


Standar Operating Procedure
Manual Prosedur Audit Internal



**JURUSAN MANAJEMEN SUMBERDAYA PERAIRAN
FAKULTAS PERIKANAN DAN ILMU KELAUTAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018**

LEMBAR IDENTIFIKASI

	Universitas Brawijaya	UN10/F06/11/HK.01.02.a/004
		16 Juli 2018
	Manual Prosedur Audit Internal	0
		Halaman 1 dari 10

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda tangan	
1. Perumusan	Nanik Retno Buwono, MP	Koordinator Perumusan SOP Manual Prosedur Audit Internal		
2. Pemeriksaan	Budianto, MSc.	Ka. UJM		
3. Persetujuan	Dr. Yuni Kilawati	Sekjur MSP / MR		
4. Penetapan	Dr. Muhamad Firdaus	Kajur MSP		
5. Pengendalian	Budianto, MSc.	Ka. UJM		

DAFTAR ISI

Tujuan.....	1
Ruang Lingkup.....	1
Definisi.....	1
Rujukan.....	1
Garis Besar Prosedur.....	1
Bagan Alir.....	3
Lampiran.....	5

Tujuan

1. Melakukan verifikasi terhadap efektivitas 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.

Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan sistem manajemen mutu Jurusan Manajemen Jurusan MSP UB.

Definisi

1. Unit Jaminan Mutu (UJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh Dekan dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat jurusan.
2. Audit Internal adalah Audit yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan SPMI dengan pelaksanaannya.
3. Management Representative (MR) adalah seseorang yang bertugas:
 - a. Memantau semua proses yang terkait sistem manajemen mutu (SMM) dengan pihak internal dan eksternal sehingga kegiatan terlaksana serta terpelihara
 - b. Merencanakan dan mengoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM Jurusan MSP UB
 - c. Mengoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan Jurusan MSP UB
 - d. Membantu Top Management merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Rektor dan feedback pelanggan lainnya
 - e. Memantau dan melaporkan ketercapaian indikator sasaran mutu minimal dua kali setiap tahun.
4. 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,
 - 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.
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.

Rujukan

1. Manual Mutu UJM Jurusan MSP UB (kode dokumen: 0070105000)
2. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai UJM Jurusan MSP UB (kode dokumen : 0070106002)
3. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan (kode dokumen : 0070106003)
4. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional

Garis Besar Prosedur

1. Audit Internal Sistem Mutu

- a. Tim Gugus Jaminan Mutu (GJM) menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian minimal satu kali dalam satu tahun.
- b. Beberapa waktu sebelum dilakukan audit, GJM dan MR akan menentukan tim audit yang masing-masing terdiri dari maksimal 2 orang, ialah personel yang terdaftar dalam daftar auditor Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan (FPIK) bukan auditee. Satu diantaranya ditunjuk sebagai ketua.
- c. Paling lambat satu minggu sebelum tanggal audit, auditor yang ditunjuk harus dihubungi agar dapat melakukan persiapan audit. Apabila terdapat auditor yang berhalangan, maka

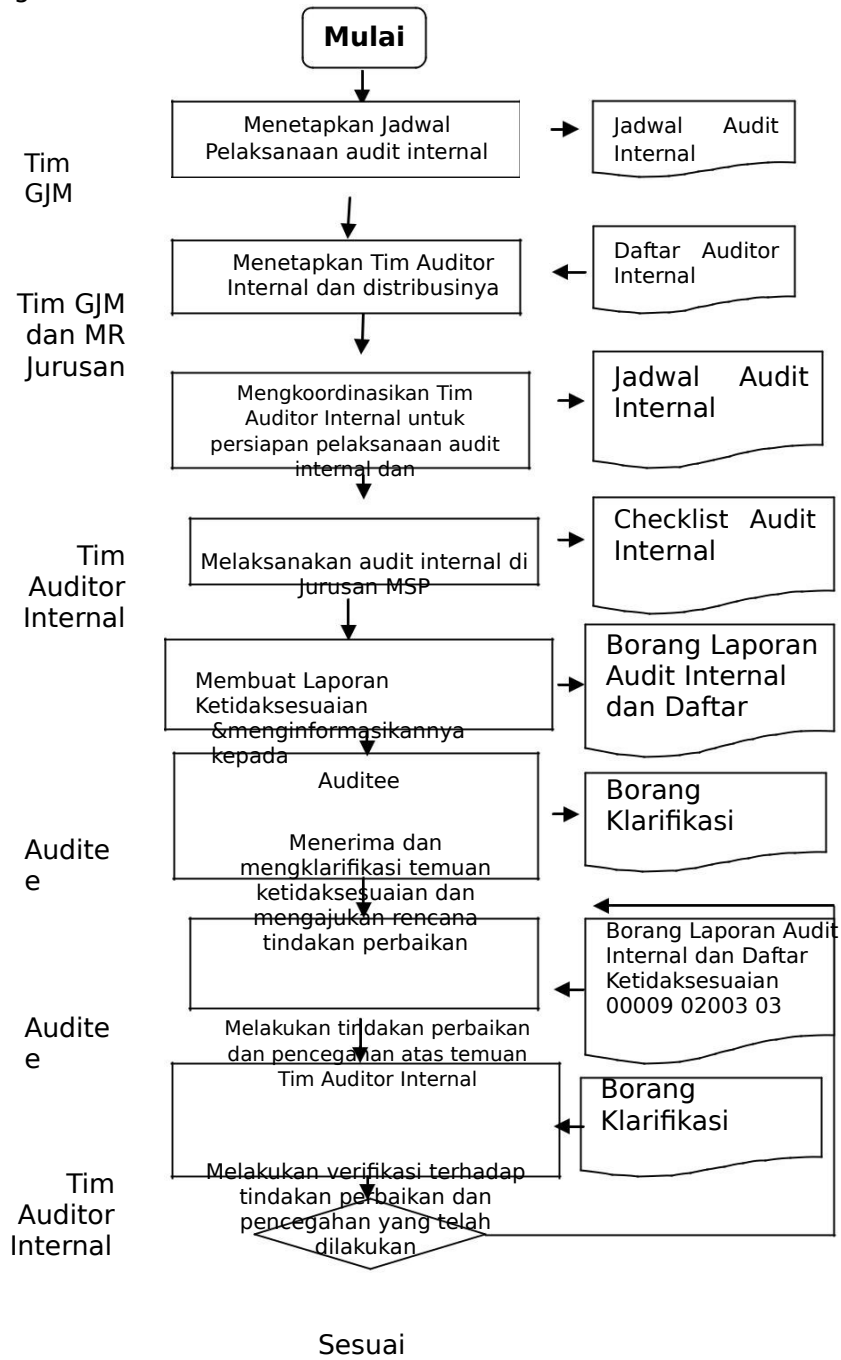
akan dipilih yang telah siap atau langsung akan digantikan oleh MR. Auditor akan mengonfirmasikan kembali waktu pelaksanaan audit dengan tim UJM. Jika terpaksa dilakukan perubahan jadwal, maka auditor harus melakukan konfirmasi ke MR.

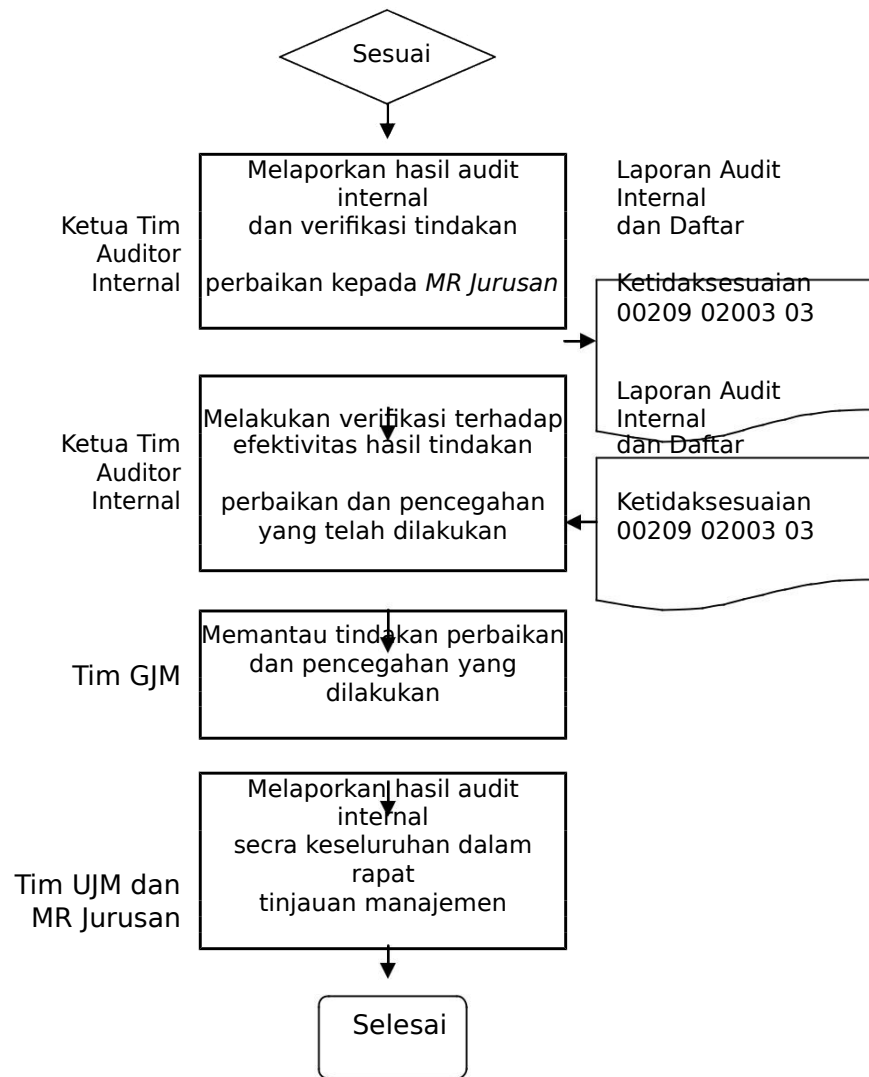
- d. Apabila dianggap perlu MR akan menjadi peninjau dan/atau mengundang personel lain untuk menjadi peninjau.

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 (nonconformance)
 - Bukti nyata (objective evidence) dari ketidaksesuaian
 - Aspek/ proses ketidaksesuaian
 - Ketidaksesuaian dengan dokumen tertentu.
- c. Laporan audit internal ditandatangani oleh Ketua Auditor sebelum diserahkan kepada ketua Jurusan 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 bertanggung jawab terhadap status pelaporan.
- f. Dan laporan yang telah dianggap memadai akan diserahkan kepada MR untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan.
- g. 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.
- h. 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 ditentukan).
- i. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam Rapat Tinjauan Manajemen.

Bagan Alir





Lampiran

1. Daftar Auditor Internal Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan

No	Nama Auditor Internal	Fakultas/Jurusan/P S
1.		
2.		
3.		
4.		

2. Rencana Jadwal Audit Internal

No	Kegiatan	Tahun 2014												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.	Audit Internal I													
	Realisasi													
2.	Audit Internal II													
	Realisasi													

Malang,
Dibuat oleh,

Disetujui
oleh,

(_____)
Tim
Ketua GJM

(_____)
Wakil Dekan I

3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidakesesuaian atau Corrective Action Requirement - CAR (00209 02003 03)

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) Nomor 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 (00209 02003 04)

Bidang yang diaudit	Auditor :
	Tgl. Audit internal :
	No. Temuan :
Uraian temuan:	Kategori: 1. KTS 2. Obervasi
Penyebab/ Akar Masalah:	Tanda Tangan MR
Rencana perbaikan/ pencegahan yang dilakukan Auditee:	Target Waktu Selesai
Verifikasi:	
Status CAR 1. OPEN 2. CLOSED	Tanda Tangan Ketua Jurusan