

***Standard Operating Procedure***  
**AUDIT INTERNAL**  
**FAKULTAS**

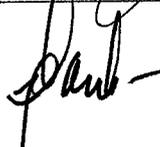
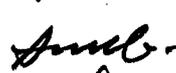
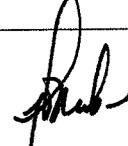
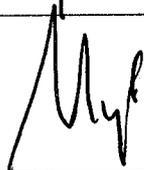


**Fakultas Ilmu Administrasi**  
**Universitas Brawijaya**  
**Malang**  
**2017**

## LEMBAR IDENTIFIKASI

	UNIVERSITAS BRAWIJAYA	Kode Dokumen : UN10/03/HK.01.02.a/028
	AUDIT INTERNAL	Revisi : 3
		Halaman ..1.. dari 2..

## AUDIT INTERNAL

Proses	Penanggungjawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tandatangan	
1. Perumusan	Dr. M. Saifi, M.Si	Ketua GJM		01-11-2017
2. Pemeriksaan	Prof.Dr. Bambang Supriyono, MS	Dekan		01-11-2017
3. Persetujuan	Drs. Heru Susilo, MA	Wakil Dekan II		01-11-2017
4. Penetapan	Prof.Dr. Bambang Supriyono, MS	Dekan		01-11-2017
5. Pengendalian	Dr. M.R. Khairul Muluk, M.Si	Wakil Dekan I		01-11-2017

# DAFTAR ISI

LEMBAR IDENTIFIKASI.....	i
DAFTAR ISI .....	ii
A. Tujuan .....	1
B. Ruang Lingkup dan Unit yang Terkait .....	1
C. Standar Mutu yang Terkait .....	1
D. Istilah dan Definisi.....	1
E. Urutan Prosedur .....	2
F. Bagan Alir .....	5
G. Referensi .....	7

## **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 bagian terkait agar dapat dilakukan perbaikan

## **B. Ruang Lingkup dan Unit yang Terkait**

1. Ketua dan Sekretaris GJM FIA - UB
2. Management Representatives (MR)
3. Auditor Independen
4. Koordinator Bidang yang bersangkutan

## **C. Standar Mutu yang Terkait**

- Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
- Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi
- Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 080/O/2002 tentang Statuta UB
- Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 34 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata kerja UB
- Peraturan Rektor Nomor 20 Tahun 2016 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja

## **D. Istilah dan Definisi**

1. Gugus Jaminan Mutu (GJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh Dekan dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjamin Mutu Internal (SPMI) di fakultas
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 GJM
  - c. Mengkoordinasikan pengelolaan dokumen, rekaman dan sumber daya di lingkungan GJM
  - d. Membantu Top Manajemen merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Dekan 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 system mutu
5. Observation (OB)

Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam system mutu

## **E. Urutan Prosedur**

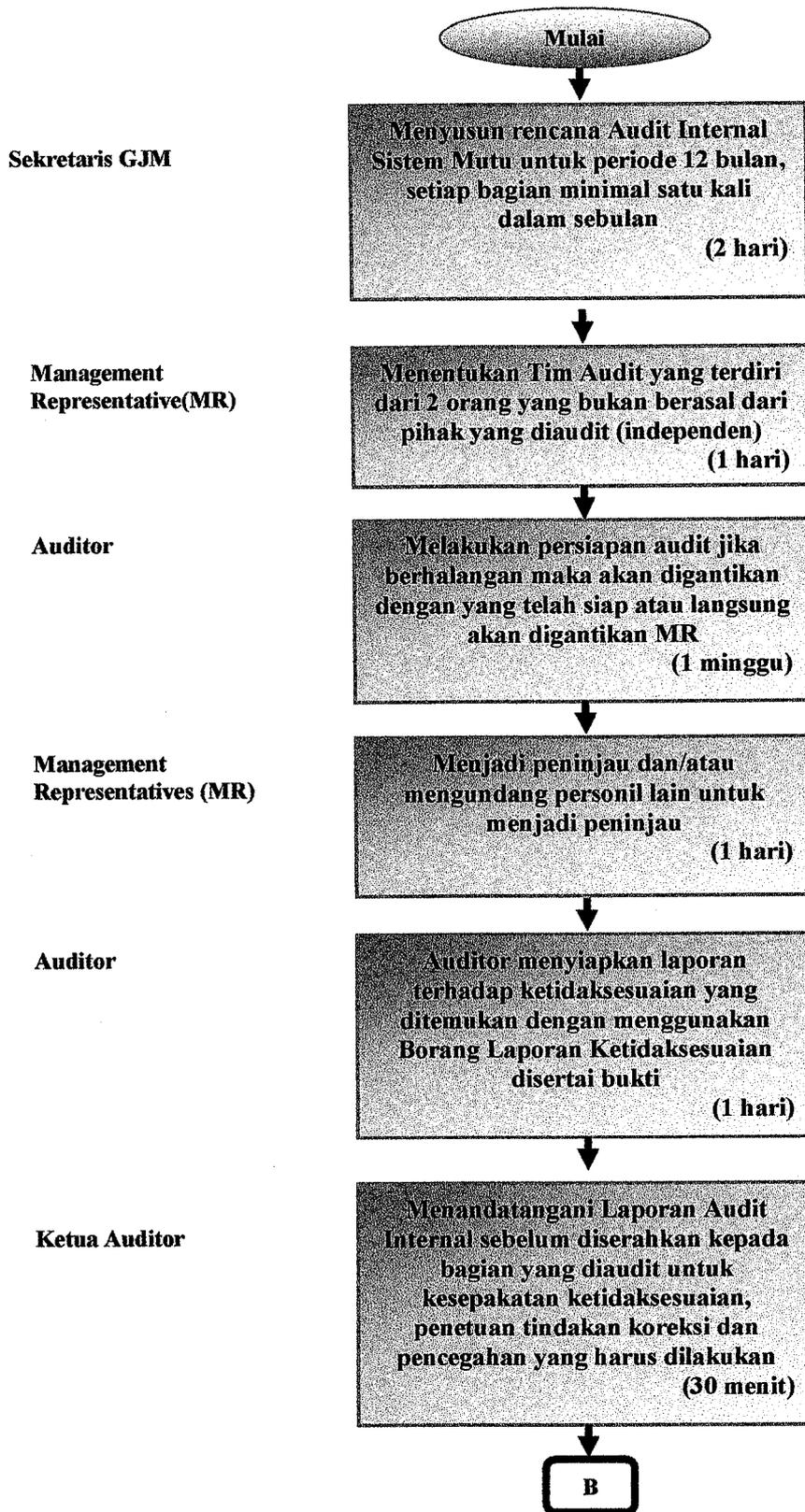
### **1. Audit Internal Sistem Mutu**

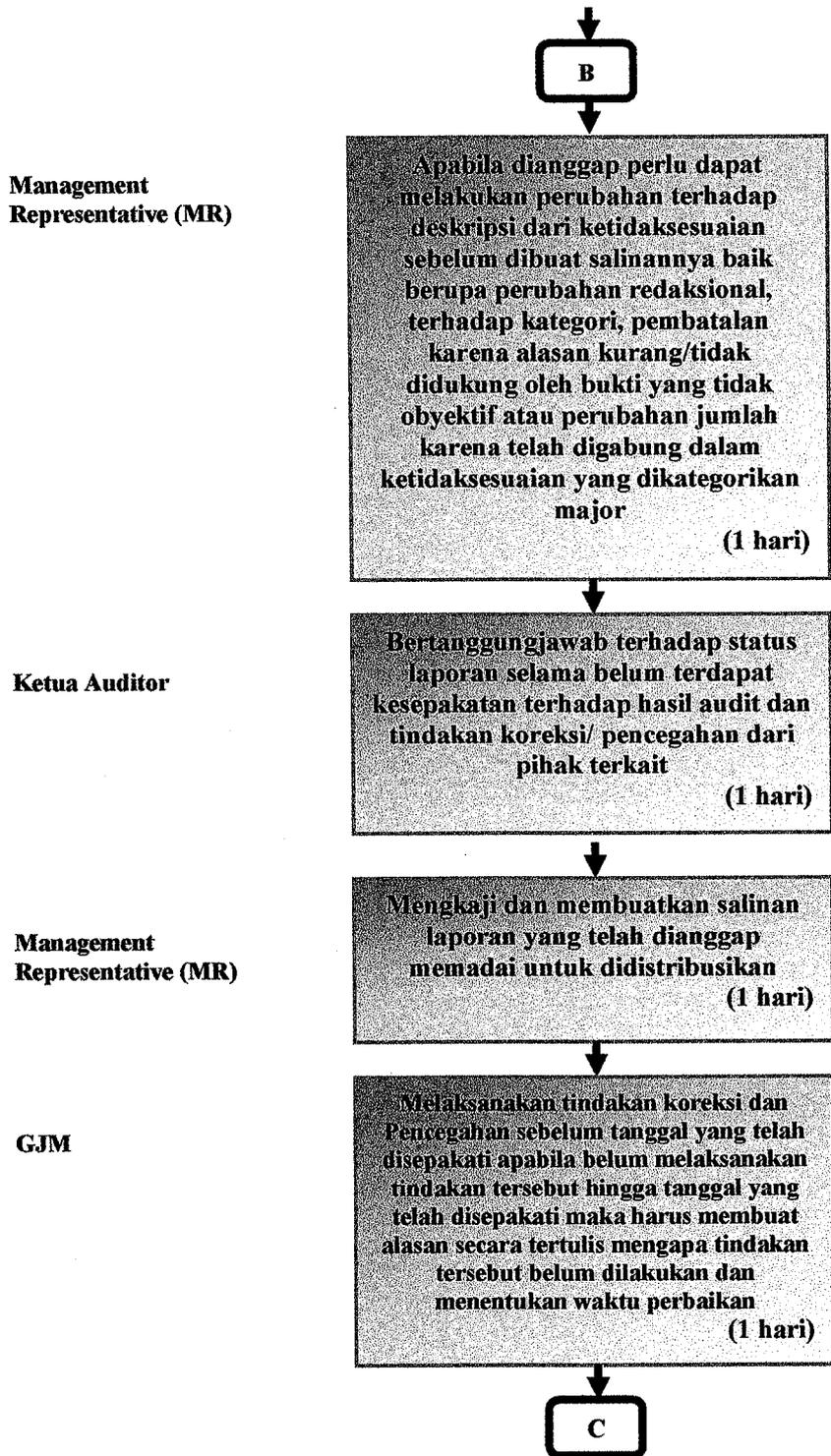
- a. Ketua dan Sekretaris GJM FIA menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian minimal satu kali dalam satu tahun. Perencanaan waktu yang ditetapkan tergantung pada prioritas dengan mempertimbangkan urgensi pelaksanaan audit.
- b. MR akan menentukan tim audit beberapa waktu sebelum dilakukan 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

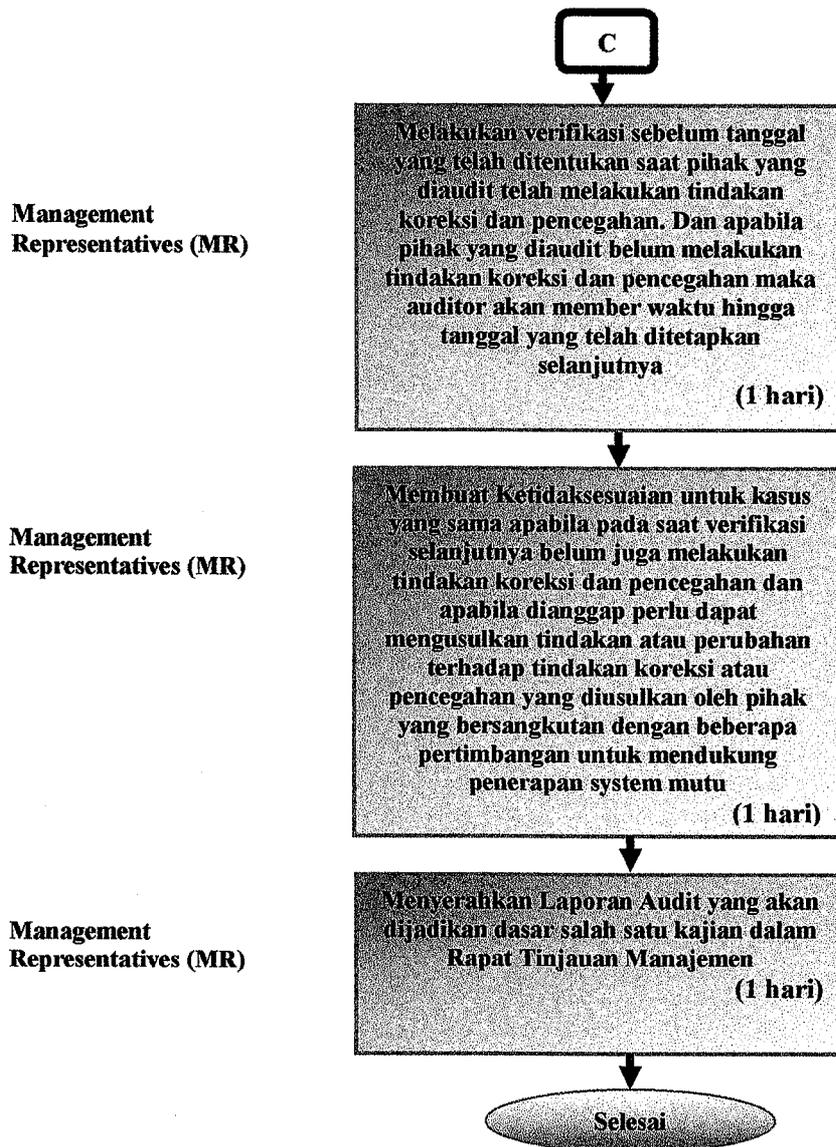
tersebut akan memberitahukan MR untuk dilakukan verifikasi. Apabila MR tidak mendapatkan informasi dari bagian tersebut tentang status tindakan koreksi dan pencegahan, maka MR akan melakukan verifikasi pada waktu yang disepakati dan apabila tindakan koreksi dan pencegahan belum dilakukan pada waktu yang disepakati, maka pihak teraudit 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

- f. MR dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan yang diusulkan oleh pihak yang bersangkutan dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan system mutu dalam 2 (dua) hari kerja
- g. Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam Rapat Tinjauan Manajemen

## F. Bagan Alir







## G. Referensi

1. Buku Pedoman Pendidikan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
2. Manual Mutu
3. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai
4. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan
5. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001 – 2008, Badan Standardisasi Nasional