

# **PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL (SOP 3)**



**PPNS** POLITEKNIK  
PERKAPALAN  
NEGERI SURABAYA

Disetujui dan disahkan oleh :  
Pada tanggal 14 Januari 2018  
Manajer Mutu



Wiediantini, SE, MT  
NIP 197604222009122003



# PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 2 of 9

## 1. TUJUAN

Untuk memastikan bahwa kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) unit kerja di Lingkungan Politeknik Perkapalan Negeri Surabaya mempunyai perencanaan dan prosedur yang sistematis sehingga sesuai dengan Sistem Manajemen Mutu yang di implementasikan dalam meningkatkan budaya mutu di lingkungan Politeknik Perkapalan Negeri Surabaya.

## 2. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Standard Operating Procedure (SOP) adalah :

- 2.1. Penjadwalan AMI unit kerja
- 2.2. Pelaksanaan AMI unit kerja
- 2.3. Penentuan Tim Auditor
- 2.4. Tindak Lanjut AMI unit kerja
- 2.5. Pelaporan hasil AMI unit kerja

## 3. ACUAN

- 3.1 Standar ISO 9001
- 3.2 Standar ISO 17025
- 3.3 Permenristekdikti No. 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- 3.4 Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

## 4. DEFINISI



## PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 3 of 9

- 8.2 Audit adalah proses sistematis, independen dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan mengevaluasinya secara obyektif untuk menentukan tingkat pemenuhan kriteria audit.
- 8.3 Audit internal, kadang – kadang dinamakan audit pihak pertama, dilakukan oleh, atau atas nama, organisasi sendiri untuk tinjauan manajemen dan sasaran internal lainnya dan dapat dijadikan dasar bagi pernyataan diri organisasi tentang kesesuaiannya. Dalam beberapa kasus, khususnya untuk organisasi yang lebih kecil, independensi dapat dibuktikan dengan bebasan dari tanggung jawab untuk kegiatan yang diaudit.
- 8.4 Auditor adalah orang yang memiliki atribut personel dan kompetensi yang dapat dibuktikan, untuk melakukan audit.
- 8.5 Auditee adalah unit, laboratorium, bengkel, jurusan, prodi yang diaudit
- 8.6 Temuan audit adalah hasil evaluasi bukti audit yang dikumpulkan terhadap kriteria audit. Temuan audit dapat menunjukkan kesesuaian atau ketidaksesuaian
- 8.7 Ketidaksesuaian (KTS) adalah apabila ditemukan:
  - a. Tidak dipenuhinya suatu persyaratan,
  - b. Suatu sistem gagal untuk memenuhi satu klausul dari persyaratan sistem mutu,
  - c. Penerapan suatu klausul sangat tidak konsisten,
  - d. Ketidaksempurnaan 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 yang diamati dari suatu pengamatan dari satu prosedur organisasi.
- 8.8 Bukti audit adalah rekaman, pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi
- 8.9 Verifikasi adalah konfirmasi, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi
- 8.10 Kriteria audit adalah kumpulan kebijakan, prosedur atau persyaratan.
- 8.11 Observasi (OB) adalah apabila ditemukannya adanya aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

## 5. TANGGUNG JAWAB



## **PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )**

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 4 of 9

Penjadwalan, pengaturan pelaksanaan, dan pelaporan hasil audit internal adalah tanggung jawab Manajer Mutu. Tiap personal berperan aktif dalam kegiatan audit internal, baik sebagai auditor maupun sebagai auditee.

### **6 PROSEDUR UTAMA**



# PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 5 of 9

## 6.1 Pelaksanaan Audit

- 6.1.1 Manajer Mutu menyusun jadwal tahunan dan jadwal pelaksanaan audit untuk audit internal berdasarkan status dan pentingnya unit atau kegiatannya. Jadwal Audit Internal mengikuti formulir F.WMM.07.
- 6.1.3 Jadwal pelaksanaan audit harus disebarakan satu minggu sebelum pelaksanaan audit internal dengan formulir Pemberitahuan Audit Internal (F.WMM.08).
- 6.1.3 Dalam jangka waktu satu tahun semua unit/kegiatan harus pernah diaudit dan audit harus mencakup semua aspek unit atau kegiatan.
- 6.1.3 Unit/ kegiatan yang diaudit tidak boleh diaudit oleh seseorang dari kalangan unit/kegiatan itu.
- 10.3 Setiap auditor harus seseorang yang telah mendapatkan pelatihan dalam hal ketrampilan mengaudit, tetapi boleh ditemani oleh seseorang yang ahli dalam bidang atau kegiatan yang diaudit. Dapat juga seorang auditor ditemani oleh seseorang yang memang dimaksudkan oleh PPNS untuk dapat dilatih lebih lanjut selaku auditor. Dalam kedua kasus itu pendamping bukanlah auditor dan tidak dapat bertindak selaku auditor.
- 10.4 Setiap auditor, sebelum melaksanakan audit harus menghubungi auditee tiga hari sebelum pelaksanaan audit internal, menyiapkan sebuah checklist untuk dipakai sebagai alat pemicu ingatan pada saat melaksanakan audit. Semua temuan dalam audit haruslah dicatat dalam Daftar Periksa Audit Internal (F.WMM.09) dan Daftar Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (F.WMM.010), yang kemudian harus dikumpulkan oleh Manajer Mutu sebagai salah satu rekaman pelaksanaan audit.
- 10.5 Setiap ketidaksesuaian yang ditemukan dalam pelaksanaan audit harus dibuatkan laporannya menurut format yang tertera di Lampiran D, Daftar Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (F.WMM.010).
- 10.6 Pimpinan unit atau kegiatan yang diaudit harus menanggapi laporan ketidaksesuaian itu dan menentukan, jika dapat dilakukannya sendiri, koreksi apa yang akan dilakukan dan berapa lama koreksi terselesaikan dan bila mungkin juga tindakan koreksinya.
- 10.7 Apabila pimpinan unit atau kegiatan yang diaudit tidak dapat menentukan sendiri, maka masalah koreksi dan tindakan koreksinya diajukan ke rapat pimpinan.
- 10.8 Jika koreksi, tindakan koreksi dan kerangka waktu penyelesaiannya telah disepakati, Manajer Mutu harus mengusahakan adanya audit terhadap hasil koreksi & tindakan koreksi tersebut.



## PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 6 of 9

10.9 Jika verifikasi ini menunjukkan hasil yang positif, maka Manajer Mutu dapat menutup laporan tersebut.

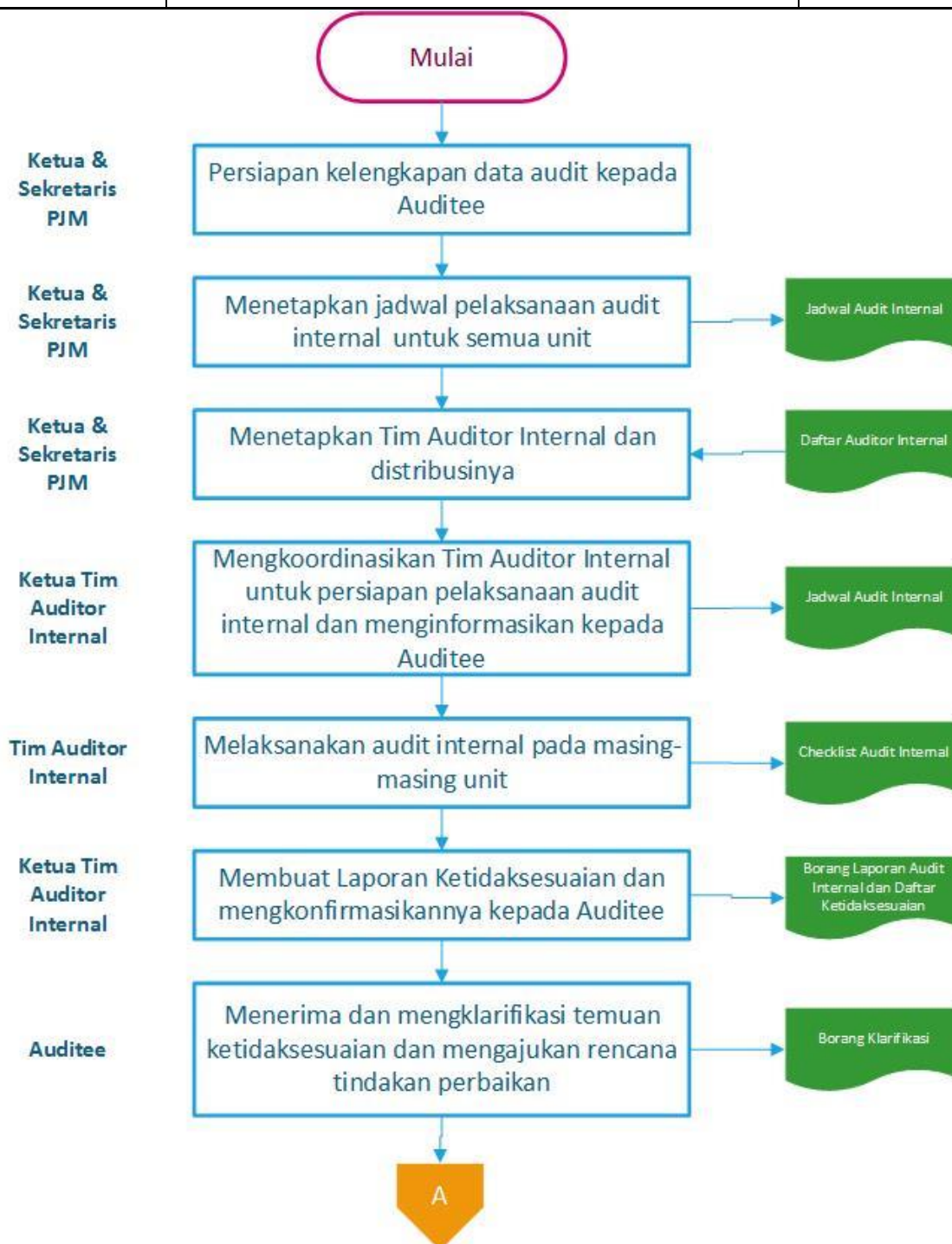
10.10 Pelaksanaan, pelaporan, verifikasi audit dibuatkan rangkumannya dalam formulir seperti yang tertera dalam Lampiran E, Log Status Audit (F.WMM.017).

### 6.2 Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen

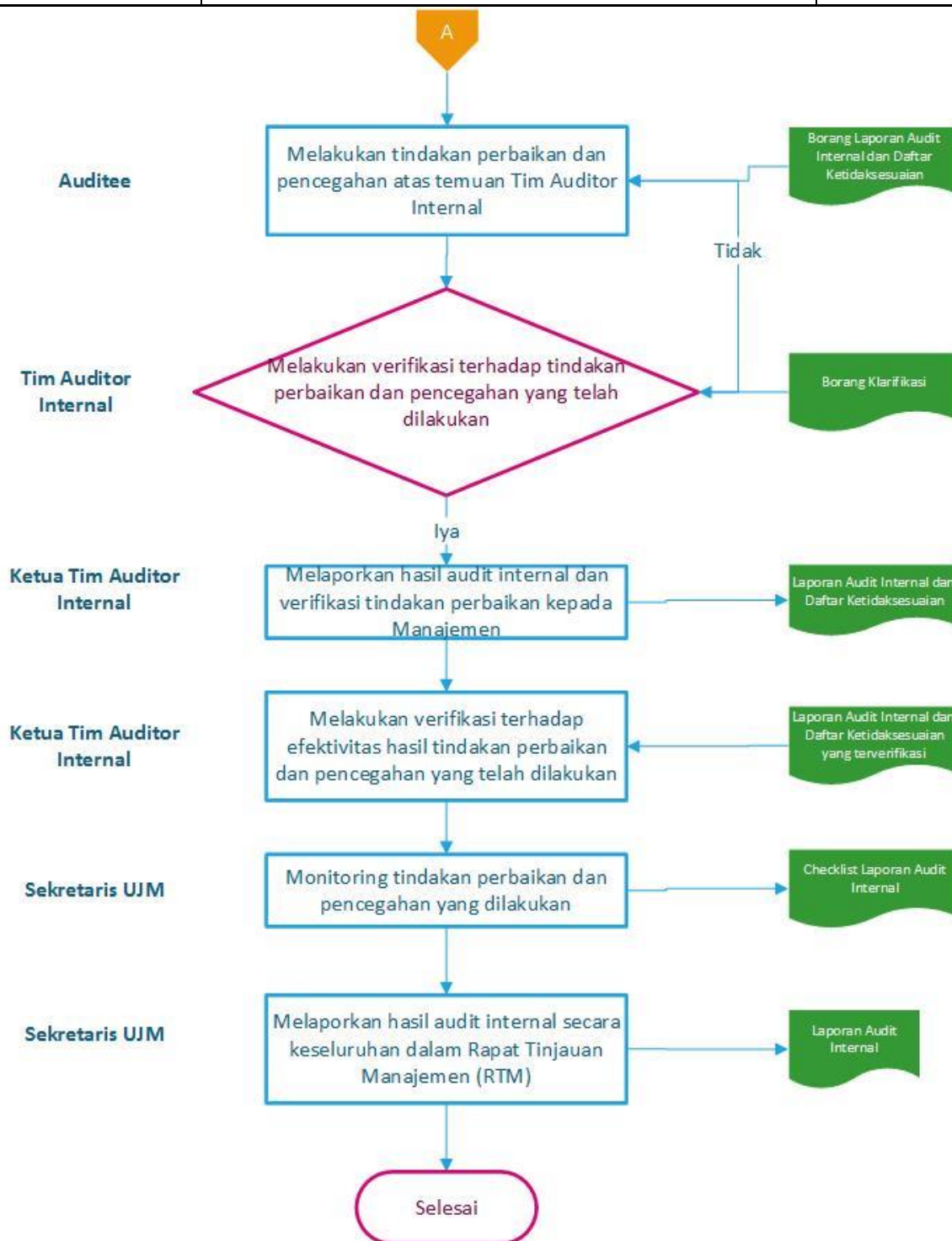
- 6.2.1 Kaji ulang manajemen dilakukan secara periodik setelah proses audit selesai dilakukan.
- 6.2.2 Kaji ulang manajemen dihadiri oleh Direksi dan Auditee.
- 6.2.3 Bahan yang menjadi pembahasan di dalam Kaji ulang Manajemen antara lain adalah : (1) Laporan Audit Internal; (2) Laporan pengaduan dari pelanggan dan penyelesaiannya; (3) Tindakan korektif dan pencegahan yang membutuhkan kebijakan manajemen ; (4) Perubahan dokumen unit.
- 6.2.4 Usulan-usulan dalam kaji ulang, diputuskan untuk perbaikan/peningkatan sistem manajemen mutu
- 6.2.5 Hasil kaji ulang manajemen dituangkan ke dalam sistem perencanaan Laboratorium (sasaran dan program mutu) untuk tahun-tahun berikutnya.

### 6. FLOW CHART

# PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )



# PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )







## **PROSEDUR UTAMA AUDIT INTERNAL ( SOP 3 )**

No. : PR.WMM.003  
Date : 25 Juni 2018  
Rev : 05  
Page 9 of 9

### **7. LAMPIRAN**

- A. Jadwal Audit Internal (F.WMM.07).
- B. Pemberitahuan Audit Internal (F.WMM.08).
- C. Daftar Periksa Audit Internal (F.WMM.09)
- D. Daftar Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (F.WMM.010)
- E. Log Status Audit (F.WMM.017)
- F. Checklist Audit Mutu Internal (F.WMM.018)