



AUDIT REPORT ON
THE PERFORMANCE OF THE LEADERS

Selingkung Universitas Negeri Surabaya



UNESA

Pusat Penjaminan Mutu
Universitas Negeri Surabaya

2019

AUDIT REPORT ON THE PERFORMANCE OF THE LEADERS

The Audit Report on the Performance Achievement of Leadership at Universitas Negeri Surabaya was approved by Prof. Dr. Mega Teguh Budiarto, M.Pd. in Surabaya, December 2019. This audit was carried out by 1) Institute for Learning Development and Quality Assurance (LP3M), 2) Institute for Research and Community Service (LPPM), 3) Technical Implementation Unit (UPT), 4) Rector, 5) Deans, Departments, and/or Programs education, and 6) Laboratory.

Audit activity of the leadership performance has the following general objectives: (1) to obtain data on adherence to the work of each position within the structural hierarchy, 2) to obtain data and information about the documents in the Universitas Negeri Surabaya, and 3) to provide corrective actions or improvements to ensure compliance indicators according to standards

The findings in this audit activity consist of

1. The laboratory head lacks laboratory policies and guidelines by 50%.
2. Has no lab performance contract by 70%.
3. Do not have manual procedures (PM) concerning laboratory assistants/technicians by 60%.
4. Do not have manual procedures (PM) concerning work safety by 53.3%.
5. Do not have ToR from the evaluation results by 56.7%.
6. The head of the laboratory is still in the process of planning development by 13.3% and does not have a 40% development plan, and does not have a long-term plan by 56.7%.
7. The work program does not have a target that can be measured by 50%, the work program is not monitored by 46.7% and is still in the process of monitoring 10%
8. Do not have Service Instruments to students by 70%
9. There is no report from the Sub-Lab / Laboratory Assistant / Technician by 50%.
10. Do not have active cooperation from outside Universitas Negeri Surabaya as much as 66.7%, whereas 76.7% do not have a Memorandum of Understanding (MoU), 80% do not have cooperation reports, and 90% do not have a Memorandum of Understanding (MoU) from abroad along with reports and service instruments.
11. The head of the laboratory periodically does not report to their direct supervisor 60%
12. The head of the laboratory does not have any reports on the achievement of the work program 66.7%.
13. The head of the laboratory does not conduct a survey related to lab services 70% therefore 90% do not have any survey reports and follow-up survey results.
14. The head of the laboratory does not have innovation-sale value by 56.7% laboratory development, it also does not have 80% active proposals, there is no profile Lab 53.3%, no business plan documents 80%, there is no performance measurement planning 70%, there is no performance data collection mechanism of 80%, KPI does not meet good performance 76.7%, IKU does not measure performance well 80%, IKU does not align with the ministry's KPI 80%, Performance indicator measures to the lowest unit do not have good performance criteria at 83, 3%, there is no performance measure that refers to the KPI of the supervisor's work unit 83.3% and does not carry out performance measurements with levels of 86.7%, IKU is not used to compile planning and budgeting documents 83.3% and is not used for performance appraisal 80%, KPI is not regularly reviewed 86.7%,
15. The head of the lap laboratory 56.7% was absent from the fulfillment of the requested laboratory terms of performance in the SIAkunlap. Where 63.3% were not made

regularly, 70% were not on time, 80% of reports did not contain the achievement of KPI, 70% did not refer to the outcome and 80% of the information is not used for performance improvement.

The root cause of the problem

1. The head of the lab does not fully understand the main Duty and Function properly, lack of vision of future activities, lack of understanding of planning, implementation, evaluation, and follow-up in leadership.
2. The head of the laboratory does not understand the demands of the IKU SIAkunlap.
3. Not all laboratories have technicians/laboratory assistants
4. Not all laboratories have appropriate budgets
5. The head of the laboratory is not an expert in laboratory management.

The solution to the problem

1. There needs to be training to improve leadership management, especially for the Head of the Laboratory.
2. There is a need for SIAkunlap socialization.
3. There needs to be a common laboratory organization.

**EXECUTIVE SUMMARY HASIL AUDIT CAPAIAN KINERJA PIMPINAN (CKP)
DI UNESA TAHUN 2019**

Kegiatan Audit Capaian Kinerja Pimpinan (CKP) Unesa Tahun 2019 dilaksanakan di: 1) Lembaga Pengembangan Pembelajaran dan Penjaminan Nutu (LP3M), 2) Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM), 3) Unit Pelaksana Teknis (UPT), 4) Rektorat, 5) Dekanat, Jurusan dan atau Prodi, dan 6) Laboratorium.

Kegiatan Audit capaian kinerja pimpinan ini mempunyai tujuan umum sebagai berikut: (1) memperoleh data keterlaksanaan kerja dari masing-masing jabatan structural, 2) memperoleh data dan informasi tentang kelengkapan dokumen di lingkungan Unesa, dan 3) memberikan tindakan korektif atau perbaikan untuk memastikan pemenuhan indikator sesuai standar.

1) Pimpinan selingkung LP3M

Kegiatan audit yang dilaksanakan di LP3M terdiri atas audit capaian kinerja Ketua dan Sekretaris Lembaga, 2 (dua) Ketua Bidang dan 5 (lima) Ketua dan Sekretaris Pusat.

Rekapitulasi Capaian Kinerja Pimpinan di LP3M adalah sebagai berikut.

No.	Nama Jabatan	Keterlaksanaan Kerja	Ketersediaan Dokumen
1.	Ketua dan Sekretaris LP3M	Baik	Lengkap
2.	Ketua Bidang Pengembangan Profesi Pendidik	Baik	Lengkap
3.	Ketua Bidang Pembelajaran	Baik	Lengkap
4.	Kepala dan Sekretaris Pusat Pengembangan Diklat	Baik	Lengkap
5.	Kepala dan Sekretaris Pusat Pengembangan Profesi Guru	Baik	Tidak Lengkap
6.	Kepala dan Sekretaris Pusat Pengembangan Pembelajaran	Baik	Tidak Lengkap
7.	Kepala dan Sekretaris Pusat Pengelolaan Praktik Pembelajaran	Baik	Lengkap
8.	Kepala dan Sekretaris Pusat Pendidikan Karakter, Bimbingan Konseling dan Layanan Psikologi.	Baik	Lengkap

Dari 8 jabatan atau pimpinan di LP3M di atas berdasarkan hasil audit telah ditemukan hal-hal yang terjadi hampir di semua jabatan/pimpinan, yaitu : 1) belum mempunyai program kerja, 2) Belum melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal, dan 3) Belum dilakukan MoU kerjasama.

Secara umum rencana tindak lanjut yang harus dilakukan oleh LP3M:

1. Semua unsur pimpinan di LP3M mulai dari Ketua LP3M serta Ketua Pusat harus membuat program kerja tahunan dengan baik.
2. Semua unsur pimpinan di LP3M mulai dari Ketua LP3M serta Ketua Pusat harus melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal.
3. Semua unsur pimpinan di LP3M mulai dari Ketua LP3M serta Ketua Pusat harus melakukan MoU kerjasama.

2) Pimpinan selingkung LPPM

Kegiatan audit yang dilaksanakan di LPPM terdiri atas audit capaian kinerja Ketua dan Sekretaris Lembaga, dan 12 (dua belas) Ketua dan Sekretaris Pusat.

Rekapitulasi Capaian Kinerja Pimpinan di LPPM adalah sebagai berikut.

No.	Nama Jabatan	Keterlaksanaan Kerja	Ketersediaan Dokumen
1	Ketua dan Sekretaris LPPM	Baik	Lengkap
2	Ketua/Sekretaris Pusat Riset dan Penguatan Inovasi	Baik	Lengkap
3	Ketua/Sekretaris Pusat PKM dan Pemasaran Ipteks	Baik	Lengkap
4	Ketua/Sekretaris Pusat HKI dan Publikasi	Baik	Lengkap
5	Ketua/Sekretaris Pusat KKN dan Pemberdayaan Masyarakat	Tidak Baik	Tidak Lengkap
6	Ketua/Sekretaris Pusat Inkubasi Bisnis	Baik	Lengkap
7	Ketua/Sekretaris Pusat Studi Literasi	Baik	Lengkap
8	Ketua/Sekretaris Pusat Pusat Studi Gender dan Anak	Baik	Lengkap
9	Ketua/Sekretaris Pusat Kajian Ilmu Keolahragaan	Baik	Tidak Lengkap
10	Ketua/Sekretaris Pusat Seni dan Budaya		
11	Ketua/Sekretaris Pusat Studi Layanan Disabilitas		
12	Ketua/Sekretaris Pusat Halal Center	Baik	Lengkap
13	Ketua/Sekretaris Pusat Pembinaan Ideologi		

Dari 13 jabatan atau pimpinan di LPPM di atas berdasarkan hasil audit telah ditemukan hal-hal yang terjadi hampir di semua jabatan/pimpinan yang mirip dengan yang terjadi LP3M, yaitu : 1) belum mempunyai program kerja, 2) belum melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal, dan 3) Belum dilakukan MoU kerjasama, 4) belum ada laporan triwulan program kerja ke rektor, dan 5) belum dilakukan survey respon kepuasan pengguna.

Secara umum rencana tindak lanjut yang harus dilakukan oleh LPPM:

1. Semua unsur pimpinan di LPPM mulai dari Ketua LPPM serta Ketua Pusat harus membuat program kerja tahunan dengan baik.
2. Semua unsur pimpinan di LPPM mulai dari Ketua LPPM serta Ketua Pusat harus melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal.
3. Semua unsur pimpinan di LPPM mulai dari Ketua LPPM serta Ketua Pusat harus melakukan MoU kerjasama.
4. Semua unsur pimpinan di LPPM mulai dari Ketua LPPM serta Ketua Pusat harus membuat laporan triwulan program kerja tahunan dan melaporkan ke rektor.
5. Semua unsur pimpinan di LPPM mulai dari Ketua LPPM serta Ketua Pusat harus melakukan survey respon kepuasan pengguna.

3) Pimpinan UPT selingkung Unesa

Kegiatan audit yang dilaksanakan di UPT terdiri atas audit capaian kinerja pimpinan di 5 (lima) unit pelaksana teknis Universitas Negeri Surabaya.

Rekapitulasi Capaian Kinerja Pimpinan di UPT adalah sebagai berikut.

No.	Nama Jabatan	Keterlaksanaan Kerja	Ketersediaan Dokumen
1	UPT Perpustakaan	Baik	Lengkap
2	UPT Unesa Medical Care (UMC)	Baik	Lengkap
3	UPT Satuan Kehumasan	Baik	Lengkap
4	UPT Pusat Bahasa	Baik	Lengkap
5	UPT Pusat Pengembangan Teknologi Informasi (PPTI)	Baik	Lengkap

Hasil temuan audit di 5 UPT seperti yang dipaparkan di atas bila dilihat dari kertelaksanaan kerja, maka ke 5 UPT tersebut masuk dalam kategori baik dan bila dilihat dari ketersediaan dokumen masuk dalam kategori lengkap. Namun demikian masih ada hal-hal yang menjadi temuan secara umum dari ke 5 UPT tersebut, yaitu: 1) belum melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal. 2) belum ada MoU kerjasama.

Secara umum rencana tindak lanjut yang harus dilakukan oleh UPT:

1. Semua unsur pimpinan di UPT harus melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program kerja internal.
2. Semua unsur pimpinan di UPT harus melakukan MoU kerjasama.

Kegiatan audit yang dilaksanakan di Rektorat, yaitu audit kepada: 1) Rektor, 2) Wakil Rektor Bidang Akademik, 3) Wakil Rektor Bidang Umum dan Keuangan, 4) Wakil Rektor Bidang Kemahasiswaan dan Alumni, dan 5) Wakil Rektor Bidang Perencanaan dan Kerjasama.

4) Rektor dan Wakil Rektor

Hasil kegiatan audit di Rektorat untuk 5 pimpinan Unesa seperti yang dipaparkan di atas mulai dari Rektor sampai Wakil Rektor Bidang Kerjasama adalah sebagai berikut:

I. Rektor

1. Renstra Unesa akan habis pada tahun 2020. Harus mencantumkan daya saing internasional, mencantumkan *mile stone*, jelas ruang dan waktu pencapaian.
2. RENIP mencerminkan pengembangan Unesa dalam jangka panjang.
3. Program Kerja Pimpinan juga perlu disertai target. Selama ini belum mencantumkan target (per tri wulan)
4. Kebijakan rektor terkait Pusat Unggulan IPTEK belum dilengkapi kebijakan, peraturan rector, dan pedoman/SOP.
5. Perlu dibentuk komisi penanganan kode etik (dosen, tendik, dan mahasiswa). Perlu pedoman implementasi kode etik.
6. Kepemimpinan tercermin pada struktur organisasi. Perlu surat keputusan rektor agar digunakan sama pada jajaran pimpinan di bawahnya.
7. RENSTRA Unesa sebagai pedoman kerja yang akan diaudit dan mengacu pada RENSTRA Kementerian
8. Laporan kinerja pimpinan mulai kaprodi-dekanat dilakukan setiap tri wulan ditentukan oleh surat rector.
9. Target sertifikasi/akreditasi internasional Unesa tahun 2019 adalah ASIC (.....Prodi), ASIIN (.....Prodi), diputuskan oleh SK Rektor.
10. SK *task force* yang baru untuk percepatan Prodi yang ikut sertifikasi internasional.
11. Setiap kebijakan yang ada harus ditetapkan dengan peraturan rector dan pedoman/SOP dan disosialisasikan kepada sivitas akademika.
12. Perlu SOP untuk menangani permohonan surat dari pemohon – rector- wakil rector- surat jadi berapa lama.
13. Perlu peraturan rektor segera dibuatkan biro hukum
14. Belum ada mekanisme kaji ulang kepemimpinan dan struktur manajemen institusi untuk mencapai kinerja organisasi yang direncanakan
15. Perlu pedoman untuk SDM rekrutmen, seleksi, penempatan, retensi (Unesa belum memiliki kebijakan, peraturan, pedoman tentang SDM)
16. Pedoman untuk manajemen resiko dan dokumen HDCP, pemetaan dosen mulai dari Prodi, fakultas dan Universitas.
17. Perlu pengantar surat untuk pengajuan calon asesor BAN PT
18. Perlu penguatan PUI, perlu penegasan terutama pada Prodi-Prodi yang terkait.
19. Program peningkatan SDM sesuai dengan kebutuhan (misalnya kesekretariatan)
20. Program kerja dan target pada semua konsultan yang di hire Unesa harus
21. Kepemimpinan public dan akuntabilitas masih terus dipublikasi oleh berbagai media
22. Perlu dibuatkan kebijakan dan peraturan rector tentang pelayanan kemahasiswaan
23. Semua peraturan rector harus selalu disosialisasikan kepada civitas akademika Unesa

24. Mekanisme pengumpulan data belum dibangun bersama sehingga pelaksanaan klusterisasi, update PD Dikti selalu dilaksanakan.
25. Semua task force harus jelas target dan kinerja (ditetapkan)
26. Peraturan rector tentang pedoman akademik Pascasarjana, ujian tertutup atau ujian terbuka doctoral.
27. Perlu secara tertulis Mekanisme pelaporan kejuaran-kejuaraan kepemimpinan public.
28. Layanan kemahasiswaan 5 bidang layanan (kesehatan, BK, biasiswa, soft skill, bakat minat).

II. Wakil Rektor Bidang Akademik (Warek 1)

Hasil audit untuk Wakil Rektor Bidang Akademik (Warek 1) belum bisa dilaporkan karena masih dalam proses audit.

III. Wakil Rektor Bidang Umum dan Keuangan (Warek 2)

1. Untuk pemetaan dosen belum ada koordinasi antara Warek 2 dengan kepegawaian tentang arah kompetensi pengembangan dosen.
2. Pemetaan tendik belum dilakukan.
3. Dokumen data karya dosen yang meliputi: 1) Artikel nasional/internasional, 2) Buku ISBN, 3) Haki paten, 4) Sitasi, dan 5) Karya iptek/seni, di biro kepegawaian tidak ada, yang ada belum direkap karenabelum akan naik pangkat.
4. Rekam jejak (rekap BKD,EWMP, SKP) tidak ada, adanya di fakultas.
5. Dokumen laporan Survey Keterpahaman VMTS, tahun 2018, 2019 belum ada.
6. Renstra, jangan mengeluarkan renstra yang lama jika sdh ada terbaru, harus mengambil renstra yang lama di fakultas/jur yang beredar.
7. Tidak ada dokumen kegiatan penetapan Visi Misi yang melibatkan: 1) dosen, 2) tendik, 3) mahasiswa, dan 4) eksternal/pengguna serta pengesahan penetapan visi dan misi.
8. Isi Visi misi pada dokumen belum diturunkan pada *system disaster recovery*, masih proses.
9. Renop belum ada masih disusun WR4, harusnya disusun sendiri.
10. Program kerja tidak ada: 1) Perencanaan kinerja, 2) Pemenuhan pengukuran, 3) Pemenuhan laporan, 4) Penyajian informasi kinerja, 5) Pemanfaatan informasi kinerja, 6) Evaluasi kinerja, 6) Pencapaian sasaran/kinerja.
11. Tidak ada dokumen monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra, renop dan program kerja.
12. Tidak ada penetapan target kinerja sesuai dengan standar PT, selaras dengan Renstra pada tingkat di atasnya.
13. Tidak ada Dokumen Renstra direview secara berkala dan ditetapkan perbaikan peningkatan inovasi dalam usaha pencapaian VMTS.
14. Tidak ada dokumen keberadaan dan keberfungsian lembaga/fungsi penegakan kode etik untuk menjamin tata nilai dan integritas.
15. Tidak ada dokumen ketersediaan bukti yang sah terkait terjalannya komunikasi yang baik antara pimpinan dan stakeholders internal untuk mendorong tercapainya visi, misi, budaya, dan tujuan strategis institusi.

16. Tidak ada dokumen ketersediaan bukti kaji ulang dan perbaikan kepemimpinan dan struktur manajemen institusi untuk mencapai kinerja organisasi yang direncanakan.
17. Tidak ada dokumen ketersediaan bukti formal keberfungsian sistem pengelolaan fungsional dan operasional perguruan tinggi yang mencakup 2 aspek dari 5 yang ada, yaitu: 1) perencanaan, dan 2) Controlling.
18. Tidak ada ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan pada 1 aspek dari 11 aspek yaitu, pengembangan suasana akademik dan otonomi keilmuan.
19. Tidak ada ketersediaan dokumen formal rencana strategis dan bukti mekanisme persetujuan dan penetapan yang mencakup 5 aspek sebagai berikut: 1) adanya keterlibatan pemangku, 2) Mengacu pada capaian renstra sebelumnya, 3) Mengacu pada VMTS, 4) Dilakukannya analisis kondisi internal dan eksternal, dan 5) disahkan oleh berwenang.
20. Tidak ada ketersediaan dokumen formal SPMI pada 1 aspek dari 5 aspek yaitu, bukti tindak lanjut.
21. **Ketercapaian Program Kerja pada Perencanaan Pengukuran Kinerja tidak terdapat** ukuran kinerja sampai unit terbawah dan sebagai ukuran kinerja pimpinan dan mekanisme pengumpulan data kinerja.
22. **Ketercapaian Program Kerja pada Pelaksanaan Kualitas Pengukuran tidak terdapat** ukuran indikator kinerja sampai unit kerja terbawah telah memenuhi kriteria kinerja yang baik.

IV. Wakil Rektor Bidang Kemahasiswaan dan Alumni (Warek 3)

No. Kondisi	Deskripsi Kondisi	Kategori (OB / KTS)
1	Renstra 2016-2020 yang baru belum secara khusus tercantum tetapi tercantum pada Restra 2016-2020 yang lama	KTS
2	Renop secara tersirat belum ada	KTS
3	Kelengkapan isi dokumen renstra tidak ada	KTS
5	Tidak ada dokumen Rencana Kerja Tahunan yang mengacu pada Renstra	OB
6	Tidak ada dokumen monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra, renop, dan program kerja	KTS
7	Tidak ada dokumen target kinerja yang sesuai dengan standar PT	KTS
8	Tidak ada dokumen renstra direview secara berkala dan ditetapkan perbaikan peningkatan inovasi dalam usaha pencapaian VMTS.	OB
9	Tidak ada dokumen ketersediaan bukti yang sah implementasi manajemen risiko secara konsisten, efektif dan efisien	KTS
10	Tidak ada dokumen keberadaan dan keberfungsian lembaga/fungsi penegakan kode etik untuk menjamin tata nilai dan integritas	KTS
11	Tidak ada dokumen ketersediaan bukti kaji ulang dan perbaikan kepemimpinan dan struktur manajemen institusi untuk mencapai kinerja organisasi yang direncanakan.	KTS
12	Tidak ada dokumen formal dan pedoman pengelolaan sistem penjaminan mutu.	KTS
13	Tidak ada dokumen formal dan pedoman pengelolaan kerjasama	KTS
14	Tidak ada dokumen formal rencana strategis dan bukti mekanisme persetujuan dan penetapan yang mencakup 5 aspek sebagai berikut: 1) adanya keterlibatan pemangku, 2) mengacu pada capaian renstra sebelumnya,	KTS

	3) mengacu pada VMTS, 4) dilakukannya analisis kondisi internal dan eksternal, dan 5) disahkan oleh berwenang	
--	---	--

Rencana Tindak Lanjut (RTL) yang perlu dilakukan oleh Wakil Rektor Bidang Kemahasiswaan dan Alumni (Warek 3), yaitu:

1. Perlu secepatnya memiliki dokumen Renstra dengan cara memperbanyak/menggandakan Renstra yang sudah ada (Renstra 2016-2020).
2. Warek 3 perlu segera membuat renop sebagai dasar menyusun program kerja.
3. Rencana kerja tahunan tidak mengacu pada Renstra karena renstra tidak ada, untuk tahun mendatang (2020) rencana kerja tahunan harus mengacu pada Renstra.
4. Perlu segera (Tahun 2020) untuk membuat instrumen monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra, renop, dan program kerja untuk pelaksanaan monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra, renop, dan program kerja.
5. Pada tahun 2020 perlu membuat target kinerja yang sesuai dengan standar PT.
6. Perlu segera melakukan review renstra secara berkala sebagai bahan perbaikan peningkatan inovasi dalam usaha pencapaian VMTS.
7. Perlu segera mengimplementasikan manajemen risiko secara konsisten, efektif dan efisien.
8. Perlu membuat tata tertib atau peraturan mengenai keberadaan dan keberfungsian lembaga/fungsi penegakan kode etik untuk menjamin tata nilai dan integritas.
9. Perlu melakukan kaji ulang dan perbaikan kepemimpinan dan struktur manajemen institusi untuk mencapai kinerja organisasi yang direncanakan.
10. Perlu dibuat dokumen formal dan pedoman pengelolaan sistem penjaminan mutu.
11. Perlu dibuat dokumen formal dan pedoman pengelolaan kerjasama.
12. Perlu dibuat rencana strategis dan mekanisme persetujuan dan penetapan yang mencakup 5 aspek sebagai berikut: 1) adanya keterlibatan pemangku, 2) mengacu pada capaian renstra sebelumnya, 3) mengacu pada VMTS, 4) dilakukannya analisis kondisi internal dan eksternal, dan 5) disahkan oleh berwenang.

V. Wakil Rektor Bidang Perencanaan dan Kerjasama (Warek 4)

No. Kondisi	Deskripsi Kondisi	Kategori (OB / KTS)
1	Renstra 2016-2020 yang baru belum secara khusus tercantum tetapi tercantum pada Restra 2016-2020 yang lama pada point 4 (VMTS)	KTS
2	Target kinerja belum dideskripsikan secara khusus, tetapi telah terdapat panduan. Program kerja harus didasarkan pada Pedoman kerjasama Unesa	KTS
3	Evaluasi panduan Kerjasama	OB

Rencana Tindak Lanjut (RTL) yang perlu dilakukan oleh Wakil Rektor Bidang Perencanaan dan Kerjasama (Warek 4), yaitu:

1. Hasil evaluasi adalah dalam penyusunan Renstra mendatang harus mengacu pada renstra tingkat di atasnya, selaras dengan kontrak kinerja, selaras dengan tupoksi, menggambarkan

core business, menggambarkan issue strategis yang berkembang di daerah, menggambarkan kausalitas, dan menggambarkan praktik-praktik yang baik.

2. Dikembangkan program kerja sesuai dengan pemetaan, hasil pemetaan dilakukan sosialisasi ke dekan. Hasil sosialisasi maka diketahui oleh Fakultas dan Prodi.

5) Pimpinan Pascasarjana, Fakultas/Jurusan/Prodi

Hasil audit terhadap pimpinan di Pascasarjana (Direktur, Wakil Direktur, Kaprodi), Dekanat, Jurusan dan atau Prodi selingkung Unesa dilaksanakan terhadap 146 pimpinan di Unesa. Hingga laporan ini dibuat hasil audit dari para auditor **baru 89 responden (61%)** yang masuk.

Diperoleh data bahwa pimpinan Pascasarjana, Fakultas/Jurusan/Prodi telah **memiliki dokumen secara lengkap di atas 75%**, yaitu pada aspek berikut:

No	Aspek	Persentase
1.	Memiliki dokumen perencanaan dan pengembangan SDM yang sesuai dengan spesifikasi prodi, renstra, VMTS dari aspek pemetaan dosen	75,3%
2.	Isi Visi misi pada dokumen sudah diturunkan pada tujuan	83,1%
3.	Isi Visi misi pada dokumen sudah diturunkan pada dokumen renstra	78,7%
4.	Rumusan Visi Misi harus dapat digunakan untuk merumuskan tujuan dan sasaran jangka panjang, menengah dan pendek dan berorientasi pada hasil	79,8%
5.	Rumusan visi keilmuan prodi minimal mencantumkan a) spesifikasi prodi, b) daya saing prodi, dan c) ditetapkan dalam rentang waktu tertentu	75,3%
6.	Ada dokumen renstra	82%
7.	Ketersediaan bukti yang sah terkait praktik baik perwujudan <i>Good University Governance</i> (mencakup aspek kredibilitas, transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, dan keadilan).	80,9%
8.	Ketersediaan bukti yang sah terkait terjalannya komunikasi yang baik antara pimpinan dan stakeholders internal untuk mendorong tercapainya visi, misi, budaya, dan tujuan strategis institusi	76,4%
9.	Ketersediaan bukti formal keberfungsian sistem pengelolaan fungsional dan operasional perguruan tinggi dari aspek planning	77,5%
10.	Ketersediaan bukti formal keberfungsian sistem pengelolaan fungsional dan operasional perguruan tinggi dari aspek organizing	77,5%
11.	Ketersediaan bukti formal keberfungsian sistem pengelolaan fungsional dan operasional perguruan tinggi dari aspek staffing	76,4%
12.	Ketersediaan dokumen formal dan pedoman pengelolaan dari aspek pendidikan	86,5%
13.	Ketersediaan dokumen formal dan pedoman pengelolaan dari aspek sistem penjaminan mutu	80,9%

No	Aspek	Persentase
14.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek pendidikan	86,5%
15.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek pengembangan suasana akademik dan otonomi keilmuan	76,4%
16.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek penelitian	75,3%
17.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek PkM	75,3%
18.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek sarana prasarana	77,5%
19.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek sistem informasi	80,9%
20.	Ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan dari aspek sistem penjaminan mutu	80,9%
21.	Ketersediaan bukti yang sah terkait praktik baik pengembangan budaya mutu di perguruan tinggi melalui rapat tinjauan manajemen, yang mengagendakan pembahasan unsur-unsur:1) hasil audit internal, 2) umpan balik, 3) kinerja proses dan kesesuaian produk, 4) status tindakan pencegahan dan perbaikan, 5) tindak lanjut dari tinjauan sebelumnya, 6) perubahan yang dapat mempengaruhi sistem manajemen mutu, dan7) rekomendasi untuk peningkatan selanjutnya	75,3%
22.	Adanya dokumen pengembangan kurikulum yang mengembangkan spesifikasi prodi	76,4%

Dari data di atas terlihat bahwa pimpinan Pascasarjana, Fakultas/Jurusan/Prodi yang telah **memiliki dokumen terlengkap ranking 3 teratas, yaitu pada** aspek: ranking 1: 1) ketersediaan dokumen formal dan pedoman pengelolaan pada aspek Pendidikan, yaitu sebesar 85,6%, dan 2) aspek ketersediaan bukti yang sah tentang implementasi kebijakan dan pedoman pengelolaan pada aspek Pendidikan, yaitu sebesar 85,6%; ranking 2: Isi Visi misi pada dokumen sudah diturunkan pada tujuan (83,1%); ranking 3: Ada dokumen renstra (82%).

Selanjutnya diperoleh data juga bahwa pimpinan Pascasarjana, Fakultas/Prodi masih **belum memiliki dokumen** pada beberapa aspek **lebih dari 40%**, yang dijabarkan dalam tabel di bawah ini.

No	Aspek	Persentase
1.	Belum ada dokumen perencanaan dan pengembangan SDM yang sesuai dengan spesifikasi prodi, renstra, VMTS dari aspek pemetaan tendik	40,4%
2.	Belum ada dokumen data <i>on line</i> e-SDM data tendik	47,2%
3.	Belum ada dokumen data karya dosen terkait artikel nasional/internasional	40,4%

No	Aspek	Persentase
4.	Belum ada dokumen data karya dosen terkait sitasi	42,7%
5.	Belum ada dokumen data karya dosen terkait karya Iptek /seni	52,8%
6.	Belum ada berita acara terkait pelanggaran kode etik dosen dan tendik, mutasi, pensiun dini	44,9%
7.	Belum ada dokumen laporan Survey Keterpahaman VMTS Fakultas/Prodi	49,4%
8.	Belum ada Instrumen dokumen monitoring capaian keberhasilan VMTS	64%
9.	Belum ada laporan dokumen monitoring capaian keberhasilan VMTS	83,1%
10.	Belum ada bukti tindak lanjut dokumen monitoring capaian keberhasilan VMTS	89,9%
11.	Belum ada dokumen keterlibatan dosen dalam kegiatan penetapan Visi Misi Fakultas	49,4%
12.	Belum ada dokumen keterlibatan tendik dalam kegiatan penetapan Visi Misi Fakultas	59,6%
13.	Belum ada dokumen keterlibatan mahasiswa dalam kegiatan penetapan Visi Misi Fakultas	74,2%
14.	Belum ada dokumen keterlibatan eksternal/pengguna dalam kegiatan penetapan Visi Misi Fakultas	71,9%
15.	Belum ada dokumen berita acara, laporan perumusan	82%
16.	Belum ada dokumen pengesahan penetapan visi dan misi	57,3%
17.	Isi Visi misi pada dokumen belum diturunkan pada <i>system disaster recovery</i>	77,5%
18.	Rumusan Visi Misi belum mencantumkan daya saing pada tingkat international	48,3%
19.	Renip, Renstra dan Renop belum dipublikasikan dan digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana Kerja Tahunan	47,2%
20.	Belum ada dokumen monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra dan digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana Kerja Tahunan	86,5%
21.	Belum ada penetapan target kinerja sesuai dengan standar PT, selaras dengan Renstra pada tingkat di atasnya dan digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana Kerja Tahunan	42,7%
22.	Belum ada dokumen Renstra direview secara berkala dan ditetapkan perbaikan peningkatan inovasi dalam usaha pencapaian VMTS dan digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana Kerja Tahunan	80,9%
23.	Belum ada ketersediaan bukti yang sah implementasi manajemen risiko secara konsisten, efektif dan efisien	44,9%
24.	Belum ada dokumen keberadaan dan keberfungsian lembaga/fungsi penegakan kode etik untuk menjamin tata nilai dan integritas	44,9%
25.	Belum ada ketersediaan bukti kaji ulang dan perbaikan kepemimpinan dan struktur manajemen institusi untuk mencapai kinerja organisasi yang direncanakan.	55,1%

No	Aspek	Persentase
26.	Belum ada ketersediaan dokumen formal rencana strategis dan bukti mekanisme persetujuan dan penetapan dengan adanya keterlibatan pemangku	61,8%
27.	Belum ada ketersediaan dokumen formal rencana strategis dan bukti mekanisme persetujuan dan penetapan dengan disahkan oleh yang berwenang	55,1%
28.	Belum ada ketersediaan dokumen formal SPMI yang dibuktikan dengan Bukti tindak lanjut	52,8%
29.	Belum ada ketersediaan dokumen pengembangan jejaring dan kemitraan (dalam dan luar negeri).	55,1%
30.	Belum ada ketersediaan dokumen monitoring dan evaluasi kepuasan mitra kerjasama	76,4%
31.	Belum ada laporan Analisis keberhasilan dan/atau ketidakberhasilan pencapaian kinerja yang telah ditetapkan institusi dengan memenuhi aspek capaian kinerja harus diukur dengan metoda yang tepat, dan hasilnya dianalisis serta dievaluasi	48,3%
32.	Belum ada laporan Analisis keberhasilan dan/atau ketidakberhasilan pencapaian kinerja yang telah ditetapkan institusi dengan memenuhi analisis terhadap capaian kinerja mencakup identifikasi akar masalah, faktor pendukung keberhasilan dan faktor penghambat ketercapaian standar, dan deskripsi singkat tindak lanjut yang akan dilakukan institusi	67,4%
33.	Fakultas belum mempunyai jurnal Bereputasi terindeks nasional	59,9%
34.	Fakultas belum mempunyai jurnal Bereputasi terindeks global	77,5%
35.	Fakultas belum mempunyai produk inovasi untuk menguatkan kapasitas inovasi minimal 1 produk inovasi	65,2%
36.	Belum memiliki dokumen pengembangan spesifikasi prodi yang dilaksanakan, dievaluasi, ditingkatkan keberhasilannya	44,9%
37.	Belum ada dokumen pengembangan prodi berdasarkan prioritas sesuai kapasitas, kebutuhan dan Visi Misi Tujuan UPPS yang dibuat	42,7%
38.	Belum ada dokumen peta jalan penelitian yang sesuai dengan spesifikasi prodi dan ada evaluasi pelaksanaan ketercapaiannya secara kontinyu	55,1%
39.	Belum ada dokumen peta jalan pengabdian kepada masyarakat yang sesuai dengan spesifikasi prodi dan ada evaluasi pelaksanaan ketercapaiannya secara kontinyu	57,3%
40.	Belum ada hasil analisis SWOT program studi yang digunakan untuk pengembangan peta jalan penelitian dan pengabdian	52,8%
41.	Belum memiliki standar prodi yang diturunkan dari standar PT	48,3%
42.	Belum ada dokumen analisis keberhasilan ketercapaian standar yang mencakup identifikasi akar masalah, faktor pendukung keberhasilan, faktor penghambat ketercapaian standar dan deskripsi singkat tindak lanjut	61,8%
43.	Belum ada dokumen respon pengguna lulusan dalam menilai keberhasilan spesifikasi prodi	44,9%

No	Aspek	Persentase
44.	Belum ada dokumen capaian lulusan sesuai dengan spesifikasi program studi yang berkompetensi dan dimonitoring keberhasilan pada setiap tahun	48,3%
45.	Belum ada prodi terakreditasi internasional	100%

Dari data di atas terlihat bahwa pimpinan Pascasarjana, Fakultas/Jurusan/Prodi yang masih **belum memiliki dokumen dengan posisi ranking 3 terbawah, yaitu:** ranking 1: belum ada Prodi yang terakreditasi internasional (100%); ranking 2: belum ada bukti tindak lanjut dokumen monitoring capaian keberhasilan VMTS (89,9%); ranking 3: belum ada dokumen monitoring dan evaluasi ketercapaian renstra dan digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana Kerja Tahunan (86,5%).

Audit Ketua Laboratorium (Kalab) dilakukan dengan pedoman audit yang dibuat oleh Badan Penjaminan Mutu dan diselenggarakan oleh Pusat Audit Bidang Penjaminan Mutu bersama auditor di Unesa yang terdiri atas Gugus Penjaminan Mutu dan pimpinan dekanat di 7 Fakultas. Hasil audit ini terkumpul 30 kepala laboratorium selingkung Unesa terdiri atas :

Hasil audit yang menunjukkan lebih dari 50% maka dikatakan sebagai temuan yang perlu ditindaklanjuti. Sedangkan hasil audit yang telah dibawah batas 50% dapat dikatakan baik.dan dapat dijabarkan di bawah ini.

a. Temuan

1. Ketua laboratorium kurang memiliki kebijakan dan pedoman laboratorium 50%
2. Tidak memiliki kontrak kinerja lab 70%
3. Tidak memiliki PM tentang laboran/teknisi 60%
4. Tidak memiliki PM tentang keselamatan kerja 53.3%
5. Tidak memiliki TOR dari hasil evaluasi 56,7 %
6. Ketua laboratorium masih dalam proses dalam merencanakan pengembangan 13,3 % dan tidak memiliki rencana pengembangan 40%, dan tidak memiliki rencana jangka panjang 56,7%
7. Program kerja tidak memiliki target yang dapat diukur 50%, program kerja tidak dimonitoring 46,7 % dan masih dalam proses monitoring 10%
8. Tidak memiliki Instrumen Layanan kepada mahasiswa sebesar 70%
9. Tidak ada laporan dari kasublab/laboran/teknisi sebesar 50%
10. Tidak memiliki kerjasama dari pihak luar Unesa sebesar 66,7%, Tidak ada MoU 76,7% dan laporan hasil kerjasama 80% tidak memiliki serta 90% tidak memiliki MoU luar negeri beserta laporan maupun insrumen layanannya.
11. Ketua laboratorium secara berkala tidak melaporkan kepada atasan langsung 60%
12. Ketua laboratorium tidak memiliki laporan pencapaian program kerja 66.7%
13. Ketua laboratorium tidak mengadakan survey terkait layanan lab 70% sehingga 90% tidak memiliki laporan hasil survey dan tindak lanjut hasil survey
14. Ketua laboratorium tidak mempunyai nilai inovasi jual yang sesuai dengan pengembangan laboratorium 56.7%, sehingga juga tidak memiliki proposal kegiatan 80% , tidak ada profil Lab 53,3%, tidak ada dokumen bisnis plan 80%, tidak ada perencanaan pengukuran kinerja 70%, tidak ada mekanisme pengumpulan data kinerja 80%, IKU tidak memenuhi kinerja yang baik 76,7%, IKU tidak mengukur kinerja

- dengan baik 80%, IKU tidak selaras dengan IKU kementerian 80%, Ukuran Indikator kinerja sampai unit terbawah tidak memiliki kriteria kinerja yang baik 83,3%, tidak terdapat ukuran kinerja yang mengacu pada IKU unit kerja atasan 83,3% dan tidak melakukan pengukuran kinerja dengan berjenjang 86,7%, IKU tidak dimanfaatkan untuk menyusun dokumen perencanaan dan penganggaran 83,3% dan tidak dimanfaatkan untuk penilaian kinerja 80%, IKU tidak direview secara berkala 86,7%,
15. Ketua laboratorium lap 56,7 % tidak ada dalam pemenuhan laboratorium yang diminta dalam kinerja di siakunlap dimana 63,3 % tidak dibuat secara berkala, 70% tidak tepat waktu, 80% laporan tidak memuat pencapaian IKU, 70% tidak mengacu pada outcome dan 80% informasi tidak dimanfaatkan untuk peningkatan kinerja

b. Akar Penyebab masalah

1. Ketua laboratorium kurang memahami Tupoksi dengan baik, tidak ada vision kegiatan kedepan, kurang memahami perencanaan, pelaksanaan , evaluasi dan tindak lanjut dalam kepemimpinan.
2. Ketua laboratorium tidak paham tuntutan IKU siakunlap
3. Tidak semua laboratorium memiliki teknisi/laboran
4. Tidak semua laboratorium memiliki Anggaran
5. Ketua laboratorium tidak ahli di bidang pengelolaan laboratorium.

c. Pemecahan Masalah

1. Perlu ada pelatihan peningkatan manajemen kepemimpinan khususnya untuk Ketua Laboratorium.
2. Perlu adanya sosialisasi **siakunlap**
3. Perlu ada persamaan organisasi laboratorium.