BAB VII KAMPUS AMAN, INKLUSIF, DAN SEJAHTERA

7.1 Kebijakan pencegahan kekerasan

Kampus membangun lingkungan yang bebas dari kekerasan fisik, psikis, perundungan, kekerasan seksual, diskriminasi dan intoleransi, serta kebijakan yang mengandung kekerasan sebagaimana cakupan peraturan yang berlaku. Orientasi mahasiswa, pembinaan dosen dan tenaga kependidikan, kegiatan organisasi mahasiswa, magang, penelitian, dan PkM harus menggunakan standar perilaku yang melindungi martabat dan keselamatan setiap orang.

7.2 Mekanisme kelembagaan PPKPT

Satuan tugas/fungsi PPKPT harus dibentuk, diberi mandat, dan bekerja berdasarkan keputusan tersendiri sesuai Permendikbudristek Nomor 55 Tahun 2024. Keberadaan Satgas, susunan anggota, kanal laporan, pelatihan dan laporan kinerja diverifikasi melalui bukti yang sah sebelum diklaim dalam laporan evaluasi diri.

18. Pencegahan: sosialisasi aturan, peta risiko lokasi/kegiatan, orientasi aman, pelatihan bystander, dan akses informasi kanal laporan.
19. Penerimaan: laporan diterima melalui kanal aman; identitas dan informasi sensitif dibatasi untuk petugas yang berkepentingan.
20. Asesmen keselamatan: kebutuhan perlindungan segera, dukungan psikologis/medis, penyesuaian akademik, dan potensi ancaman dinilai oleh petugas berwenang.
21. Penanganan: pemeriksaan sesuai tata cara resmi, perlindungan hak pelapor/terlapor, larangan intimidasi, koordinasi rujukan, dan keputusan otoritatif.
22. Pemulihan: dukungan keberlanjutan pendidikan/kerja, rencana pengamanan, pemantauan nonretaliasi, dan evaluasi langkah pencegahan.

7.3 Hak dan kesejahteraan sivitas akademika

Universitas menyediakan informasi hak dan kewajiban, fasilitas ibadah sesuai identitas dan layanan kampus, tata tertib yang proporsional, bantuan akademik dan konseling, prosedur keselamatan, penanganan keadaan darurat, serta dukungan dasar bagi warga dengan disabilitas. Kebijakan universitas harus melindungi keragaman latar sosial dan kesempatan yang adil untuk mengakses layanan.

7.4 Keamanan sarana prasarana dan keadaan darurat

Unit sarana prasarana menyusun asesmen bahaya kebakaran, listrik, laboratorium, kesehatan, keamanan fisik, kegiatan massal, dan bencana setempat; melaksanakan inspeksi rutin, simulasi evakuasi, peta titik kumpul, pemeliharaan alat, pertolongan pertama, dan pelaporan insiden. Setiap kejadian berisiko tinggi dilaporkan segera kepada pimpinan dan pihak berwenang sesuai jenis kejadian.

BAB VIII MANAJEMEN RISIKO DAN PENGENDALIAN INTERNAL

8.1 Kebijakan umum risiko

Manajemen risiko melekat pada Renstra, RKAT, layanan tridharma, keuangan, SDM, kemitraan, keselamatan, reputasi, kepatuhan dan teknologi informasi. Risiko dinilai sebelum keputusan material diambil, dievaluasi setiap triwulan, serta diperbarui setelah insiden/temuan. Pemilik risiko adalah pimpinan unit yang mengendalikan proses; koordinator risiko universitas ditetapkan melalui penugasan khusus.

8.2 Identifikasi, penilaian, dan pemantauan risiko

23. Tetapkan tujuan proses, proses utama, pemangku kepentingan, dan batas toleransi risiko.
24. Identifikasi kejadian risiko, sebab, dampak, kontrol yang sudah ada, dan bukti risiko sebelumnya.
25. Nilai kemungkinan (K) dan dampak (D) pada skala 1–5; skor risiko = $K \times D$.
26. Tentukan respons: menghindari, mengurangi, mengalihkan secara sah, atau menerima dengan persetujuan pejabat berwenang.
27. Susun rencana aksi, PIC, sumber daya, tenggat, indikator penurunan risiko, dan bukti penyelesaian.
28. Lakukan tinjauan triwulanan; risiko tinggi/kritis dieskalasi ke Rektor dan pejabat pengawas sesuai mandat.

Skor	Kategori internal usulan	Kaidah tindak lanjut
1–4	Rendah	Dikelola pada unit, dipantau minimal tiap semester.
5–9	Sedang	Mitigasi terjadwal, ditinjau tiap triwulan.
10–16	Tinggi	Rencana aksi prioritas, pelaporan ke pimpinan bidang.
17–25	Kritis	Eskalasi segera kepada Rektor, tindakan pengamanan dan evaluasi intensif.

Rentang skor di atas adalah usulan klasifikasi internal, bukan skor atau ambang yang ditetapkan BAN-PT.

8.3 Contoh risiko strategis yang perlu diuji

Domain	Risiko kunci	Pengendalian preventif dan bukti
Akademik	Ketidaksesuaian kompetensi dosen, ketidakakuratan nilai/CPL	Pemetaan keahlian, validasi KRS-KHS, audit asesmen.
Akreditasi	Klaim LED tidak didukung rekaman otentik	Pemeriksaan silang data, audit bukti, revidi berbasis sampling.
Keuangan	Pembayaran tidak sah atau konflik kepentingan	Otorisasi berlapis, deklarasi konflik, rekonsiliasi.
PDDikti	Perbedaan data mahasiswa, dosen, dan mata kuliah	Rekonsiliasi berkala, log perubahan, verifikasi berjenjang.
Keamanan	Kekerasan, kecelakaan, atau gangguan layanan	Kanal aman, PPKPT, inspeksi sarpras, latihan tanggap darurat.
Siber/PDP	Kebocoran data akademik dan identitas	Hak akses berbasis peran, pencadangan, log, respons insiden.
Kerja sama	MoU tanpa aktivitas, reputasi mitra bermasalah	Uji tuntas, kontrak terukur, evaluasi tiap tahun.

8.4 Pengendalian internal minimal

- Lingkungan pengendalian: keteladanan pimpinan, kode etik, standar kompetensi, disiplin dokumen, dan sanksi yang adil.
- Penilaian risiko: register institusi dan unit, analisis perubahan serta rencana mitigasi yang terukur.
- Aktivitas pengendalian: otorisasi, pemisahan tugas, rekonsiliasi, pemeriksaan bukti, pengamanan fisik/sistem.

- Informasi dan komunikasi: pelaporan tepat waktu, satu sumber data terverifikasi, eskalasi pelanggaran, dan informasi publik terpilah.
- Pemantauan: evaluasi oleh pemilik proses, audit mutu LPM, pemeriksaan internal sesuai mandat, tindak lanjut temuan, dan verifikasi efektivitas.

BAB IX SPMI, AUDIT, DAN AKREDITASI

9.1 Kebijakan SPMI dan budaya mutu

Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dikelola secara sistematis melalui kebijakan, manual, standar, dan formulir/rekanan rekaman mutu yang disahkan. SPMI mencakup kegiatan akademik dan nonakademik serta harus menunjukkan keberfungsian pada universitas, fakultas/pascasarjana, program studi, dan unit pendukung. LPM mengoordinasikan mekanisme mutu; tanggung jawab pemenuhan standar tetap berada pada setiap pemilik proses.

9.2 Siklus PPEPP

Tahap	Kegiatan utama	Bukti minimumnya
Penetapan	Penetapan standar, indikator, batas mutu, penanggung jawab, dan jadwal.	SK standar; manual SPMI; target terukur.
Pelaksanaan	Menjalankan SOP, pengendalian risiko, layanan dan program sesuai standar.	Rencana kerja; rekaman layanan; bukti kinerja.
Evaluasi	Monitoring, audit mutu internal, evaluasi diri dan survei pemangku kepentingan.	Laporan money/AMI; survei; temuan dan analisis sebab.
Pengendalian	Menetapkan koreksi, penanggung jawab, tenggat dan evaluasi tindakan.	Rapat tinjauan manajemen; rencana dan verifikasi RTL.
Peningkatan	Menaikkan target, memperbaiki sistem, atau meredesain proses berbasis hasil evaluasi.	Revisi standar/SOP; target baru; dampak perbaikan.

9.3 Audit mutu internal dan evaluasi

Audit mutu internal (AMI) menggunakan auditor kompeten yang independen dari proses yang diaudit. Rencana audit ditetapkan berbasis risiko dan cakupan standar, dengan tahapan persiapan, desk evaluation, pemeriksaan lapangan, klarifikasi temuan, laporan, rapat tinjauan manajemen, serta verifikasi penutupan. Klasifikasi temuan dan tenggat perbaikan harus dinyatakan dalam prosedur AMI yang berlaku.

9.4 Persiapan SPME dan pengendalian bukti

LPM bersama pengelola data dan seluruh unit menyusun peta indikator BAN-PT: empat kriteria besar (budaya mutu, relevansi, akuntabilitas, diferensiasi misi) serta hubungan antara masukan, proses, luaran dan dampak. Untuk aspek GUG, perhatian khusus diberikan pada indikator 24–35 IAPT 4.1, terutama 28a–28c. Setiap uraian LED dilengkapi bukti otentik dan narasi analisis efektivitas; dokumen tidak boleh direkayasa demi penilaian.

9.5 Pengelolaan pelaporan PDDikti

Biro akademik, program studi, pengelola SDM, keuangan dan unit TI/Pangkalan Data menyelenggarakan verifikasi lintas sumber sebelum pelaporan PDDikti, sesuai jadwal dan ketentuan nasional. Proses menyimpan tanggal pembekuan data, berita acara validasi, log koreksi, rekam unggahan, dan penanggung jawab. Ketidaksesuaian data yang memengaruhi LKPT/LKPS diperbaiki pada sumber resmi terlebih dahulu, bukan dengan mengubah angka naratif secara sepihak.

BAB X KETERBUKAAN INFORMASI DAN TATA KELOLA DATA

10.1 Informasi yang disediakan kepada publik

Prinsip transparansi dilaksanakan melalui laman resmi universitas dan saluran layanan yang sah. Informasi yang lazim diumumkan meliputi profil kelembagaan, visi dan misi, struktur organisasi terkini, status akreditasi, program studi, biaya resmi layanan, proses penerimaan, beasiswa, layanan mahasiswa, kebijakan etik yang bersifat publik, kanal pengaduan, serta ringkasan kinerja tahunan setelah ditelaah. Keterbukaan selalu memperhatikan kerahasiaan yang dilindungi hukum.

10.2 Klasifikasi dan tata kelola data

Kelas data	Contoh	Pengendalian akses
Publik	Profil program studi, layanan umum, akreditasi yang telah diumumkan	Dapat diakses umum setelah verifikasi isi dan tanggal.
Internal	Rancangan program kerja, notula operasional, data kinerja unit	Hanya pegawai/pejabat sesuai kebutuhan tugas.
Rahasia	Berkas personalia, penawaran pengadaan, investigasi etik	Perlu otorisasi; pembatasan redistribusi dan audit akses.
Data pribadi sensitif	Kesehatan, laporan kekerasan, informasi finansial pribadi	Pengamanan lebih tinggi, retensi terbatas, akses sangat terbatas.

10.3 Integritas dan keamanan sistem informasi

- Penanggung jawab data ditunjuk per domain; unit TI/Pangkalan Data mengelola arsitektur sistem, identitas dan hak akses pengguna, pencadangan, serta pencatatan perubahan.
- Validitas data dicapai melalui standar definisi, pemilik data, pemeriksaan berjenjang, rekonsiliasi, dan penetapan satu sumber data utama untuk laporan institusi.
- Kata sandi, perangkat, jaringan, dan penyimpanan mengikuti kontrol keamanan yang memadai; pengguna dilarang berbagi akun atau mengeksport data tanpa dasar tugas.
- Insiden keamanan atau kebocoran dicatat, dinilai, dibatasi dampaknya, dan ditangani sesuai UU Pelindungan Data Pribadi dan ketentuan teknis yang berlaku.
- Kebijakan retensi dan pemusnahan arsip elektronik ditetapkan menurut jenis dokumen, kewajiban pembuktian, nilai arsip, dan peraturan perundang-undangan.

10.4 Publikasi ringkasan tahunan

Setelah memperoleh persetujuan pejabat berwenang, Rektorat mengumumkan ringkasan tahunan berisi sasaran strategis, capaian tridharma, perkembangan mutu, kegiatan pengabdian dan layanan, serta komitmen perbaikan. Ringkasan keuangan hanya dipublikasikan pada tingkat detail yang disetujui menurut hukum dan ketentuan Yayasan; informasi individual tidak dicantumkan tanpa dasar pemrosesan yang sah.

BAB XI PENGUKURAN KINERJA, PELAPORAN, DAN PENGADUAN

11.1 Sistem akuntabilitas kinerja

Rektor menurunkan sasaran Renstra menjadi sasaran tahunan berjenjang. Indikator ditentukan secara spesifik, memiliki rumus, baseline, target yang disetujui, pemilik data, frekuensi pengukuran, dan bukti pendukung. UII DALWA mengintegrasikan monitoring triwulanan, evaluasi semester, audit mutu berkala, survei kepuasan, dan laporan akhir tahun.

11.2 Pelaporan berjenjang

Pelapor	Penerima utama	Isi dan waktu minimum yang diusulkan
Kaprodi	Dekan / Direktur Pascasarjana	Akademik, layanan, dosen, mahasiswa, risiko dan RTL; per semester.
Dekan / Direktur / Kepala Unit	Wakil Rektor sesuai bidang	Indikator unit, realisasi program dan anggaran, risiko, persoalan; triwulan.
Wakil Rektor	Rektor	Konsolidasi program strategis dan keputusan tindak lanjut; triwulan.
LPM	Rektor dan unit teraudit	Hasil AMI, kepatuhan standar, tindak lanjut, dan rekomendasi; setiap siklus audit.
Rektor	Yayasan / pemangku kepentingan sesuai kewenangan	Laporan akuntabilitas tahunan dan keputusan korektif.

11.3 Survei kepuasan dan partisipasi

Survei layanan dilaksanakan sekurang-kurangnya setiap tahun dengan cakupan pemangku kepentingan internal dan eksternal yang relevan, misalnya mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan, alumni, pengguna lulusan, mitra, dan masyarakat. Instrumen harus jelas, respons dijaga kerahasiaannya, hasil dianalisis per unit dan kelompok secara hati-hati, serta dipublikasikan dalam bentuk agregat. Hasil survei tanpa tindak lanjut belum memenuhi tujuan GUG.

11.4 Pengaduan dan penanganan keberatan

Universitas menyediakan kanal pengaduan yang mudah diakses melalui saluran digital/resmi dan jalur alternatif non-digital. Pengaduan dikelompokkan ke dalam akademik, administrasi, etik, fraud, diskriminasi, kekerasan, keselamatan, dan layanan umum. Laporan kekerasan diarahkan ke prosedur PPKPT; dugaan tindak pidana atau keadaan bahaya tidak ditunda oleh standar layanan administratif biasa.

Tahap layanan	Target operasional usulan	Dokumen bukti
Penerimaan dan nomor tiket	Maksimal 2 hari kerja untuk aduan non-darurat	Rekaman aduan/tiket dan bukti penerimaan.
Klasifikasi dan penunjukan PIC	Maksimal 5 hari kerja	Hasil triase, pemilik kasus, tingkat risiko.
Pemeriksaan dan keputusan administratif	Maksimal 15 hari kerja; hingga 30 hari untuk kasus kompleks dengan pemberitahuan	Log pemeriksaan, telaah, keputusan dan komunikasi.
Tindak lanjut dan verifikasi	Sesuai keputusan; progres dilaporkan kepada pengadu	Dokumentasi tindakan, konfirmasi penutupan.

Target durasi di atas merupakan rancangan standar layanan internal, bukan ketentuan hukum dan tidak berlaku untuk kasus dengan tata cara khusus yang mengikat.

11.5 Eskalasi dan nonretaliasi

Apabila aduan menyangkut atasan langsung, pengadu dapat menyampaikan laporan ke tingkat yang lebih tinggi atau fungsi independen yang ditetapkan. Identitas pelapor beritikad baik dijaga sesuai hukum; tindakan pembalasan dilarang. Laporan dugaan fraud, pelanggaran etik berat, dan kekerasan ditangani melalui jalur khusus agar kerahasiaan, perlindungan, dan hak para pihak terjaga.

BAB XII PELAKSANAAN, EVALUASI, DAN PENUTUP

12.1 Tahapan pemberlakuan

29. Harmonisasi legal: memeriksa kesesuaian pedoman dengan Statuta, AD/ART Yayasan, SK struktur 2025, dan peraturan yang berlaku.
30. Konsultasi: menghimpun pertimbangan Senat untuk materi akademik, pimpinan fakultas/pascasarjana, unit, dosen, tenaga kependidikan, serta perwakilan mahasiswa.
31. Penetapan: menyusun naskah final, memproses persetujuan menurut kewenangan, menerbitkan keputusan, dan menetapkan tanggal berlakunya.
32. Sosialisasi: memperkenalkan peran, SOP, kanal pengaduan, pelaporan, formulir, dan mekanisme revisi ke seluruh unit.
33. Implementasi: menerapkan program prioritas, dokumentasi bukti, penilaian risiko, dan evaluasi rutin.
34. Revisi: menyesuaikan pedoman berdasarkan audit, perubahan regulasi, dan hasil survei, sekurang-kurangnya satu kali setahun.

12.2 Kewajiban unit dan pengendalian dokumen

Setiap pimpinan unit menyusun peta proses serta daftar SOP turunannya paling lambat sesuai jadwal implementasi yang ditetapkan Rektor. LPM memelihara master terkendali dokumen mutu; unit administrasi mengarsipkan keputusan dan bukti pembuktian. Versi aktif, riwayat revisi, penanggung jawab dan lokasi arsip harus dapat diketahui oleh pengguna dokumen.

12.3 Ketentuan evaluasi perubahan

Peninjauan dilakukan setelah peraturan berubah, reorganisasi, temuan risiko besar, atau hasil AMI/survei menunjukkan kebutuhan koreksi. Perubahan substansial disahkan sesuai kewenangan awal dan disosialisasikan dengan menyebut dokumen yang dicabut atau direvisi. Dokumen tidak boleh dipakai untuk membenarkan kebijakan yang bertentangan dengan hukum atau hak dasar sivitas akademika.

12.4 Penutup

Pedoman GUG ini diharapkan menjadi instrumen tata kelola yang hidup: menetapkan ekspektasi, mengendalikan proses, melindungi warga kampus, dan menghasilkan bukti mutu yang autentik. Keberhasilan GUG dinilai dari konsistensi pelaksanaan, perbaikan yang teruji, dan manfaat bagi sivitas akademika serta masyarakat; bukan hanya jumlah dokumen administratif.

KETENTUAN AKHIR

Rancangan ini baru berlaku setelah pengesahan formal. Nama pejabat, unit, standar indikator, dan SOP yang bersifat usulan harus dikonfirmasi oleh Rektorat/LPM sebelum diterbitkan sebagai pedoman resmi.

LAMPIRAN A MATRIKS KESESUAIAN INDIKATOR BAN-PT

Matriks berikut memetakan isi pedoman dengan kelompok indikator akuntabilitas pada IAPT 4.1 (PerBAN-PT Nomor 35 Tahun 2025). Pemetaan ini adalah alat kerja internal dan tidak menggantikan rubrik serta bukti yang diminta dalam instrumen resmi.

Indikator IAPT 4.1	Pengaturan dalam pedoman	Bukti implementasi utama
24 – Statuta dan SOTK	Bab III–IV; pengakuan tata kewenangan menurut Statuta, SK 2025.	Statuta sah; SK struktur; bagan dan uraian tugas; matriks delegasi.
25 – Tata pamong dan mitigasi risiko	Bab II–IV dan VIII; tata pamong, akuntabilitas, keberlanjutan, risiko.	Pedoman GUG; risk register; laporan pengelolaan; notula keputusan.
26 – TIK dan data	Bab X; kepemilikan data, hak akses, keamanan, PDDikti.	SK pengelola; SOP data; log rekonsiliasi; audit keamanan.
27a–b – Strategi keuangan dan afirmasi	Bab V; RKAT, rencana pendanaan, akses kelompok kurang beruntung.	Renstra keuangan; RKAT; pedoman beasiswa; daftar realisasi.
28a – Praktik GUG dan manajemen risiko	Bab II, VI, VIII; 5 pilar dan manajemen risiko.	Dokumen formal; sosialisasi; bukti penerapan; laporan risiko dan RTL.
28b – Fungsi/kode etik	Bab VI; pembentukan fungsi etik dan pemeriksaan independen.	SK lembaga/fungsi; kode etik; rekapan penanganan anonim.
28c – Keamanan, kenyamanan, kesejahteraan	Bab VII; PPKPT, keamanan, layanan dan pemulihan.	SK Satgas; kebijakan kampus aman; inspeksi; layanan dan laporan.
29a – Lima fungsi pengelolaan	Bab V; planning, organizing, staffing, leading, controlling.	RKT/RKAT; SOTK; beban kerja; money; laporan kinerja.
29b – Sebelas domain pengelolaan	Bab V dan IX–X; SOP bidang akademik dan nonakademik.	Dokumen formal 11 domain dan bukti penerapan.
30 – Suasana akademik	Bab II, V, VI; kebebasan akademik dan integritas.	Kebijakan suasana akademik; kegiatan ilmiah; survei dan evaluasi.
31 – Kebijakan PMB	Bab V dan VII; PMB yang objektif, inklusif, afirmatif.	Pedoman PMB; syarat publik; seleksi; dokumen keberatan.
32 – Layanan mahasiswa	Bab V, VII, XI; layanan yang ramah dan bermutu.	SOP layanan; bukti fasilitas; konseling; evaluasi layanan.
33 – Pola pengelolaan keuangan	Bab V dan VIII; otorisasi, pengendalian, pertanggungjawaban.	SOP keuangan; laporan keuangan; rekonsiliasi; audit.
34 – Kepuasan stakeholder	Bab XI; survei, analisis, publikasi agregat dan RTL.	Instrumen; data survei; laporan; bukti perbaikan.
35 – Audit eksternal keuangan	Bab V, VIII dan XI; persiapan audit sesuai kewajiban.	Laporan auditor eksternal jika dilaksanakan; surat tindak lanjut.

Untuk akreditasi program studi, pedoman ini juga mendukung IAPS 5.1, terutama keberfungsian SPMI, tata kelola program studi, kepatuhan pengelolaan dosen/data, integritas, dan pemanfaatan hasil evaluasi. Rujukan dan versi instrumen program studi dipastikan kembali sesuai lembaga akreditasi yang berwenang atas masing-masing program studi.

LAMPIRAN B MATRIKS TANGGUNG JAWAB (RACI)

R = pelaksana utama (Responsible); A = penanggung jawab keputusan (Accountable); C = pihak yang dikonsultasikan; I = pihak yang diberi informasi. Pembagian di bawah adalah rancangan koordinasi, bukan perubahan Statuta. A pada tindakan yang menjadi wewenang Yayasan/Senat mengikuti keputusan khusus dan ketentuan yang berlaku.

Proses keputusan	Yayasan Senat	/ Rektor	WR bidang	UPPS / unit	LPM / pengawas
Perubahan tata kelembagaan	A / C	R	C	C	C
Renstra / arah strategis	C	A	R	C	C
RKT dan RKAT tahunan	A*	R	R	C	C
Kurikulum dan norma akademik	C (Senat)	A*	R	R	C
Rekrutmen dan penempatan SDM	C*	A*	R	C	I
Pelaporan PDDikti	I	A	C	R	C
Audit mutu internal	I	A	C	R	R
Kebijakan anti-kekerasan	I	A	R	R	C
Pelaporan kinerja dan risiko	I	A	R	R	C
Pengendalian akses informasi	I	A	R	R	C
Penanganan dugaan pelanggaran	I	A*	C	R*	C*
Kerja sama strategis	C*	A	R	R	C

*) Wewenang akhir, pemisahan fungsi, serta penanganan kasus khusus harus diverifikasi terhadap Statuta, peraturan Yayasan, dan keputusan pembentukan organ yang relevan.

LAMPIRAN C FORMAT REGISTER RISIKO

Setiap unit mengisi satu baris untuk satu kejadian risiko, bukan satu baris untuk satu departemen. Skor merupakan penilaian internal; bukti dampak, target respons dan keputusan penerimaan risiko disimpan sebagai lampiran.

Kode	Risiko / sebab	Dampak	K	D	Skor	Respons / PIC / target
R-01	Kesalahan pembaruan status dosen pada PDDikti	Data akreditasi tidak akurat	3	4	12	Rekonsiliasi dua tingkat; BAAK/TIPD; tiap semester.
R-02	Berkas penilaian tidak terlindungi	Kebocoran data atau keberatan nilai	2	4	8	Akses berbasis peran; TIPD/Prodi; triwulan.
R-03	Perencanaan pengadaan tidak disertai uji harga	Pemborosan/konflik kepentingan	3	4	12	Verifikasi berlapis; Biro Keuangan; tiap pengadaan.
R-04	Insiden kekerasan tidak ditangani	Bahaya keselamatan dan hilangnya kepercayaan	2	5	10	Prosedur PPKPT dan perlindungan segera; unit berwenang.
R-05	RTL AMI tidak ditutup tepat waktu	Masalah mutu berulang	3	3	9	Dashboard temuan; LPM dan pemilik proses; bulanan.

Kelima contoh di atas ilustratif untuk merancang instrumen; tidak menunjukkan bahwa peristiwa tersebut pernah terjadi di UII DALWA.

Panduan pengisian register risiko

Kolom tambahan pada register digital	Petunjuk pengisian
Proses / tujuan	Hubungkan dengan target Renstra, standar layanan, atau target operasional.
Risiko inheren / residu	Nilai sebelum dan sesudah kontrol, sertakan tanggal penilaian.
Kontrol yang sudah ada	Deskripsikan bukti kontrol nyata, bukan rencana saja.
Otorisasi penerimaan risiko	Nama jabatan, dasar penugasan, tanggal dan alasan.

Kolom tambahan pada register digital	Petunjuk pengisian
Indikator peringatan dini	Ambang perubahan yang memicu rapat/eskalasi.
Status mitigasi	Belum mulai / berlangsung / selesai / diverifikasi efektif.

LAMPIRAN D INDIKATOR KINERJA KUNCI GUG

Target di bawah merupakan usulan awal yang harus diuji terhadap baseline UII DALWA, kapasitas unit, dan keputusan Rektor. Angka tersebut tidak boleh disajikan sebagai kewajiban atau ambang nilai BAN-PT.

IKU dan rumus	Target usulan awal	Frekuensi / pemilik data	Bukti
Kepatuhan SOP = proses sampel sesuai SOP / seluruh sampel × 100%	≥ 90%	Semester / LPM dan unit	Checklist audit, SOP aktif.
Penyelesaian RTL tepat waktu = RTL selesai sebelum tenggat / total RTL jatuh tempo × 100%	≥ 85%	Triwulan / LPM	Register temuan, verifikasi.
Keputusan terdokumentasi = keputusan strategis teregistrasi / keputusan strategis yang ditemukan × 100%	100%	Semester / Sekretariat Rektorat	Register SK dan notula.
Kelengkapan pelaporan PDDikti = data wajib valid terlapor / data wajib dilaporkan × 100%	100%	Semester / BAAK & TIPD	Berita acara rekonsiliasi.
Akses informasi publik = item info wajib tersedia dan mutakhir / total item yang ditetapkan × 100%	≥ 95%	Triwulan / TIPD & Humas	Audit website.
Tindak lanjut survei = rekomendasi survei dilaksanakan / rekomendasi disetujui × 100%	≥ 80%	Tahunan / LPM dan unit	Laporan survei dan RTL.
Kelengkapan register risiko = unit mengisi register terverifikasi / seluruh unit wajib × 100%	100%	Triwulan / PIC risiko	Register risiko unit.
Deklarasi konflik kepentingan = deklarasi tersedia / proses berisiko tinggi yang disample × 100%	100%	Semester / SDM & sekretariat	Form konflik dan notula.
Sosialisasi etika = warga sasaran mengikuti sosialisasi / seluruh warga sasaran × 100%	≥ 90%	Tahunan / SDM & kemahasiswaan	Presensi, bahan sosialisasi.
Kepuasan layanan = skor rata-rata responden pada skala yang ditetapkan	Target ditetapkan setelah baseline	Tahunan / LPM	Survei valid dan hasil analisis.

LAMPIRAN E ALUR SOP INTI TATA KELOLA

SOP teknis berikut merupakan standar minimum alur proses. Pengesahan SOP rinci mencakup identitas proses, dasar hukum, pelaksana, sarana, rekaman, risiko, batas waktu, indikator, dan penanganan pengecualian.

E.1 Perencanaan RKT/RKAT

Unit mengusulkan rencana → WR terkait mengonsolidasi → biro keuangan memverifikasi pagu → Rektorat mengkaji risiko dan prioritas → persetujuan sesuai Statuta → publikasi internal dan penetapan PIC → monitoring realisasi triwulan.

Bukti minimal: RKT/RKAT, berita acara pembahasan, dokumen persetujuan, dan laporan realisasi.

E.2 Penetapan kebijakan dan SK

Pengusul menyusun naskah → telaah kewenangan dan hukum → konsultasi pemangku kepentingan → paraf pemeriksa → penetapan pejabat berwenang → registrasi dan distribusi → evaluasi keberlakuan.

Bukti minimal: Naskah final, telaah, nomor keputusan, daftar distribusi dan riwayat revisi.

E.3 Pelaporan PDDikti

Kaprodi dan unit sumber menyerahkan data → BAAK memeriksa validitas → TIPD merekonsiliasi sistem → persetujuan penanggung jawab data → pelaporan pada aplikasi resmi → pengecekan hasil → pengarsipan bukti.

Bukti minimal: BA validasi, tangkapan layar/rekam status pelaporan, daftar koreksi.

E.4 Pelaksanaan audit mutu internal

LPM menyusun program dan auditor → audit dokumen dan lapangan → diskusi bukti dengan teraudit → klasifikasi temuan → RTL oleh pemilik proses → verifikasi efektivitas → tinjauan manajemen.

Bukti minimal: Surat tugas, daftar periksa, laporan temuan, RTL dan berita acara penutupan.

E.5 Pengaduan layanan umum

Aduan diterima → pencatatan dan nomor tiket → klasifikasi/eskalasi → telaah oleh unit berwenang → keputusan → komunikasi hasil → verifikasi tindakan → analisis tren.

Bukti minimal: Register tiket, rekam komunikasi, keputusan, pelaporan agregat.

E.6 Benturan kepentingan

Deklarasi sebelum proses → uji substansi konflik → putusan mitigasi oleh atasan/fungsi etik → penggantian/penarikan diri → dokumentasi → pemeriksaan ulang jika risiko meningkat.

Bukti minimal: Form deklarasi, keputusan mitigasi, bukti pelaksana pengganti.

E.7 Insiden kekerasan dan keselamatan

Laporan atau kejadian → asesmen bahaya segera → aktivasi kanal khusus PPKPT/penanganan darurat → dukungan dan perlindungan → pemeriksaan sesuai kewenangan → tindak lanjut → evaluasi pengamanan.

Bukti minimal: Rekaman aman dengan akses terbatas; laporan agregat tanpa identitas pelapor/korban.

E.8 Pembaruan laman transparansi

Pemilik data mengajukan konten → pemeriksaan akurasi dan klasifikasi → persetujuan publikasi → unggahan oleh unit yang diberi akses → uji tautan dan tanggal → evaluasi pembaruan triwulan.

Bukti minimal: Daftar konten, persetujuan, log publikasi, hasil audit website.

LAMPIRAN F FORMULIR DAN REKAMAN BUKTI

F.1 Formulir deklarasi benturan kepentingan

Elemen	Isian
Nomor formulir / tanggal	
Nama / jabatan / unit	
Proses atau keputusan yang terkait	
Pihak/relasi yang dapat memengaruhi objektivitas	
Uraian kepentingan dan bentuk konflik	
Mitigasi yang diusulkan	
Keputusan pejabat penilai	Tidak ada konflik / penarikan diri / supervisi / penggantian penilai / lainnya
Pernyataan dan verifikasi	Nama, tanda tangan pihak terkait dan verifikator, tanggal.

F.2 Buku register keputusan

No / tanggal	Objek keputusan	Dasar kewenangan	Penetap / PIC	Bukti distribusi / evaluasi
.....				
.....				

F.3 Register pengaduan non-khusus

Nomor / tanggal	Kategori dan uraian singkat	PIC dan tenggat	Status	Bukti penyelesaian
.....				
.....				

Pengaduan kekerasan dan informasi kesehatan tidak dicatat dalam register umum; gunakan sistem terbatas sesuai PPKPT dan UU PDP.

F.4 Format rencana tindak lanjut (RTL) AMI

Kode standar	temuan / Akar masalah	Tindakan korektif / PIC	Batas waktu	Bukti efektivitas
.....				
.....				

F.5 Format notula rapat tata kelola

- Identitas rapat: nomor, nama forum, tanggal, lokasi/media, pimpinan rapat, dan penyusun notula.
- Daftar hadir: kehadiran, jabatan/perwakilan unit, konflik kepentingan yang dinyatakan.
- Agenda dan data: bahan paparan dan dokumen perbandingan dengan target.
- Keputusan: nomor butir, isi keputusan, dasar kewenangan, PIC, tenggat, bukti, dan status.
- Eskalasi: masalah yang memerlukan pertimbangan Senat, persetujuan Yayasan, atau keputusan Rektor.
- Verifikasi: pengesahan notula dan pengecekan penyelesaian pada rapat berikutnya.

LAMPIRAN G BUKTI AKREDITASI DAN PETA IMPLEMENTASI

G.1 Checklist kesiapan bukti GUG

Dokumen / bukti yang harus diperiksa	Pemilik bukti usulan	Status awal
Statuta terbaru yang sah dan riwayat perubahannya	Rektorat / Yayasan	Perlu verifikasi dokumen berlaku
SK struktur, uraian tugas, dan bagan hubungan organ	Sekretariat Rektorat	SK 267/2025 tersedia; bagan rinci perlu dicocokkan
SK/SOP fungsi SPI, kode etik, dan PPKPT (bila wajib)	Rektorat / pihak berwenang	Perlu verifikasi SK terpisah
Pedoman GUG yang disahkan dan telah disosialisasikan	LPM / Sekretariat	Rancangan pedoman ini belum disahkan
Renstra 2024–2028, RKT/RKAT, evaluasi tahunan	Rektorat / Keuangan	Renstra tersedia; sisanya perlu audit bukti
Pedoman fungsional 11 domain dan laporan implementasi	Unit masing-masing	Perlu inventarisasi
Register risiko, mitigasi, serta laporan tinjauan	Pemilik risiko unit	Perlu inventarisasi
Kode etik dan hasil kegiatan penegakan secara anonim	Fungsi etik	Perlu verifikasi pembentukan dan kegiatan

Dokumen / bukti yang harus diperiksa	Pemilik bukti usulan	Status awal
Bukti keamanan, kenyamanan, kesejahteraan, PPKPT	Kemahasiswaan / unit terkait	Perlu inventarisasi
Laporan AMI, RTM, dan bukti penutupan temuan	LPM dan teraudit	Perlu inventarisasi
Laporan survei stakeholder dan RTL	LPM / unit pelayanan	Perlu inventarisasi
Laporan keuangan dan hasil audit eksternal	Biro Keuangan / Yayasan	Perlu verifikasi keberadaan dan periode
Portal informasi publik dan uji kemutakhiran informasi	TIPD / pemilik konten	Perlu uji akses dan akurasi

G.2 Peta implementasi setelah pengesahan

Tahap	Jangka waktu usulan	Prioritas aktivitas dan penanggung jawab
1. Validasi	0–30 hari	Harmonisasi Statuta/SK; inventarisasi 11 domain SOP; penetapan PIC dan pemilik risiko. Rektorat/LPM.
2. Penetapan turunan	31–60 hari	Penyusunan SK fungsi yang belum terkonfirmasi; SOP pengaduan, etik, risiko, pelaporan; klasifikasi data. Rektorat/unit.
3. Penerapan awal	61–90 hari	Sosialisasi, dashboard indikator, deklarasi benturan kepentingan, register risiko dan pembuktian. Seluruh unit.
4. Evaluasi pertama	Semester pertama implementasi	Audit sampel SOP; survei layanan; rapat tinjauan manajemen; penutupan RTL. LPM/pimpinan.
5. Peningkatan	Tahun berikutnya	Audit efektifitas, laporan publik ringkas, revisi kebijakan dan target berbasis data. Rektor/Yayasan menurut kewenangan.

G.3 Agenda sinkronisasi sebelum penetapan

- Periksa kembali apakah Statuta 2023 adalah versi yang berlaku pada tahun penetapan pedoman; lakukan penelaahan konsistensi penomoran rujukan pasal dan nama organ.
- Pastikan kesesuaian antara jabatan pada SK 267/2025 dan penunjukan personel unit pengawasan, fungsi etik, pengelola risiko, serta PPKPT melalui SK yang relevan.
- Cocokkan nomenklatur unit terkini antara SK Yayasan, data PDDikti, laman resmi, manual SPMI, dan dokumen akreditasi; tidak mengubah isi sumber secara diam-diam.
- Periksa penetapan RKT/RKAT dan hubungan wewenang Yayasan–Rektor–Senat sesuai Statuta, terutama persetujuan yang bersifat strategis dan material.
- Tetapkan target indikator internal dari baseline faktual, bukan dari angka usulan; simpan keputusan dan justifikasi target.

LAMPIRAN H GLOSARIUM DAN DAFTAR RUJUKAN

H.1 Glosarium ringkas

Singkatan	Arti / fungsi
AMI	Audit Mutu Internal.
GUG	Good University Governance.
IKU	Indikator Kinerja Utama / indikator kinerja kunci.
IAPT	Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi.
IAPS	Instrumen Akreditasi Program Studi.
LPM	Lembaga Penjaminan Mutu UII DALWA.

Singkatan	Arti / fungsi
LED	Laporan Evaluasi Diri.
LKPT / LKPS	Laporan Kinerja Perguruan Tinggi / Program Studi.
PDDikti	Pangkalan Data Pendidikan Tinggi.
PPEPP	Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, Peningkatan.
PPKPT	Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di Lingkungan Perguruan Tinggi.
RIP / Renstra / RKT	Rencana Induk Pengembangan / Strategis / Kerja Tahunan.
RTL	Rencana Tindak Lanjut.
SOTK / SPI	Struktur Organisasi dan Tata Kerja / Satuan Pengawas Internal.

H.2 Dokumen kelembagaan UII DALWA

35. Surat Keputusan Ketua Yayasan Darullughah Wadda'wah Nomor 267/DLW/-UII/05/2025, 20 Mei 2025, tentang Pengukuhan Pimpinan dan Pengurus UII DALWA Masa Khidmat 2025–2029 (dokumen terlampir).
36. Statuta Universitas Islam Internasional Darullughah Wadda'wah (dokumen yang tersedia pada arsip institusi, bertahun 2023; verifikasi masa berlaku dan revisi sebelum pengesahan).
37. Rencana Strategis UII DALWA 2024–2028 (dokumen institusi; pemeriksaan versi final diperlukan).
38. Visi dan Misi UII DALWA, laman resmi <https://uiidalwa.ac.id/visi-misi-3/> (akses 19 Oktober 2025).
39. Dokumen kebijakan SPMI, manual, standar, dan SOP internal UII DALWA yang ditetapkan secara resmi dan masih berlaku.

H.3 Regulasi dan instrumen eksternal

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
- Permendikisaintek Nomor 39 Tahun 2025 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi. <https://jdih.kemdiktisaintek.go.id/dokumen/Peraturan/d72231a2-03bb-4c77-99ca-ab30af9d9524>
- Permendikisaintek Nomor 10 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Permendiktisaintek Nomor 39 Tahun 2025. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/352678/permendikti-saintek-no-10-tahun-2025>
- Peraturan BAN-PT Nomor 35 Tahun 2025 tentang IAPT 4.1 dan lampiran panduan LED/LKPT. Referensi resmi dan penyedia unduhan: <https://lldikti3.kemdiktisaintek.go.id/pustaka/>
- Peraturan BAN-PT Nomor 36 Tahun 2025 tentang IAPS 5.1. <https://www.banpt.or.id/instrumen-akreditasi/>
- Permendikbudristek Nomor 55 Tahun 2024 tentang Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di Lingkungan Perguruan Tinggi. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/305767/permendikbudristek-no-55-tahun-2024>
- Permendikbudristek Nomor 39 Tahun 2021 tentang Integritas Akademik dalam Menghasilkan Karya Ilmiah.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/229798/uu-no-27-tahun-2022>
- Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi 4.1, Buku 2 dan Buku 4a: kriteria akuntabilitas, terutama indikator 24–35, dari lampiran PerBAN-PT 35/2025.

Rujukan eksternal digunakan untuk menyusun rancangan per Oktober 2025. Jika terdapat perubahan regulasi atau instrumen, naskah yang ditetapkan harus menggunakan ketentuan terbaru yang berlaku pada tanggal pengesahan.