

Manual Prosedur

Audit Internal



Universitas Nahdlatul Ulama Indonesia
Jakarta

2016

Manual Prosedur
Audit Internal
Lembaga Penjamin Mutu
UNiversitas Nahdlatul Ulama Indonesia

Kode Dokumen	:	
Revisi	:	0
Tanggal	:	Januari 2016
Diajukan oleh	:	Tim Lembaga Penjamin Mutu Ttd Rohman Hidayat, M.Pd
Dikendalikan oleh	:	Ketua Lembaga Penjamin Mutu Ttd : Fariz Alnizar, M.Hum
Disetujui oleh	:	Rektor Ttd Prof. Dr. Ir. M. Maksum Machfodz, M.Sc

Kata Pengantar

Universitas BrawNahdlatul Ulama Indonesia (UNUSIA) menerapkan Sistem Penjaminan Mutu untuk Pendidikan tinggi yang dijelaskan dalam manual mutu. Manual mutu ini mengacu pada Manual Prosedur Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Universitas Nahdlatul Ulama Indonesia. Manual Mutu tersebut memuat kebijakan mutu akademik, sistem penjaminan mutu akademik, serta organisasi, tanggung jawab dan wewenang. Berdasarkan standar akademik amaka disusun Manual Prosedur Audit Internal

Jakarta, Januari 2016

Kepala LPM,

Fariz Alnizar, M.Hum

Daftar Isi

Tujuan.....	1
Ruang Lingkup.....	1
Definisi.....	1
Rujukan	1
Garis Besar Prosedur	2
1. Audit Internal Sistem Mutu	2
2. Pelaporan Hasil Audit	2
Bagan Alir	4
Lampiran.....	6
1. Daftar Auditor Internal LPM UNUSIA	6
2. Rencana Jadwal Audit Internal	7
3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement	8
4. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan.....	9

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.

Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan sistem manajemen mutu di LPM UNiversitas Nahdlatul Ulama Indonesia.

Tanggung Jawab

Lembaga Penjamin Mutu LPM bertanggung jawab menetapkan prosedur ini.

Definisi

1. Lembaga Penjamin Mutu (LPM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh Rektor dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat Universitas.
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 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 UJM FIB
 - Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan LPM UNUSIA
 - Membantu *Top Management* merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Ketua Jurusan 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.

Rujukan

1. Manual Mutu UNUSIA
2. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai UNUSIA
3. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan UNUSIA
4. Manual Prosedur Pengendalian Dokumen dan Rekaman UNUSIA

Garis Besar Prosedur

1. Audit Internal Sistem Mutu

- a. LPM menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian (Jurusan, program studi) 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.

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.

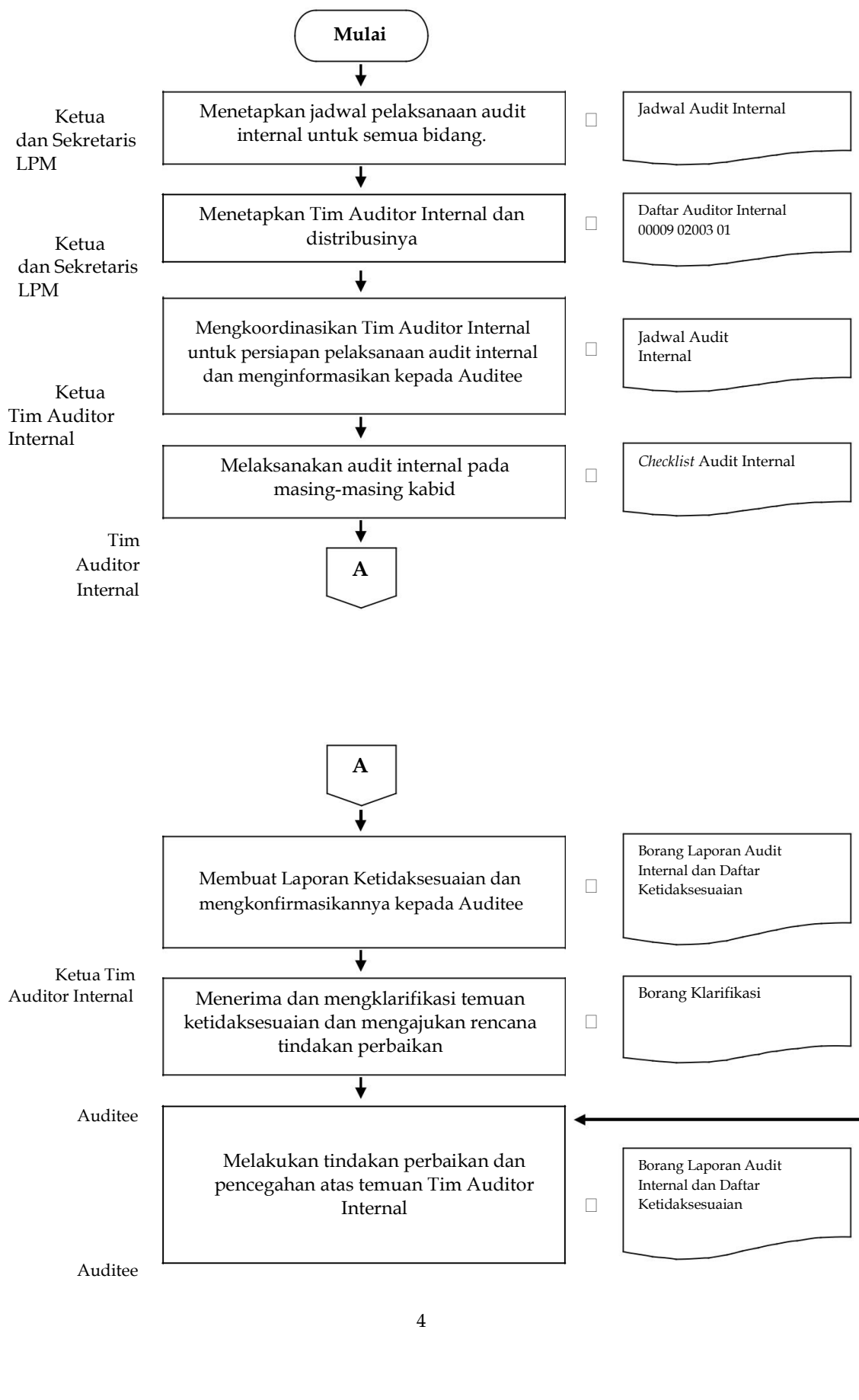
Dan laporan yang telah dianggap memadai akan diserahkan kepada *MR* untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan.

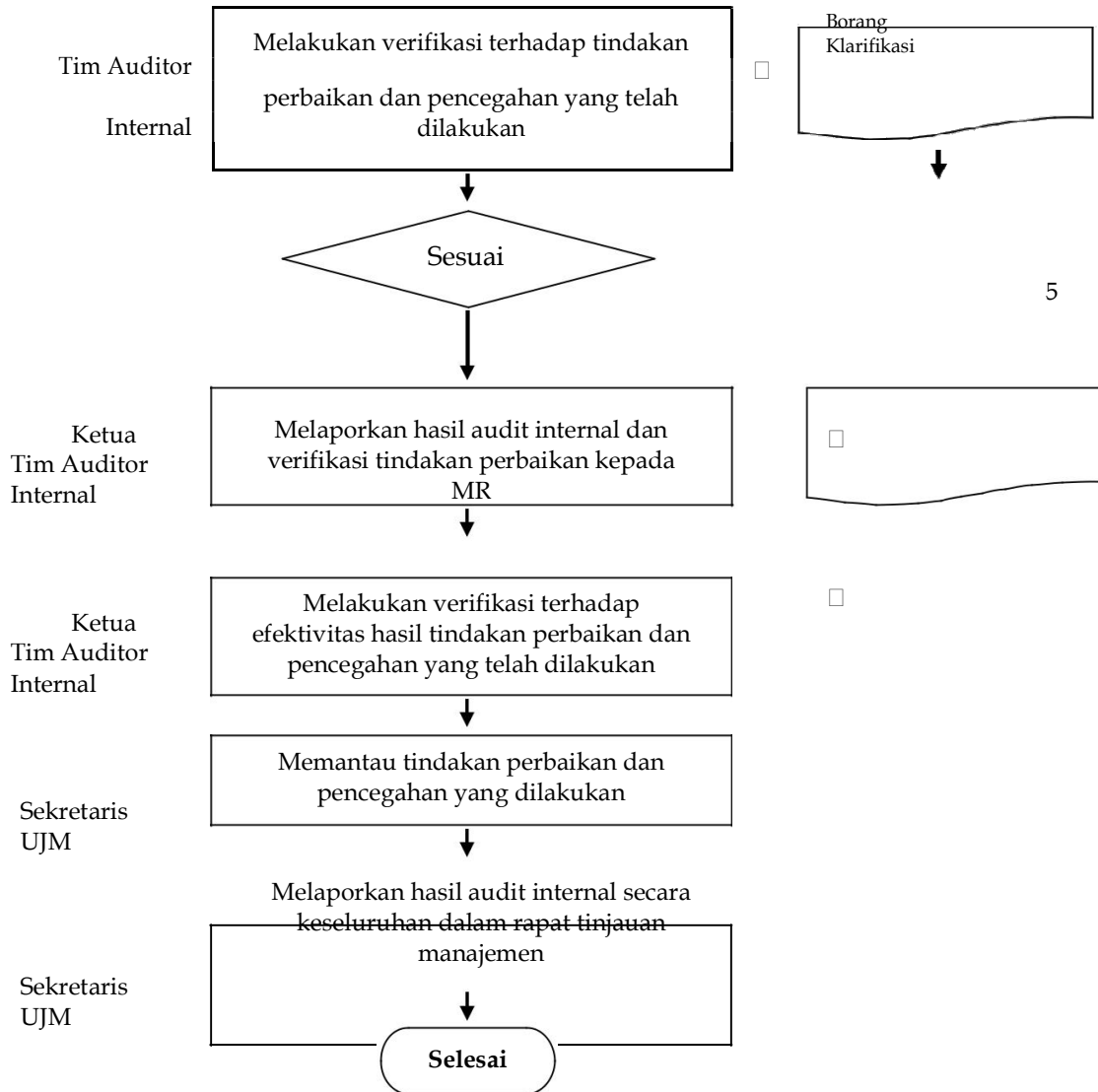
- f. Apabila bidang yang diaudit tersebut telah melaksanakan tindakan koreksi dan pencegahan sebelum tanggal yang telah disepakati, maka bidang tersebut akan memberitahukan *MR* untuk dilakukan verifikasi. Apabila *MR* tidak mendapatkan informasi dari bagian tersebut tentang status tindakan koreksi dan pencegahan, maka *MR* akan melakukan verifikasi pada waktu yang disepakati.
- g. Dan apabila tindakan koreksi dan pencegahan belum dilakukan pada waktu yang disepakati, maka Ketua 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.

TIM PENYUSUN

1. Dr. H. Syahrizal Syarif, Ph.D
2. Fatkhu Yasik, M.Pd
3. Fariz Alnizar, M, Hum
4. Abdullah Ubaid, MA.Ek

Bagan Alur





Lampiran

1. Daftar Auditor Internal LPM UNUSIA

No.	Nama Auditor Internal	Fakultas/Jurusan/PS
1	dr. H. Syahrizal Syarif, PhD	Rektorat
2	Dr. Syamsul Hadi	Fakultas Agama Islam/ Pendidikan Agama Islam
3	Dr. HM. Mujib Qulyubi, MH.	Fakultas Agama Islam/ Akhwalus Syakhsiyah
4	Sukanto, MA	Teknik/TIP
5	Purnomo Juwono, M.Kom	Teknik/Sistem Informasi
6	Azis Muslim, M.Si	Ilmu Sosial/Sosiologi
7	Elmy Bonafita, M.Psi	Ilmu Sosial/ Psikologi

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													

Jakarta,

.....
Dibuat oleh,

(Rohman Hidayat A, M.Pd)
Sekretaris LPM

Disetujui oleh,

(Fariz Alnizar, M.Hum)
Ketua LPM

3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau *Corrective Action Requirement* - CAR (00009 02003 03)

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 Bidang yang diaudit
 (2) Tanggal temuan
 (3) Kategori temuan: KTS, Observasi
 (4) Status: *New, open, closed*
 (5) Nama Auditor
 (6) Personil / unit kerja yang diaudit
 (7) 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*

