

MANUAL PROCEDURE

Audit Internal



**UNIT LAYANAN PENGADAAN (ULP)
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2014**



Manual Procedure
Audit Internal
Unit Layanan Pengadaan (ULP)
Universitas Brawijaya

Kode Dokumen	:	
Revisi	:	1
Tanggal	:	12 Mei 2014
Diajukan oleh	:	Sekretaris II <u>Much. Rikhi Toufan, ST</u> NIK. 860801 1321 0382
Dikendalikan oleh	:	Sekretaris I <u>Khoirul Azhar, ST</u> NIP. 19810709 200910 1 002
Disetujui oleh	:	Kepala Unit Layanan Pengadaan (ULP) <u>Dr. Ir. Achmad As'ad Sonief, MT</u> NIP. 19591128 198710 1 001

Manual Prosedur Audit Internal Unit Layanan Pengadaan - UB

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 bagianterkait agar dapat dilakukan perbaikan.

B. RUANG LINGKUP

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapansistem manajemen mutu di ULP UB.

C. DEFINISI

1. Unit Layanan Pengadaan (ULP) adalah unsur pelaksana administrasi universitas yang menyelenggarakan pelayanan teknis administrasi keuangan berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Rektor. Secara umum Unit Layanan Pengadaan mempunyai tugas memberikan layanan administrasi keuangan di lingkungan universitas.
2. Audit Internal adalah Audit yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan SMM di ULP 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 mengkoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM ULP UB
 - c. Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan PJM 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. Ketidakesesuaian (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

D. REFERENSI

1. Manual Mutu ULP UB
2. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai ULP UB
3. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan
4. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional

E. GARIS BESAR PROSEDUR

1. Audit Internal Sistem Mutu

- a. Kasubbag. Akuntansi Keuangan 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.

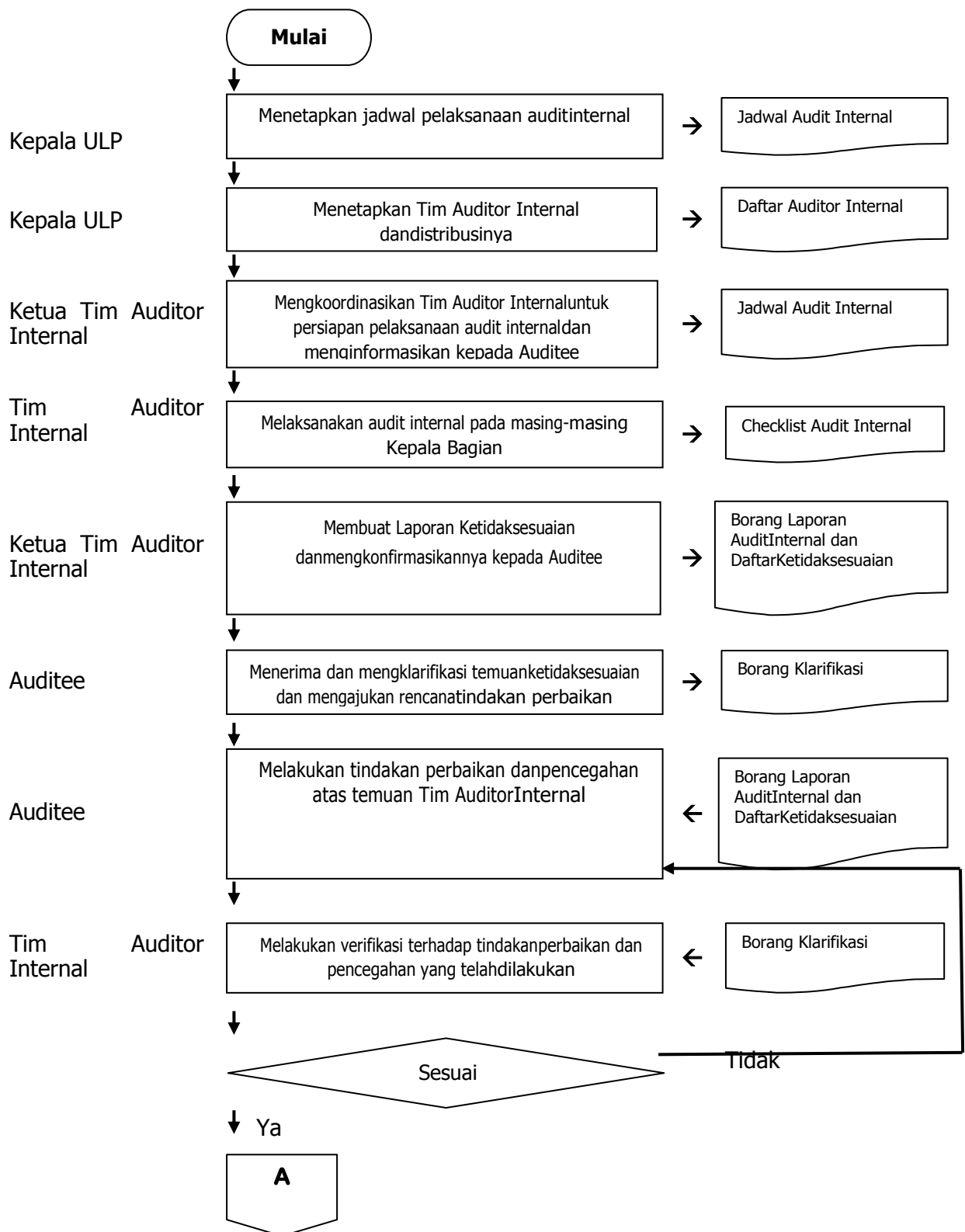
- e. Apabila dianggap perlu MR akan menjadi peninjau dan/atau mengundang personil lain untuk menjadi peninjau.

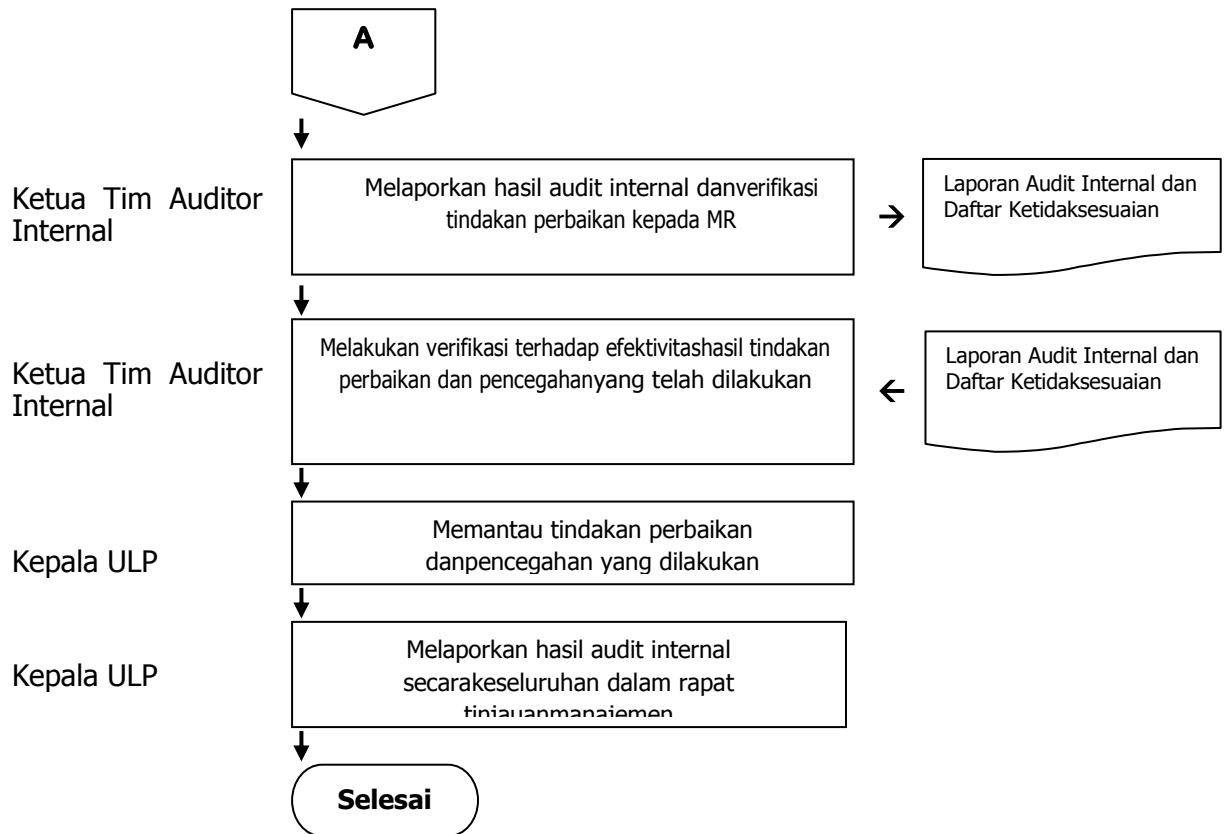
2. Pelaporan Hasil Audit

- a. Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan Borang Laporan Ketidakesuaian
- b. Dalam menuliskan ketidaksesuaian dalam borang nomor MP-ISO.ULP-UB.02-01, Auditor harus melengkapi kolom-kolom yang disediakan dan mendeskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan menguraikan 4 unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu:
 - Deskripsi 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 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 bertanggung jawab 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 Ketidaksihinggaan 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.

Bagan Alir





Lampiran

1. Daftar Auditor Internal ULP UB (00005 02003 01)

No	Nama Auditor Internal	Jabatan
1.	Dr. Ir. Achmad As'ad Sonief, MT	Kepala ULP
2.	Much. Rikhi Toufan, ST	Sek. ULP
3.	Khoirul Azhar, ST	Sek. ULP

2. Rencana Jadwal Audit Internal (00005 02003 02)

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

Malang,

Dibuat oleh,

Disetujui oleh,

(.....)

Sek. ULP

(.....)

Kepala Unit Layanan
Pengadaan (ULP)

3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR (00005 02003 03)

Audit ke- :		Auditor :		Tanda tangan Ketua Auditor :	
Bulan :		Auditee :		Tanda tangan Auditee:	

No. Temuan	Tanggal Temuan	Kategori Temuan	Status Temuan	Auditor	Auditee	Bidang yang diaudit	Uraian Ketidaksesuaian dan Saran	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

