

POLITEKNIK BINA GLOBAL
UNIT PENJAMINAN MUTU



KEBIJAKAN SPMI POLITEKNIK BINA GLOBAL
BERBASIS RISIKO

Sistem Penjaminan Mutu Internal Politeknik Bina Global



Kode Dokumen	KEB-SPMI/POLBIN/001
Revisi	00
Status	Final untuk validasi internal dan penetapan
Tahun	2026

KABUPATEN SUBANG, PROVINSI JAWA BARAT

HALAMAN PENGESAHAN DAN PENGENDALIAN DOKUMEN

Nama Dokumen	Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal Berbasis Risiko Politeknik Bina Global
Kode Dokumen	KEB-SPMI/POLBIN/001
Nomor Revisi	00
Status	Final untuk validasi, harmonisasi, dan penetapan
Pemilik Dokumen	Direktur Politeknik Bina Global
Pengelola Dokumen	Unit Penjaminan Mutu
Ruang Lingkup	Lembaga, Program studi, Unit, biro, UPT, dan seluruh unit kerja akademik maupun nonakademik
Tanggal Berlaku	26 Maret 2026
Nomor Keputusan Direktur	012/DIR/Polbin/IV/2026
Masa Tinjau	Paling sedikit sekali dalam 4 tahun atau lebih cepat apabila terdapat perubahan regulasi, VMTS, struktur, risiko strategis, atau hasil evaluasi sistem

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Ditetapkan oleh
Kepala Unit Penjaminan Mutu	Wakil Direktur	Direktur Politeknik Bina Global
		
Hendrie Prima Kesuma,S.E.M.MTr NIDN/NIP:	Rachma Waty Fazry,S.AP.,M.AB NIDN/NIP: 0419069403	Andi Sukandi,SE.MM NIDN/NIP: 0423067707

RIWAYAT REVISI DAN DISTRIBUSI

Revisi	Tanggal	Uraian Perubahan	Penyusun/Penelaah	Pengesahan
00	26 Maret 2026	Penerbitan awal Kebijakan SPMI Berbasis Risiko.	Tim Penyusun/UPM	
01				
02				

I. STATUS SALINAN

Salinan resmi yang tersimpan pada repositori dokumen mutu politeknik merupakan dokumen terkendali. Cetakan atau salinan di luar repositori dianggap tidak terkendali, kecuali diberi identitas, nomor salinan, penerima, dan tanggal distribusi oleh pengelola dokumen.

II. DAFTAR DISTRIBUSI MINIMUM

Penerima	Akses	Kewajiban
Direktur dan Wakil Direktur	Dokumen terkendali	Menetapkan arah, menyediakan sumber daya, dan menindaklanjuti hasil evaluasi.
UPM	Dokumen kerja terkendali	Mengelola, mensosialisasikan, memantau, mengevaluasi, dan menyiapkan peninjauan.
Fakultas/Program Studi	Dokumen terkendali	Menerapkan kebijakan, mengelola risiko, menyimpan bukti, dan menindaklanjuti temuan.
Unit/Biro/UPT/Unit	Dokumen terkendali	Menerapkan kebijakan pada proses nonakademik dan layanan pendukung.
Auditor Mutu Internal	Dokumen referensi	Menggunakannya sebagai kriteria audit serta menjaga independensi dan kerahasiaan.
Pemangku Kepentingan	Versi publik sesuai kewenangan	Memahami komitmen mutu politeknik dan memberi umpan balik.

PERNYATAAN KEBIJAKAN MUTU**KOMITMEN LEMBAGA**

Politeknik Bina Global berkomitmen menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu, relevan, berintegritas, inklusif, aman, akuntabel, dan berkelanjutan melalui penerapan SPMI berbasis risiko. Seluruh standar akademik dan nonakademik ditetapkan, dilaksanakan, dievaluasi, dikendalikan, dan ditingkatkan melalui siklus PPEPP. Keputusan mutu menggunakan data yang valid dan mempertimbangkan risiko serta peluang yang dapat memengaruhi pencapaian visi politeknik, mutu lulusan, keberlanjutan tridharma, kepatuhan, keselamatan, reputasi, dan kebermanfaatan bagi masyarakat.

Kebijakan ini menegaskan bahwa mutu merupakan tanggung jawab setiap pemilik proses. UPM mengoordinasikan sistem, menyediakan metodologi, memfasilitasi evaluasi, mengonsolidasikan informasi, dan mengawal tindak lanjut. Pimpinan unit bertanggung jawab atas pemenuhan standar, pengelolaan risiko, integritas data, kecukupan bukti, serta efektivitas perbaikan pada lingkup kerjanya.

Pendekatan berbasis risiko tidak mengurangi kewajiban memenuhi peraturan atau standar. Pendekatan ini digunakan untuk menentukan prioritas, kedalaman pengendalian, frekuensi pemantauan, cakupan audit, alokasi sumber daya, dan kecepatan eskalasi secara proporsional.

Ditetapkan di: Subang

Pada tanggal: 26 Maret 2026

**DIREKTUR
POLITEKNIK BINA
GLOBAL**

ANDI SUKANDI,SE.MM

NIDN/NIP: 0423067707

RINGKASAN EKSEKUTIF

Kebijakan SPMI Berbasis Risiko Politeknik Bina Global merupakan dokumen payung yang mengarahkan penyelenggaraan mutu akademik dan nonakademik. Kebijakan ini menyelaraskan visi politeknik, Rencana Induk Pengembangan 2024-2034, RENSTRA Politeknik 2025-2029, dan arah penguatan UPM 2026-2030 dengan siklus PPEPP serta prinsip manajemen risiko yang terintegrasi.

Sistem dibangun melalui empat unsur yang saling terkait: standar yang jelas, proses dan tanggung jawab yang terkendali, bukti serta data yang dapat dipercaya, dan tindakan perbaikan yang menurunkan risiko sekaligus meningkatkan hasil. Setiap standar dan proses prioritas wajib memiliki pemilik, indikator, sumber data, risiko utama, pengendalian, batas toleransi, mekanisme evaluasi, serta bukti tindak lanjut.

Pilar Kebijakan	Makna Operasional
1. Kepatuhan dan relevansi	Memenuhi regulasi dan standar yang berlaku, sekaligus menyesuaikan standar tambahan dengan VMTS, kebutuhan mahasiswa, dunia kerja, masyarakat, dan konteks Aceh.
2. PPEPP yang utuh	Setiap standar menunjukkan hubungan antara penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan, bukan sekadar ketersediaan dokumen.
3. Prioritas berbasis risiko	Sumber daya, pemantauan, audit, dan eskalasi diarahkan lebih kuat pada proses dengan risiko residual tinggi atau dampak strategis.
4. Keputusan berbasis bukti	Data mutu harus lengkap, valid, konsisten, mutakhir, tertelusur, aman, dan dapat direkonsiliasi dengan sumber resmi.
5. Akuntabilitas pemilik proses	Unit kerja memiliki mutu, proses, data, risiko, dan tindak lanjut pada lingkupnya; UPM mengawal sistem dan memberi assurance.
6. Perbaikan berkelanjutan	AMI, survei, keluhan, insiden, evaluasi kinerja, akreditasi, dan RTM harus menghasilkan keputusan, tindakan, verifikasi efektivitas, serta peningkatan standar.

HASIL YANG DIHARAPKAN

Kepatuhan yang terjaga; ketercapaian standar yang meningkat; temuan berulang dan risiko residual yang menurun; data yang lebih andal; tindakan perbaikan yang selesai dan efektif; pengalaman mahasiswa serta pemangku kepentingan yang membaik; dan budaya mutu yang tumbuh pada seluruh unit.

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	6
BAB II	ARAH DAN LANDASAN KEBIJAKAN	8
BAB III	ARSITEKTUR SPMI POLITEKNIK	10
BAB IV	KERANGKA SPMI BERBASIS RISIKO	12
BAB V	PENERAPAN PPEPP BERBASIS RISIKO	15
BAB VI	TATA KELOLA, PERAN, DAN AKUNTABILITAS	17
BAB VII	EVALUASI, AMI, RTM, DAN TINDAK LANJ	19
BAB VIII	DATA, INFORMASI, DAN PENGENDALIAN DOKUMEN	21
BAB IX	SUMBER DAYA, KOMPETENSI, DAN BUDAYA MUTU	23
BAB X	PENGUKURAN KINERJA DAN KEMATANGAN SISTEM	24
BAB XI	PENINJAUAN DAN PENUTUP	26
LAMPIRAN A	MATRIKS INTEGRASI PPEPP DAN RISIKO	27
LAMPIRAN B	TAKSONOMI RISIKO MUTU POLITEKNIK	28
LAMPIRAN C	KRITERIA PENILAIAN DAN PETA RISIKO	29
LAMPIRAN D	SELERA RISIKO, TOLERANSI, DAN ESKALASI	31
LAMPIRAN E	FORMAT MINIMUM REGISTER RISIKO MUTU	32
LAMPIRAN F	MATRIKS PERAN DAN AKUNTABILITAS	33
LAMPIRAN G	KALENDER TAHUNAN SPMI BERBASIS RISIKO	34

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Perguruan tinggi menghadapi perubahan regulasi, teknologi, kebutuhan kompetensi, pola penerimaan mahasiswa, ekspektasi layanan, persaingan, keterbatasan sumber daya, serta risiko integritas dan keamanan data. Sistem penjaminan mutu yang hanya berorientasi pada kelengkapan dokumen tidak cukup untuk menghadapi ketidakpastian tersebut. Politeknik memerlukan sistem yang mampu menghubungkan standar, kinerja, risiko, data, audit, pengambilan keputusan, dan perbaikan secara konsisten.

Arah pengembangan Politeknik Bina Global menekankan inovasi, kemandirian, agro-edusosiosaintek, entrepreneurship, daya saing, kearifan lokal, nilai syariat Islam, serta tata kelola berbasis mutu dan manajemen risiko. Karena itu, kebijakan SPMI harus memberi kerangka yang operasional agar setiap unit mampu memenuhi standar sekaligus mengenali kondisi yang dapat menghambat atau mempercepat pencapaian tujuan.

1.2 MAKSUD

Kebijakan ini dimaksudkan sebagai arah dan ketentuan umum bagi seluruh unsur politeknik dalam membangun, menerapkan, mengevaluasi, mengendalikan, dan meningkatkan SPMI berbasis risiko secara terintegrasi.

1.3 TUJUAN

2. Menjamin Pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi Dan Standar Tambahan Politeknik Secara Konsisten;
3. Menyelaraskan Spmi Dengan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Strategi, Perencanaan, Kinerja, Anggaran, Dan Manajemen Risiko;
4. Menetapkan Tata Kelola, Peran, Kewenangan, Akuntabilitas, Dan Mekanisme Eskalasi Mutu Serta Risiko;
5. Memastikan Evaluasi Menggunakan Data Dan Bukti Yang Valid, Tertelusur, Proporsional, Serta Bebas Konflik Kepentingan;
6. Mencegah Ketidaksesuaian, Insiden, Kegagalan Layanan, Pelanggaran Integritas, Dan Penurunan Mutu Melalui Pengendalian Yang Efektif;
7. Mendorong Peningkatan Standar, Inovasi, Pembelajaran Organisasi, Dan Budaya Mutu Berkelanjutan.

1.4. RUANG LINGKUP

Kebijakan berlaku untuk seluruh penyelenggaraan tridharma dan fungsi pendukung pada tingkat politeknik, fakultas, program studi, Unit, biro, UPT, laboratorium, pusat, dan unit kerja lainnya. Ruang lingkup mencakup pendidikan; penelitian dan inovasi; pengabdian

kepada masyarakat; kemahasiswaan dan alumni; sumber daya manusia; keuangan dan aset; sarana prasarana; teknologi informasi dan data; kerja sama; tata kelola; integritas; keselamatan; layanan; reputasi; keberlanjutan; serta bidang tambahan yang ditetapkan politeknik.

1.5. KEDUDUKAN DOKUMEN

Kebijakan ini merupakan dokumen tingkat politeknik yang berada di bawah Statuta dan keputusan badan penyelenggara/pimpinan yang lebih tinggi, serta menjadi rujukan bagi Manual SPMI, Standar SPMI, pedoman manajemen risiko mutu, SOP, instruksi kerja, formulir, instrumen evaluasi, dan rekaman mutu.

1.6. SASARAN PENGGUNA

Pengguna kebijakan meliputi badan penyelenggara, Senat Politeknik, Direktorat dan Wakil Direktorat, UPM, pimpinan fakultas dan program studi, Unit/biro/UPT, pengelola mutu unit, auditor internal, pemilik proses, pemilik risiko, pemilik data, dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, serta mitra yang menjalankan proses atas nama politeknik.

1.7. ISTILAH UTAMA

Istilah	Pengertian Operasional
SPMI	Sistem otonom politeknik untuk menetapkan, melaksanakan, mengevaluasi, mengendalikan, dan meningkatkan standar pendidikan tinggi secara terencana dan berkelanjutan.
PPEPP	Siklus Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan standar.
Risiko mutu	Pengaruh ketidakpastian terhadap pencapaian standar atau tujuan mutu, yang dapat menimbulkan konsekuensi negatif maupun peluang peningkatan.
Pemilik proses	Pimpinan atau pejabat yang memiliki kewenangan dan akuntabilitas atas rancangan, pelaksanaan, hasil, data, dan peningkatan suatu proses.
Pemilik risiko	Pejabat yang berwenang mengelola risiko tertentu, menetapkan tindakan, menyediakan sumber daya, memantau risiko residual, dan melakukan eskalasi.
Pengendalian	Kebijakan, prosedur, tindakan, sistem, atau mekanisme lain yang mengubah kemungkinan atau dampak risiko.

Istilah	Pengertian Operasional
Risiko residual	Tingkat risiko yang tersisa setelah pengendalian yang ada diperhitungkan.
KRI	Key Risk Indicator atau indikator peringatan dini yang menunjukkan perubahan paparan risiko.
AMI	Audit Mutu Internal yang sistematis, independen, berbasis bukti, dan berorientasi risiko.
RTM	Rapat Tinjauan Manajemen untuk mengevaluasi kecukupan, kesesuaian, efektivitas, risiko, dan kebutuhan peningkatan sistem.

1.8. PRINSIP KEHATI-HATIAN REGULASI

Peraturan eksternal dan internal yang menjadi dasar dokumen wajib diverifikasi oleh unit hukum/sekretariat sebelum penetapan. Apabila terdapat perubahan regulasi, ketentuan yang lebih tinggi berlaku dan kebijakan ini harus ditinjau tanpa menunggu masa tinjau berkala.

BAB II. ARAH DAN LANDASAN KEBIJAKAN

2.1 ARAH INSTITUSIONAL

VISI POLITEKNIK BINA GLOBAL

Menjadi Politeknik yang unggul dalam bidang teknologi dan kewirausahaan maritime ditingkat regional pada tahun 2034

SPMI menerjemahkan arah tersebut ke dalam standar, indikator, risiko, pengendalian, bukti, evaluasi, serta peningkatan yang dapat dilaksanakan dan diukur oleh unit akademik maupun nonakademik. Rumusan visi pada dokumen final harus disamakan persis dengan Statuta dan keputusan resmi yang berlaku.

2.2 NILAI DASAR MUTU

Nilai	Perilaku yang Diharapkan
Integritas	Jujur, objektif, patuh, menjaga etika akademik, menghindari manipulasi data, dan mengelola konflik kepentingan.
Mutu	Memenuhi standar, mengutamakan hasil dan manfaat, serta melakukan perbaikan berbasis bukti.
Inovasi	Mencari cara yang lebih efektif, relevan, aman, dan berkelanjutan tanpa mengabaikan kepatuhan.
Kemandirian	Mengembangkan kapasitas, sumber daya, dan keputusan yang bertanggung jawab.
Kolaborasi	Melibatkan unit dan pemangku kepentingan secara inklusif serta menghargai peran masing-masing.
Akuntabilitas	Menetapkan pemilik, target, bukti, keputusan, tenggat, dan tindak lanjut yang dapat ditelusuri.

2.3 LANDASAN EKSTERNAL

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.

4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
5. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, sepanjang masih berlaku atau sebagaimana diubah/diganti.
6. Peraturan, instrumen akreditasi, dan ketentuan kementerian, BAN-PT, serta LAM yang relevan dan masih berlaku.
7. SNI ISO 31000:2018 Manajemen Risiko - Pedoman, sebagai rujukan penguatan kerangka dan proses risiko, bukan pengganti regulasi pendidikan tinggi.

2.4 LANDASAN INTERNAL

1. Statuta Politeknik Bina Global Tahun 2024 atau Statuta terbaru yang berlaku.
2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Bina Global yang berlaku.
3. Rencana Induk Pengembangan Politeknik Bina Global 2024-2034.
4. Rencana Strategis Politeknik Bina Global 2025-2029.
5. Rencana Strategis Unit Penjaminan Mutu Politeknik Bina Global 2026-2030.
6. Rencana Operasional UPM dan Rencana Kerja serta Anggaran Tahunan politeknik.
7. Kebijakan akademik, standar, pedoman, SOP, keputusan Direktur, dan dokumen internal lain yang relevan.

2.5. PRINSIP KEBIJAKAN

Prinsip	Makna Operasional
Selaras	Mendukung VMTS, strategi, kebutuhan pemangku kepentingan, dan peraturan.
Terintegrasi	Menyatu dengan tata kelola, perencanaan, anggaran, kinerja, risiko, dan pengambilan keputusan.
Terstruktur	Menggunakan kriteria, peran, proses, bukti, dan jadwal yang konsisten.
Proporsional	Kedalaman kontrol, pemantauan, dan audit sebanding dengan risiko serta dampak.
Inklusif	Melibatkan pihak yang relevan dan memberi ruang bagi umpan balik serta keberagaman kebutuhan.

Prinsip	Makna Operasional
Dinamis	Merespons perubahan konteks, insiden, data, teknologi, dan regulasi.
Berbasis informasi terbaik	Menggunakan data resmi, asumsi yang dinyatakan, keahlian, dan keterbatasan yang transparan.
Faktor manusia dan budaya	Memperhitungkan kompetensi, beban kerja, perilaku, komunikasi, dan budaya organisasi.
Perbaikan berkelanjutan	Mendorong pembelajaran, inovasi, dan peningkatan efektivitas sistem.

BAB III. ARSITEKTUR SPMI POLITEKNIK

3.1. TUJUAN SISTEM

SPMI diarahkan untuk menjamin kepatuhan, ketercapaian standar, relevansi lulusan, mutu pengalaman belajar, produktivitas dan dampak tridharma, kualitas layanan, integritas tata kelola, keberlanjutan sumber daya, serta peningkatan reputasi politeknik.

3.2. STRUKTUR DOKUMEN SPMI

Tingkat	Dokumen	Fungsi
1	Statuta dan keputusan pengarah	Menetapkan mandat, kewenangan, dan arah tertinggi institusi.
2	Kebijakan SPMI Berbasis Risiko	Menetapkan komitmen, prinsip, lingkup, tata kelola, dan kerangka sistem.
3	Manual SPMI dan Pedoman Risiko Mutu	Menjelaskan cara kerja PPEPP, asesmen risiko, eskalasi, AMI, RTM, serta pengendalian dokumen.
4	Standar SPMI	Menetapkan kriteria mutu, indikator, target, pemilik, risiko, bukti, dan mekanisme evaluasi.
5	SOP/Instruksi Kerja	Menjelaskan langkah, tanggung jawab, input, output, pengendalian, dan catatan proses.
6	Formulir, instrumen, dan rekaman	Merekam pelaksanaan, data, bukti, keputusan, temuan, tindakan, dan hasil.

3.3. CAKUPAN STANDAR

Politeknik menetapkan standar yang memenuhi ketentuan nasional serta standar tambahan yang melampaui atau melengkapi ketentuan minimum berdasarkan visi, strategi, risiko, kebutuhan pemangku kepentingan, dan kapasitas institusi. Standar tambahan dapat mencakup tata kelola, kemahasiswaan dan alumni, SDM, keuangan, aset, sarana prasarana, digitalisasi, data, kerja sama, layanan, keselamatan, integritas, lingkungan, entrepreneurship, kearifan lokal, dan nilai syariat Islam.

3.4. PERSYARATAN MINIMUM SETIAP STANDAR

Komponen	Persyaratan Minimum
Identitas	Kode, nama, versi, pemilik, pihak yang menyetujui, tanggal berlaku, masa tinjau.

Komponen	Persyaratan Minimum
Rasional dan acuan	Keterkaitan dengan regulasi, VMTS, strategi, kebutuhan pengguna, dan hasil evaluasi.
Pernyataan standar	Subjek, tindakan, objek, kriteria/ukuran, serta batas waktu atau kondisi pencapaian.
Indikator dan target	Definisi operasional, formula, satuan, sumber, frekuensi, baseline, target, dan penanggung jawab.
Risiko dan peluang	Peristiwa, penyebab, dampak, kontrol, KRI, risiko residual, tindakan, dan pemilik risiko.
Pelaksanaan	Proses, sumber daya, kompetensi, SOP, komunikasi, dan bukti yang wajib tersedia.
Evaluasi dan tindak lanjut	Metode evaluasi, kriteria ketidaksesuaian, eskalasi, koreksi, tindakan korektif, dan peningkatan.

3.5 HUBUNGAN DENGAN PERENCANAAN DAN ANGGARAN

Hasil PPEPP dan profil risiko menjadi masukan wajib bagi RIP, RENSTRA, RENOPS, RKAT, perjanjian kinerja, prioritas digitalisasi, pengembangan SDM, pengadaan sarana, dan rencana kerja unit. Usulan program yang berdampak pada standar prioritas harus memuat tujuan, indikator, risiko, kontrol, keluaran, manfaat, biaya, penanggung jawab, serta mekanisme evaluasi.

3.6 HUBUNGAN DENGAN SPME DAN AKREDITASI

SPME dan akreditasi digunakan sebagai sumber evaluasi eksternal dan pembelajaran, bukan sebagai satu-satunya tujuan SPMI. Temuan dan rekomendasi eksternal dipetakan ke standar, risiko, pemilik proses, rencana tindakan, tenggat, bukti, serta verifikasi efektivitas. Persiapan akreditasi harus berasal dari proses rutin dan repositori bukti yang terkendali.

3.7 SIKLUS OPERASIONAL

Penetapan	Pelaksanaan	Evaluasi	Pengendalian	Peningkatan
Standar, target, risiko, pemilik, kontrol, KRI, sumber daya.	Proses, layanan, bukti, pemantauan kontrol, pelaporan insiden.	Monev, survei, analisis data, AMI, asesmen risiko, evaluasi diri.	Koreksi, tindakan korektif, perlakuan risiko, eskalasi, RTM.	Peningkatan standar, proses, kontrol, kompetensi, sistem, inovasi.

BAB IV. KERANGKA SPMI BERBASIS RISIKO

4.1. TUJUAN PENDEKATAN BERBASIS RISIKO

Pendekatan berbasis risiko digunakan untuk meningkatkan peluang tercapainya standar dan tujuan, mencegah atau mengurangi kegagalan, melindungi mahasiswa dan pemangku kepentingan, menjaga kepatuhan, menggunakan sumber daya secara tepat, serta mempercepat respons terhadap perubahan dan insiden.

4.2. KONTEKS DAN KRITERIA

Penilaian risiko harus mempertimbangkan konteks eksternal dan internal, tujuan yang dinilai, pemangku kepentingan, kewajiban regulasi, proses, data, sumber daya, ketergantungan, serta asumsi. Kriteria kemungkinan, dampak, tingkat risiko, efektivitas kontrol, selera risiko, toleransi, dan eskalasi ditetapkan politeknik dan ditinjau secara berkala.

4.3. PROSES MANAJEMEN RISIKO MUTU

Tahap	Proses	Keluaran Minimum
1	Komunikasi dan konsultasi	Melibatkan pihak yang memahami tujuan, proses, data, dampak, dan opsi perlakuan.
2	Penetapan ruang lingkup, konteks, dan kriteria	Menentukan tujuan, unit analisis, periode, pemangku kepentingan, asumsi, serta batas penilaian.
3	Identifikasi risiko dan peluang	Merumuskan peristiwa, penyebab, konsekuensi, kontrol yang ada, indikator peringatan, dan keterkaitan standar.
4	Analisis	Menilai kemungkinan, dampak, efektivitas kontrol, keterhubungan, kecepatan munculnya dampak, dan risiko residual.
5	Evaluasi	Membandingkan hasil dengan kriteria, selera/toleransi, serta menentukan prioritas dan kebutuhan eskalasi.
6	Perlakuan	Memilih opsi, menetapkan tindakan, pemilik, sumber daya, tenggat, indikator keberhasilan, dan risiko residual target.
7	Pemantauan dan peninjauan	Memantau KRI, kontrol, tindakan, perubahan konteks, insiden, dan efektivitas perlakuan.

Tahap	Proses	Keluaran Minimum
8	Pencatatan dan pelaporan	Menjaga register, bukti keputusan, perubahan nilai, justifikasi penerimaan, eskalasi, dan laporan kepada pihak berwenang.

4.4. PERUMUSAN RISIKO

FORMAT YANG DIANJURKAN

Karena [penyebab/kondisi], terdapat kemungkinan [peristiwa] yang dapat mengakibatkan [dampak terhadap standar/tujuan/pemangku kepentingan]. Rumusan harus spesifik, dapat dikelola, dan tidak sekadar mengulang indikator yang rendah.

4.5. JENIS PENGENDALIAN

1. Pengendalian preventif untuk mencegah peristiwa atau mengurangi kemungkinan;
2. Pengendalian detektif untuk menemukan penyimpangan, tren, atau insiden secara cepat;
3. Pengendalian korektif untuk memulihkan kondisi dan mengurangi dampak;
4. Pengendalian pengarah untuk memastikan kebijakan, kompetensi, komunikasi, dan perilaku mendukung tujuan;
5. Pengendalian kontinuitas untuk menjaga layanan penting ketika terjadi gangguan.

4.6. EVALUASI EFEKTIVITAS PENGENDALIAN

Kategori	Kriteria
Efektif	Dirancang memadai, dilaksanakan konsisten, memiliki bukti, diuji, dan menunjukkan hasil yang diharapkan.
Sebagian efektif	Desain atau pelaksanaan belum konsisten; terdapat bukti tetapi masih ada celah, keterlambatan, atau keterbatasan cakupan.
Tidak efektif	Tidak ada, tidak memadai, tidak dilaksanakan, tidak memiliki bukti, atau gagal mencegah/mendeteksi dampak yang material.

4.7. OPSI PERLAKUAN RISIKO DAN PELUANG

Opsi meliputi menghindari aktivitas, mengurangi kemungkinan atau dampak, menghilangkan sumber, mengubah proses, berbagi/mentransfer sebagian risiko, menerima dengan justifikasi dan pemantauan, menyiapkan kontinuitas, atau mengambil risiko terukur

untuk memanfaatkan peluang. Pemilihan harus mempertimbangkan kepatuhan, manfaat, biaya, kelayakan, dampak kepada pemangku kepentingan, dan risiko residual.

4.8 SELERA RISIKO DAN TOLERANSI

Direktur menetapkan atau mengesahkan pernyataan selera risiko dan batas toleransi berdasarkan rekomendasi pimpinan serta UPM. Untuk kepatuhan hukum, integritas akademik, kecurangan, keselamatan, perlindungan data kritis, dan keberlangsungan akreditasi, toleransi ditetapkan sangat rendah. Untuk inovasi akademik, riset, digitalisasi, kemitraan, dan entrepreneurship, politeknik dapat menerima risiko terukur sepanjang etika, kepatuhan, keselamatan, sumber daya, serta mekanisme penghentian telah dipenuhi.

4.9 REGISTER RISIKO MUTU

Setiap unit wajib memelihara register risiko mutu yang terhubung dengan standar, sasaran, proses, indikator, dan rencana kerja. Register ditinjau paling sedikit setiap triwulan, pada perubahan signifikan, setelah insiden, setelah audit, dan sebelum penyusunan RKAT. Risiko tinggi dan ekstrem wajib memiliki tindakan, pemilik, tenggat, sumber daya, KRI, target residual, dan mekanisme eskalasi.

4.10 RISIKO LINTAS UNIT DAN RISIKO STRATEGIS

Risiko yang penyebab, dampak, kontrol, atau tindakannya melibatkan lebih dari satu unit harus dikonsolidasikan oleh pejabat yang ditunjuk. Risiko strategis yang dapat memengaruhi kelangsungan politeknik, reputasi, kepatuhan, keuangan, penerimaan mahasiswa, akreditasi, layanan digital, keamanan data, atau keselamatan dilaporkan kepada Direktur dan dibahas dalam forum pimpinan/RTM.

4.11 PENERIMAAN RISIKO

Penerimaan risiko tidak boleh dilakukan hanya karena keterbatasan sumber daya. Keputusan harus memuat alasan, tingkat residual, masa berlaku, kontrol minimum, pemantauan, penanggung jawab, dan kewenangan yang menyetujui. Risiko di atas toleransi tidak boleh diterima oleh pemilik proses tanpa eskalasi kepada pejabat berwenang.

Tingkat Residual	Kewenangan Minimum	Syarat Keputusan
Rendah	Pemilik proses/unit	Dikelola melalui kontrol rutin dan dicatat dalam review unit.

Tingkat Residual	Kewenangan Minimum	Syarat Keputusan
Moderat	Pimpinan unit	Justifikasi, kontrol, KRI, dan tanggal peninjauan berikutnya.
Tinggi	Pimpinan bidang/Direktur sesuai matriks kewenangan	Rencana tindakan wajib, tenggat, sumber daya, pemantauan intensif, dan eskalasi.
Ekstrem	Direktur/pejabat yang ditetapkan	Keputusan segera; kontrol sementara/kontinuitas; pelaporan kepada organ terkait sesuai kewenangan.

BAB V. PENERAPAN PPEPP BERBASIS RISIKO

5.1 PENETAPAN

Pada tahap penetapan, politeknik mengidentifikasi kebutuhan dan kewajiban, menetapkan standar dan target, memetakan proses, menunjuk pemilik, menilai risiko dan peluang, menentukan pengendalian serta KRI, memastikan sumber daya, menetapkan bukti, dan mengesahkan dokumen. Risiko residual target harus sejalan dengan selera dan toleransi risiko.

5.2 PELAKSANAAN

Pemilik proses melaksanakan standar melalui SOP, sumber daya, kompetensi, komunikasi, sistem, dan kontrol yang disetujui. Pelaksanaan harus menghasilkan rekaman yang valid. Penyimpangan, insiden, keluhan, kegagalan kontrol, keterlambatan tindakan, dan perubahan konteks dilaporkan sesuai tingkat urgensi. Tidak tersedianya bukti dianggap sebagai risiko dan dapat menjadi ketidaksesuaian.

5.3 EVALUASI

Evaluasi dilakukan melalui pemantauan indikator, KRI, evaluasi diri, validasi data, survei, tracer study, evaluasi pembelajaran, audit, tinjauan kepatuhan, analisis keluhan, evaluasi mitra, benchmarking, asesmen risiko, serta metode lain yang sah. Evaluasi harus membandingkan hasil dengan standar, target, tren, risiko, kebutuhan pemangku kepentingan, dan kinerja pembanding yang relevan.

5.4 PENGENDALIAN

Pengendalian meliputi koreksi segera, tindakan korektif berbasis akar masalah, perlakuan risiko, penghentian sementara bila keselamatan/kepatuhan terancam, eskalasi, redistribusi sumber daya, perubahan kontrol, verifikasi bukti, dan pengawasan khusus. Tindakan ditutup hanya setelah bukti penyelesaian dan efektivitasnya diverifikasi.

5.5 PENINGKATAN

Peningkatan dapat berupa kenaikan target, perluasan cakupan, penyederhanaan proses, peningkatan kompetensi, penguatan kontrol, otomasi, perbaikan sistem informasi, pengembangan metode pembelajaran, penguatan layanan, standardisasi praktik baik, atau penetapan standar baru. Peningkatan harus didukung hasil evaluasi, kebutuhan strategis, analisis manfaat, risiko perubahan, dan kesiapan sumber daya.

5.6 PEMICU TINDAKAN

Pemicu	Respons Minimum
Ketidakpatuhan hukum atau integritas	Eskalasi segera, pengamanan bukti, pengendalian sementara, investigasi sesuai kewenangan.
Risiko residual di atas toleransi	Rencana tindakan wajib dan eskalasi kepada pejabat berwenang.
Target tidak tercapai	Analisis penyebab, koreksi, tindakan korektif, dan penyesuaian sumber daya/kontrol.
Temuan berulang	Analisis sistemik, audit tematik, eskalasi RTM, dan peninjauan efektivitas pengendalian.
KRI melewati ambang	Peringatan dini, verifikasi data, penilaian ulang risiko, dan aktivasi tindakan kontinjensi.
Perubahan regulasi/teknologi/konteks	Peninjauan standar, risiko, kompetensi, sistem, dan dokumen.
Peluang strategis	Analisis manfaat-risiko, pilot terkontrol, indikator keberhasilan, dan evaluasi sebelum perluasan.

5.7 BUKTI MINIMUM PPEPP

Tahap	Contoh Bukti Minimum
Penetapan	Naskah standar, analisis kebutuhan, risalah konsultasi, asesmen risiko, keputusan pengesahan.
Pelaksanaan	Rencana kerja, SOP, rekaman layanan, data indikator, log kontrol, laporan insiden/keluhan.
Evaluasi	Laporan monev, validasi data, survei, AMI, analisis tren, evaluasi risiko, hasil eksternal.
Pengendalian	Koreksi, analisis akar masalah, rencana tindakan, eskalasi, verifikasi, bukti efektivitas.
Peningkatan	Keputusan peningkatan, revisi standar/proses, kebutuhan sumber daya, hasil pilot, pembelajaran.

BAB VI. TATA KELOLA, PERAN, DAN AKUNTABILITAS

6.1 PRINSIP TATA KELOLA

Tata kelola SPMI memisahkan kepemilikan proses, fungsi fasilitasi/pemantauan, dan assurance independen secara memadai. Konflik kepentingan harus dikelola. Auditor tidak boleh mengaudit pekerjaan yang menjadi tanggung jawab langsungnya. Pihak yang menetapkan tindakan tidak menjadi satu-satunya pihak yang memverifikasi efektivitasnya untuk isu material.

6.2 BADAN PENYELENGGARA/YAYASAN

1. Memastikan penyelenggaraan politeknik sesuai Statuta, peraturan, dan tujuan badan penyelenggara;
2. Memberikan dukungan tata kelola dan sumber daya sesuai kewenangan;
3. Menerima informasi risiko strategis dan mutu institusi sesuai mekanisme yang ditetapkan.

6.3 SENAT POLITEKNIK

1. Memberi pertimbangan atas kebijakan akademik dan standar yang menjadi kewenangannya;
2. Menelaah isu mutu akademik, integritas, kebebasan akademik, dan risiko strategis yang relevan;
3. Mengawal konsistensi kebijakan dengan nilai akademik dan statuta.

6.4 DIREKTUR

1. Menetapkan kebijakan, standar, struktur, kewenangan, selera risiko, dan prioritas peningkatan;
2. Menyediakan sumber daya, memastikan integrasi dengan perencanaan dan anggaran, serta memimpin rtm;
3. Memutuskan penerimaan/eskalasi risiko strategis dan tindakan atas ketidaksesuaian material;
4. Memastikan tindak lanjut dilaksanakan dan efektivitas spmi dievaluasi.

6.5 WAKIL DIREKTUR DAN PIMPINAN BIDANG

Wakil Direktur/pimpinan bidang mengoordinasikan standar, proses, risiko, indikator, dan tindakan pada portofolio masing-masing; menyelesaikan isu lintas unit; mengesahkan rencana sesuai kewenangan; serta melaporkan isu material kepada Direktur.

6.6 UNIT PENJAMINAN MUTU

1. Menyusun metodologi, dokumen, kalender, instrumen, kriteria, dan sistem pelaporan SPMI;
2. Memfasilitasi penetapan standar, asesmen risiko, evaluasi diri, AMI, RTM, dan peningkatan;
3. Mengonsolidasikan data mutu, profil risiko, temuan, tindakan, tren, dan rekomendasi pimpinan;
4. Memantau kepatuhan terhadap siklus PPEPP, pengendalian dokumen, tindak lanjut, dan eskalasi;
5. Menjaga kompetensi auditor serta independensi penugasan;
6. Melaporkan keterbatasan data, konflik kepentingan, dan risiko yang tidak terkendali.

6.7 FAKULTAS DAN PROGRAM STUDI

Dekan dan Ketua Program Studi menjadi pemilik proses mutu akademik sesuai kewenangan. Mereka menetapkan rencana turunan, melaksanakan standar, mengelola risiko, menjaga data dan bukti, memantau capaian, menyelesaikan temuan, melibatkan dosen/mahasiswa, serta mengusulkan peningkatan kepada politeknik.

6.8 UNIT, BIRO, UPT, DAN UNIT PENDUKUNG

Pimpinan unit nonakademik bertanggung jawab atas standar layanan, SDM, keuangan, sarana, teknologi, data, kerja sama, keselamatan, dan proses pendukung sesuai lingkupnya. Unit pendukung wajib menetapkan tingkat layanan, risiko, kontrol, indikator, mekanisme keluhan, kontinuitas, dan perbaikan.

6.9 PENGELOLA MUTU UNIT

Pengelola mutu unit membantu pemilik proses mengoordinasikan dokumen, bukti PPEPP, register risiko, evaluasi diri, validasi data, kesiapan audit, tindak lanjut, dan komunikasi dengan UPM. Penunjukan pengelola mutu tidak memindahkan akuntabilitas pimpinan unit.

6.10 AUDITOR MUTU INTERNAL

Auditor merencanakan dan melaksanakan audit secara objektif, berbasis bukti dan risiko; menjaga kerahasiaan; mengungkap konflik kepentingan; mengklasifikasikan temuan secara konsisten; serta menilai akar masalah dan efektivitas tindakan. Auditor tidak berwenang mengelola proses auditee.

6.11 PEMILIK DATA

Pemilik data memastikan definisi, sumber, kualitas, ketepatan waktu, hak akses, keamanan, retensi, rekonsiliasi, dan koreksi data. Perubahan data material harus memiliki jejak audit dan persetujuan sesuai kewenangan.

6.12 DOSEN, TENAGA KEPENDIDIKAN, MAHASISWA, DAN MITRA

Seluruh sivitas akademika dan tenaga kependidikan wajib melaksanakan standar, menjaga integritas, melaporkan penyimpangan/risiko, memberi data yang benar, dan berpartisipasi dalam perbaikan. Mahasiswa serta mitra memperoleh kanal umpan balik yang aman, mudah diakses, dan ditindaklanjuti tanpa pembalasan.

BAB VII. EVALUASI, AMI, RTM, DAN TINDAK LANJ

7.1 KERANGKA EVALUASI

Evaluasi dilakukan secara berlapis: pemantauan rutin oleh pemilik proses; evaluasi diri unit; validasi oleh fungsi terkait; AMI independen; RTM; evaluasi eksternal; serta evaluasi tematik apabila risiko atau temuan memerlukan kedalaman tambahan. Hasil evaluasi harus menghasilkan keputusan yang terdokumentasi.

7.2 PERENCANAAN AMI BERBASIS RISIKO

Program AMI tahunan mempertimbangkan kewajiban minimum, tingkat risiko residual, materialitas, perubahan proses, hasil audit sebelumnya, temuan berulang, keluhan, insiden, kualitas data, kesiapan akreditasi, dan kepentingan strategis. Pendekatan berbasis risiko memengaruhi frekuensi, ruang lingkup, sampel, kompetensi auditor, dan kedalaman pengujian; namun tidak boleh menghilangkan cakupan kepatuhan yang diwajibkan.

7.3 KLASIFIKASI HASIL EVALUASI

Kategori	Makna
Kritis	Pelanggaran/kelemahan yang mengancam keselamatan, legalitas, integritas akademik, keberlangsungan layanan penting, data kritis, atau akreditasi; membutuhkan eskalasi segera.
Mayor	Ketidaksesuaian sistemik atau kegagalan kontrol yang berdampak material terhadap standar/tujuan; tindakan korektif dan verifikasi prioritas.
Minor	Ketidaksesuaian terbatas yang tidak sistemik, tetapi memerlukan koreksi dan pencegahan pengulangan.
Observasi	Kondisi yang belum menjadi ketidaksesuaian namun menunjukkan kelemahan atau risiko yang perlu dipantau.
Peluang peningkatan	Saran berbasis bukti untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, pengalaman pengguna, atau kematangan sistem.

7.4 TINDAKAN KOREKTIF

Setiap ketidaksesuaian material harus dianalisis untuk menemukan akar masalah, bukan hanya gejala. Rencana tindakan memuat tindakan, pemilik, tenggat, sumber daya,

risiko apabila terlambat, bukti penyelesaian, serta ukuran efektivitas. Perpanjangan tenggat memerlukan justifikasi dan persetujuan sesuai tingkat risiko.

7.5 VERIFIKASI EFEKTIVITAS

Penutupan administratif tidak sama dengan penutupan efektif. Verifikasi harus memastikan tindakan telah dilaksanakan, akar masalah ditangani, kontrol bekerja, hasil membaik, dan risiko residual berada dalam toleransi. Untuk temuan kritis/mayor, verifikasi dilakukan oleh pihak yang independen dari pelaksana tindakan sejauh memungkinkan.

7.6 RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

RTM politeknik dilaksanakan paling sedikit sekali setahun dan dapat dilakukan lebih sering untuk isu prioritas. Masukan minimum meliputi capaian standar/KPI, profil risiko dan KRI, status kontrol, hasil AMI, temuan eksternal, kepuasan/keluhan, insiden, kualitas data, status tindakan, perubahan konteks, kecukupan sumber daya, dan peluang peningkatan.

Keluaran RTM	Isi Minimum
Keputusan sistem	Kecukupan, kesesuaian, efektivitas SPMI dan perubahan kebijakan/proses.
Keputusan risiko	Penerimaan, eskalasi, perlakuan, sumber daya, dan batas toleransi.
Keputusan peningkatan	Standar/target yang ditingkatkan, inovasi, digitalisasi, pengembangan kompetensi, dan prioritas program.
Penugasan	Pemilik tindakan, tenggat, keluaran, bukti, indikator, dan mekanisme verifikasi.
Komunikasi	Informasi yang harus disampaikan kepada badan penyelenggara, senat, unit, atau pemangku kepentingan.

7.7 TEMUAN BERULANG DAN ISU SISTEMIK

Temuan yang berulang, muncul pada banyak unit, atau memiliki penyebab bersama harus diperlakukan sebagai isu sistemik. UPM mengonsolidasikan analisis tren, mengusulkan audit tematik, memetakan kontrol lintas unit, dan membawa isu tersebut ke RTM untuk keputusan politeknik.

7.8 PELAPORAN

Laporan mutu menyajikan fakta, tren, keterbatasan, risiko, keputusan, dan tindak lanjut secara berimbang. Pelaporan tidak boleh menyembunyikan data yang tidak menguntungkan, mengganti definisi tanpa dokumentasi, atau menyatakan tindakan efektif tanpa bukti. Informasi sensitif dikelola sesuai klasifikasi dan hak akses.

BAB VIII. DATA, INFORMASI, DAN PENGENDALIAN DOKUMEN

8.1 PRINSIP DATA MUTU

Dimensi	Kriteria
Kelengkapan	Elemen wajib tersedia dan cakupan populasi/periode sesuai definisi.
Validitas	Nilai memenuhi aturan, bukti, dan realitas proses yang diukur.
Konsistensi	Definisi dan nilai selaras antarperiode, unit, sistem, dan laporan.
Ketepatan waktu	Data tersedia sesuai kalender keputusan dan pelaporan.
Keunikan	Tidak terjadi duplikasi yang memengaruhi perhitungan atau identitas.
Ketertelusuran	Sumber, pemilik, waktu, perubahan, formula, dan persetujuan dapat ditelusuri.
Keamanan	Kerahasiaan, integritas, ketersediaan, pencadangan, dan hak akses terjaga.

8.2 KAMUS DATA DAN SUMBER RESMI

Setiap indikator wajib memiliki kamus data yang memuat definisi, formula, satuan, populasi, pengecualian, sumber resmi, frekuensi, pemilik, validator, dan aturan koreksi. Apabila terdapat perbedaan nilai antar-sistem, rekonsiliasi dilakukan sebelum data digunakan untuk keputusan atau publikasi.

8.3 REPOSITORI DAN SISTEM INFORMASI MUTU

Politeknik mengembangkan repositori yang mendukung versi, status, persetujuan, masa tinjau, hak akses, pencarian, retensi, audit trail, dan pemulihan. Sistem informasi mutu secara bertahap mengintegrasikan standar, indikator, risiko, PPEPP, AMI, RTM, survei, akreditasi, tindakan, dan dasbor pimpinan.

8.4 KEAMANAN DAN PRIVASI

Pengelolaan data mengikuti klasifikasi informasi, prinsip kebutuhan untuk mengetahui, autentikasi, pencadangan, pemulihan, pencatatan aktivitas, dan respons insiden. Data pribadi, data mahasiswa, data SDM, data penelitian, dan informasi sensitif hanya digunakan untuk tujuan yang sah dan diakses oleh pihak berwenang.

8.5 RETENSI DAN PEMUSNAHAN

Jangka retensi ditetapkan berdasarkan regulasi, kebutuhan akreditasi, bukti hukum, kepentingan akademik, nilai historis, dan risiko. Pemusnahan harus disetujui, aman, dan

tercatat. Dokumen yang sedang terkait sengketa, audit, investigasi, atau tindakan tidak boleh dimusnahkan.

8.6 PENGENDALIAN PERUBAHAN DOKUMEN

Perubahan dokumen harus melalui usulan, penelaahan, persetujuan, identifikasi revisi, komunikasi, penarikan versi lama, dan penyimpanan riwayat. Perubahan darurat dapat diberlakukan secara terbatas dengan persetujuan berwenang dan harus diformalisasi setelah kondisi terkendali.

8.7 KONTINUITAS LAYANAN DAN PEMULIHAN

Proses kritis wajib memiliki rencana kontinuitas yang mencakup prioritas layanan, peran, kontak, alternatif proses, pemulihan data/sistem, komunikasi, kriteria aktivasi, pengujian, dan pembelajaran setelah gangguan. Risiko bencana, gangguan listrik/jaringan, serangan siber, kehilangan data, dan ketidaktersediaan personel kunci diperhitungkan secara proporsional.

Komponen Minimum	Ketentuan
Layanan kritis	Daftar proses prioritas, dampak gangguan, urutan pemulihan, dan target waktu pemulihan.
Peran dan komunikasi	Penanggung jawab, pengganti, kontak darurat, pihak yang diberi informasi, dan pesan yang disetujui.
Alternatif operasi	Prosedur manual/alternatif, lokasi atau perangkat pengganti, serta akses ke data minimum.
Pemulihan teknologi/data	Pencadangan, uji pemulihan, integritas data, hak akses, log, dan koordinasi vendor.
Pengujian	Simulasi atau uji berkala, temuan, tindakan perbaikan, dan pembaruan rencana.
Evaluasi pascagangguan	Kronologi, dampak, efektivitas respons, akar masalah, pembelajaran, dan perubahan kontrol.

BAB IX. SUMBER DAYA, KOMPETENSI, DAN BUDAYA MUTU

9.1 KECUKUPAN SUMBER DAYA

Pimpinan memastikan ketersediaan anggaran, SDM, waktu, sistem, sarana, akses data, dan dukungan perubahan yang memadai. Prioritas sumber daya mempertimbangkan kewajiban, risiko residual, dampak terhadap mahasiswa, kebutuhan strategis, dan manfaat yang dapat diukur.

9.2 KOMPETENSI

Kompetensi minimum ditetapkan untuk pimpinan, pengembang SPMI, auditor, pengelola mutu unit, pemilik data, pengelola risiko, analis data, dan pengelola sistem. Kesenjangan kompetensi ditangani melalui pelatihan, pendampingan, asesmen, praktik, kalibrasi, sertifikasi bila relevan, dan evaluasi efektivitas.

9.3 KESADARAN DAN KOMUNIKASI

Komunikasi mutu menjelaskan mengapa standar penting, siapa yang bertanggung jawab, risiko apa yang harus diwaspadai, bukti apa yang diperlukan, bagaimana melapor, dan apa konsekuensi ketidakpatuhan. Informasi disampaikan melalui kanal yang sesuai dengan pengguna dan diuji pemahamannya.

9.4 BUDAYA MUTU

Budaya mutu ditunjukkan melalui keteladanan, keterbukaan terhadap data, keberanian melaporkan masalah, penyelesaian akar masalah, pembelajaran lintas unit, penghargaan atas praktik baik, dan larangan pembalasan terhadap pelapor yang beritikad baik. Kinerja mutu tidak hanya dinilai dari jumlah dokumen atau kegiatan, tetapi dari hasil, perilaku, efektivitas kontrol, dan manfaat.

9.5 PARTISIPASI PEMANGKU KEPENTINGAN

Mahasiswa, alumni, pengguna lulusan, mitra, pemerintah, masyarakat, dan pihak relevan dilibatkan secara proporsional dalam penetapan kebutuhan, evaluasi pengalaman, penilaian dampak, dan peningkatan. Hasil umpan balik dianalisis, diprioritaskan berdasarkan risiko/dampak, ditindaklanjuti, dan dikomunikasikan kembali secara layak.

BAB X. PENGUKURAN KINERJA DAN KEMATANGAN SISTEM

10.1 PRINSIP PENGUKURAN

Indikator harus relevan, terdefinisi, dapat diverifikasi, memiliki sumber dan pemilik, serta menunjukkan hasil atau efektivitas, bukan hanya aktivitas. Target dikalibrasi berdasarkan baseline, strategi, risiko, sumber daya, tren, pembandingan, dan ambisi peningkatan.

10.2 INDIKATOR STRATEGIS MINIMUM

Kode	Indikator
IK-01	Persentase dokumen SPMI prioritas ditinjau dan disahkan tepat waktu.
IK-02	Persentase unit dengan register risiko mutu tervalidasi.
IK-03	Persentase unit/standar prioritas dengan bukti PPEPP lengkap dan saling terhubung.
IK-04	Cakupan AMI sesuai program berbasis risiko.
IK-05	Persentase temuan jatuh tempo yang ditutup efektif tepat waktu.
IK-06	Persentase tindakan RTM jatuh tempo yang selesai dan diverifikasi.
IK-07	Persentase elemen data mutu utama yang lulus validasi kualitas.
IK-08	Persentase personel mutu/auditor yang memenuhi kompetensi minimum.
IK-09	Indeks kepuasan pengguna terhadap layanan mutu dan layanan utama.
IK-10	Persentase tindakan risiko tinggi/ekstrem yang lewat tenggat.
IK-11	Persentase penurunan temuan berulang dan risiko residual prioritas.
IK-12	Tingkat kematangan SPMI berbasis risiko politeknik.

10.3 TINGKAT KEMATANGAN

Tingkat	Ciri Utama
1. Awal	Praktik ad hoc, bergantung pada individu, bukti tidak konsisten, risiko belum terstruktur.
2. Dasar	Dokumen dan peran tersedia, penerapan masih parsial, data dan tindak lanjut belum stabil.

Tingkat	Ciri Utama
3. Terstandar	PPEPP, risiko, AMI, data, dan tindak lanjut diterapkan konsisten pada sebagian besar unit.
4. Terintegrasi	Perencanaan, kinerja, risiko, data, audit, RTM, dan anggaran saling terhubung; keputusan berbasis tren.
5. Dioptimalkan	Sistem adaptif, analitik digunakan secara bertanggung jawab, risiko menurun, praktik baik direplikasi, dan dampak terukur.

10.4 REVIEW KINERJA-RISIKO

Review dilakukan sekurang-kurangnya triwulanan untuk indikator prioritas, risiko tinggi/ekstrem, KRI, kualitas data, dan tindakan jatuh tempo. Review semesteran mengevaluasi ketercapaian standar dan kelengkapan PPEPP. Review tahunan mencakup AMI, RTM, kematangan sistem, efektivitas program, dan kebutuhan peningkatan tahun berikutnya.

10.5 PELAPORAN KEPADA PIMPINAN

Dasbor/laporan pimpinan paling sedikit memuat capaian target, tren, profil risiko, kontrol yang lemah, tindakan jatuh tempo, temuan berulang, isu data, keputusan yang dibutuhkan, dan rekomendasi. Setiap indikator harus menyatakan periode, sumber, tanggal pembaruan, pemilik, status validasi, dan keterbatasan.

BAB XI. PENINJAUAN DAN PENUTUP

11.1 PENINJAUAN KEBIJAKAN

Kebijakan ditinjau paling sedikit sekali dalam empat tahun. Peninjauan lebih cepat dilakukan apabila terdapat perubahan regulasi, Statuta/VMTS, struktur organisasi, standar nasional, instrumen akreditasi, risiko strategis, teknologi, insiden material, hasil RTM, atau evaluasi yang menunjukkan kebijakan tidak lagi memadai.

11.2 MEKANISME PERUBAHAN

UPM mengoordinasikan evaluasi, konsultasi, analisis dampak dan risiko, serta penyusunan usulan perubahan. Perubahan ditelaah oleh pihak berwenang dan ditetapkan melalui mekanisme yang sama atau lebih tinggi dari penetapan awal. Unit diberi masa transisi, komunikasi, pelatihan, dan dukungan yang proporsional.

11.3 KETENTUAN PERALIHAN

Dokumen SPMI yang telah ada tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan kebijakan ini. UPM menyusun peta harmonisasi dan prioritas revisi. Selama masa transisi, unit wajib menerapkan kontrol minimum dan tidak menunda tindakan atas risiko tinggi/ekstrem.

11.4 PENUTUP

Keberhasilan SPMI berbasis risiko ditentukan oleh konsistensi tindakan, integritas data, kepemilikan proses, keberanian mengelola masalah, serta pembelajaran berkelanjutan. Kebijakan ini menjadi dasar untuk membangun sistem mutu yang tidak berhenti pada kepatuhan administratif, tetapi menghasilkan layanan, pembelajaran, penelitian, pengabdian, tata kelola, dan dampak yang semakin baik.

PRINSIP PENUTUP

Mutu adalah tanggung jawab setiap pemilik proses. UPM mengawal sistem; unit kerja mewujudkan hasil. Setiap standar, data, risiko, temuan, keluhan, dan umpan balik harus berakhir pada keputusan serta perbaikan yang dapat dibuktikan.

BAB LAMPIRAN A. MATRIKS INTEGRASI PPEPP DAN RISIKO

Tahap PPEPP	Fokus Mutu	Integrasi Risiko	Bukti/Keluaran
Penetapan	Tujuan/standar, pemangku kepentingan, konteks, indikator, target, proses, pemilik.	Identifikasi risiko/peluang; penilaian inheren; kontrol; residual target; KRI; selera/toleransi.	Standar disahkan; register awal; rencana sumber daya; kamus data; rencana evaluasi.
Pelaksanaan	Pelaksanaan SOP, kompetensi, layanan, pencatatan, komunikasi, sumber daya.	Operasi kontrol; pemantauan KRI; pelaporan insiden; perubahan konteks; tindakan kontinjensi.	Rekaman proses; log kontrol; data indikator; laporan insiden/keluhan; pembaruan register.
Evaluasi	Perbandingan hasil dengan standar/target; tren; evaluasi diri; survei; AMI.	Penilaian efektivitas kontrol; risiko residual; risiko baru; keterlambatan tindakan; peluang.	Laporan evaluasi; temuan; analisis tren/akar masalah; profil risiko; rekomendasi.
Pengendalian	Koreksi, tindakan korektif, eskalasi, verifikasi, keputusan RTM.	Perlakuan risiko; penerimaan/eskalasi; penguatan kontrol; pemantauan residual.	Rencana tindakan; keputusan; bukti penyelesaian; verifikasi efektivitas; risiko residual.
Peningkatan	Peningkatan standar, proses, target, kompetensi, sistem, dan sumber daya.	Analisis risiko perubahan; pemanfaatan peluang; pilot; kontrol baru; pembelajaran.	Standar/proses baru; hasil pilot; praktik baik; manfaat; rencana siklus berikutnya.

BAB LAMPIRAN B. TAKSONOMI RISIKO MUTU POLITEKNIK

Kategori	Contoh Risiko
Strategis dan keberlanjutan	Ketidakselarasan strategi; penurunan mahasiswa; pendanaan; reputasi; perubahan regulasi; ketergantungan pada pihak tertentu.
Pendidikan dan pembelajaran	Kurikulum tidak relevan; CPL tidak tercapai; mutu asesmen; integritas ujian; retensi; beban studi; pembelajaran digital.
Penelitian dan inovasi	Etika; mutu metodologi; produktivitas; keamanan penelitian; plagiarisme; retraction; hilirisasi; kekayaan intelektual.
Pengabdian kepada masyarakat	Ketidaksesuaian kebutuhan; keberlanjutan program; keselamatan; dampak rendah; kemitraan; bukti manfaat.
Kemahasiswaan dan alumni	Penerimaan; layanan; kesejahteraan; kekerasan/perundungan; prestasi; karier; tracer study; keluhan.
SDM	Kecukupan/kualifikasi; rasio; beban kerja; kompetensi; suksesi; kinerja; integritas; kesehatan dan keselamatan kerja.
Keuangan, aset, dan pengadaan	Arus kas; konsentrasi pendapatan; anggaran; fraud; pengadaan; aset; biaya; pertanggungjawaban.
Sarana prasarana dan keselamatan	Kelayakan ruang/lab; kebakaran; kecelakaan; bencana; aksesibilitas; pemeliharaan; kapasitas.
Teknologi, data, dan siber	Gangguan sistem; data salah/hilang; akses tidak sah; malware; backup gagal; integrasi rendah; vendor.
Tata kelola dan kepatuhan	Dokumen kedaluwarsa; kewenangan tidak jelas; temuan berulang; konflik kepentingan; pelanggaran hukum.
Kerja sama dan pihak ketiga	Mitra tidak berkinerja; kontrak lemah; manfaat tidak terukur; perlindungan data; reputasi; ketergantungan.
Reputasi, komunikasi, dan layanan	Keluhan; informasi salah; respons lambat; krisis komunikasi; layanan tidak adil; ekspektasi pengguna.
Kearifan lokal, syariat, dan sosial	Ketidaksesuaian nilai; sensitivitas budaya; dampak sosial; keterlibatan masyarakat; inklusivitas.

Kategori	Contoh Risiko
Lingkungan dan keberlanjutan	Limbah; energi; air; dampak lingkungan; ketahanan iklim; kepatuhan lingkungan.

CATATAN

Taksonomi berfungsi sebagai pemicu identifikasi, bukan daftar tertutup. Unit harus merumuskan risiko berdasarkan tujuan, proses, data, dan konteksnya sendiri.

BAB LAMPIRAN C. KRITERIA PENILAIAN DAN PETA RISIKO

C.1 SKALA KEMUNGKINAN

Skor	Kategori	Panduan
1	Jarang	Hanya dalam keadaan luar biasa; secara umum kurang dari sekali dalam 5 tahun.
2	Kecil kemungkinan	Dapat terjadi, tetapi tidak diharapkan; sekitar sekali dalam 3-5 tahun.
3	Mungkin	Dapat terjadi dalam kondisi normal; sekitar sekali dalam 1-2 tahun.
4	Besar kemungkinan	Sering terjadi atau terdapat indikasi kuat; beberapa kali dalam setahun.
5	Hampir pasti	Diperkirakan terjadi berulang/berkelanjutan tanpa tindakan tambahan.

C.2 SKALA DAMPAK

Skor	Kategori	Panduan
1	Tidak signifikan	Gangguan kecil; target tetap tercapai; tanpa dampak material pada pengguna/kepatuhan.
2	Rendah	Keterlambatan/penurunan terbatas; dapat ditangani unit dengan sumber daya rutin.
3	Sedang	Sebagian target gagal; keluhan nyata; biaya/kerja ulang; perhatian pimpinan bidang diperlukan.
4	Tinggi	Kegagalan material standar/layanan; dampak luas; risiko hukum/reputasi/keuangan yang serius.
5	Sangat tinggi	Mengancam keselamatan, legalitas, integritas akademik, kelangsungan layanan, akreditasi, atau reputasi politeknik.

C.3 MATRIKS 5 X 5

Kemungkinan \\Dampak	1	2	3	4	5
5	5 M	10 T	15 T	20 E	25 E
4	4 R	8 M	12 T	16 T	20 E
3	3 R	6 M	9 M	12 T	15 T
2	2 R	4 R	6 M	8 M	10 T
1	1 R	2 R	3 R	4 R	5 M

Rentang	Tingkat	Respons Umum
1-4	Rendah (R)	Dikelola melalui kontrol rutin; dipantau sesuai frekuensi proses.
5-9	Moderat (M)	Rencana tindakan dipertimbangkan; pemantauan berkala dan pelaporan unit.
10-16	Tinggi (T)	Tindakan wajib, pemilik dan tenggat jelas, pemantauan intensif, eskalasi.
17-25	Ekstrem (E)	Respons segera, eskalasi pimpinan, kontrol sementara/kontinuitas, keputusan sumber daya.

PENGUNAAN SKALA

Panduan frekuensi dan dampak harus dikalibrasi terhadap data historis, ukuran unit, regulasi, dan konteks. Dampak dinilai berdasarkan dimensi terburuk yang kredibel, termasuk akademik, mahasiswa, kepatuhan, keselamatan, keuangan, reputasi, layanan, dan data.

BAB LAMPIRAN D. SELERA RISIKO, TOLERANSI, DAN ESKALASI

Kategori	Arah Selera/Toleransi	Panduan Eskalasi
Kepatuhan hukum, kecurangan, integritas akademik, keselamatan, kekerasan, data kritis	Sangat rendah/tidak ada toleransi terhadap pelanggaran yang disengaja atau kontrol yang diabaikan.	Segera, paling lambat 1 hari kerja untuk isu kritis.
Akreditasi, mutu pembelajaran, etika penelitian, keuangan material	Rendah; deviasi harus segera dikoreksi dan tidak boleh berulang tanpa tindakan sistemik.	Tinggi/ekstrem: maksimal 3 hari kerja.
Layanan operasional, jadwal, kapasitas, administrasi	Moderat sepanjang tidak melanggar hukum, tidak membahayakan, dan ada pemulihan terukur.	Sesuai tingkat risiko; dilaporkan dalam review berkala.
Inovasi pembelajaran, riset, digitalisasi, kemitraan, entrepreneurship	Dapat lebih tinggi secara terukur untuk memperoleh manfaat, dengan pilot, etika, kontrol, batas penghentian, dan evaluasi.	Eskalasi apabila melewati biaya, waktu, dampak, atau ambang yang disetujui.

D.1 ATURAN ESKALASI MINIMUM

1. Risiko ekstrem, insiden kritis, dugaan pelanggaran hukum/integritas, ancaman keselamatan, atau kebocoran data kritis dilaporkan segera kepada pimpinan berwenang dan UPM sesuai protokol insiden.
2. Risiko tinggi yang tidak memiliki tindakan, melewati tenggat, atau tidak menunjukkan penurunan diekskalasi kepada pimpinan bidang dan dibawa ke review kinerja-risiko/RTM.
3. Risiko lintas unit tidak boleh ditutup oleh satu unit tanpa konfirmasi pihak yang terdampak dan pejabat pengoordinasi.
4. Informasi sensitif mengikuti prinsip kebutuhan untuk mengetahui dan tidak boleh disebarluaskan di luar kanal resmi.

KEPUTUSAN INTERNAL

Batas waktu dan kewenangan eskalasi pada tabel ini merupakan rancangan awal. Politeknik harus menetapkan matriks kewenangan final sesuai SOTK, protokol insiden, dan kapasitas layanan.

BAB LAMPIRAN E. FORMAT MINIMUM REGISTER RISIKO MUTU

Kelompok	Kolom Minimum
Identitas	Kode; unit; proses; standar/sasaran; periode; tanggal pembaruan.
Rumusan risiko	Penyebab; peristiwa; dampak; pihak terdampak; kategori.
Penilaian inheren	Kemungkinan; dampak; skor; tingkat; dasar penilaian.
Kontrol yang ada	Nama kontrol; jenis; pemilik; frekuensi; bukti; hasil uji efektivitas.
Penilaian residual	Kemungkinan; dampak; skor; tingkat; posisi terhadap toleransi.
Indikator peringatan	KRI; formula; sumber; ambang; frekuensi; penanggung jawab.
Perlakuan	Opsi; tindakan; keluaran; pemilik; dukungan; biaya; tenggat; status.
Target residual	Skor target; tanggal target; indikator keberhasilan; risiko sekunder.
Eskalasi/penerimaan	Keputusan; kewenangan; alasan; tanggal; masa berlaku; syarat.
Pemantauan	Perubahan konteks; insiden; bukti; hasil review; tanggal review berikutnya.

E.1 CONTOH RINGKAS

Kode	Proses	Risiko	K	D	Inhe ren	Kontrol	Efeksi vitas	Resid ual	Tindakan	Pemil ik	Teng gat
RM-PA-01	Pembelajaran	Keterlambatan finalisasi RPS dapat menyebabkan pembelajaran tidak selaras CPL.	3	4	12/Tinggi	Template, review prodi, LMS	Sebagian efektif	3/3=9 Moderat	Klinik RPS; notifikasi; verifikasi 100%	Kaprodi	30 hari

BAB LAMPIRAN F. MATRIKS PERAN DAN AKUNTABILITAS

Aktivitas	Yayas an	Senat	Direk tur	UPM	Fakultas/Pr odi	Unit Pendukung	Audito r
Menetapkan Kebijakan SPMI	I/C	C	A	R	C	I	I
Menetapkan standar politeknik	I/C	C	A	R/C	R/C	R/C	I
Menetapkan selera/toleransi risiko	I	C	A	R/C	C	C	I
Mengelola risiko unit	I	I	A (strate gis)	C	A/R	A/R	I
Memvalidasi data mutu	I	I	I	C	A/R	A/R	I
Menyusun program AMI	I	I	A	R	C	C	C
Melaksanakan AMI	I	I	I	A/C	C	C	R
Menindaklanjuti temuan	I	I	A (mate rial)	C/V	A/R	A/R	I
Memimpin RTM	I/C	C	A/R	R	C	C	I
Meningkatkan standar/proses	I	C	A	C	A/R	A/R	C

Keterangan: A = accountable/penanggung jawab akhir; R = responsible/pelaksana; C = consulted/dikonsultasikan; I = informed/diberi informasi; V = verifier/verifikator. Matriks final harus disesuaikan dengan SOTK dan keputusan Direktur.

BAB LAMPIRAN G. KALENDER TAHUNAN SPMI BERBASIS RISIKO

Waktu	Kegiatan Utama	Keluaran
Januari	Penetapan prioritas tahunan; pembaruan konteks dan kriteria; review standar/dokumen; penetapan pemilik dan target.	RKAT, perjanjian kinerja, daftar dokumen, register awal.
Februari-Maret	Validasi baseline dan kamus data; sosialisasi; asesmen risiko unit; rencana kontrol dan kompetensi.	Baseline, register tervalidasi, rencana tindakan, kalender evaluasi.
April-Juni	Pemantauan triwulan; evaluasi semester; survei/umpan balik; review KRI dan tindakan.	Laporan Q1/Q2, evaluasi semester, tindakan korektif.
Juli-Agustus	Kalibrasi auditor; finalisasi program AMI berbasis risiko; audit data/proses prioritas.	Program AMI, instrumen, bukti kalibrasi, hasil audit awal.
September-Oktober	Pelaksanaan AMI; analisis temuan/risiko; tindak lanjut awal; penyusunan bahan RTM.	Laporan AMI, profil risiko, status tindakan, rekomendasi.
November	RTM politeknik; keputusan peningkatan, risiko, sumber daya, dan perubahan standar.	Risalah RTM, keputusan, penugasan, prioritas tahun berikutnya.
Desember	Verifikasi tindakan; laporan tahunan; evaluasi kematangan; penyusunan RENOPS/RKAT dan kalender berikutnya.	Laporan kinerja mutu, evaluasi sistem, rencana peningkatan.
Bulanan	Pemantauan proses kritis, keluhan, insiden, KRI, tindakan jatuh tempo, dan kualitas data prioritas.	Dasbor/log pemantauan dan eskalasi.
Triwulanan	Review KPI-risiko politeknik dan unit; rekonsiliasi data; keputusan koreksi.	Laporan triwulanan dan keputusan pimpinan.

PENYESUAIAN KALENDER

Kalender merupakan kerangka minimum dan harus diselaraskan dengan kalender akademik, periode pelaporan, akreditasi, serta jadwal politeknik. Kegiatan kritis tidak boleh ditunda hanya untuk menunggu siklus tahunan.

LEMBAR VALIDASI PRA-PENETAPAN

No.	Butir Validasi	Status
1	Nama resmi institusi dan singkatan sama dengan Statuta.	[]
2	Visi, misi, dan nilai disalin persis dari dokumen resmi.	[]
3	Nomor/judul/status seluruh regulasi eksternal telah diverifikasi.	[]
4	Statuta, SOTK, RIP, RENSTRA, dan keputusan internal telah diverifikasi.	[]
5	Nomenklatur UPM, unit mutu, jabatan, dan penanggung jawab sesuai struktur.	[]
6	Selera risiko, toleransi, matriks kewenangan, dan batas eskalasi telah disetujui.	[]
7	Klasifikasi temuan dan tenggat tindak lanjut diselaraskan dengan Manual AML.	[]
8	Daftar standar tambahan politeknik telah diputuskan.	[]
9	Sistem/repository resmi dan pemilik data telah ditetapkan.	[]
10	Nomor keputusan, tanggal berlaku, tanda tangan, dan distribusi telah diisi.	[]
11	Senat/badan penyelenggara telah dilibatkan sesuai Statuta.	[]
12	Versi final telah melalui pemeriksaan format, legal drafting, dan konsistensi silang.	[]

Ketua Tim Validasi: Rachma Waty Fazry.S.Ap.M.AB/ Wakil Direktur

Tanggal Validasi: 26 Maret 2026]

Rekomendasi: [LAYAK DITETAPKAN / ~~PERLU PERBAIKAN~~]