

# **Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai**

Fakultas Ilmu Budaya  
Universitas Brawijaya

**01200 08004**





# Manual Prosedur Audit Internal Gugus Jaminan Mutu

Fakultas Ilmu Budaya  
Universitas Brawijaya

Kode Dokumen	:	01200 08004
Revisi	:	1
Tanggal	:	17 November 2013
Dibuat oleh	:	Pembantu Dekan I  Ttd  Prof. Ir. Ratya Anindita, MS., Ph.D
Disetujui oleh	:	Pjs. Dekan  Ttd  Prof. Dr. Ir. Bambang Suharto, MS

## Daftari Isi

Daftari Isi .....	ii
Tujuan .....	1
Definisi .....	1
Pihak-pihak yang terkait .....	2
Referensi .....	3
Ruang Lingkup.....	3
Garis Besar Prosedur .....	3
1.  Audit Internal Sistem Mutu .....	3
2.  Pelaporan Hasil Audit .....	4
Bagan Alir.....	6
Lampiran .....	7

## **Tujuan**

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.

## **Definisi**

1. Pusat Jaminan Mutu (PJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh rektor dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat Universitas.
2. Gugus Jaminan Mutu (GJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh Dekan dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat fakultas.
3. Audit Internal adalah Audit yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan SPMI dengan pelaksanaannya.
4. *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 FIB
  - Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan GJM FIB
  - 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
5. 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.

6. *Observation* (OB) adalah apabila ditemukan:

- Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

### **Pihak-pihak yang terkait**

1. Auditor Internal Fakultas yang ditunjuk oleh MR
2. Pimpinan Fakultas : Dekan dan Pembantu Dekan I (Manager Representative), II, III FIB UB
3. Auditee : pihak yang diaudit, terdiri dari :
  - Koordinator kegiatan : seseorang yang bertanggung jawab terhadap suatu kegiatan akademik dan penunjang antara lain :
    - Kepala bagian Tata Usaha beserta Kepala sub Bagian Akademik, Keuangan dan Kepegawaian, Umum dan Perlengkapan serta Kemahasiswaan.
    - Ketua Badan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (BPPM) FIB UB
    - Tim-tim Ad-Hoc lain yang belum disebutkan pada point-point di atas.
    - Gugus Jaminan Mutu (GJM) FIB UB terkait dengan penyelenggaraan jaminan mutu fakultas

## Referensi

1. Manual Mutu FIB UB
2. Standar Mutu Fakultas Ilmu Budaya
3. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM)-Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional
4. Manual Prosedur Pengendalian Dokumen dan Rekaman FIB UB
5. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai FIB UB
6. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan FIB UB

## Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan system penjaminan mutu (auditee : pimpinan fakultas dan GJM) dan pelaksanaan akademis (auditee : coordinator kegiatan) di FIB UB baik yang dijadwalkan oleh PJM maupun oleh Fakultas sendiri.

## Garis Besar Prosedur

### 1. Audit Internal Sistem Mutu

- a. Tim GJM menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian (fakultas, Jurusan, program studi) minimal satu kali dalam satu tahun.
- b. Perencanaan waktu yang ditetapkan untuk tiap bagian 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, yang 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 pihak teraudit 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.

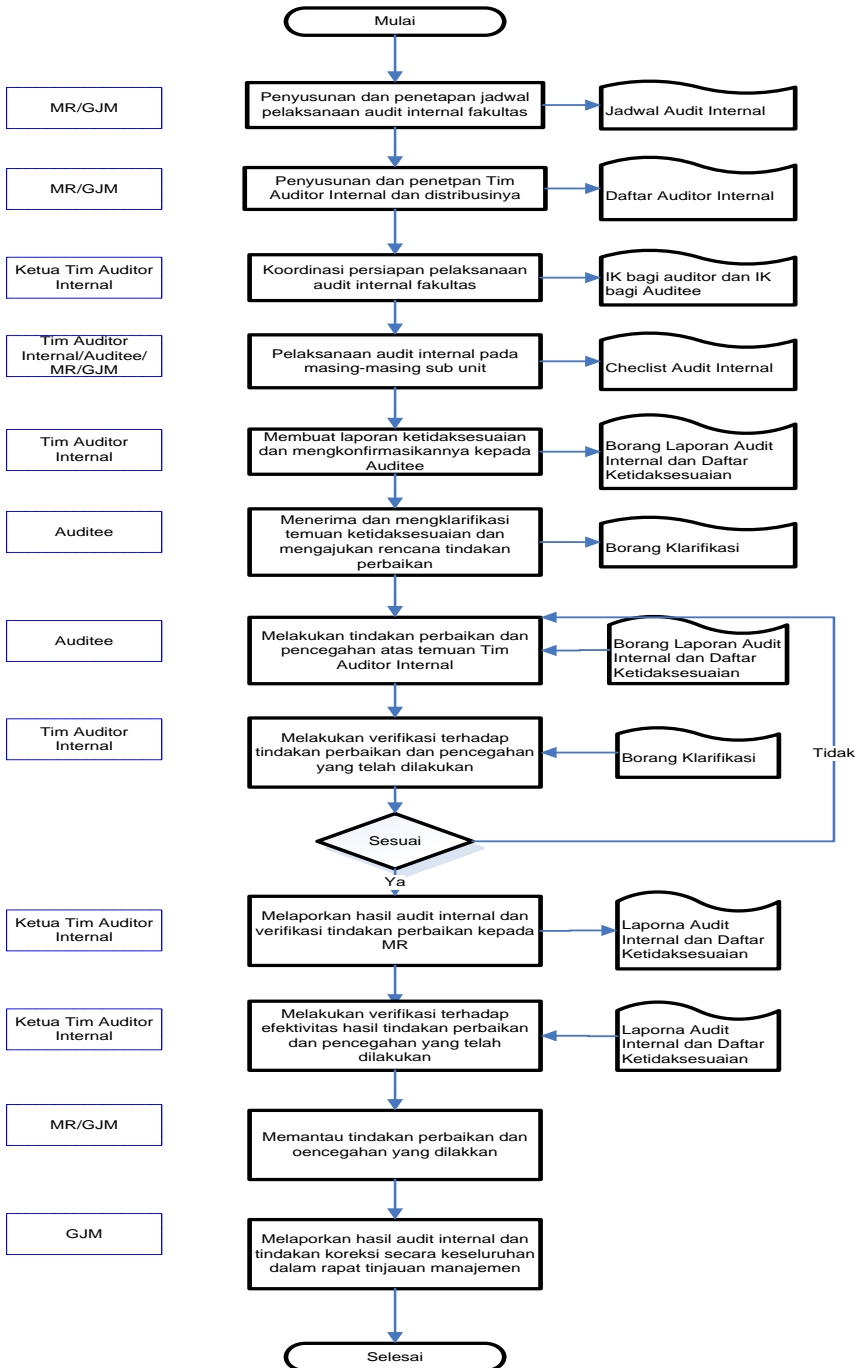
## **2. Pelaporan Hasil Audit**

- a. Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan Borang Laporan Ketidakesuaian
- 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
  - Ketidakesuaian dengan dokumen tertentu.
- c. Laporan audit internal ditandatangani oleh Ketua Auditor sebelum diserahkan kepada *auditee* 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 pihak teraudit 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 GJM, dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan sistem mutu.
- i. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam rapat rutin.
- j. Jika ada saran atau permintaan koreksi dari auditor eksternal, maka laporan temuan dan tanggapannya mengikuti langkah-langkah seperti pada audit internal.



# Bagan Alir



## Lampiran

### 1. Borang Laporan Audit dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement-CAR

Audit ke- :

Bulan :

No. Temuan	Tanggal Temuan	Kategori Temuan	Status Temuan	Auditor	Teraudit	Bidang/ dokumen yang diaudit	Uraian Ketidaksesuaian	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  
(5) Nama Auditor  
(9) Tindakan perbaikan yang dilakukan

- (2) Tanggal temuan  
(6) Personil /unit kerja yang diaudit  
(10) Tanggal waktu penyelesaian

- (3) Kategori temuan: KTS, Observasi  
(7) Bidang yang diaudit  
(11) Verifikasi pada dokumen yang diperbaiki

- (4) Status: *New, open, closed*  
(8) Deskripsi temuan ketidaksesuaian  
(12) Status Akhir: *open, closed*

## 2. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan

Bidang Teraudit	Auditor	:	
	Tgl Audit	:	
	No. Temuan	:	
Uraian ketidaksesuaian :			Kategori : 1. KTS 2. Observasi
Penyebab/Akar masalah :			Tanda tangan Wakabid/MR
Rencana perbaikan/pencegahan yang dilakukan Auditee:			Target waktu selesai
Verifikasi :			
Status CAR			Tanda tangan PJM
1. <i>OPEN</i>	2. <i>CLOSED</i>		