



UNIVERSITAS GADJAH MADA
FAKULTAS KEDOKTERAN, KESEHATAN
MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN

PROSEDUR KERJA AUDIT INTERNAL	No. Dokumen	PK-UGM-FKU-9.2.01
	Revisi	02
	Berlaku Sejak	1 Juni 2019
	Halaman	1 / 7

PROSEDUR KERJA AUDIT INTERNAL

No. Salinan Dokumen	:	06
Status Distribusi	:	TERKENDALI

Disiapkan oleh,	Diperiksa oleh,	Disahkan oleh,
 Galih Widagdo (UQA/Sekretariat ISO)	 Dr. Fitri Haryanti, S.Kp., M.Kes (MR)	 Prof. dr. Ova Emilia, M.Med.Ed., Ph.D., Sp.OG(K) (Dekan)

- 3.1 Audit adalah pemerkasaan komprehensif secara sistematis terhadap pelaksanaan sistem manajemen mutu sekurang-kurangnya sekalii dalam satu tahun untuk memastikan efektifitas yang dicapai dan mengidentifikasi peluang perbaikan yang diperlukan.
- 3.2 Audit internal adalah audit yang dilakukan terhadap satu organisasi oleh auditor internal untuk kepentingan internal organisasi.
- 3.3 Tim auditor internal adalah satutim yang terdiri dari beberapa staf pendidik dan staf kependidikan FKKMK UGM, dibentuk untuk mengevaluasi audit sistem manajemen mutu kependidikan FKKMK UGM, dibentuk untuk mengevaluasi audit sistem manajemen mutu seluruh unit kerja di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKM).
- 3.4 KPTU kepanjangan dari Kantor Pusat Tata Usaha yang ditetapkan.
- 3.5 Auditor adalah staf pendidik dan staf kependidikan FKKMK UGM, yang memiliki kemampuan dan memenuhi persyaratan untuk melaksanakan proses audit, dibentuk untuk mengevaluasi audit sistem manajemen mutu yang ditetapkan.
- 3.6 Tim auditor adalah sekelompok auditor, sekurang-kurangnya 20 orang oleh auditor, termasuk seluruh objek audit yang ada di dalamnya (dokumen, layanan, lingkungan dan personal).
- 3.7 Auditor adalah unit kerja di lingkungan KPTU Fakultas Kedokteran UGM yang dipertiksa oleh auditor, termasuk seluruh audit yang ada di dalamnya (dokumen, layanan, lingkungan dan personal).
- 3.8 Manajemen Representatif (MR) adalah orang yang merupakan tokoh sentral dalam Departemen.
- 3.9 Unit Kerja adalah urusan di KPTU, Komite/Komisi, Program Studi, Pusat Kajian dan implementasi sistem manajemen mutu.
- 3.10 Ketidaksesuaian Major adalah pelanggaran berisifat menyeluruh dan konsisten terhadap persyaratan sistem manajemen mutu dan kebijakan yang telah digarisukkan (menyenganggu).
- 3.11 Ketidaksesuaian Minor adalah pelanggaran parsiil/misidentifikasi persyaratan sistem manajemen konsistenan atau ketidak-sempurnaan dalam implementasi persyaratan sistem manajemen.
- 3.12 Observasi adalah (i) keadaan atau kondisi yang berpotensi menimbulkan ketidaksesuaian atau mutu dan kebijakan yang telah digarisukkan.
- (ii) ketidaksesuaian yang berada diluar sistem yang telah dikembangkan tetapi perlu diangkat untuk mendapatkan perbaikan manajemen dalam upaya peningkatan persyaratan sistem untuk mendapatkan perbaikan manajemen dalam upaya peningkatan persyaratan sistem.
- 3.13 Resiko dari prosedur kerja ini adalah :
manajemen mutu telah ada.
- 3.13.1 Mendapat komplain dari pelanggan tentang kepuasan pelayanan yang didapatkan

3. DEFINISI

UGM.

Prosedur ini dalam kegiatan audit internal dalam rangka implementasi ISO 9001:2015 untuk di seluruh unit kerja di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKM)

2. RUMANG LINGKUP

1. TUJUAN
Sebagaimana untuk memastikan bahwa sistem manajemen mutu telah dilimpidentasikan secara efektif dan hasilnya sesuai dengan yang direncanakan.

PROSEDUR KERJA	AUDIT INTERNAL
No. Dokumen	PK-UGM-FKU-9.2.01
Revisi	02
Berlaku Sejak	1 Juni 2019
Halaman	2/7



- 6.1 MR menyusun program audit pada setiap awal tahun dalam formulir program audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-01).
- 6.2 MR membutuhkan tim auditor internal dengan persetujuan Dekan.
- 6.3 Dekan mengetahui tim auditor internal menyusun jadwal audit internal dalam formulir jadwal audit dipentuk.
- 6.4 MR melaksanakan kegiatan pelatihan/refreshing auditor untuk tim audit internal yang telah dibentuk.
- 6.5 MR dan ketua tim audit internal menyusun jadwal audit internal dalam formulir jadwal audit dipentuk.
- 6.6 MR mengendarikan jadwal audit internal ke auditee dan auditor.
- 6.7 Auditor menyusun daftar pertanyaan dan menuliskananya dalam formulir persiapan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-02).

5 ALUR PROSES

- 5.1 Kegiatan audit internal dapat berjalan dengan lancar dan sesuai prosedur sesuai batas waktu yang ditetapkan.
- 5.2 Kegiatan audit internal dapat terlaksana satu tahun sekalii.
- 5.3 Akurasi status temuan terhadap masalah yang dihadapi.
- 5.4 Perbaikan implementasi Sistem Manajemen Mutu.

- 4.1 Dekan beranggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan tindak lanjut temuan audit internal kepada auditor internal.
- 4.2 MR beranggung jawab dalam :
- 4.2.1. Mengaudit program dan jadwal audit internal bersama dengan MR.
- 4.2.2. Mengoordinasikan kegiatan pelatihan/refreshing auditor internal.
- 4.2.3. Membutuhkan setiap tindak lanjut temuan audit internal telah diverifikasi.
- 4.2.4. Memastikan setiap tindak lanjut temuan audit internal bersama dengan ketua tim auditor internal.
- 4.3 Ketua Tim Auditor Internal beranggung jawab dalam :
- 4.3.1. Mengusulkan hasil laporan audit internal Auditor beranggung jawab dalam :
- 4.3.2. Meminta koreksi dan batas waktu pelaksanaan tindak lanjut temuan audit internal obsevasi.
- 4.4.1. Menyusun audit internal bersama dengan MR.
- 4.4.2. Menganalisis temuan dan mengeklasifikasikan dalam temuan mayor, minor dan sesuai.
- 4.4.3. Meminta koreksi dan batas waktu pelaksanaan tindak lanjut temuan audit internal.
- 4.5 Auditor beranggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan tindak lanjut temuan audit internal kepada auditor internal.

3 PENANGGUNG JAWAB

- 3.1.5.1 Melakukan kegiatan audit internal minimal satu tahun sekalii
- 3.1.5.2 Melakukan rekruitmen dan pelatihan auditor internal yang dibuat oleh MR
- 3.1.5 Tindakan pengendalian resiko dan peluang dari prosedur kerja ini adalah

- 3.14.1 Peluang dari prosedur kerja ini adalah
- 3.14.1.1 Keefektifan pelaksanaan pelayanan disiluruh unit kerja di KPTU FKMK

PROSEDUR KERJA	AUDIT INTERNAL
No. Dokumen	PK-UGM-FKU-9.2.01
Revisi	02
Berdaku Sejak	1 Juni 2019
Halaman	3/7



- 6.8 Auditor dalam tlm melaksanakan audit internal sesuai jadwal yang telah ditentukan. Auditor dan auditee mengisi daftar hadir audit internal dalam formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04). Audit internal dilaksanakan dengan cara:
- 6.6.1 Teleah dokumen;
- 6.6.2 Observasi;
- 6.6.3 Meminta penjelasan auditee; dan
- 6.6.4 Peragaan auditee.
- 6.9 Auditor mengevaluasi bukti-bukti audit dalam merumuskan menjdidi pernyataan temuan audit, serta mengklasifikan dalam katagori mayor, minor dan observasi.
- 6.10 Auditor mengecatat pernyataan temuan audit internal dengan mengegunakna formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-03).
- 6.11 Auditor memintakan indakkan koreksi pada formulir temuan kepadaa auditee.
- 6.12 Auditor mengisi indakkan koreksi pada formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04) meliputi hal:
- 6.10.1 Akar masalah temuan audit;
- 6.10.2 Urain tenccana indakkan koreksi; dan
- 6.10.3 Batas waktu pelaksanaan indakkan koreksi.
- Waktu pengisian indakkan koreksi adalah pada saat durasi audit memasuki setelah 60 menit. Seperti rincian dibawah yang tercantum dalam formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-01) kepadaa MR maksimal 1 jam pada hari yang sama setelah audit internal selesai.
- 6.13 Auditor menyerahtakan hasil audit internal/ isian formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-01) kepadaa MR maksimal 1 jam pada hari yang sama setelah audit internal selesai.
- 6.14 MR menyerimaa hasil isian formulir laporan audit internal (ISO-F0-12/FK/2016) dari auditor melakukaaan verifikasi indakkan koreksi sesuai dengan batas waktu pelaksanaanya yang MR kepadaa auditor.
- 6.15 Auditor melakukaaan verifikasi indakkan koreksi sesuai dengan batas waktu pelaksanaanya yang diisi oleh auditee, kemudian menandatangani kolom Tijauan Efekifitas Timdakkan Koreksi dan Verifikasi dalam formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04).
- 6.16 Auditor menyerahtakan hasil verifikasi indakkan koreksi yang disiskan dalam formulir laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04) kepada MR.
- 6.17 MR menyerimaa hasil verifikasi indakkan koreksi dan menyerahtakan semua hasil audit internal kumpulan daft formular laporan audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04) kepada Ketua tim auditor internal.

Kegiatan	Durasii	Checlist*	Open Meeting	Audit Parallel	Pengisian Kolom Permintaan Timdakkan Koreksi	Closing Meeting
	5'				60'	5'

PROSEDUR KERJA	AUDIT INTERNAL
No. Dokumen	PK-UGM-JFKU-9.2.01
Revisi	02
Berlaku Sejak	1 Juni 2019
Halaman	4/7



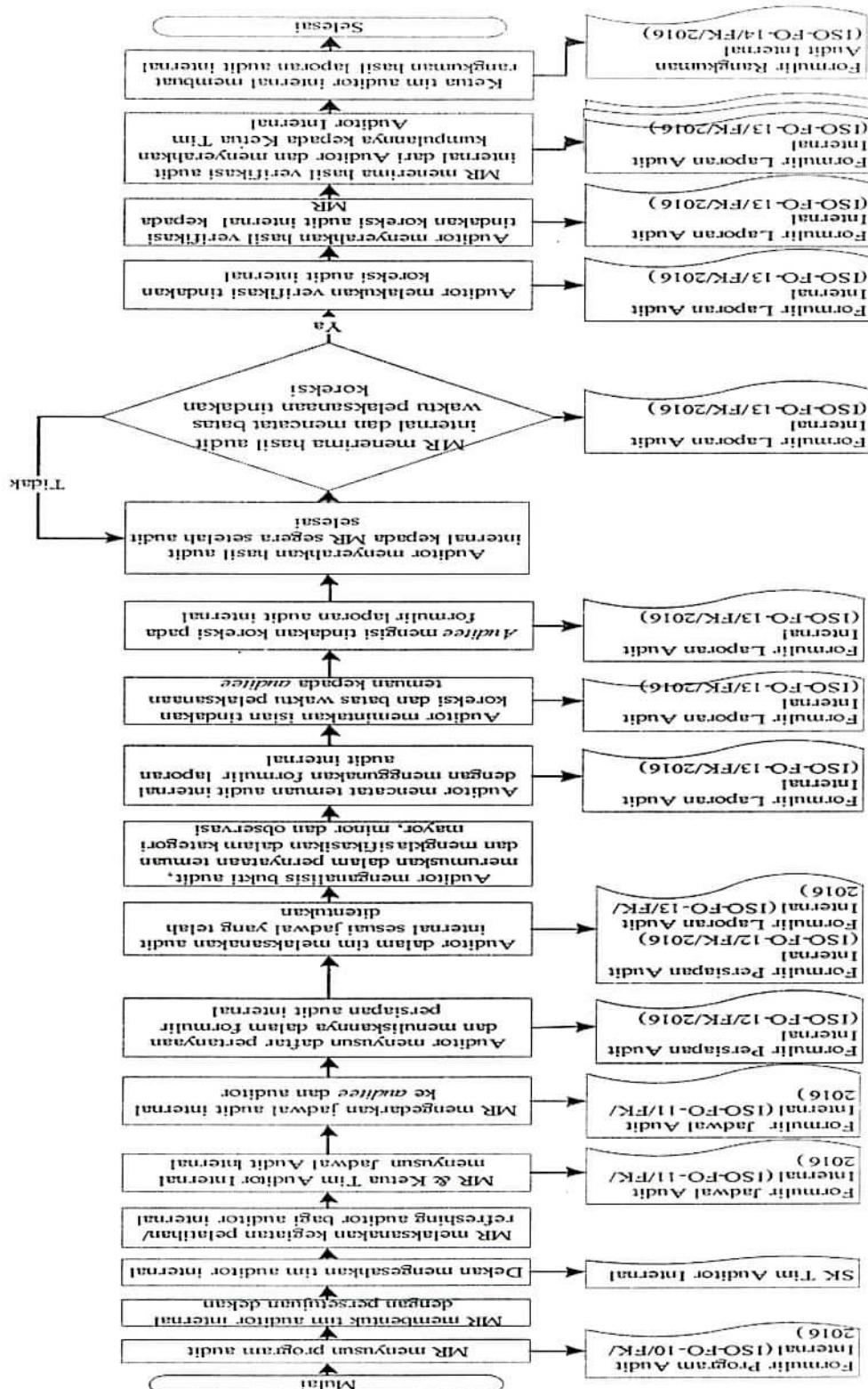
6 DIAGRAM ALIR

6.18 Ketua tim auditor internal membentuk rangkuman hasil laporan audit internal dalam formulir rangkuman audit internal (FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-05) untuk dilaporkan dalam Rapat Tingkat Manajemen.

PROSEDUR KERJA	AUDIT INTERNAL
No. Dokumen	PK-UGM-FKU-9.2.01
Revisi	02
Berlaku Sejak	1 Juni 2019
Halaman	5/7

UNIVERSITAS GADJAH MADA
FAKULTAS KEDOKTERAN, KESIHATAN
MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN





PROSEDUR KERJA		AUDIT INTERNAL	
No. Dokumen	PK-UGM-FKU-9.2.01	Revisi	02
Berlaku Sejak	1 Juli 2019	Halaman	6/7



UNIVERSITAS GADJAH MADA
FAKULTAS KEDOKTERAN, KESЕHATAN
MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN



7 REFERENSI

Persyaratan ISO 9001:2015 Klausul 9.2. Audit Internal.

8 FORMULIR TERKAIT

- 9.1 Formulir Program Audit Internal : FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-01
- 9.2 Formulir Jadwal Audit Internal : FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-02
- 9.3 Formulir Persiapan Audit Internal : FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-03
- 9.4 Formulir Laporan Audit Internal : FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-04
- 9.5 Formulir Rangkuman Laporan Audit Internal : FO-UGM-FKU-PK-9.2.01-F-05

10. DOKUMEN TERKAIT

Tidak ada

11. UNIT TERKAIT

11.1 Semua Unit Kerja

12. HISTORIS PERUBAHAN

NO	DAHLI	ISI PERUBAHAN	TANGGAL	
			SEKARANG	REVISI
1	DAHULU	<ul style="list-style-type: none"> • Kop Fakultas Kedokteran • Kop Fakultas Kedokteran, Kesekatan Masayarakat dan Keperawatan • MR: Drs. Djoko Supriono • MR: Dr. Firdi Harryanti, S.Kp., M.Kes 	1 Maret 2018	
2	Pada Poin No 3 tidak ada Resiko, Peluang dan Tindakan Mengendalikan	<ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan Resiko, Peluang dan Tindakan Mengendalikan - Mengendalikan Resiko, Peluang dan Tindakan Mengendalikan - Revisi 01 	1 Juni 2019	

13. DAFTAR DISTRIBUSI PEMEGANG SALINAN DOKUMEN

No	Pemegang Dokumen	Status Dokumen	No. Salinan
1.	Sekretariat ISO	Dikendalikan	ASLI
2.	Dekan	Dikendalikan	01
3.	WD I	Dikendalikan	02
4.	WD II	Dikendalikan	03
5.	WD III	Dikendalikan	04
6.	WD IV	Dikendalikan	05
7.	Unit Kerja/Program Studi/Departemen	Dikendalikan	06