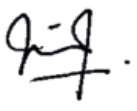
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BANJARMASIN
Jalan Mistar Cokrokusumo No. 1A Banjarbaru,
Kalimantan Selatan 70714
Telp. (0511) 4773267
e-mail : poltekkes_banjarmasin@yahoo.co.id
https://poltekkes-banjarmasin.ac.id

STANDAR TATA KELOLA DAN ADMINISTRASI

No. Dok. : ST/PKBjm/PPM/97	**No. Rev. : 04**	**Tgl. Berlaku :** 18 Februari 2025	**Hal : 1 / 18**

Proses	Penanggungjawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda tangan	
1. Perumusan	Muhammad Yamani, SKM., MM	Kepala Sub Bagian Administrasi Umum (ADUM)		20 Jan 2025
2. Pemeriksaan	Dr. Junaidi, SKM, MS	Wakil Direktur 2		10 Feb 2025
3. Persetujuan	Khairir Rizani, S.ST., M.Kes	Sekretaris Senat		17 Feb 2025
4. Persetujuan dan Penetapan	Dr. Parellangi, S.Kep, Ners., M.Kep, M.H.	Direktur		18 Feb 2025
5. Pengendali	Rifqoh, S.Pd., M.Sc	Kepala Pusat Penjaminan Mutu		18 Feb 2025

STATUS PERUBAHAN DOKUMEN

NO	TANGGAL	REVISI / PERUBAHAN	HALAMAN	
			Lama	Baru
1.	10 Juni 2016	1. Perubahan Visi dan Misi, dan Tujuan	3	3
2.	21 Desember 2020	1. Perubahan Visi dan Misi, dan Tujuan	3	3
3.	22 Januari 2023	1. Perubahan latar belakang dan daftar pustaka kebijakan merujuk pada Permendikbud No.3 tahun 2020	3 10	5 10
4.	18 Februari 2025	1. Perubahan Visi dan Misi 2. Perubahan Latar belakang dan kebijakan permendikbudristek No.53 tahun 2023	3 10	3 18

A. VISI DAN MISI

Visi Poltekkes Kemenkes Banjarmasin 2025-2029 sebagai berikut:

Visi

"Menjadi pusat pendidikan tinggi vokasi kesehatan yang bermoral, profesional, unggul untuk mendukung terciptanya manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan."

Definisi Operasional :

Bermoral	:	Pengelolaan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Kementerian Kesehatan Banjarmasin mengacu kepada norma profesi, organisasi, agama dan budaya.
Profesional	:	Pengelolaan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin didasarkan pada standar pendidikan tinggi (SNDIKTI) dan berorientasi kepada mahasiswa, mitra kerja dan masyarakat untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang kompeten, memiliki integritas, kecerdasan emosional, mampu menghadapi tantangan dunia modern, dan mendukung terciptanya manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan.
Unggul	:	Memiliki kelebihan dalam aspek tertentu, berfokus kepada inovasi, kreativitas, kearifan lokal, dan kepemimpinan global untuk menjadi institusi terkemuka dan menjadi rujukan pendidikan sejenis yang bertaraf nasional maupun internasional
Manusia Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan	:	Poltekkes Kemenkes Banjarmasin melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi untuk mendukung terwujudnya masyarakat yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan selaras dengan Visi Kementerian Kesehatan.

Misi

1. Menyelenggarakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan pelatihan bidang kesehatan yang berkualitas untuk menunjang Sentra Unggulan Pendidikan (SUP) Kesehatan Otak dan Stroke dan mendukung tercapainya Manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.
2. Menyelenggarakan tata pamong dan tata kelola institusi yang transparan, akuntabel, efektif, efisien, inovatif, dan berbasis digital.
3. Membangun jejaring kerja sama lintas program dan sektor baik nasional maupun internasional.

B. RASIONAL

Tata kelola dan administrasi merupakan pondasi utama dalam menjamin penyelenggaraan pendidikan tinggi yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel sesuai dengan prinsip *good governance*. Penguatan tata kelola di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin mengacu pada kebijakan nasional pendidikan tinggi, khususnya Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, Permendikbud Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi, serta Permendikbud Ristek Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi yang menegaskan kewajiban perguruan tinggi dalam menerapkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) melalui siklus PPEPP secara konsisten dan berkelanjutan.

Dalam implementasinya, tata kelola institusi tidak hanya bertumpu pada struktur organisasi dan mekanisme pengambilan keputusan, tetapi juga harus terintegrasi dengan sistem pengawasan dan penjaminan mutu yang efektif. Sistem Pengawas Internal (SPI) berperan dalam memastikan kepatuhan terhadap peraturan, efektivitas pengendalian internal, serta akuntabilitas pengelolaan keuangan dan non-keuangan, sedangkan Pusat Penjaminan Mutu (Pusmutu) melalui SPMI menjamin ketercapaian standar mutu secara sistematis dan berkelanjutan. Selain itu, pengelolaan administrasi yang tertib, terdokumentasi, dan terdigitalisasi menjadi prasyarat penting dalam mendukung transparansi, akuntabilitas publik, serta pengambilan keputusan berbasis data, sejalan dengan arah kebijakan reformasi birokrasi dan transformasi digital pendidikan tinggi.

Dengan demikian, standar ini disusun untuk memastikan bahwa seluruh proses tata kelola dan administrasi di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin berjalan secara terintegrasi, diawasi secara internal oleh SPI, dijamin mutunya melalui implementasi SPMI oleh Pusmutu, serta mampu mendukung penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi dan peningkatan mutu secara berkelanjutan.

C. SUBYEK/PIHAK WAJIB MEMENUHI STANDAR

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Banjarmasin
2. Wakil Direktur 1, 2, 3
3. Ketua Senat
4. Kepala Sistem Pengawas Internal (SPI)
5. Kasubbag Administrasi Umum
6. Kasubbag Administrasi Umum
7. Kepala Pusat Penjaminan Mutu
8. Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat
9. Kepala Pusat Pengembangan Pendidikan
10. Kepala Unit
11. Ketua Jurusan
12. Ketua Program Studi
13. Ketua Tim Hubungan Masyarakat (Humas)
14. Dosen
15. Tenaga Kependidikan
16. Mahasiswa
17. Sivitas Akademika

D. DEFINISI ISTILAH

1. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (Poltekkes Kemenkes) adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi vokasi di bidang kesehatan serta dapat menyelenggarakan pendidikan profesi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Poltekkes Kelas II adalah klasifikasi organisasi Poltekkes berdasarkan beban kerja dan kompleksitas penyelenggaraan pendidikan yang memiliki unsur pelaksana administrasi berupa Subbagian Administrasi Akademik dan Subbagian Administrasi Umum.
3. Direktur adalah pimpinan Poltekkes yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan tridharma perguruan tinggi, pembinaan sivitas akademika, serta pengelolaan tata kelola dan administrasi institusi.
4. Wakil Direktur (Wadir) adalah unsur pimpinan yang membantu Direktur, terdiri atas Wadir I (bidang akademik), Wadir II (bidang keuangan, kepegawaian, dan administrasi umum), dan Wadir III (bidang kemahasiswaan dan kerja sama).
5. Senat Poltekkes adalah organ nonstruktural yang menjalankan fungsi penetapan, pertimbangan, dan pengawasan kebijakan akademik.
6. Dewan Pertimbangan adalah organ nonstruktural yang memberikan pertimbangan non-akademik kepada Direktur dalam pengelolaan dan pengembangan institusi.
7. Sistem Pengawas Internal (SPI) adalah organ yang menjalankan fungsi pengawasan non-akademik untuk memastikan kepatuhan terhadap peraturan, efektivitas pengendalian internal, serta akuntabilitas pengelolaan institusi.
8. Pusat Penjaminan Mutu (PPM) adalah unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan mutu melalui implementasi SPMI.
9. Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) adalah sistem penjaminan mutu yang dilaksanakan secara internal melalui siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, dan Peningkatan) untuk menjamin mutu pendidikan secara berkelanjutan.
10. Tata Kelola (*Governance*) adalah sistem dan proses dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi fungsi institusi yang dilaksanakan secara transparan, akuntabel, partisipatif, dan berbasis data.
11. Pengambilan Keputusan adalah proses penetapan kebijakan strategis dan operasional yang dilakukan oleh pimpinan institusi berdasarkan data, analisis, hasil evaluasi SPMI, serta pertimbangan organ terkait.
12. Unit Pengelola Program Studi (UPPS) adalah unit yang bertanggung jawab dalam pengelolaan program studi yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengembangan tridharma.
13. Jurusan adalah unsur pelaksana akademik yang berada di bawah Direktur dan bertugas mengkoordinasikan penyelenggaraan pendidikan serta pengelolaan sumber daya program studi.
14. Program Studi (Prodi) adalah kesatuan kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu bidang pendidikan vokasi dan/atau profesi.
15. Ketua Program Studi adalah dosen yang diberi tugas tambahan untuk memimpin penyelenggaraan program studi, memiliki kualifikasi akademik **sesuai bidang** ilmu, kompetensi manajerial, serta keterlibatan dengan pemangku kepentingan.

16. Pengelolaan Tridharma Perguruan Tinggi adalah proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat secara terintegrasi dan berkelanjutan.
17. Perencanaan dan Penganggaran Berbasis VMTS adalah proses penyusunan program dan anggaran yang selaras dengan visi, misi, tujuan, dan strategi program studi atau institusi.
18. Evaluasi Kinerja Program Studi adalah proses penilaian capaian kinerja tridharma, tata kelola, dan luaran program studi secara berkala sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.
19. Manajemen Risiko adalah proses sistematis dalam mengidentifikasi, menganalisis, mengendalikan, dan memantau risiko yang dapat mempengaruhi pencapaian tujuan institusi.
20. Mitigasi Risiko adalah tindakan pengendalian yang dilakukan untuk meminimalkan dampak atau kemungkinan terjadinya risiko.
21. Partisipasi Sivitas Akademika adalah keterlibatan aktif dosen dan mahasiswa dalam pengambilan keputusan, evaluasi, dan pengembangan institusi secara proporsional dan bertanggung jawab.
22. Batasan Sosial-Budaya dalam Tata Kelola adalah norma, etika, dan nilai yang mengatur keterlibatan mahasiswa dalam tata kelola agar tetap profesional dan sesuai budaya akademik.
23. Struktur Organisasi Poltekkes Kelas II adalah susunan unit kerja yang terdiri dari pimpinan, senat, jurusan, program studi, serta subbagian administrasi yang mendukung penyelenggaraan tridharma.
24. Subbagian Administrasi Akademik adalah unsur pelaksana administrasi **yang** bertugas mengelola administrasi akademik, kemahasiswaan, alumni, data dan informasi, serta kerja sama.
25. Subbagian Administrasi Umum adalah unsur pelaksana administrasi yang bertugas mengelola perencanaan, keuangan, kepegawaian, barang milik negara, serta urusan umum lainnya.
26. Prosedur Pelaporan Administratif adalah tata cara penyusunan dan penyampaian laporan kegiatan pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat secara sistematis, berkala, dan terdokumentasi.
27. Sistem Informasi Terintegrasi adalah sistem berbasis teknologi informasi yang digunakan untuk mengelola data dan informasi institusi secara terpadu guna mendukung tata kelola dan pengambilan keputusan.
28. Audit Mutu Internal (AMI) adalah kegiatan evaluasi internal oleh PPM untuk menilai kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan standar yang ditetapkan.
29. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah forum evaluasi pimpinan untuk meninjau kinerja sistem mutu dan menetapkan tindak lanjut perbaikan.
30. Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan yang memiliki tugas utama melaksanakan tridharma perguruan tinggi.
31. Tenaga Kependidikan adalah anggota masyarakat yang diangkat untuk menunjang penyelenggaraan pendidikan tinggi selain dosen.
32. Mahasiswa adalah peserta didik pada jenjang pendidikan tinggi di Poltekkes Kemenkes.
33. Sivitas Akademika adalah komunitas akademik yang terdiri atas dosen, tenaga kependidikan dan mahasiswa.

34. *Good Governance* adalah prinsip tata kelola yang meliputi transparansi, akuntabilitas, partisipasi, efektivitas, efisiensi, dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.
35. Statuta adalah peraturan dasar pengelolaan Poltekkes yang menjadi landasan dalam penyusunan kebijakan dan prosedur operasional institusi.
36. Standar Tata Kelola dan Administrasi adalah kriteria minimal mengenai struktur organisasi, mekanisme koordinasi, prosedur administrasi, dokumentasi, monitoring, dan evaluasi yang menjamin efektivitas, efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas institusi.
37. SOP (Standard Operating Procedure) adalah prosedur operasional baku yang menjelaskan langkah-langkah kerja administratif, pelaporan, dan koordinasi di institusi.
38. Monitoring dan Evaluasi Tata Kelola adalah proses pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan tata kelola dan administrasi untuk memastikan kesesuaian dengan standar dan kebijakan institusi.
39. Pemangku Kepentingan (Stakeholders) adalah pihak-pihak yang terlibat atau terpengaruh oleh tata kelola dan administrasi institusi, termasuk sivitas akademika, tenaga kependidikan, mitra eksternal, dan pemerintah.

E. PERNYATAAN ISI STANDAR

1. Direktur menetapkan struktur organisasi yang sesuai dengan visi, misi, tujuan, dan strategi (VMTS) serta mencakup fungsi akademik, administrasi, Sistem Pengawas Internal (SPI), dan Pusat Penjaminan Mutu (Pusmutu) secara jelas dan terdokumentasi.
2. Institusi menetapkan badan/lembaga pengambil keputusan yang meliputi Direktur, Senat, dan unit terkait sesuai kewenangan yang ditetapkan.
3. Direktur bersama seluruh pimpinan bagian, pusat, dan unit kerja melaksanakan tugas dan fungsi sesuai struktur organisasi untuk mendukung penyelenggaraan tridharma secara efektif dan efisien.
4. Direktur bersama seluruh pimpinan menerapkan prinsip tata pamong berbasis *good governance* (kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, dan keadilan) dalam penyelenggaraan institusi.
5. UPPS dan Program Studi menyusun perencanaan program dan anggaran berbasis VMTS serta hasil evaluasi SPMI secara sistematis setiap tahun.
6. Unit pengelola keuangan mengalokasikan anggaran sesuai prioritas pengembangan program studi dan kebutuhan institusi.
7. Direktur bersama pimpinan melaksanakan fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penempatan personil, pengarahan, dan pengawasan dalam pengelolaan institusi.
8. Direktur menetapkan Ketua Program Studi dari dosen yang memiliki kualifikasi pendidikan sesuai bidang keilmuan dan pengalaman manajerial.
9. Direktur dan Ketua Program Studi melaksanakan kepemimpinan operasional, organisasi, dan publik serta fungsi kepemimpinan akademik dan manajerial dalam pengelolaan institusi dan program studi secara efektif.
10. Ketua Program Studi menjalin keterlibatan aktif dengan pemangku kepentingan eksternal melalui kegiatan kerja sama atau kemitraan minimal 2 kali per tahun.
11. UPPS dan Program Studi mengelola proses pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat secara terintegrasi sesuai standar SPMI melalui

siklus PPEPP.

12. UPPS dan Program Studi menyediakan dokumen pengelolaan tridharma dalam bentuk SOP dan sistem informasi yang dapat diakses oleh pemangku kepentingan.
13. Institusi mengimplementasikan sistem informasi terintegrasi untuk mendukung pengelolaan tridharma dan tata kelola berbasis data.
14. Institusi melibatkan dosen dan mahasiswa dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan tata kelola melalui mekanisme formal dengan tingkat keterlibatan ≥ 75%.
15. UPPS dan Program Studi menetapkan dan menerapkan batasan keterlibatan mahasiswa berdasarkan norma sosial, budaya, dan etika akademik.
16. Pimpinan institusi melaksanakan pengambilan keputusan strategis secara formal berdasarkan data kinerja, hasil evaluasi SPMI, dan rekomendasi SPI.
17. Institusi menerapkan pengambilan keputusan berbasis bukti yang bersumber dari data kinerja, hasil AMI, dan hasil pengawasan SPI.
18. UPPS dan Program Studi mengidentifikasi dan memetakan risiko pada seluruh kegiatan tridharma dan pengelolaan anggaran secara sistematis setiap tahun.
19. UPPS dan Program Studi menetapkan dan melaksanakan rencana mitigasi risiko berdasarkan hasil analisis risiko.
20. Sistem Pengawas Internal melaksanakan pengawasan terhadap pengendalian risiko dan kepatuhan pengelolaan institusi secara berkala.
21. Direktur menetapkan dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal yang meliputi kebijakan SPMI, manual mutu, standar mutu, dan formulir secara lengkap.
22. Direktur bersama Wakil Direktur dan Kepala Pusat Penjaminan Mutu menjamin pelaksanaan dan keberlanjutan siklus PPEPP secara konsisten di seluruh unit kerja.
23. Pusat Penjaminan Mutu melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI) minimal satu kali dalam satu tahun terhadap seluruh unit kerja.
24. UPPS dan Program Studi melaksanakan peninjauan kinerja melalui analisis capaian, benchmarking, dan evaluasi berkala untuk peningkatan mutu.
25. Pimpinan institusi melaksanakan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) untuk menindaklanjuti hasil evaluasi dan menetapkan rencana perbaikan.
26. Direktur bersama pimpinan menjamin ketersediaan bukti sahih atas efektivitas pelaksanaan penjaminan mutu.
27. Direktur menjamin setiap unit kerja menyusun laporan pelaksanaan kegiatan secara berkala berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan.
28. Direktur menjamin seluruh pimpinan bagian, pusat, dan unit melaksanakan pelaporan kegiatan tridharma secara berkala, tepat waktu, dan terdokumentasi dalam sistem informasi.
29. Institusi menerapkan sistem administrasi berbasis digital yang terintegrasi dengan SPMI untuk mendukung transparansi dan akuntabilitas.
30. Pimpinan bagian, pusat, dan unit unit kerja memastikan dokumen tata kelola dan administrasi terdokumentasi, terdigitalisasi, dan dapat ditelusuri sebagai bagian dari sistem penjaminan mutu internal.
31. Direktur bersama Wakil Direktur memfasilitasi pengukuran kepuasan pemangku kepentingan secara berkala menggunakan instrumen yang andal serta menindaklanjuti hasilnya untuk peningkatan mutu layanan.

F. INDIKATOR

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
1	a.	Tersedianya dokumen struktur organisasi dan uraian tugas yang lengkap dan disahkan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase kesesuaian struktur organisasi dengan VMTS ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase pemahaman unit kerja terhadap tugas dan fungsi ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	a.	Tersedianya dokumen penetapan badan/lembaga pengambil keputusan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase keputusan strategis melalui mekanisme formal ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase keputusan yang didukung dokumen legal ≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	a.	Persentase keterlaksanaan program kerja unit sesuai rencana ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase kesesuaian pelaksanaan dengan uraian tugas ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase capaian indikator kinerja unit ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
4.	a.	Persentase penerapan prinsip transparansi ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase penerapan akuntabilitas dalam laporan kinerja ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase kepuasan stakeholder terhadap tata	90%	91%	92%	93%	94%	95%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
		kelola ≥ 85%						
5.	a.	Tersedianya dokumen perencanaan tahunan pada seluruh unit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase keselarasan program dengan VMTS ≥ 95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase program berbasis hasil evaluasi SPMI ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	a.	Persentase kesesuaian alokasi anggaran dengan prioritas ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase keselarasan antara rencana dan realisasi anggaran ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase efektivitas penggunaan anggaran ≥ 85%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
7.	a.	Persentase kegiatan yang melalui tahapan POAC ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Tersedianya dokumen perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	c.	Persentase efektivitas pelaksanaan fungsi manajemen ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
8.	a.	Persentase pemenuhan kualifikasi akademik Ketua Prodi ≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Tersedianya SK penetapan Ketua Prodi	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	c.	Persentase kesesuaian pengalaman manajerial ≥	90%	91%	92%	93%	94%	95%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
		90%						
9.	a.	Persentase capaian indikator kinerja kepemimpinan ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	b.	Persentase kepuasan sivitas terhadap kepemimpinan ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase keberhasilan pelaksanaan program strategis ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	a.	Terlaksananya kegiatan kemitraan minimal 2 kali per tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Tersedianya dokumen kerja sama aktif	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	c.	Persentase kegiatan yang melibatkan stakeholder eksternal ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
11	a.	Persentase keterlaksanaan kegiatan tridharma sesuai standar ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase integrasi tridharma ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	c.	Persentase capaian output tridharma ≥ 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	a.	Persentase ketersediaan SOP ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	b.	Persentase kegiatan yang memiliki laporan ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	c.	Persentase aksesibilitas dokumen ≥ 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13	a.	Persentase layanan berbasis sistem informasi ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	b.	Persentase pemanfaatan sistem oleh pengguna ≥ 85%	95%	96%	96%	97%	97%	98%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
	c.	Persentase data terupdate secara berkala ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
14.	a.	Persentase keterlibatan dosen/mahasiswa dalam rapat ≥ 75%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase usulan yang ditindaklanjuti ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase kepuasan terhadap partisipasi ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
15	a.	Tersedianya pedoman keterlibatan mahasiswa	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase implementasi pedoman ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase kepatuhan terhadap etika ≥ 100%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
16	a.	Persentase keputusan berbasis data kinerja ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Tersedianya dokumen pendukung keputusan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	c.	Persentase efektivitas keputusan ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
17	a.	Persentase keputusan mengacu pada AMI/SPMI/SPI ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase penggunaan data dalam rapat ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase konsistensi penggunaan data ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
18	a.	Tersedianya dokumen identifikasi risiko pada seluruh unit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase cakupan identifikasi risiko ≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase pembaruan risiko tahunan ≥ 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
19	a.	Persentase risiko yang memiliki rencana mitigasi ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase pelaksanaan mitigasi ≥ 85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase penurunan tingkat risiko ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
20	a.	Persentase keterlaksanaan audit SPI ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase tindak lanjut rekomendasi SPI ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase kepatuhan terhadap regulasi ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
21	a.	Tersedianya dokumen SPMI lengkap	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase pembaruan dokumen ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase pemahaman unit terhadap SPMI ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
22	a.	Persentase unit melaksanakan PPEPP ≥90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase peningkatan mutu berkelanjutan ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
23	a.	Terlaksananya AMI minimal 1 kali per tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase cakupan unit yang diaudit ≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c.	Persentase temuan terdokumentasi ≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24	a.	Persentase indikator kinerja yang dievaluasi ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Tersedianya dokumentasi kegiatan benchmarking dan implementasinya	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	c.	Persentase tindak lanjut hasil	90%	91%	92%	93%	94%	95%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
		evaluasi ≥ 90%						
25	a.	Terlaksananya RTM minimal 1 kali per tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase tindak lanjut rekomendasi RTM ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
26	a.	Tersedia bukti dukung penjaminan mutu	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase peningkatan indikator mutu ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
27	a.	Tersedianya laporan bagian, pusat dan unit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
	b.	Persentase kesesuaian laporan ≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
28	a.	Persentase ketepatan waktu pelaporan ≥ 95%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
	b.	Persentase dokumentasi digital ≥ 90%	95%	96%	96%	97%	97%	98%
29	a.	Persentase layanan terdigitalisasi ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase peningkatan efisiensi layanan ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase kepuasan pengguna ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
30	a.	Persentase dokumen terdigitalisasi ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	b.	Persentase dokumen dapat ditelusuri ≥ 90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase keamanan data ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
31	a.	Terlaksananya survei kepuasan minimal 1 kali per tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b.	Persentase partisipasi responden ≥ 80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	c.	Persentase tindak lanjut hasil	100%	100%	100%	100%	100%	100%

NO.		INDIKATOR	Baseline 2024	TARGET				
				2025	2026	2027	2028	2029
		survei ≥ 90%						
	d.	Persentase tingkat kepuasan stakeholder ≥ 85%	90%	91%	92%	93%	94%	95%

G. STRATEGI

1. Direktur menetapkan kebijakan, standar, struktur organisasi, dan mekanisme tata kelola yang mengacu pada peraturan perundang-undangan, Statuta, VMTS, dan Renstra institusi.
2. Direktur menetapkan uraian tugas, fungsi, kewenangan, dan hubungan kerja seluruh unit dan pejabat secara jelas dan terdokumentasi.
3. Pusat Penjaminan Mutu bersama unit terkait menyusun dan mensosialisasikan SOP tata kelola, administrasi, pelayanan, pengambilan keputusan, dan pengelolaan dokumen kepada seluruh unit kerja.
4. Setiap unit kerja menyusun program kerja dan rencana kegiatan tahunan yang selaras dengan VMTS, indikator kinerja, dan hasil evaluasi mutu.
5. Setiap unit melaksanakan kegiatan tridharma, tata kelola, dan administrasi sesuai tugas, SOP, jadwal, serta target kinerja yang telah ditetapkan.
6. Direktur dan pimpinan unit menerapkan prinsip transparansi, akuntabilitas, efektivitas, efisiensi, dan partisipasi dalam seluruh proses tata kelola.
7. Institusi mengembangkan dan memanfaatkan sistem informasi untuk mendukung layanan administrasi, pengelolaan dokumen, pelaporan, dan pengambilan keputusan.
8. Setiap unit memastikan seluruh data, dokumen, dan laporan terdigitalisasi, terdokumentasi, mudah ditelusuri, dan diperbarui secara berkala.
9. Pimpinan unit melibatkan dosen, tenaga kependidikan, mahasiswa, alumni, dan mitra dalam rapat, evaluasi, dan proses pengambilan keputusan.
10. Setiap usulan, masukan, dan hasil rapat ditindaklanjuti serta didokumentasikan sebagai dasar perbaikan dan pengembangan.
11. Setiap keputusan strategis ditetapkan berdasarkan data kinerja, hasil evaluasi, dokumen pendukung, serta rekomendasi AMI, SPMI, dan SPI.
12. Setiap unit melakukan identifikasi, analisis, dan pemetaan risiko terhadap kegiatan dan layanan secara berkala.
13. Setiap risiko yang teridentifikasi wajib memiliki rencana mitigasi, penanggung jawab, jadwal pelaksanaan, dan indikator keberhasilan.
14. SPI melaksanakan pengawasan dan audit internal terhadap kepatuhan, pengelolaan keuangan, dan efektivitas pengendalian minimal satu kali dalam satu tahun.
15. Pusat Penjaminan Mutu melaksanakan PPEPP pada seluruh standar dan unit kerja secara konsisten dan berkelanjutan.
16. Pusat Penjaminan Mutu melaksanakan Audit Mutu Internal pada seluruh unit dan program studi minimal satu kali setiap tahun.
17. Hasil AMI, SPI, survei kepuasan, dan evaluasi kinerja dibahas dalam Rapat Tinjauan Manajemen minimal satu kali setiap tahun.
18. Setiap unit menyusun dan melaksanakan rencana tindak lanjut atas hasil AMI, SPI, RTM, dan evaluasi lainnya secara tepat waktu.
19. Institusi melakukan benchmarking, inovasi, dan pengembangan sistem tata kelola

serta administrasi untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan.
20. Direktur melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap ketercapaian indikator tata kelola dan administrasi sebagai dasar peningkatan kinerja institusi.

H. DOKUMEN TERKAIT

1. Dokumen kebijakan institusi (Statuta, Renstra, Renop, dan peraturan internal)
2. Dokumen struktur organisasi dan tata kerja (Ortala, bagan organisasi, uraian tugas, SK pejabat)
3. Dokumen perencanaan dan penganggaran (rencana kerja, anggaran, dan realisasi)
4. Dokumen pengelolaan tridharma (SOP, pelaksanaan, dan laporan kegiatan)
5. Dokumen sistem informasi dan administrasi (sistem informasi, pengelolaan data, arsip digital)
6. Dokumen pengambilan keputusan (notulen rapat, berita acara, dan surat keputusan)
7. Dokumen keterlibatan pemangku kepentingan (rapat, kerja sama, dan partisipasi mahasiswa)
8. Dokumen manajemen risiko dan pengawasan (peta risiko, mitigasi, laporan SPI)
9. Dokumen penjaminan mutu (SPMI, AMI, RTM, dan tindak lanjut)
10. Dokumen evaluasi dan kinerja (indikator kinerja, laporan kinerja, benchmarking)
11. Dokumen administrasi dan pelaporan (laporan berkala, SAKIP, dan arsip kegiatan)
12. Dokumen kepuasan pemangku kepentingan (instrumen, hasil survei, dan tindak lanjut)

I. REFERENSI

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah;
7. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
8. Peraturan Presiden Nomor 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE);
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi SAKIP;
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 17 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Dosen dan Angka Kreditnya;
11. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
12. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;

13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (sesuai ketentuan terbaru yang berlaku);
14. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 Tahun 2020 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi;
15. Keputusan Bersama Menteri Pendidikan Nasional dan Menteri Kesehatan Nomor 14/VIII/KB/2011 dan Nomor 1673/Menkes/SKB/VIII/2011 tentang Penyelenggaraan Politeknik Kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan;
16. Surat Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 355/E/O/2012 tentang Alih Bina Penyelenggaraan Program Studi pada Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan dari Kementerian Kesehatan kepada Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan;
17. Peraturan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.02.02/I/41/2022 tentang Statuta Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Banjarmasin;
18. Surat Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.01.07/F/3912/2023 tentang Peta Jalan Pengembangan Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia melalui Sentra Unggulan;
1.