

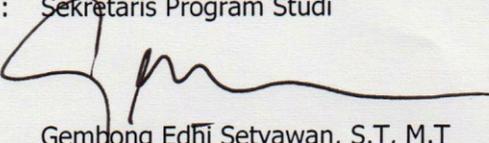
**MANUAL PROSEDUR
PELAKSANAAN AUDIT INTERNAL
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
TEKNOLOGI INFORMASI
PROGRAM TEKNOLOGI INFORMASI
DAN ILMU KOMPUTER**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2015**



**Manual Prosedur
Pelaksanaan Audit Internal
Program Studi Pendidikan Teknologi Informasi
Program Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer
Universitas Brawijaya**

Kode Dokumen	: 015 - 53 - 06 - 004
Revisi	: -
Tanggal	: 18 Juni 2015
Diajukan oleh	: Sekretaris Program Studi  Gembong Edhi Setyawan, S.T, M.T
Dikendalikan oleh	: Ketua UJM  Aditya Rachmadi, S.ST., MTI
Disetujui oleh	: Ketua Program Studi  Satrio Agung W., S.Kom, M.Kom

KATA PENGANTAR

Penjaminan mutu akademik Prodi Pendidikan Teknologi Informasi merupakan tanggung jawab bersama seluruh warga Pendidikan Teknologi Informasi. Untuk memperlancar pelaksanaan dan kegiatan Penjaminan Mutu akademik maka Prodi Pendidikan Teknologi Informasi menyusun pedoman pelaksanaan Akademik dalam bentuk buku PEDOMAN PRODI PENDIDIKAN TEKNOLOGI INFORMASI. Salah satu buku PEDOMAN di Prodi Pendidikan Teknologi Informasi adalah Manual Prosedur Pelaksanaan Audit internal Mutu Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.

Tujuan dari dibuatnya Manual Prosedur Pelaksanaan Audit Internal Prodi Pendidikan Teknologi Informasi adalah standarisasi untuk proses pelaksanaan audit internal di Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.

Kiranya Manual Prosedur Pelaksanaan Audit Internal Prodi Pendidikan Teknologi Informasi, yang telah disusun oleh Tim Unit Jaminan Mutu (UJM) Prodi Pendidikan Teknologi Informasi dapat dipahami dan dilaksanakan dengan baik oleh dosen, tenaga administrasi, laboran dan mahasiswa sehingga dapat memperlancar proses penyelenggaraan manajemen maupun kegiatan belajar mengajar di lingkungan Prodi Pendidikan Teknologi Informasi .

DAFTAR ISI

TIM PENYUSUN DOKUMEN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI	5
I. TUJUAN	6
II. REFERENSI	6
III. RUANG LINGKUP.....	6
IV. PIHAK YANG TERKAIT.....	6
V. DOKUMEN/LAMPIRAN	6
VI. DEFINISI.....	7
VII. LANGKAH-LANGKAH PROSEDUR.....	8
VIII. Bagan Alir	10
8.1. Diagram Alir Persiapan Internal Audit.....	10
8.2. Diagram Alir Pelaksanaan Internal Audit.....	11
8.3. Diagram Alir Pelaporan Internal Audit	12
Lampiran 1. Form Daftar Auditor Internal Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.....	13
Lampiran 2. Form Rencana Jadwal Audit Internal.....	14
Lampiran 3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR	15
Lampiran 4. Form Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan	16
Lampiran 5. Borang Daftar Rekaman Mutu	17

I. TUJUAN

Dokumen Manual Prosedur Pelaksanaan Audit Internal Prodi Pendidikan Teknologi Informasi bertujuan untuk :

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.

II. REFERENSI

- 2.1. Manual Mutu Prodi Pendidikan Teknologi Informasi
- 2.2. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak sesuai Prodi Pendidikan Teknologi Informasi
- 2.3. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan
- 2.4. Manual Mutu PJM UB - No. Dokumen : 00009 01000

III. RUANG LINGKUP

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di Program Studi Pendidikan Teknologi Informasi, Program Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer, Universitas Brawijaya.

IV. PIHAK YANG TERKAIT

1. Management Representative
2. Auditor Internal PTIIK
3. Bagian yang diaudit
4. Ketua UJM
5. Ketua Prodi

V. DOKUMEN/LAMPIRAN

- Rencana Jadwal Audit Internal
- Borang Laporan Audit Internal dan Daftar ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR
- Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan

VI. DEFINISI

1. Unit Jaminan Mutu Prodi Pendidikan Teknologi Informasi adalah unit yang dibentuk oleh Ketua Program PTIIK dan diberi tugas untuk mengembangkan sistem penjaminan mutu internal di tingkat Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.
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 mengkoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.
 - c. Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan Prodi Pendidikan Teknologi Informasi.
 - d. Memantau dan melaporkan ketercapaian indikator sasaran mutu minimal dua kali setiap tahun.
2. 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.
3. Observation (OB) adalah apabila ditemukan :
 - a. Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

VII. LANGKAH-LANGKAH PROSEDUR

1. Audit Internal Sistem mutu
 - a. Management Representative 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 (dua) orang ialah personil yang terdaftar dalam daftar auditor internal ISO tetapi bukan berasal dari bagian yang akan di audit (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 untuk menjadi peninjau.
2. Pelaksanaan Audit
 - a. Auditor dan auditee melaksanakan peninjauan sistem sesuai jadwal yang telah ditentukan.
 - b. Auditor memberikan catatan audit atas berkas yang telah diperiksa.
 - c. Auditee berkoordinasi untuk mempersiapkan jawaban atas catatan auditor mengenai temuan yang diperiksa.
 - d. Auditor dan auditee melakukan pertemuan untuk memberikan klarifikasi atas temuan yang diberikan oleh auditor sesuai jadwal yang telah disepakati.
3. Pelaporan Hasil Audit
 - a. Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan borang laporan ketidaksesuaian.
 - b. Dalam menuliskan ketidaksesuaian dalam boraing laporan ketidaksesuaian, auditor harus melengkapi kolom-kolom yang

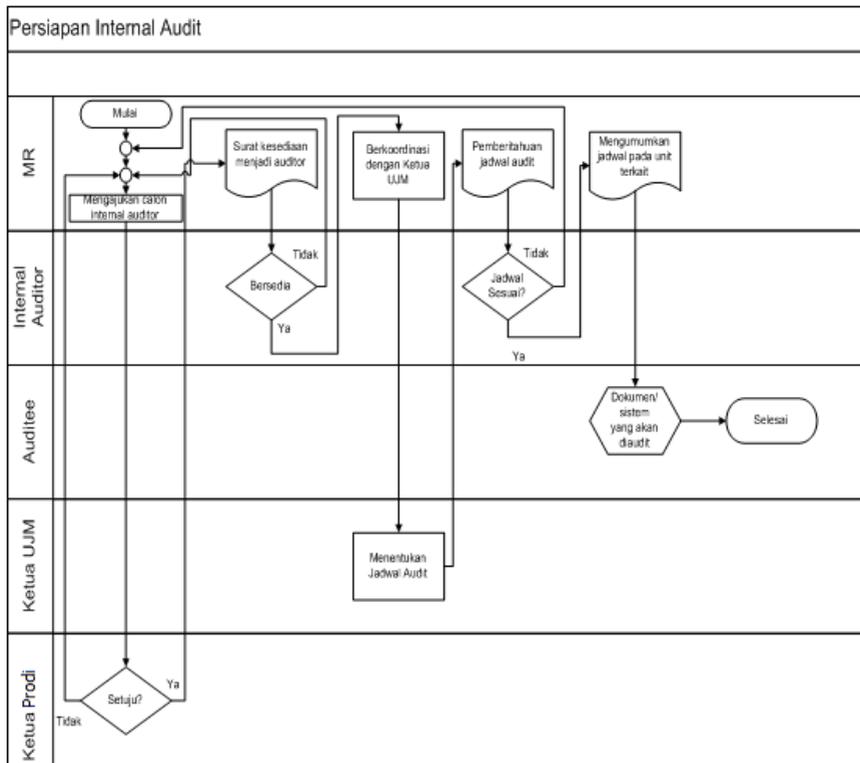
disediakan dan mendeskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan mengusahakan 4 (empat) unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu :

- Deskripsi dari ketidaksesuaian (*non-conformance*)
 - Bukti nyata (*objective evidence*)
 - 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 kepada MR untuk melakukan verifikasi bersama. Apabila MR tidak mendapatkan informasi dari bagian tersebut tentang status tindakan koreksi dan pencegahan, maka MR akan melakukan verifikasi pada waktu yang telah 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 di waktu yang disepakati belum juga melakukan tindakan koreksi dan pencegahan tersebut, maka MR membuat ketidaksesuaian untuk kasus yang sama.

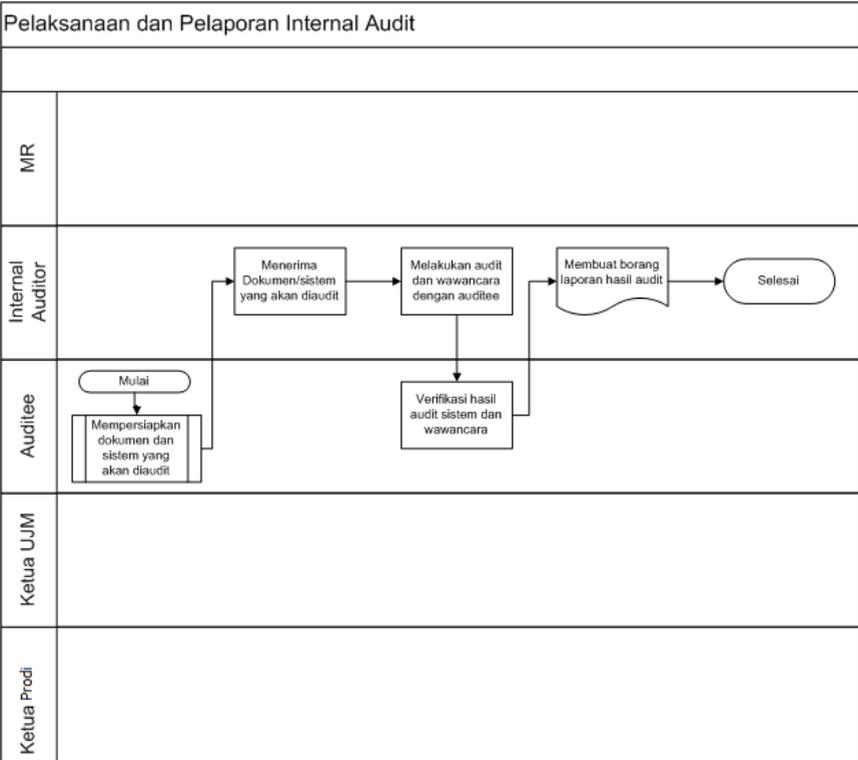
- h. Apabila dianggap perlu, MR dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan yang diusulkan oleh koordinator bidang yang bersangkutan dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan sistem mutu.
- i. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian 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.

VIII. Bagan Alir

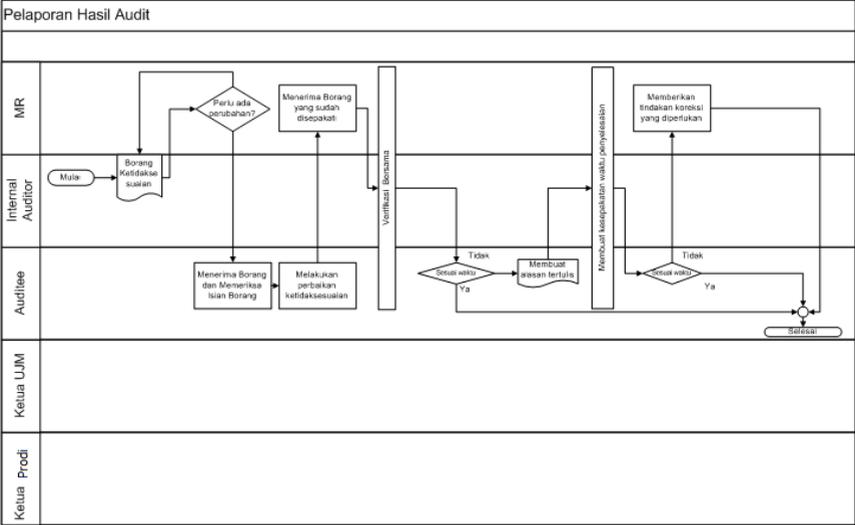
8.1. Diagram Alir Persiapan Internal Audit



8.2. Diagram Alir Pelaksanaan Internal Audit



8.3. Diagram Alir Pelaporan Internal Audit



Lampiran 1. Form Daftar Auditor Internal Prodi Pendidikan Teknologi Informasi

No	Nama Auditor Internal	Asal Program Studi	Bidang Audit	Keterangan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Lampiran 2. Form Rencana Jadwal Audit Internal

No	Kegiatan	Tahun												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Dibuatoleh,
Sekretaris UJM

Malang,
Disetujui oleh,
Ketua UJM

Lampiran 3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR

 Unit Jaminan Mutu	<p><u>BORANG LAPORAN AUDIT INTERNAL DAN DAFTAR KETIDAKSESUAIAN</u></p> <p>Gedung E PTIIK - UB Jalan Veteran Malag Telp/Fax. 0341-577911 Email : pti.ptiik@ub.ac.id</p>	No. Dokumen _____ Revisi _____ Tanggal Efektif _____ Halaman _____
--	--	---

Audit Ke- :

Bulan :

No	Tanggal	Kategori	Status Temuan	Auditor	Teraudit	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)

Management Representative
Tanda Tangan

TTD.

(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 dokumen yang diperbaiki (12) status akhir : open/closed

Lampiran 4. Form Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan

 <p>Unit Jaminan Mutu</p>	<p><u>BORANG LAPORAN</u> <u>TINDAKAN KOREKTIF DAN</u> <u>PENCEGAHAN</u></p> <p>Gedung E PTIIK - UB Jalan Veteran Malag Telp/Fax. 0341-577911 Email : pti.ptiik@ub.ac.id</p>	No. Dokumen
		Revisi
		Tanggal Efektif
		Halaman

Bidang ter-audit	Auditor	:	
	Tanggal Audit	:	
	No. Temuan	:	
Uraian Ketidaksesuaian	Kategori 1. Mayor 2. Minor 3. Observasi		
Penyebab/Akar Masalah	Tanda tangan Auditee		
Rencana Perbaikan	Target Waktu Selesai		
Verifikasi			
STATUS CAR		Tanda Tangan Management Representative	
OPEN	CLOSED		

Lampiran 5. Borang Daftar Rekaman Mutu

No	Nama Dokumen	Kode	Revisi	Tanggal Revisi	Keterangan Revisi	Keterangan
1.						