

Standard Operating Procedure

AUDIT INTERNAL



JURUSAN TEKNIK KIMIA

Universitas Brawijaya

Malang

2017

LEMBAR IDENTIFIKASI

	UNIVERSITAS BRAWIJAYA	UN10/F07/18/11/HK.01.02.a/04
		18 September 2017
	Audit Internal	01
		Halaman 1 dari 14

AUDIT INTERNAL

Proses	Penanggungjawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tandatangan	
1. Perumusan	Tim Unit Jaminan Mutu		ttd	01-08-2017
2. Pemeriksaan	Prof. Dr. Ir. Chandrawati Cahyani, MS.	Ketua tim Unit Jaminan Mutu	ttd	05-09-2017
3. Persetujuan	Ir. Bambang Ismuyanto, MS	Sekretaris Jurusan Teknik Kimia FTUB	ttd	12-09-2017
4. Penetapan	Ir. Bambang Poerwadi, MS.	Ketua Jurusan Teknik Kimia FTUB	ttd	18-09-2017
5. Pengendalian	Ir. Bambang Poerwadi, MS.	Ketua Jurusan Teknik Kimia FTUB	ttd	19-09-2017

DAFTAR ISI

LEMBAR IDENTIFIKASI	i
DAFTAR ISI	ii
A. Tujuan	3
B. Ruang Lingkup dan Unit yang Terkait	3
C. Standar Mutu yang Terkait	3
D. Istilah dan Definisi	3
E. Urutan Prosedur	5
F. Bagan Alir	7
G. Referensi	9
H. Lampiran	10

A. 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.

B. Ruang Lingkup dan Unit yang Terkait

Audit internal dilaksanakan di unit/kegiatan dalam penerapan sistem penjaminan mutu dan pelaksanaan akademis di Program Studi Teknik Kimia baik yang dijadwalkan oleh PJM maupun oleh Program Studi sendiri yang berupa audit silang (*cross audit*).

C. Standar Mutu yang Terkait

1. Audit Sistem: Audit terhadap kecukupan organisasi penjaminan mutu dan dokumen mutu untuk memenuhi persyaratan standar sistem audit mutu.
2. Audit Kinerja (Kepatuhan): Audit pada implementasi sistem penjaminan mutu yang telah ditetapkan/dijanjikan: Pemenuhan terhadap standar mutu dan kepuasan pelanggan.

D. Istilah dan 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 diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat Fakultas.
3. Unit Jaminan Mutu (UJM) adalah lembaga fungsional yang diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat Jurusan dengan berkoordinasi dengan Pusat Jaminan Mutu (PJM) di tingkat universitas dan Gugus Jaminan Mutu (GJM) di tingkat fakultas.
4. Audit Internal adalah audit yang dilakukan untuk memeriksa kesesuaian antara keberadaan SPMI dengan pelaksanaannya yang berlaku bagi seluruh unit/kegiatan di Program Studi Teknik Kimia

FT-UB. Audit internal meliputi audit sistem dan audit kepatuhan seluruh proses bisnis yang disertai audit silang (cross audit) jurusan yang melibatkan pimpinan Program Studi Teknik Kimia FT-UB, urusan administrasi, KDK, dan Laboratorium.

5. Manager Representative (MR) adalah seseorang yang bertugas:
 - a. Memantau semua semua proses yang terkait Sistem Manajemen Mutu (SMM) dengan pihak internal dan eksternal sehingga kegiatan terlaksana serta terpelihara.
 - b. Merencanakan dan mengkoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM UJM UB.
 - c. Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumber daya di lingkungan UJM UB.
 - d. Membantu Top Management merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Pimpinan Jurusan dan feedback pelanggan lainnya.
 - e. Memantau dan melaporkan ketercapaian indikator sasaran mutu minimal dua kali setiap tahun.
6. Koordinator Kegiatan adalah seseorang yang bertanggungjawab terhadap suatu kegiatan akademik dan penunjangnya. Yang termasuk koordinator kegiatan adalah Pimpinan Jurusan, Kepala Laboratorium, Ketua Kelompok Dasar Keahlian (KKDK), Kaur Akademik, dosen, Ketua Himpunan Mahasiswa, dan ketua-ketua tim ad hoc lain yang belum disebutkan sebelumnya.
7. Ketidaksesuaian (KTS) adalah apabila ditemukan:
 - a. Tidak terdapat elemen sistem
 - b. Suatu sistem gagal untuk memenuhi satu klausul dari persyaratan sistem mutu
 - c. Penerapan suatu klausul sangat tidak konsisten,
 - d. Ketidaktepatan penerapan suatu sistem telah mengarah pada ketidakpuasan pelanggan yang ditunjukkan dengan adanya keluhan,
 - e. Tindakan perbaikan yang tidak efektif dan terpantau dalam dua kali audit internal secara berturut-turut,
 - f. Suatu ketidaksesuaian dalam memenuhi suatu persyaratan dalam satu klausul ISO 9001 atau dokumen referensi lain
 - g. Suatu ketidaksesuaian yang diamati dari suatu pengamatan dari satu prosedur organisasi.
8. Observation (OB) adalah apabila ditemukan ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

E. Urutan Prosedur

E.1. Audit Internal Sistem Mutu

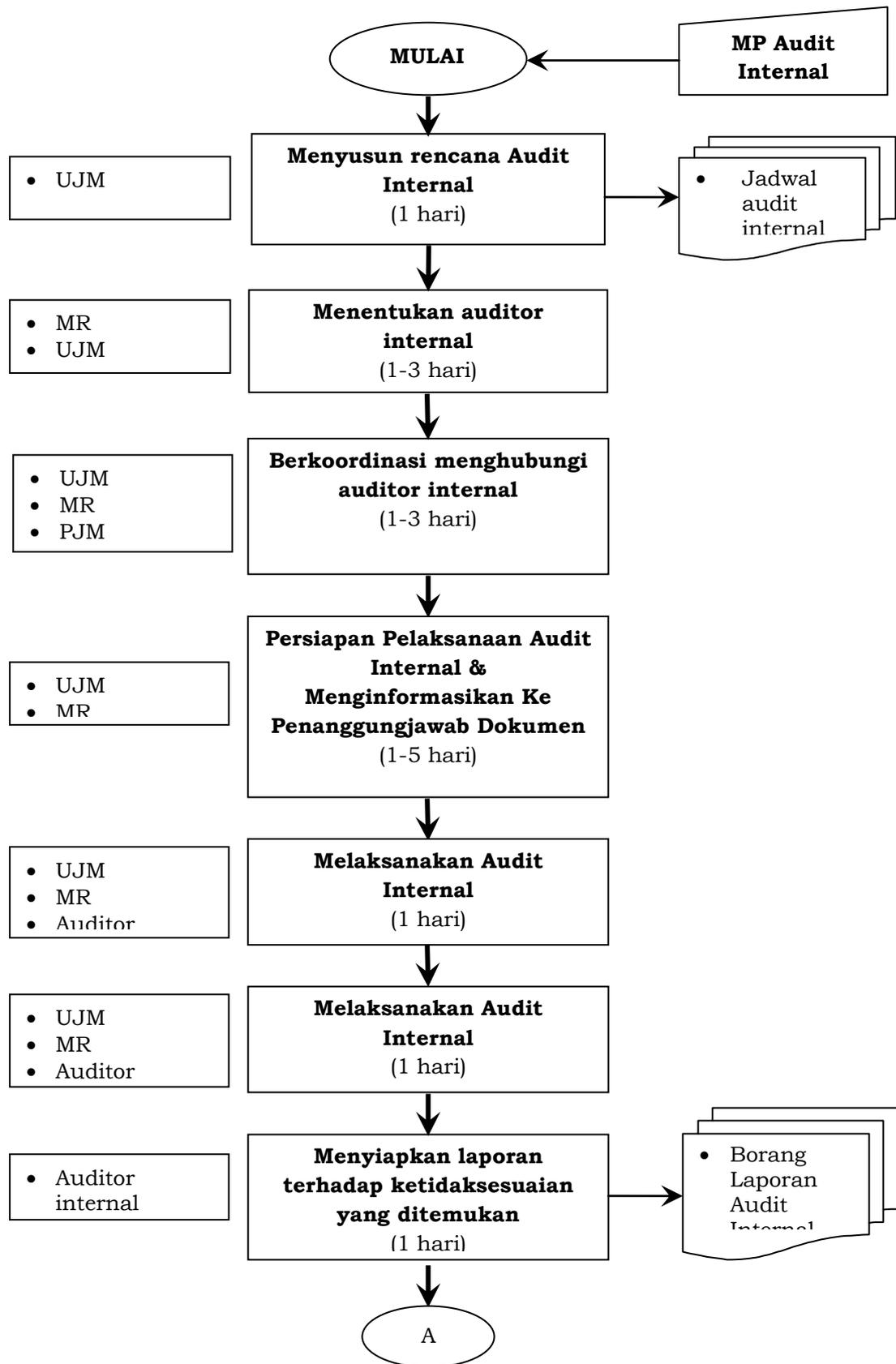
1. UJM menyusun rencana Audit Internal minimal satu kali dalam satu tahun.
2. Sebelum dilakukan audit, MR bersama UJM akan menentukan auditor minimal 1 orang, yakni personel yang terdaftar dalam daftar auditor internal Pusat Jaminan Mutu di tingkat universitas atau personel lainnya yang dianggap mampu oleh Jurusan di luar Program Studi Teknik Kimia. Apabila auditor lebih dari 1 orang, maka salah satunya menjadi Ketua Auditor. Untuk audit silang (cross audit), auditor tidak boleh berasal dari unsur/kegiatan dimana auditor ikut aktif di dalamnya.
3. 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 Pimpinan Program Studi atau Koordinator Kegiatan yang akan diaudit. Jika terpaksa dilakukan perubahan jadwal, maka auditor harus melakukan konfirmasi ke MR..

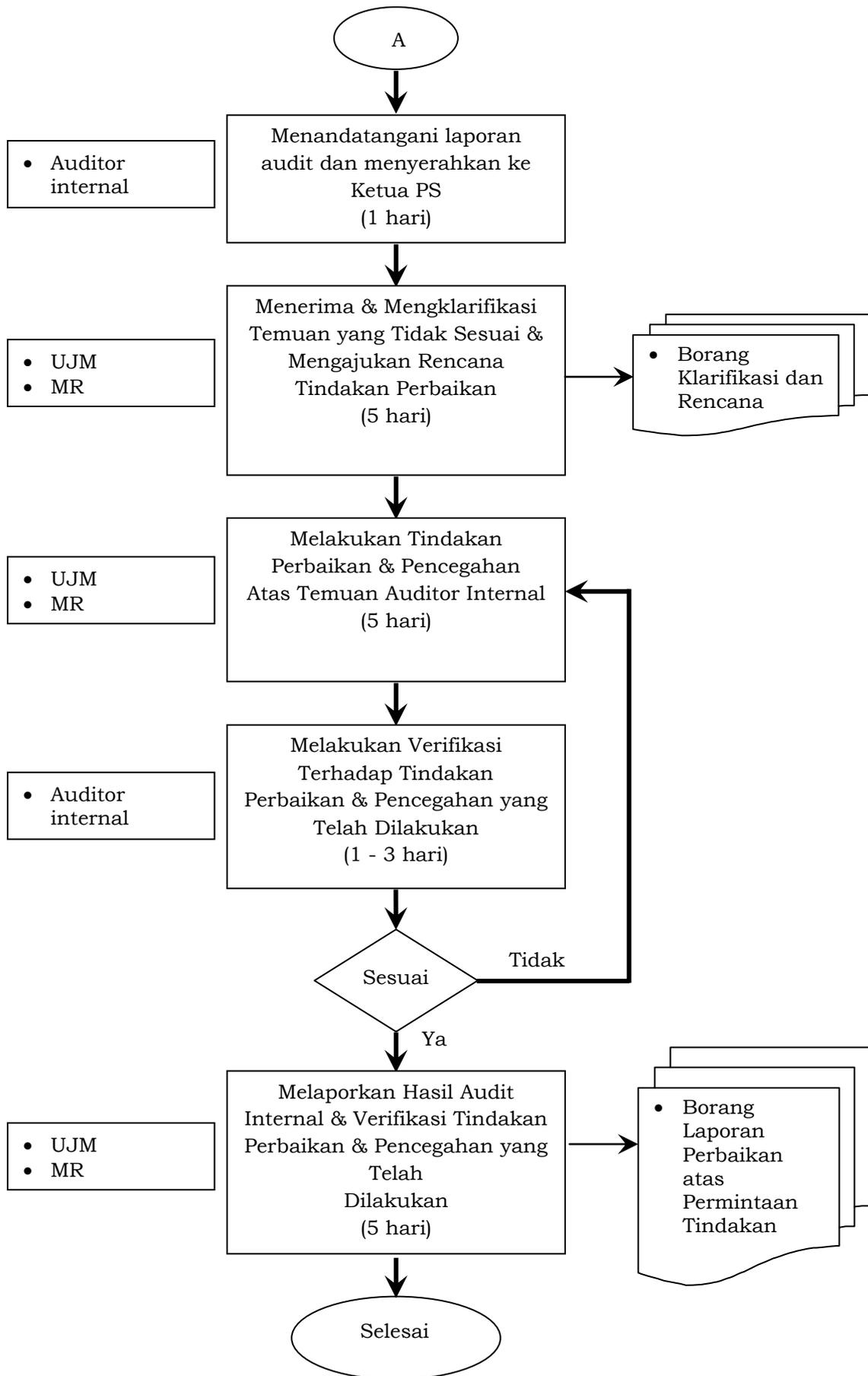
E.2. Pelaporan Hasil Audit

1. Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan Borang Laporan Ketidakesuaian (00601 0900xx).
2. Dalam menuliskan ketidaksesuaian dalam borang nomor, Auditor harus melengkapi kolom-kolom yang disediakan dan mendiskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan mengusahakan 4 unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu:
 - i. Diskripsi dari ketidaksesuaian (non conformance).
 - ii. Bukti nyata (objective evidence) dari ketidaksesuaian.
 - iii. Aspek/proses ketidaksesuaian.
 - iv. Ketidakesuaian dengan dokumen tertentu.
3. Laporan audit internal ditandatangani oleh Auditor sebelum diserahkan kepada Pimpinan Program Studi atau Koordinator Kegiatan yang diaudit untuk kesepakatan terhadap ketidaksesuaian, penentuan tindakan koreksi dan pencegahan yang harus dilakukan oleh bagian yang bersangkutan.

4. 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.
5. Selama belum terdapat kesepakatan terhadap hasil audit dan tindakan koreksi / pencegahan dari bidang terkait, maka Auditor masih bertanggung jawab terhadap status pelaporan. Dan laporan yang telah dianggap memadai akan diserahkan kepada MR untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan.
6. 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.
7. Apabila tindakan koreksi dan pencegahan belum dilakukan pada waktu yang disepakati, maka Pimpinan Program Studi atau Koordinator Kegiatan yang diaudit 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.
8. Apabila dianggap perlu, MR dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan yang diusulkan oleh Pimpinan Program Studi atau Koordinator Kegiatan yang bersangkutan, dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan sistem mutu.
9. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam Rapat Tinjauan Manajemen.
10. Jika ada saran atau permintaan koreksi dari auditor eksternal, maka laporan temuan dan tanggapannya mengikuti langkah-langkah seperti pada audit internal

F. Bagan Alir





G. Referensi

1. Rencana Strategis Program Studi Teknik Kimia
2. Program Kerja Program Studi Teknik Kimia
3. Manual Mutu Program Studi Teknik Kimia
4. Standar Mutu Jurusan/Program Studi
5. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional
6. Manual Prosedur Pengendalian Dokumen dan Rekaman Program Studi Teknik Kimia

H. Lampiran

Lampiran 1. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian (Corrective Action Requirement-CAR)

Borang Laporan Audit Internal Untuk Keluhan Pelanggan PS S1 Teknik Kimia FT-UB

Audit ke:		Auditor :		Tanda tangan Ketua Auditor :	
Tanggal:		Auditee :		Tanda tangan Auditee :	

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

Keterangan:

(4) Kategori temuan: KTS, Observasi

(5) Status: *New, open, closed*

(6) Nama Auditor

(7) Personil /unit kerja yang diaudit

(11) Tanggal waktu penyelesaian

(12) Status Akhir: *open, closed*

Malang,

NIP.

Lampiran 2. Borang Klarifikasi dan Rencana Tindakan Koreksi

Kategori Temuan :	Tanggal Temuan :	No. Temuan :	Auditor :
Uraian temuan:		Akar penyebab:	
Rencana tindakan koreksi atas temuan :		Rencana tindakan perbaikan atas akar penyebab :	
Jadwal penyelesaian tindakan koreksi :		Penanggung jawab tindakan koreksi :	

Dipersiapkan oleh:

Catatan :

Tanggal:

Tanda Tangan *Auditee*

NIP.

Keterangan: Lembar ini diperuntukkan untuk satu temuan dan dapat diperbanyak sesuai banyaknya temuan.

Lampiran 3. Borang Laporan Perbaikan atas Permintaan Tindakan Koreksi

Audit ke:		Auditor :		Tanda tangan Ketua Auditor :	
Tanggal:		Auditee :		Tanda tangan Auditee :	

No	Kategori	Status	Uraian Temuan	Tindakan Perbaikan	Tanggal Perbaikan	Dokumen
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

