

# Manual Prosedur Audit Internal



Gugus Jaminan Mutu  
Fakultas Teknologi Pertanian  
Universitas Brawijaya  
Malang  
2011



# Manual Prosedur Audit Internal

## Gugus Jaminan Mutu Fakultas Teknologi Pertanian Universitas Brawijaya

**01000 06005**

<b>Kode Dokumen</b>	: <b>01000 06005</b>
<b>Revisi</b>	:
<b>Tanggal</b>	:
<b>Diajukan oleh</b>	: Pembantu Dekan I ttd  Dr. Ir. Bambang Dwi Argo, DEA
<b>Disetujui oleh</b>	: Dekan ttd  Dr. Ir. Bambang Susilo, M.Sc. Agr

## Daftar Isi

1. Tujuan .....	1
2. Ruang Lingkup .....	1
3. Definisi .....	1
4. Rujukan.....	1
5. Garis Besar Prosedur.....	2
5.1. Audit Internal Sistem Mutu.....	2
5.2. Pelaporan Hasil Audit .....	2
6. Bagan Alir.....	3
Lampiran.....	5
1. Daftar Auditor Internal GJM FTP UB .....	5
2. Rencana Jadwal Audit Internal .....	6
3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR.....	7
4. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan .....	8

## 1. Tujuan

Tujuan penyusunan manual prosedur audit internal ini adalah :

1. Melakukan verifikasi terhadap efektifitas dari penerapan sistem mutu secara efektif dan efisien.
2. Melaporkan hasil audit dengan data yang memadai dan memberikan masukan kepada bagian terkait agar dapat dilakukan perbaikan.

## 2. Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan sistem manajemen mutu di GJM FTP UB

## 3. Definisi

1. Gugus Jaminan Mutu (GJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh dekan dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat Fakultas.
2. Audit Internal adalah Audit yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan SPMI dengan pelaksanaannya.
3. *Management Representative (MR)* adalah seseorang yang bertugas:
  - Memantau semua proses yang terkait sistem manajemen mutu (SMM) dengan pihak internal dan eksternal sehingga kegiatan terlaksana serta terpelihara
  - Merencanakan dan mengkoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM GJM FTP UB
  - Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan GJM FTP UB
  - Membantu *Top Management* merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Rektor dan *feedback* pelanggan lainnya
  - Memantau dan melaporkan ketercapaian indikator sasaran mutu minimal dua kali setiap tahun
4. Ketidaksesuaian (KTS) adalah apabila ditemukan:
  - Tidak terdapat elemen sistem,
  - Suatu sistem gagal untuk memenuhi satu klausul dari persyaratan sistem mutu,
  - Penerapan suatu klausul sangat tidak konsisten,
  - Ketidaktepatan penerapan suatu sistem telah mengarah pada ketidakpuasan pelanggan,
  - Tindakan perbaikan yang tidak efektif dan terpantau dalam dua kali audit internal secara berturut-turut,
  - Suatu ketidaksesuaian dalam memenuhi suatu persyaratan dalam satu klausul ISO 9001 atau dokumen referensi lain
  - Suatu ketidaksesuaian yang diamati dari suatu pengamatan dari satu prosedur organisasi.
5. *Observation (OB)* adalah apabila ditemukan:
  - Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

## 4. Rujukan

1. Manual Mutu GJM FTP UB
2. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai GJM FTP UB

3. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan
4. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional

## **5. Garis Besar Prosedur**

### **5.1. Audit Internal Sistem Mutu**

- a. Sekretaris GJM menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian minimal satu kali dalam satu tahun.
- b. Perencanaan waktu yang ditetapkan untuk tiap bagian setelah sertifikasi, tergantung pada prioritas dengan mempertimbangkan urgensi pelaksanaan audit.
- c. Beberapa waktu sebelum dilakukan audit, *MR* akan menentukan tim audit yang masing-masing terdiri dari 2 orang, ialah personel yang terdaftar dalam daftar auditor internal ISO tetapi bukan berasal dari bagian yang akan diaudit (*independen*). Satu diantaranya ditunjuk sebagai ketua.
- d. Paling lambat satu minggu sebelum tanggal audit, auditor yang ditunjuk harus dihubungi agar dapat melakukan persiapan audit. Apabila terdapat auditor yang berhalangan, maka akan dipilih yang telah siap atau langsung akan digantikan oleh *MR*. Auditor akan mengkonfirmasi kembali waktu pelaksanaan audit dengan Koordinator Bidang yang bersangkutan. Jika terpaksa dilakukan perubahan jadwal, maka auditor harus melakukan konfirmasi ke *MR*.
- e. Apabila dianggap perlu *MR* akan menjadi peninjau dan/atau mengundang personil lain untuk menjadi peninjau.

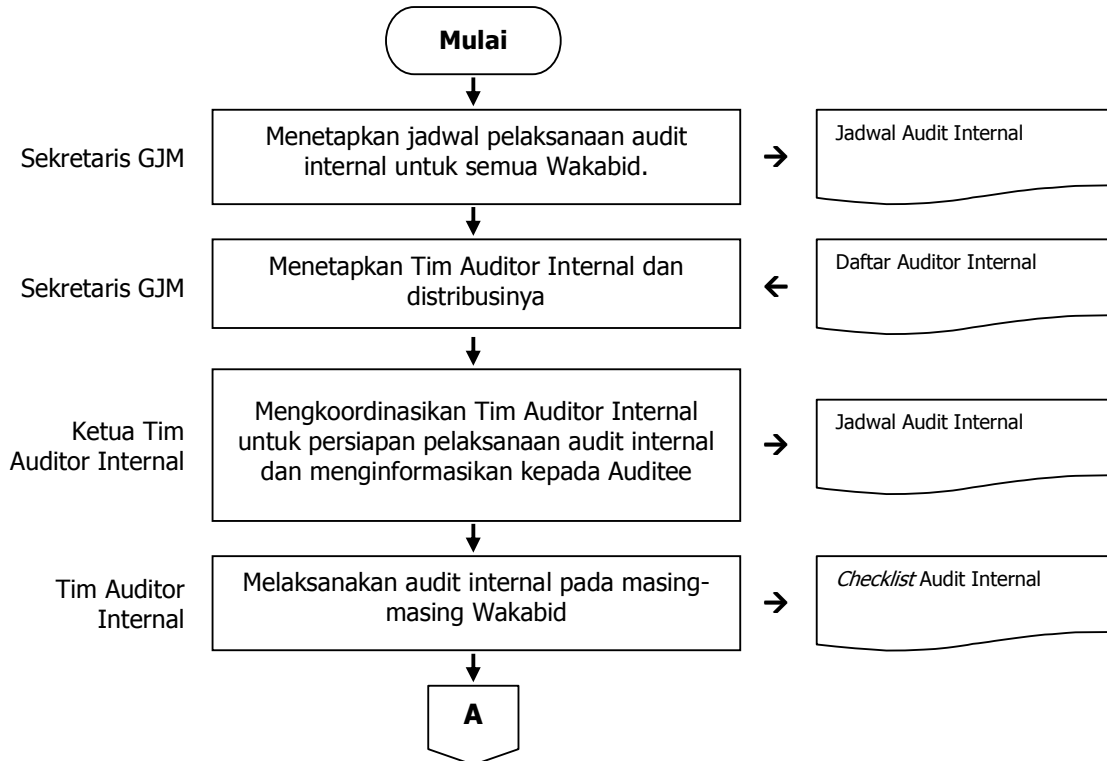
### **5.2. Pelaporan Hasil Audit**

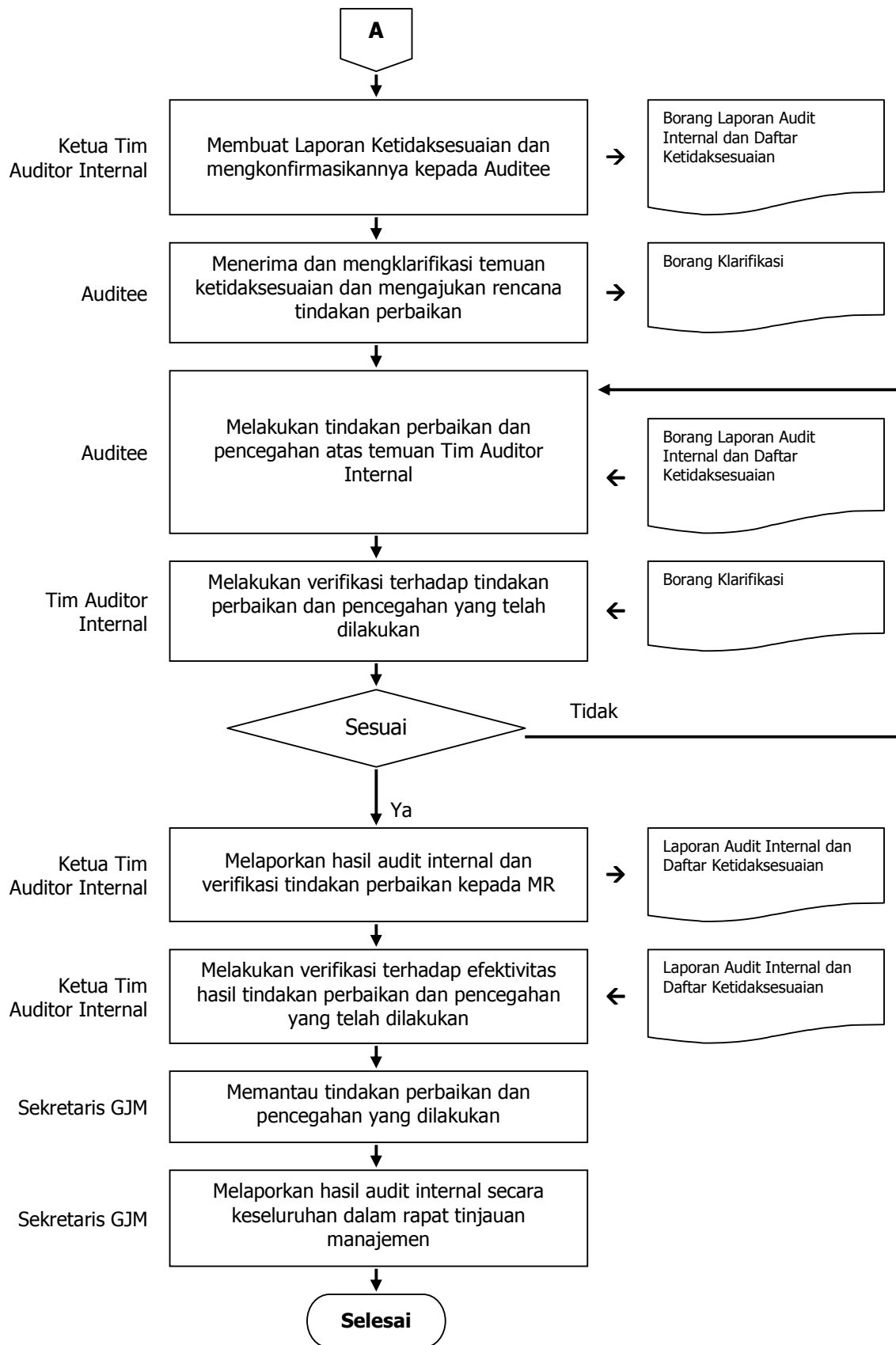
- a. Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan Borang Laporan Ketidaksesuaian.
- b. Dalam menuliskan ketidaksesuaian dalam borang, Auditor harus melengkapi kolom-kolom yang disediakan dan mendiskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan mengusahakan 4 unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu:
  - Diskripsi dari ketidaksesuaian (*non conformance*)
  - Bukti nyata (*objective evidence*) dari ketidaksesuaian
  - Aspek/proses ketidaksesuaian
  - Ketidaksesuaian dengan dokumen tertentu.
- c. Laporan audit internal ditandatangani oleh Ketua Auditor sebelum diserahkan kepada Koordinator Bidang yang diaudit untuk kesepakatan terhadap ketidaksesuaian, penentuan tindakan koreksi dan pencegahan yang harus dilakukan oleh bagian yang bersangkutan.
- d. Apabila dianggap perlu *MR* dapat melakukan perubahan terhadap deskripsi dari ketidaksesuaian sebelum dibuat salinannya, baik perubahan redaksional, perubahan terhadap kategori, pembatalan karena alasan kurang/tidak didukung oleh bukti obyektif, atau perubahan jumlah karena telah digabung dalam ketidaksesuaian yang dikategorikan major.
- e. Selama belum terdapat kesepakatan terhadap hasil audit dan tindakan koreksi / pencegahan dari bidang terkait, maka Ketua Auditor masih bertanggungjawab terhadap status pelaporan.

Dan laporan yang telah dianggap memadai akan diserahkan kepada *MR* untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan.

- f. Apabila bidang yang diaudit tersebut telah melaksanakan tindakan koreksi dan pencegahan sebelum tanggal yang telah disepakati, maka bidang tersebut akan memberitahukan *MR* untuk dilakukan verifikasi. Apabila *MR* tidak mendapatkan informasi dari bagian tersebut tentang status tindakan koreksi dan pencegahan, maka *MR* akan melakukan verifikasi pada waktu yang disepakati.
- g. Dan apabila tindakan koreksi dan pencegahan belum dilakukan pada waktu yang disepakati, maka Koordinator Bidang sebagai penanggung jawab sistem di bagiannya harus membuat alasan secara tertulis mengapa tindakan tersebut belum dilakukan dan menentukan waktu perbaikan. Apabila pada saat verifikasi selanjutnya (waktu yang disepakati) belum juga melakukan tindakan koreksi dan pencegahan tersebut, maka *MR* membuat Ketidaksesuaian untuk kasus yang sama.
- h. Apabila dianggap perlu, *MR* dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan yang diusulkan oleh Koordinator Bidang yang bersangkutan, dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan sistem mutu.
- i. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam Rapat Tinjauan Manajemen.
- j. Jika ada saran atau permintaan koreksi dari auditor eksternal, maka laporan temuan dan tanggapannya mengikuti langkah-langkah seperti pada audit internal.

## 6. Bagan Alir





## Lampiran

### 1. Daftar Auditor Internal GJM FTP UB ()

No.	Nama Auditor Internal	Fakultas/Jurusan/PS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		



**2. Rencana Jadwal Audit Internal ()**

No	Kegiatan	Tahun .....												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Audit Internal I						■							
	Realisasi							■						
2	Surveillance													
	Realisasi													
3	Audit Internal II													
	Realisasi													
4	Surveillance													
	Realisasi													

Malang, .....  
 Dibuat oleh,

( \_\_\_\_\_ )  
 Sekretaris GJM

Disetujui oleh,

( \_\_\_\_\_ )  
 Ketua GJM

**3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidakesesuaian atau *Corrective Action Requirement* – CAR ( )**

Audit ke- :

Bulan :

No Temuan	Tanggal Temuan	Kategori Temuan	Status Temuan	Auditor	Teraudit	Bidang/Dokumen yang diaudit	Uraian Ketidakesesuaian	Tindakan Perbaikan	Target Waktu Selesai	Verifikasi	Status Akhir
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

Tanda tangan MR

.....

(1) Nomer temuan      (2) Tanggal temuan      (3) Kategori temuan: KTS, Observasi      (4) Status: *New, open, closed*      (5) Nama Auditor      (6) Personil /unit kerja yang diaudit  
 (7) Bidang yang diaudit      (8) Deskripsi temuan ketidaksesuaian      (9) Tindakan perbaikan yang dilakukan      (10) Tanggal waktu penyelesaian      (11) Verifikasi pada dokumen yang diperbaiki  
 (12) Status Akhir: *open, closed*

**4. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan ()**

Bidang yang diaudit:	Auditor :
	Tgl audit internal :
	No. temuan :
Uraian Temuan:	Kategori:  1. KTS  2. Observasi
Penyebab/Akar Masalah:	Tanda tangan Wakabid/MR
Rencana perbaikan/pencegahan yang dilakukan Auditee:	Target Waktu Selesai
Verifikasi:	
Status <i>CAR</i>  1. <i>OPEN</i> 2. <i>CLOSED</i>	Tanda tangan Ketua GJM