

**MANUAL PROSEDUR
AUDIT INTERNAL**



**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2013**



**Manual Prosedur
Audit Internal**

**Gugus Jaminan Mutu
Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Brawijaya**

Kode Dokumen	: 0020004003
Revisi	: 5
Tanggal	: 31 Agustus 2012
Diajukan oleh	: Pembantu Dekan I Dr. Khusnul Ashar, SE., MA.
Disetujui oleh	: Dekan Prof. Candra Fajri Ananda, SE., M.Sc., Ph.D.

DAFTAR ISI

1. Tujuan	4
2. Ruang Lingkup	4
3. Definisi	4
4. Rujukan	5
5. Garis Besar Prosedur	6
a. Audit Internal Sistem Mutu	6
b. Pelaporan Hasil Audit	6
6. Bagan Alir	9
7. Lampiran	12
a. Daftar Auditor Internal FEB UB	12
b. Rencana Jadwal Audit Internal	12
c. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR (00209 02003 03)	13
d. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (00209 02003 04)	15

Audit Internal

1. Tujuan

- a. Melakukan verifikasi terhadap efektivitas dari penerapan sistem mutu secara efektif dan efisien.
- b. Melaporkan hasil audit dengan data yang memadai dan memberikan masukan kepada bagian terkait agar dapat dilakukan perbaikan.

2. Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan disemua bidang terkait dalam penerapan sistem manajemen mutu di FEB UB

3. Definisi

- a. Audit Internal adalah Audit yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara keberadaan SPMI dengan pelaksanaannya.
- b. Ketidakesesuaian (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 satu prosedur organisasi.
- c. *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. Auditor Internal adalah dosen yang dipilih oleh PJM untuk mengikuti workshop atau pelatihan Auditor Internal yang dilaksanakan oleh PJM dan dinyatakan lulus serta mendapatkan sertifikat auditor.

4. Rujukan

- a. Manual Mutu GJM FEB UB.
- b. Manual Prosedur Pengendalian Produk Tidak Sesuai.
- c. Manual Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan
- d. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional

5. Garis Besar Prosedur

a. Audit Internal Sistem Mutu

- 1) Tim GJM menyusun rencana Audit Internal Sistem Mutu untuk periode 12 bulan, setiap bagian minimal satu kali dalam satu tahun.
- 2) Beberapa waktu sebelum dilakukan audit, *MR* akan menentukan tim audit yang terdiri dari minimal 1 orang, ialah personel yang terdaftar dalam daftar auditor Fakultas Ekonomi dan Bisnis (FEB) bukan auditee.
- 3) 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 mengonfirmasikan kembali waktu pelaksanaan audit dengan tim GJM. Jika terpaksa dilakukan perubahan jadwal, maka auditor harus melakukan konfirmasi ke *MR*.
- 4) Apabila dianggap perlu *MR* akan menjadi peninjau dan/atau mengundang personil lain untuk menjadi peninjau.

b. Pelaporan Hasil Audit

- 1) Setelah melaksanakan audit, auditor menyiapkan laporan terhadap ketidaksesuaian yang ditemukan, dengan menggunakan Borang Laporan Ketidaksesuaian (002090200303).

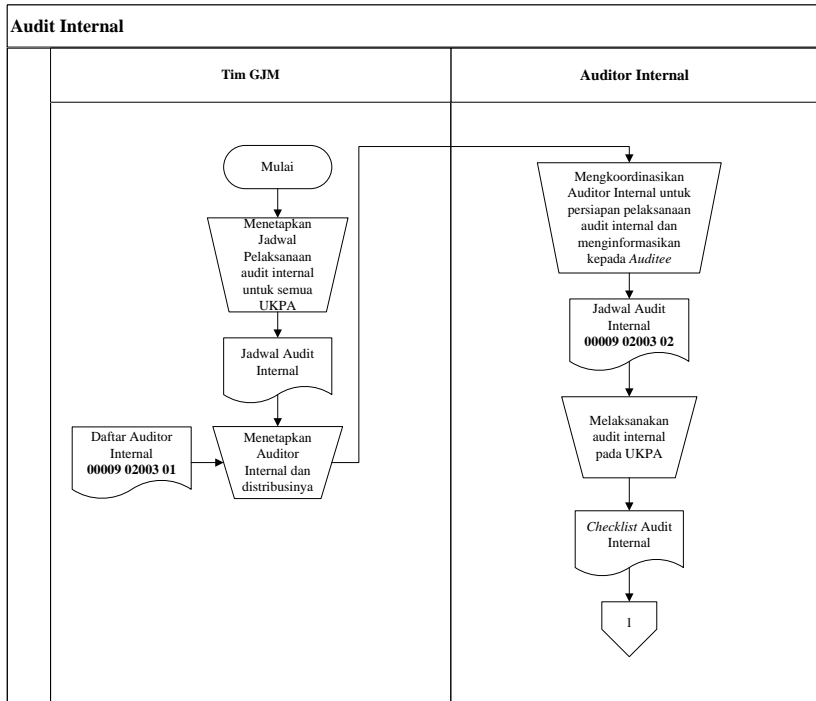
- 2) Dalam menuliskan ketidaksesuaian dalam borang nomor 002090200303, Auditor harus melengkapi kolom-kolom yang disediakan dan mendiskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan mengusahakan 4 unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu:
 - Diskripsi dari ketidaksesuaian (*nonconformance*)
 - Bukti nyata (*objective evidence*) dari ketidaksesuaian
 - Aspek/proses ketidaksesuaian
 - Ketidaksesuaian dengan dokumen tertentu.
- 3) Laporan audit internal ditandatangani oleh Auditor sebelum diserahkan kepada Tim GJM yang diaudit untuk kesepakatan terhadap ketidaksesuaian, penentuan tindakan koreksi dan pencegahan yang harus dilakukan oleh bagian yang bersangkutan.
- 4) 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.
- 5) Selama belum terdapat kesepakatan terhadap hasil audit dan tindakan koreksi/ pencegahan dari bidang terkait, maka Auditor masih bertanggung jawab terhadap status pelaporan. Dan laporan yang telah dianggap

memadai akan diserahkan kepada *MR* untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan.

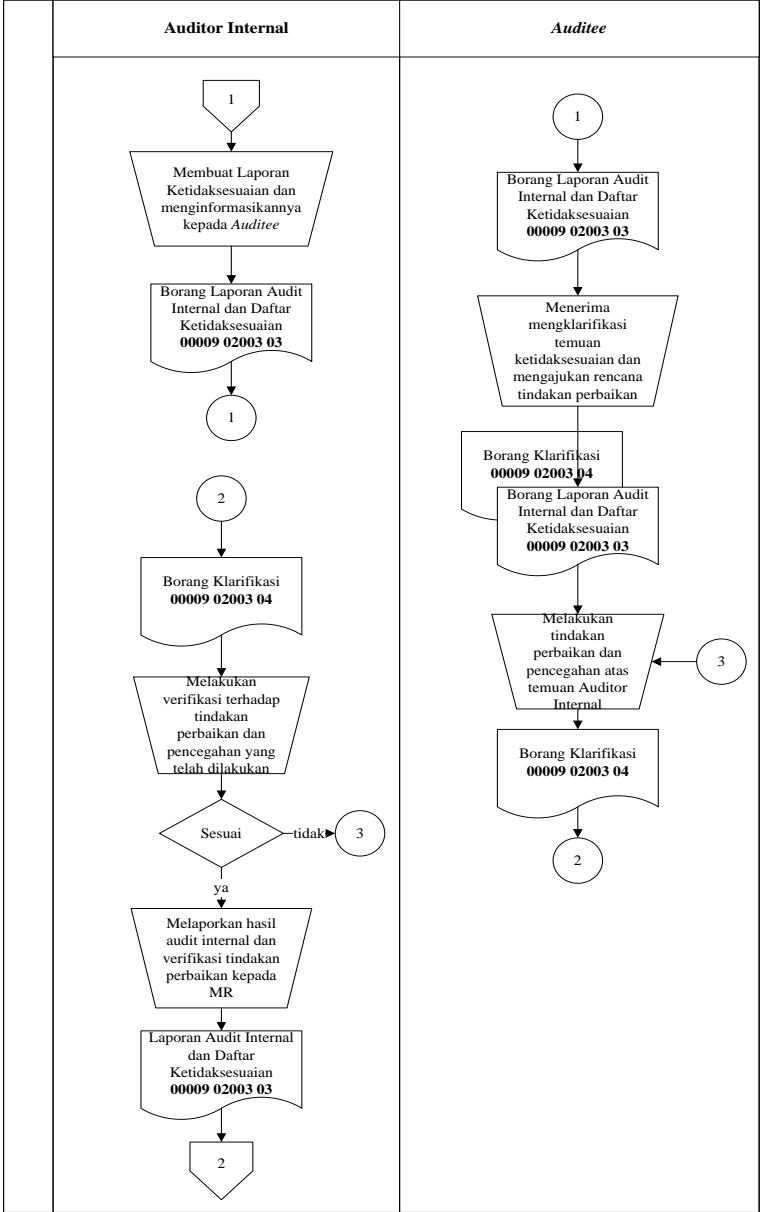
- 6) Apabila bidang yang diaudit tersebut telah melaksanakan tindakan koreksi dan pencegahan sebelum tanggal yang telah disepakati, maka bidang tersebut akan memberitahukan *MR* untuk dilakukan verifikasi. Apabila *MR* tidak mendapatkan informasi dari bagian tersebut tentang status tindakan koreksi dan pencegahan, maka *MR* akan melakukan verifikasi pada waktu yang disepakati.
- 7) Dan apabila tindakan koreksi dan pencegahan belum dilakukan pada waktu yang disepakati, maka Dekan sebagai penanggung jawab sistem dibagiannya 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.
- 8) Apabila dianggap perlu, *MR* dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan yang diusulkan oleh Dekan, dengan beberapa pertimbangan untuk mendukung penerapan sistem mutu.
- 9) Laporan audit ini akan dijadikan dasar salah satu kajian dalam Rapat Tinjauan Manajemen.

10) Jika ada saran atau permintaan koreksi dari auditor eksternal, maka laporan temuan dan tanggapannya mengikuti langkah-langkah seperti pada audit internal.

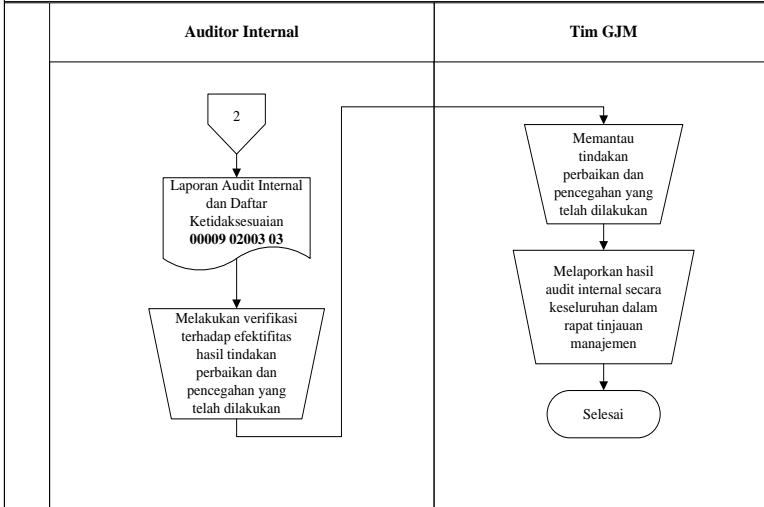
6. Bagan Alir



Audit Internal



Audit Internal



7. Lampiran

a. Daftar Auditor Internal FEB UB

No.	Nama Auditor Internal	Fakultas/Jurusan/PS
1	Prof. Dr. Surachman, SE., MSIE.	Manajemen
2	LilikPurwanti, SE., M.Si., Ak	Akuntansi
3	Aulia Fuad Rahman, SE.,M.Si.,DBA.,Ak.	Akuntansi
4	Rizka Fitriasaki, SE., MSA.,Ak.	Akuntansi
5	Desi Tri Kurniawati, SE., MM.	Manajemen
6	Dr. Kusuma Ratnawati, SE, MM	Manajemen
7	Setyo Tri Wahyudi, SE.M.Ec.,Ph.D	Ilmu Ekonomi

b. Rencana Jadwal Audit Internal

No.	Kegiatan	Tahun 2012												Ket.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Audit Internal I		■	■										
	Realisasi				■	■								
2	Audit Internal II								■	■				
	Realisasi										■	■		

Malang,

.....

Dibuat oleh,

(_____)

TimKetua GJM

Disetujui oleh,

(_____)

Pembantu Dekan I

c. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Action Requirement – CAR (00209 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)

TandaTangan MR

.....

(1) Nomor temuan (2) Tanggaltemuan (3) Kategoritemuan: KTS, Observasi (4) Status: New, open, Closed
(5) Nama Auditor (6) Personil/Unit kerja yang diaudit (7) Bidang yang diaudit (8) Deskripsi
temuanketidaksesuaian (9) Tindakan perbaikan yang dilakukan (10) Tanggal waktu penyelesaian (11)
Verifikasi pada dokumen yang diperbaiki (12) Status Akhir: open, closed

**d. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan
(00209 02003 04)**

Bidang yang diaudit	Auditor :
	Tgl. Audit internal :
	No. Temuan :
Uraian temuan:	Kategori: 1. KTS 2. Obervasi
Penyebab/ Akar Masalah:	Tanda Tangan MR
Rencana perbaikan/ pencegahan yang dilakukan Auditee:	Target Waktu Selesai
Verifikasi:	
Status <i>CAR</i> 1. <i>OPEN</i> 2. <i>CLOSED</i>	Tanda Tangan Ketua PJM