

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SYIAH KUALA

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal Dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal Revisi : 5 Oktober 2021

Revisi : 02

Disusun Oleh : Dr. Marty Mawarpury, M.Psi., Psikolog
SJMF

Diperiksa oleh : Dr. dr. Dedy Syahrizal, M. Kes
Management Representative

Disetujui Oleh : Prof. Dr. dr. Maimun Syukri, Sp.PD, KGH
FINASI
Dekan FK USK

SALINAN TERKENDALI

Lembaga Pengembangan Pendidikan dan Penjaminan Mutu
Universitas Syiah Kuala

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

DAFTAR ISI

1. Tujuan.....	3
2. Ruang Lingkup	3
3. Definisi.....	3
4. Dokumen Yang diperlukan;	4
5. Manajemen Audit Internal	5
6. Persyaratan Audit Internal	5
7. Komponen Audit Internal	5
8. Tugas dan tanggung jawab auditor internal:.....	6
9. Tahapan Pelaksanaan Audit Internal	7
10. Hasil Audit internal	8
11. Tindakan Perbaikan dan Tindakan Pencegahan	8
11.1. Prosedur Tindakan Perbaikan dan Tindakan Pencegahan.....	9
11.2. Upaya Melakukan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan dalam unit kerja.....	9
12. Proses Bisnis Audit Internal	15

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL
LEMBAGA PENGEMBANGAN PENDIDIKAN DAN PENJAMIN MUTU (FAKULTAS
KEDOKTERAN)
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
TAHUN 2019/2020

1. Tujuan

- a) Melaksanakan verifikasi terhadap efektifitas dari penerapan sistem mutu secara efektif dan efisien di lingkungan Fakultas Kedokteran.
- b) Memberikan laporan hasil audit dengan kelengkapan data dan informasi yang memadai terhadap penerapan sistem manajemen mutu di lingkungan Fakultas Kedokteran,
- c) Memberikan masukan kepada seluruh unit kerja Fakultas Kedokteran yang terkait untuk dapat melakukan dilakukan perbaikan.

2. Ruang Lingkup

- a) Seluruh kegiatan kesekretariatan di lingkungan Fakultas Kedokteran baik ketua, sekretaris, TU, sub-bagian maupu anggota
- b) Seluruh kegiatan Pusat yang tercantum pada RKA-KL 2019/2020
- c) Seluruh kegiatan administrasi dan pelayanan dalam tupoksi kelembagaan Fakultas Kedokteran

3. Definisi

- a) Audit internal adalah proses audit terhadap aktifitas dan kegiatan seluruh unit kerja di lingkungan Fakultas Kedokteran Unsyiah
- b) Kegiatan Audit Internal mencakup seluruh kegiatan sub bagian kesekretariatan dan program dalam RKA-KL FAKULTAS KEDOKTERAN.
- c) Audit adalah sebuah alat manajemen yang secara sistematis, terdokumentasi, berkala dan bertujuan mengevaluasi kinerja organisasi, sistem manajemen dan proses yang dirancang dengan tujuan untuk menilai kesesuaian Sistem Manajemen Mutu Fakultas Kedokteran Unsyiah dan mendapatkan informasi untuk mempermudah Tinjauan Manajemen.
- d) Kriteria audit adalah sekumpulan kebijakan, prosedur atau persyaratan yang digunakan atau dijadikan referensi oleh suatu organisasi.
- e) Bukti audit adalah catatan yang berisi pernyataan tentang fakta atau informasi yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.
- f) Temuan audit adalah hasil evaluasi terhadap bukti audit yang diperoleh dibandingkan dengan kriteria audit.
- g) Auditor adalah seseorang yang memiliki atribut personal dan kompetensi untuk melakukan audit.
- h) Management Representative (MR) adalah seseorang yang bertugas:

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

1. Memantau semua semua proses yang terkait sistem manajemen mutu (SMM) dengan pihak internal dan eksternal sehingga kegiatan terlaksana serta terpelihara
 2. Merencanakan dan mengkoordinasi jadwal rutin tinjauan manajemen, audit internal serta perbaikan SMM FAKULTAS KEDOKTERAN Unsyiah
 3. Mengkoordinasi pengelolaan dokumen, rekaman dan sumberdaya di lingkungan FAKULTAS KEDOKTERAN Unsyiah
 4. Membantu Top Management merencanakan, merumuskan, memantau harapan kepuasan Rektor dan feedback pelanggan lainnya
 5. Memantau dan melaporkan ketercapaian indikator sasaran mutu minimal dua kali setiap tahun
- i) Lead Auditor : mengkoordinir auditor, memimpin pelaksanaan audit, mengarahkan auditor dan memberi bimbingan teknis kepada auditor
- j) Ketidaksesuaian adalah apabila ditemukan:
1. Tidak terdapat elemen sistem,
 2. Suatu sistem gagal untuk memenuhi satu klausul dari persyaratan sistem mutu,
 3. Penerapan suatu klausul sangat tidak konsisten,
 4. Ketidaktepatan penerapan suatu sistem telah mengarah pada ketidakpuasan pelanggan,
 5. Tindakan perbaikan yang tidak efektif dan terpantau dalam dua kali audit internal secara berturut-turut,
 6. Suatu ketidaksesuaian dalam memenuhi suatu persyaratan dalam satu klausul ISO 9001:2015 atau dokumen referensi lain
 7. Suatu ketidaksesuaian yang diamati dari suatu pengamatan dari satu prosedur organisasi.
- k) Observation (OB) adalah apabila ditemukan: Ada aspek yang disarankan dapat dikembangkan tetapi kondisi yang ada saat ini bukan merupakan suatu ketidaksesuaian dalam sistem mutu.

4. Dokumen Yang diperlukan;

a) AUDITOR

- SOP Audit Internal
- Manual Prosedure Audit Internal
- Daftar Hadir
- Jadwal Audit
- Check list (daftar pertanyaan)
- Laporan Hasil Audit
- Rekap Hasil Audit
- Tindakan Perbaikan dan Pencegahan (respon audit)

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

b) AUDITEE

4.2.1. Sektretariat

- Tupoksi dan struktur keanggotaan
- Bisnis Proses, Analisa Risiko
- SOP
- Rencana Kerja Bulanan (RKB)
- Realisasi Rencana Kegiatan Bulanan
- Laporan Pencapaian Target
- Tindakan Pencegahan dan Perbaikan (respon audit)

4.2.2. PUSAT

- Tupoksi dan struktur keanggotaan
- Bisnis Proses, Analisa Resiko
- SOP/TOR
- Rencana Kerja Kegiatan Tahunan (RKT)
- Rencana kerja kegiatan (triwulan)
- Laporan Pencapaian Target
- Tindakan Pencegahan dan Perbaikan (respon audit)
- Laporan Kegiatan Pusat

5. Manajemen Audit Internal

Dikoordinir oleh lead auditor internal FAKULTAS KEDOKTERAN

6. Persyaratan Audit Internal

- a) Independen : tidak boleh mengaudit lingkungan kerja sendiri
- b) Kompeten : auditor harus memahami tahapan dan prosedur auditor internal yang telah ditetapkan
- c) Kelengkapan administrasi audit internal : jadwal audit, nama auditor, daftar check list, Laporan Tindakan Pencegahan Dan Perbaikan (LTPP) jika ditemukan adanya ketidaksesuaian (no compliance) dalam pelaksanaan audit.

7. Komponen Audit Internal

- a) Meninjau keefektifan sistem manajemen mutu
- b) Menilai kekuatan dan kelemahan sistem manajemen mutu
- c) Memastikan pemahaman setiap prosedur sistem manajemen mutu yang telah diterapkan oleh semua sub bagian dan pusat FAKULTAS KEDOKTERAN
- d) Memeriksa tingkat kepatuhan pelaksanaan proses terhadap prosedur yang telah ditentukan semua sub bagian dan pusat FAKULTAS KEDOKTERAN
- e) Memeriksa semua kelengkapan rekaman hasil kegiatan pelaksanaan proses berbasis PDCA

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

- f) Mengidentifikasi peluang peningkatan mutu pelaksanaan kegiatan selanjutnya

8. Tugas dan tanggung jawab auditor internal:

a. Mencari informasi awal terkait bagian yang akan diaudit (auditee)

Salah satu hal penting yang harus dikuasai auditor adalah pengetahuan yang cukup tentang auditee. Pengetahuan yang dimaksud di sini mencakup cara kerja, prosedural, hierarki jabatan, dan catatan mutu atau laporan yang selama ini digunakan dalam kegiatan sehari-hari. Tanpa menguasai hal ini, maka tidak banyak yang bisa dilakukan auditor saat mengaudit.

b. Melakukan tinjauan dokumen dan persyaratan lain yang berkaitan dengan auditee

Memeriksa dokumen dan persyaratan lain untuk kemudian dicatat hal-hal yang bersifat *critical* merupakan faktor penting kesuksesan audit. Dengan meninjau dokumen auditee, auditor akan mengetahui proses-proses penting yang perlu ditelusuri lebih jauh.

c. Mempersiapkan program audit tahunan dan jadwal pelaksanaan audit secara terperinci

Dalam kamus ISO 9001, tidak dikenal audit mendadak. Semua kegiatan audit internal harus direncanakan dari awal dan diinformasikan kepada seluruh auditee. Karena, tujuan audit internal bukan untuk mencari-cari kesalahan, akan tetapi untuk melakukan perbaikan secara berkesinambungan.

d. Membuat daftar pertanyaan audit (audit checklist)

Audit checklist dibuat untuk mempermudah auditor mengingat hal-hal penting yang perlu ditanyakan. Selain itu, audit checklist juga dapat dijadikan pedoman oleh auditee untuk mempersiapkan diri sebelum diaudit.

e. Melaksanakan pemeriksaan sistem secara menyeluruh

Dalam pelaksanaan audit, seorang auditor harus jeli dan telaten dalam memeriksa area auditee. Auditor tidak boleh hanya berpaku pada audit checklist dan standar, tapi lebih dari itu, auditor dapat memeriksa lingkungan kerja auditee, komitmen dan kesungguhan mereka dalam memperbaiki sistem. Dengan mengabaikan komitmen, kegiatan audit internal hanya akan terlihat seperti audit administratif belaka yang hanya berkuat pada ini belum lengkap, itu kurang bagus, dan ini itu belum ditandatangani.

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

f. Mengumpulkan dan menganalisis bukti audit yang cukup dan relevan

Semua masalah atau temuan yang ditemukan selama proses audit harus didukung dengan bukti yang cukup. Artinya, auditor tidak boleh gegabah dalam melaporkan temuan. Harus ada bukti kuat bahwa auditee melakukan kesalahan. Satu hal yang perlu dicatat, audit internal tidak hanya mengumpulkan temuan melainkan juga mengumpulkan bukti-bukti prestasi yang sudah dicapai.

g. Melaporkan temuan audit atau masalah-masalah yang ditemukan selama audit internal

Auditor harus menerbitkan laporan temuan audit internal untuk ditindaklanjuti oleh auditee. Auditee harus diberi tenggat waktu tertentu agar proses perbaikan tidak dibiarkan berlarut-larut.

h. Memantau tindak lanjut hasil audit internal sampai dinyatakan selesai

Untuk memastikan seluruh temuan telah diperbaiki, maka auditor internal harus memeriksa tindakan yang sudah dilakukan setelah melewati tenggat waktu perbaikan yang diberikan.

i. Kualitas Auditor Internal yang Diharapkan

- Independen, Tidak memihak auditee
- Pendengar dan pengamat yang baik
- Pencatat yang baik
- Komunikatif dan bijaksana, tidak menyinggung perasaan auditee
- Memiliki pemahaman tentang audit dan auditee yang cukup

j. Kualitas Auditor Internal yang Tidak Diharapkan

- Mudah diarahkan auditee
- Tidak mempersiapkan diri
- Tidak konsisten, tidak tegas dalam menyatakan suatu proses bermasalah atau tidak yang disebabkan minimnya pemahaman
- Terlalu agresif, menampakkan kesenangan bila menemukan temuan
- Cenderung menggunakan pendapat pribadi
- Tidak teliti mencatat dan menyimpan catatan

9. Tahapan Pelaksanaan Audit Internal

- a) Lead auditor dan seluruh auditor melakukan pertemuan untuk menentukan jadwal berdasarkan persetujuan auditor dan auditee
- b) Setiap auditor membuat Daftar Periksa (check list) yang merinci daftar pertanyaan dan dokumen yang akan diperiksa
- c) Pelaksanaan audit dapat dilakukan;

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

1. Wawancara
2. Pengamatan Proses/Observasi
3. Review dokumen

10. Hasil Audit internal

- a) Ketidaksesuaian (no compliance)
- b) Kesesuaian (compliance)
- c) Observasi (Opportunity for improvement) : saran untuk peningkatan

11. Tindakan Perbaikan dan Tindakan Pencegahan

Tindakan perbaikan dan tindakan pencegahan adalah dua unsur penting yang dilakukan untuk menjamin sistem manajemen mutu bebas dari potensi yang merugikan perusahaan dengan cara mengidentifikasi masalah, menganalisis akar masalah, mencari bentuk perbaikan dan pencegahannya, dan melaporkannya kepada pihak manajemen. Tindakan perbaikan dan pencegahan sebenarnya adalah dua hal yang saling berkaitan dan mirip. Hanya saja, tindakan perbaikan cenderung pada penyelesaian masalah ketika masalah terjadi sedangkan tindakan pencegahan adalah proses evaluasi proaktif untuk mencegah potensi masalah menjadi masalah di kemudian hari. Berikut definisi lebih lengkap dari tindakan perbaikan dan pencegahan menurut ISO 9001:2015

a) Tindakan pencegahan

- Tindakan untuk menghilangkan penyebab **ketidaksesuaian** yang potensial atau situasi potensial lain yang tidak dikehendaki
- CATATAN 1 Mungkin terdapat lebih dari satu penyebab potensial ketidaksesuaian.
- CATATAN 2 Tindakan pencegahan dilakukan untuk mencegah terjadinya ketidaksesuaian sedangkan **tindakan korektif** (3.6.5) dilakukan untuk mencegah terulangnya ketidaksesuaian.

b) Tindakan perbaikan

- Tindakan untuk menghilangkan penyebab **ketidaksesuaian** yang ditemukan atau situasi yang tidak dikehendaki.
- CATATAN 1 Mungkin terdapat lebih dari satu penyebab ketidaksesuaian.
- CATATAN 2 Tindakan korektif dilakukan untuk mencegah terulangnya ketidaksesuaian sedangkan **tindakan pencegahan** (3.6.4) mencegah terjadinya ketidaksesuaian.

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

- CATATAN 3 Terdapat perbedaan antara **koreksi** dan tindakan korektif.

11.1. Prosedur Tindakan Perbaikan dan Tindakan Pencegahan

Tindakan perbaikan dan pencegahan merupakan dua prosedur dari enam prosedur wajib yang harus didokumentasikan dalam ISO 9001. Ini penting dilakukan untuk memastikan semua masalah terdeteksi dan tercatat sehingga mudah untuk melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan. Dalam membuat prosedur tindakan perbaikan, setidaknya harus memuat poin-poin berikut:

- a) Mereview dan mendokumentasikan masalah
- b) Melakukan Perbaikan produk sementara, spt : menghapus produk cacat dan mengkarantina area yang ditunjuk untuk investigasi
- c) Menyelidiki penyebab terjadi masalah, bagaimana itu bisa terjadi, mengapa bisa terjadi, apakah bisa terjadi lagi?
- d) Mengusulkan solusi yang tepat yang akan mencegah masalah terjadi lagi. Hal ini sering berarti perubahan pada proses.
- e) Melaporkan tindakan apa yang benar-benar diambil
- f) Setelah beberapa waktu berjalan, melakukan menilai apakah tindakan yang diambil berhasil dalam mencegah masalah yang sama dan mendokumentasikan bukti untuk mendukung keputusan yang diambil.
- g) Setelah yakin masalah tidak akan berulang lagi maka bisa menutup kasus ini

Adapun untuk prosedur tindakan pencegahan, setidaknya harus memuat poin-poin berikut:

- a) Bagaimana mengidentifikasi masalah
- b) Dimana dan bagaimana membuat catatannya
- c) Bagaimana cara investigasi kasus dan dilakukan siapa?
- d) Memutuskan tindakan apa yang diambil
- e) Bagaimana merekam tindakan yang diambil
- f) Menilai solusi efektif dan mendokumentasikan semua tindakan preventif
- g) Kapan dan siapa yang bisa menutup masalah

11.2. Upaya Melakukan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan dalam unit kerja

Menetapkan tindakan perbaikan dan pencegahan atas suatu masalah bukanlah hal yang mudah. Dibutuhkan kejelian dan pemahaman yang utuh atas semua proses yang berjalan. Ini hanya bisa dilakukan dengan memahami klausul ISO 9001 dan juga prosedur yang ditetapkan oleh organisasi. Anda tidak mungkin

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

menyatakan suatu kondisi sebagai masalah atau potensi masalah tanpa memahami klausul ISO 9001 dan juga prosedur yang telah ditetapkan.

Untuk mempermudah dalam melakukan tindakan perbaikan dan tindakan pencegahan, berikut ini beberapa hal yang bisa di jadikan acuan.

Untuk tindakan perbaikan melalui :

- a) Melakukan inspeksi tempat kerja
- b) pengujian, memeriksa, dan pemantauan lapangan
- c) konsultasi dengan staf
- d) Feedback pelanggan
- e) Audit
- f) laporan bahaya
- g) pengecekan dengan produk cacat
- h) menyelidiki keluhan
- i) meninjau kegagalan sistem
- j) meninjau persyaratan dan peraturan perundang-undangan

Adapun untuk tindakan pencegahan ditujukan agar dapat mengidentifikasi peluang perbaikan melalui beberapa cara berikut:

1. Melalui proses tinjauan manajemen
2. Memonitor proses/performance
3. Menganalisa data garansi dan feedback pelanggan
4. Menganalisis proses
5. Mencari akar masalah untuk tindakan perbaikan
6. Penilaian resiko
7. Saran staf untuk perbaikan
8. Jadwal kegiatan
9. Pemantauan aturan perundang-undangan dan aturan
10. Review marketplace
11. Mengikuti perkembangan teknologi
12. Temuan Audit mutu internal atau eksternal
13. Pengamatan pegawai/staf

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP	Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018
Tanggal revisi : 5 Oktober 2021	Nomor revisi : 02

Formulir 1.

CHECK LIST INTERNAL AUDIT

Audit Internal ISO 9001: 2015

FAKULTAS KEDOKTERAN-Universitas Syiah Kuala

Identitas Unit Kerja :

- a. Status :
- b. Sub Bag/Pusat :
- c. Tanggal Penyusunan :

Clause No.	Question No.	Audit Question	Audit Findings (Score '1' per box)				Audit Evidence	Opportunities for Improvement (OFI)
			Compliant	OFI	Minor N/C	Major N/C		

Banda Aceh,

Penanggungjawab

(.....)

Finding	Definition/Impact	Action/Mitigation
COMPLIANT	Compliant means adherence with the requirements of the standard and the EQMS. The process is implemented and documented and records exist to verify this.	Continue to monitor trends/indicators.
OFI	A low risk issue that offers an opportunity to improve current practice. Processes may cumbersome or overly complex but meet their targets and objectives. Unresolved OFIs may degrade over time to become non-compliant.	Review and implement actions to improve the process(s). Monitor trends/indicators to determine if improvement was achieved.
MINOR N/C	A medium risk, minor non-conformance resulting in deviation from process practice not likely to result in the failure of the management system or process that will not result in the delivery of non-conforming products nor reduce the effectiveness of the EQMS.	Investigate root cause(s) and implement corrective action by next reporting period or next scheduled audit.
MAJOR N/C	A high risk, major non-conformance which directly impacts upon customer requirements, likely to result in the customer receiving non-conforming products or services, or which may reduce the effectiveness of the EQMS.	Implement immediate containment action, investigate root cause(s) and apply corrective action. Re-audit in 4 weeks to verify correction.

Formulir 2.

TINDAKAN PERBAIKAN DAN TINDAKAN PENCEGAHAN

Audit Internal ISO 9001: 2015

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

FAKULTAS KEDOKTERAN-Universitas Syiah Kuala

Identitas Unit Kerja :

- a. Status :
- b. Sub Bag/Pusat :
- c. Tanggal Penyusunan :

Kegiatan/ program	Katagori Temuan Audit Internal	Penyebab	Tindakan		Penanggung jawab
			Pencegahan	Perbaikan	

Banda Aceh,

Penanggungjawab

(.....)

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

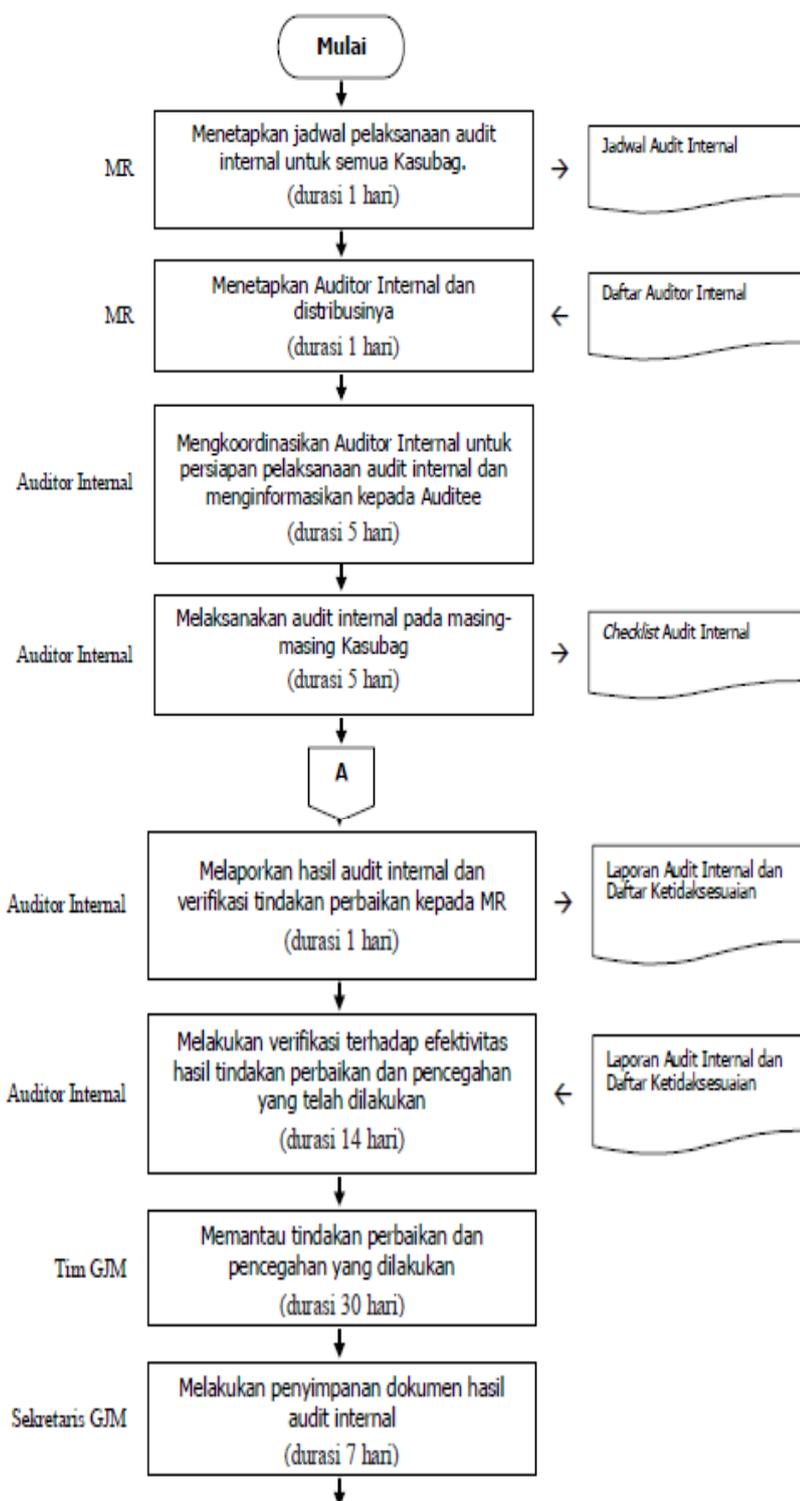
Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

Berikut proses dan tahapan audit internal :



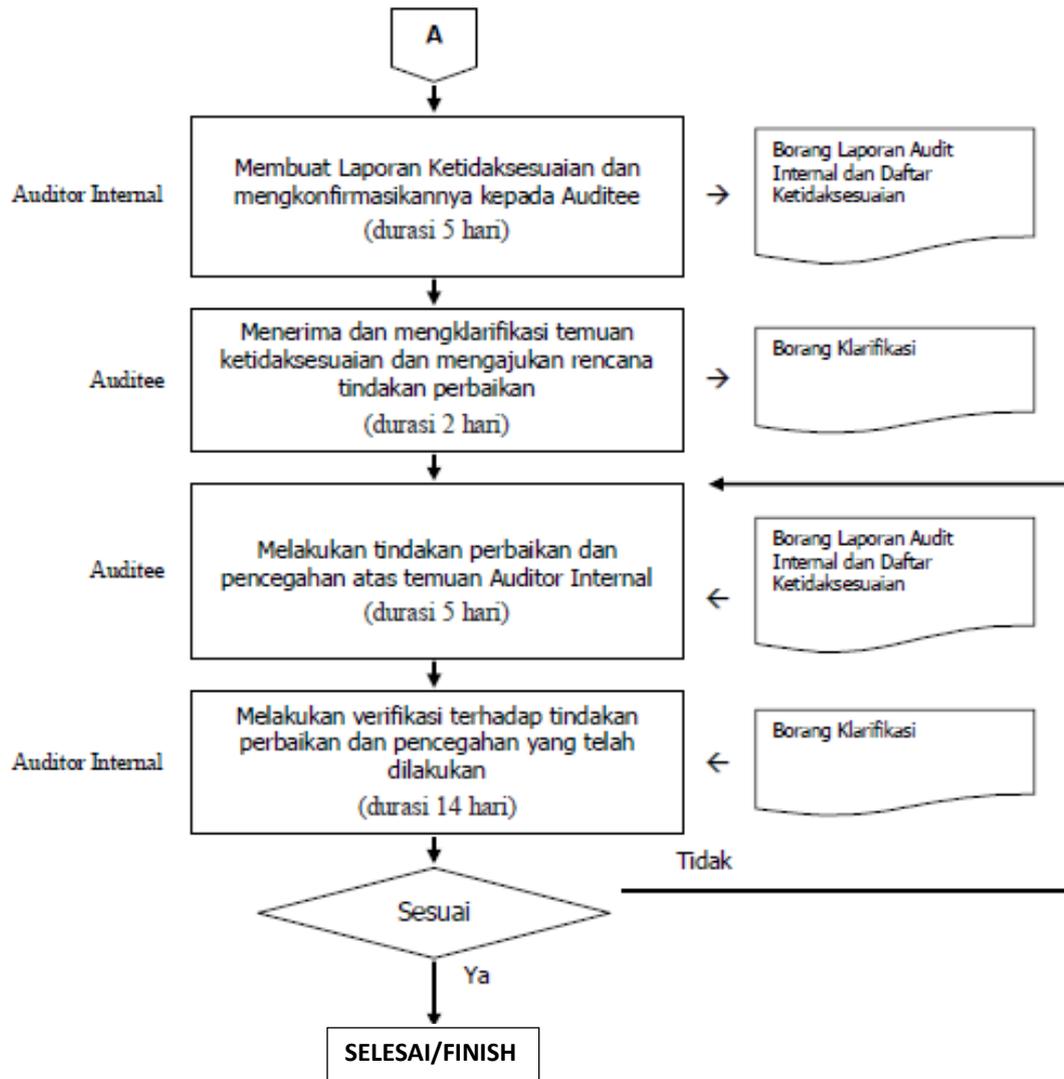
MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02



MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

12. Proses Bisnis Audit Internal

Penyusunan proses bisnis audit internal yang berdasarkan kepada *requirement* hasil integrasi standar ISO 9001:2015 klausul 9.2 dan standar ISO 14001:2015 klausul 9.2. Proses bisnis audit internal hasil *benchmarking* dan *requirement* hasil integrasi menjadi masukan pada tahap ini.

Pada tahap ini proses bisnis audit internal hasil *benchmarking* dianalisis kesesuaiannya terhadap *requirement*. Apabila terdapat *gap* maka *gap* tersebut dihilangkan dengan melakukan perubahan, penambahan ataupun pengurangan aktivitas, ketentuan ataupun dokumen sehingga dihasilkan proses bisnis audit internal yang telah memenuhi *requirement* hasil integrasi ISO 9001:2015 klausul 9.2 dan standar ISO 14001:2015 klausul 9.2 yang terdapat pada Tabel I. (lampiran)

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

LAMPIRAN 1

TABEL I

PROSES BISNIS AUDIT INTERNAL BERDASAR *REQUIREMENT* INTEGRASI Audit Internal FAKULTAS KEDOKTERAN Tahun 2021

No Aktivitas	Pemilik Proses
1. Menetapkan rencana tahunan audit internal	Seklem, MR
2. Melakukan seleksi tim auditor	LA, Seklem, MR
3. Memverifikasi tim audit berdasarkan perencanaan	LA, Seklem, MR
4. Menetapkan jadwal audit internal	LA dan Tim audit
5. Memeriksa jadwal audit	Kalem
6. Mendistribusikan jadwal audit kepada auditee	Tim audit
7. Menyiapkan kelengkapan audit	Tim audit
8. Melaksanakan audit dengan daftar periksa audit yang telah dibuat	Tim audit
9. Mencatat penemuan audit internal	Tim audit
10. Menyerahkan laporan ketidaksesuaian kepada auditee	Tim audit
11. Auditee menganalisa dan meninjau masalah Membuat tindakan perbaikan dan pencegahan	Auditee Auditee
12. <i>Follow up</i> penetapan tindakan perbaikan dan pencegahan	
13. Tim audit memverifikasi pengimplementasian tindakan perbaikan dan pencegahan	Tim audit
14. Melakukan evaluasi efektivitas penerapan sistem	Kalem, Seklem, MR
15. Membuat laporan terhadap Top Manajemen sebagai bahan rapat tinjauan manajemen	LA, Tim audit
16. Melakukan evaluasi program audit yang telah dilaksanakan	Kalem, Seklem, MR, LA
17. Wakil manajemen menyimpan dan memelihara seluruh rekaman audit	MR, DC

MANUAL PROSEDUR AUDIT INTERNAL

Kode : 01/UN11.2.2/MR/MP

Tanggal dikeluarkan : 20 Juni 2018

Tanggal revisi : 5 Oktober 2021

Nomor revisi : 02

LAMPIRAN 2

Acuan Manual Prosedure Audit Internal:

Clausal 9 (ISO 9001:2015: Evaluasi Kerja

1. Pemantauan, pengukuran, analisis dan evaluasi

- Monev internal setiap kegiatan
- Survei kepuasan pelanggan
- Analisis dan evaluasi terhadap hasil monev In dan hasil survei

2. Internal Audit

- a) Pelaksanaan Audit Internal
 - Perubahan yang dilakukan berdasarkan hasil audit sebelumnya
 - Rekap dari Tindakan Pencegahan dan Perbaikan (respon audit)