

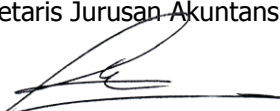



Manual Prosedur Audit Internal



Unit Jaminan Mutu
Jurusan Akuntansi
Fakultas Ekonomi Dan Bisnis
Universitas Brawijaya
Malang
2011



Manual Prosedur Audit Internal

Kode Dokumen	: 00203 06004
Revisi	: 2
Tanggal	: 5 Mei 2011
Diajukan oleh	: Sekretaris Jurusan Akuntansi  Helmy Adam, SE., MSA., Ak., CPMA
Dikendalikan oleh	: Unit Jaminan Mutu  Ali Diahhuri, Ph.D, Ak.
Disetujui oleh	: Kepala Jurusan Akuntansi   Dr. Unti Ludigdo, Ak

Daftar Isi

Tujuan.....	1
Ruang Lingkup.....	1
Definisi	2
Rujukan.....	3
Garis Besar Prosedur	3
1. Audit Internal Sistem Mutu.....	3
2. Pelaporan Hasil Audit.....	4
Bagan Alir	8
Lampiran	10
1. Daftar Auditor Internal PJM UB (00203 06004 01)	10
2. Rencana Jadwal Audit Internal (00203 06004 02).....	11
3. Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau <i>Corrective Action Requirement</i> – CAR (00203 06004 03)	12
4. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (00203 06004 04).....	13

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.

Ruang Lingkup

Semua kegiatan audit internal yang dilaksanakan di semua bidang terkait dalam penerapan sistem manajemen mutu di UJM UB.

Definisi

1. Unit Jaminan Mutu (UJM) adalah lembaga fungsional yang dibentuk oleh dekan dan diberi tugas untuk mengembangkan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di tingkat 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 UJM UB
 - c. Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan UJM UB
 - d. Membantu *Top Management* 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 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 :
- a. Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

Rujukan

1. Manual Mutu Universitas Brawijaya (UB)
2. Manual Mutu Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya (FEB UB)
3. Manual Mutu Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya (JAFEB UB)
4. Manual Prosedur Audit Internal GJM FEBUB
5. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional.

Garis Besar Prosedur

1. Audit Internal Sistem Mutu

- a. Sekretaris Jurusan 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*. 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 Ketidaksesuaian.
- b. Dalam menuliskan ketidaksesuaian, Auditor harus melengkapi kolom-kolom yang disediakan dan

mendiskripsikan ketidaksesuaian yang ditemui dengan menguraikan 4 unsur temuan yang tercakup dalam laporan tersebut, yaitu :

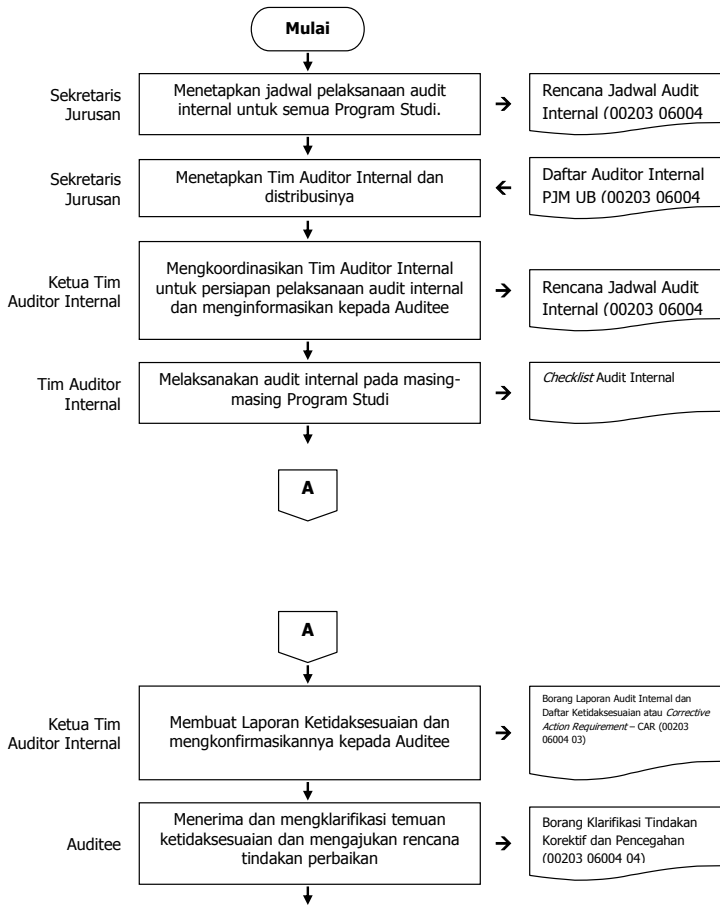
- a. Deskripsi dari ketidaksesuaian (*non conformance*)
 - b. Bukti nyata (*objective evidence*) dari ketidaksesuaian
 - c. Aspek/proses ketidaksesuaian
 - d. Ketidaksesuaian dengan dokumen tertentu
- c. Laporan audit internal ditandatangani oleh Ketua Auditor sebelum diserahkan untuk kesepakatan terhadap 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

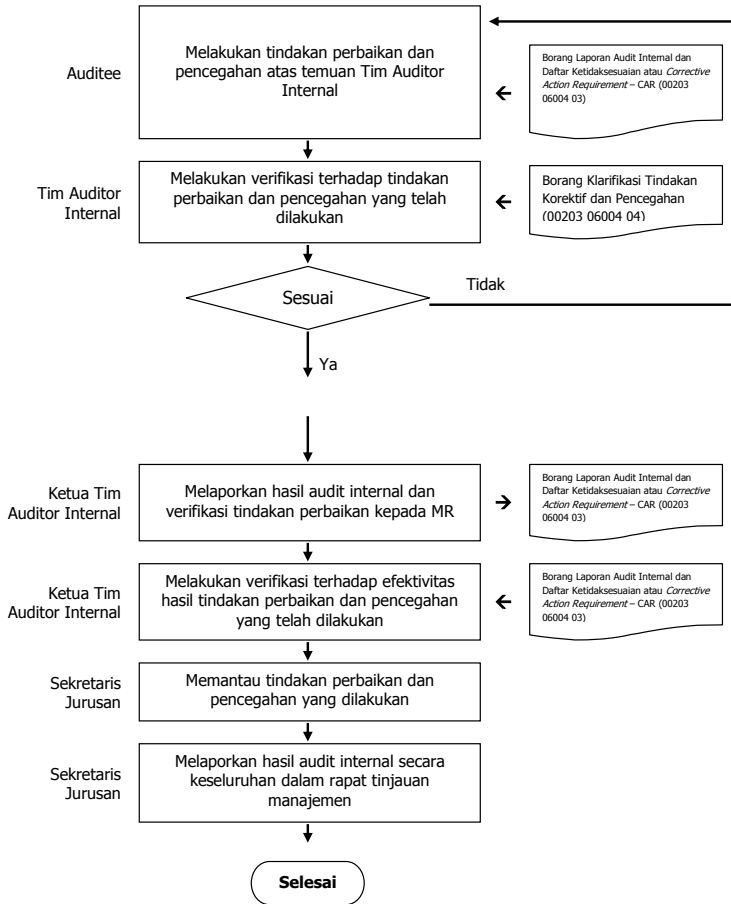
laporan yang telah dianggap memadai akan diserahkan kepada *MR* untuk dikaji dan dibuatkan salinan untuk didistribusikan

- f. Apabila bidang yang diaudit tersebut telah melaksanakan tindakan koreksi dan pencegahan sebelum tanggal yang telah disepakati, maka bidang tersebut akan memberitahukan *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 Ketidaksesuaian untuk kasus yang sama
- h. Apabila dianggap perlu, *MR* dapat mengusulkan tindakan atau perubahan terhadap tindakan koreksi atau pencegahan, 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 PJM UB

(00203 06004 01)

No.	Nama Auditor Internal	Fakultas/Jurusan/PS
1	Prof. Dr. Surachman, MS.	Ekonomi dan Bisnis/Manajemen
2	Lilik Purwanti, M.Si., Ak.	Ekonomi dan Bisnis/Akuntansi

**Lampiran 2 : Rencana Jadwal Audit Internal
(00203 06004 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													
3	Audit Internal II								■					
	Realisasi													
4	Surveillance												■	
	Realisasi													

Malang,
Dibuat oleh,

(_____)
Sekretaris UJM

Disetujui oleh,

(_____)
Ketua UJM

Lampiran 3 : Borang Laporan Audit Internal dan Daftar Ketidaksesuaian atau *Corrective Action Requirement* – CAR (00203 06004 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)

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*

Lampiran 4 : Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (00203 06004 04)

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