

	STIE IEU SURABAYA	Tanggal :
	MANUAL MUTU SPMI	

MANUAL MUTU SPMI

STIE IEU SURABAYA

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 8			

1. TUJUAN

- 1.1 Prosedur ini bertujuan untuk menjamin bahwa semua dokumen mudah diidentifikasi dengan cepat dan tepat, dan diberi label untuk mencegah pemakaian dokumen yang salah atau tidak berlaku dan hilangnya dokumen.
- 1.2 Untuk menjamin pendistribusian dokumen sampai kepada pihak-pihak yang membutuhkan agar menggunakan dokumen yang terbaru.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Prosedur ini berlaku di lingkungan STIE IEU Surabaya
- 2.2 Ruang lingkup pengendalian dokumen adalah sejak penerbitan dokumen, peninjauan dan pemutakhiran, perubahan status, identifikasi dan pemusnahan dokumen
- 2.3 Yang dimaksud pengendalian dokumen dalam prosedur ini adalah semua dokumen mutu (dokumen internal) STIE IEU Surabaya, yaitu :
 - Pedoman Mutu
 - Prosedur Operasi Standar
 - Instruksi Kerja dan,
 - Formulir-formulir yang terkait
 - Dokumen luar/ referensi terkait
 - Dokumen Pendukung
 - Brosur
- 2.4 Pengendalian dokumen eksternal yang terkait sistem manajemen mutu STIE IEU Surabaya diatur sendiri.

3. REFERENSI

- 3.1 Pedoman Mutu ISO dan Kebijakan Mutu tentang Pengendalian Dokumen

4. DEFINISI

- 4.1 Pedoman Mutu adalah dokumen yang berisi pokok-pokok kebijakan STIE IEU Surabaya termasuk proses Organisasi Pendidikan
- 4.2 Prosedur Operasi Standar adalah dokumen yang berisi pedoman pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh setiap satuan/unit kerja terkait STIE IEU Surabaya
- 4.3 Instruksi Kerja adalah dokumen yang berisi penjelasan yang lebih detail dari suatu prosedur dan atau dokumen yang berisi pedoman pelaksanaan kerja
- 4.4 Dokumen luar/ referensi terkait adalah dokumen yang berupa buku modul pembelajaran, diktat, aturan dan lain-lain yang digunakan sebagai referensi
- 4.5 Master adalah naskah asli dokumen, lengkap dengan tanda-tanda keabsahannya, tetapi tanpa cap tanda dikendalikan
- 4.6 Revisi adalah perubahan yang dilakukan pada dokumen sesuai dengan kebutuhan
- 4.7 Dokumen Pendukung adalah dokumen yang mendukung proses kegiatan dalam lingkungan STIE IEU Surabaya dan luar STIE IEU Surabaya.
- 4.8 Brosur adalah dokumen yang berupa informasi-informasi sekolah yang diperuntukkan masyarakat.

5. PROSEDUR

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 2 dari 8			

5.1. Tanggung jawab pengendalian dokumen

Tanggung jawab untuk pemeriksaan dan pengendalian dokumen serta wewenang untuk menyetujui dokumen dirincikan dalam daftar tanggung jawab pengendalian dokumen di bawah ini.

NO	NAMA DOKUMEN	TANGGUNG JAWAB PENYUSUNAN	DIPERIKSA	DISAHKAN	PENGENDALI	LOKASI MASTER
1	Pedoman Mutu (PM)	QMR	QMR	Ketua	QMR	QMR
2	Prosedur Operasi Standar (POS)	Tim ISO	QMR	Ketua	QMR	QMR
3	Instruksi Kerja (IK)	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja
4	Formulir (FM)	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja
5	Dokumen Luar /referensi		BAU	QMR	BAU	BAU
6	Dokumen Pendukung	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja	K. Unit Kerja
7	Brosur	BAU	K. Unit Kerja	Direktur	BAU	BAU

5.2. Identifikasi Penomoran Dokumen Internal dan Eksternal

5.2.1. Penomoran PEDOMAN MUTU diidentifikasi dengan penomoran berikut ini

:
PM – XX

Keterangan :

PM	:	Pedoman Mutu
XX	:	Nomor Urut Bab. Dalam Pedoman Mutu

Contoh :

PM – 04 : Pedoman Mutu Bab – 4 yang berisi Sistem Manajemen Mutu
Penomoran lampiran Pedoman Mutu

LAM – XX

Keterangan :

LAM	:	Lampiran Pedoman Mutu
XX	:	Nomor Urut Lampiran Pedoman Mutu

Contoh :

LAM – 01 : Lampiran Pedoman Mutu dengan No urut 01 yang berisi mengenai Struktur Organisasi

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 3 dari 8			

5.2.2. Salinan Pedoman Mutu berstatus TERKENDALI diidentifikasi dengan penomoran sebagai berikut :

PM – YYY – XX

Keterangan :

PM	:	Pedoman Mutu
YYY	:	Kode unit pemegang salinan
XX	:	Nomorurut pemegang salinan

Contoh :

PM – KET – 01 : Pemegang salinan pedoman mutu oleh Ketua dengan nomorurut pemegang : 1

5.2.3. Prosedur Operasi Standar diberi identifikasi dengan kode sebagai berikut :

POS – XXX – XX

JUDUL

Keterangan :

POS	:	Prosedur Operasi Standar
	:	Kode Unit Kerja
	:	1. QMR
	:	2. MGT (terlampir)
XX	:	Nomorurut
JUDUL	:	Judul operasi Standar

Contoh :

POS – QMR – 06 PENERIMAAN MAHASISWA BARU

5.2.4. Salinan Prosedur Operasi Standar berstatus TERKENDALI diidentifikasi dengan penomoran sbagai berikut ;

POS – YYY – XX

Keterangan :

POS	:	Pos
YYY	:	Kode unit kerja pemegang salinan misalnya Ket adalah Ketua
XX	:	Nomorurut pemegang salinan

Contoh :

POS – KET – 02 : Pemegang salinan prosedur operasi standar oleh Ketua dengan nomorurut pemegang 01

5.2.5. Instruksi kerja diberi identifikasi dengan code sebagai berikut :

IK – YYY – XX

Keterangan :

IK	:	Instruksi kerja
YYY	:	Kode unit kerja yang menerbitkan IK
XX	:	Nomorurut IK yang diterbitkan oleh unit keja

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 4 dari 8			

Contoh :

IK – JTM – 01 : Instruksi kerja yang diterbitkan oleh (JMB) jurusan Manajemen bisnis dengan nomor urut penerbitan 01

5.2.6. Formulir diberi identifikasi dengan kode sebagai berikut :

FM – YYY – XX

FM	:	Formulir Mutu
YYY	:	Kode unit kerja yang menerbitkan formuli
XX	:	Nomor urut formulir yang diterbitkan oleh unit kerja

Contoh :

FM – JMB – 01 : Formulir yang diterbitkan oleh (JMB) jurusan manajemen bisnis dengan nomo urut penerbitan 01

5.2.7. Format penomoran dokumen eksternal diberi identifikasi dengan identitas sebagai berikut :

DEKS – XX

Keterangan :

DEKS	:	Dokumen eksternal
XX	:	Nomo urut dokumen eksternal

Contoh :

DEKS – 01 : Dokumen eksternal dengan nomor urut 01

5.2.8. Pengendalian Dokumen Eksternal diberi identifikasi dengan identitas sebagai berikut :

Penanggung Jawab terkait mengidentifikasi dokumen eksternal yang terkait dengan realisasi proses.

QMR mencatat Dokumen Eksternal tersebut dalam Daftar Doumen Eksternal.

Jika terdapat perubahan dan penambahan dikumen eksternal maka Penanggung Jawab terkait melaporkan kepada QMR untuk didaftarkan pada Dokumen Eksternal.

Penanggung Jawab terkait menyimpan Dokumen Eksternal tersebut dengan baik

5.3. Permintaan Pembuatan Dokumen

Jika ada kebutuhan untuk Pembuatan Dokumen Mutu yang baru maka :

5.3.1. Penanggung Jawab terkait mengajukan permintaan pembuatan prosedur Mutu, Instruksi Kerja dan Form kepada QMR.

5.3.2. QMR mengkaji dan memeriksa maksud dan tujuan pembuatan dokumen tersebut diatas. Jika tidak sesuai, maka permintaan tersenut akan ditolak dan dikembalikan kepada Penanggung Jawab terkait.

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 5 dari 8			

5.3.3. Jika sesuai maka QMR menerbitkan dokumen mutu yang baru sesuai dengan permintaan dari bagian terkait.

5.4. Permintaan Perubahan Dokumen

Jika ada Permintaan Perubahan Dokumen Mutu karena adanya perubahan yang meliputi : Struktur Organisasi, Ruang Lingkup, Interaksi Proses, Kebijakan STIE IEU dsb, maka :

5.4.1 Unit kerja terkait harus mengajukan permohonan perubahan dokumen kepada QMR untuk persetujuan.

5.4.2 Jika disetujui QMR maka QMR akan memberikan instruksi kepada pengendalian dokumen untuk memperbaharui Pedoman Mutu dan menyerahkan kepada Wakil Ketua Bidang Akademik untuk diminta persetujuannya. Jika tidak sesuai, maka Wakil Ketua Bidang Akademik mengembalikan Pedoman Mutu tersebut kepada QMR untuk ditinjau kembali. Jika tidak disetujui oleh QMR maka QMR harus menjelaskan alasan dan perbaikan jika ada.

5.4.3 Jika sudah sesuai maka Wakil Ketua Bidang Akademik menandatangani Perubahan Mutu revisi terbaru sehingga resmi dapat digunakan.

5.4.3 Penanggung Jawab terkait mengajukan permintaan perubahan prosedur Mutu, Instruksi Kerja dan Form kepada QMR.

5.4.4 QMR mengkaji dan memeriksa maksud, tujuan dan jenis perubahan diinginkan pada dokumen tersebut diatas. Jika tidak sesuai, maka permintaan tersebut akan ditolak dan dikembalikan kepada Penanggung Jawab terkait.

5.4.5 Jika sesuai maka QMR menerbitkan revisi terbaru dari dokumen mutu tersebut

5.5. Permintaan Perubahan Dokumen

5.5.1. Setiap perubahan pada Pedoman Mutu dan Lampirannya akan dicatat pada Riwayat Dokumen agar dapat ditelusuri.

5.5.2 Setiap perubahan pada Prosedur Operasi Standar dan Instruksi Kerja serta Form akan dicatat pada dokumen mutu tersebut pada Riwayat Dokumen

5.6. Permintaan Perubahan Dokumen

5.6.1 Untuk Dokumen Mutu yang baru, pada saat pertama kali diterbitkan, penyusun dokumen harus memberikan No. Revisi 00 (nol) sebagai indikasi bahwa dokumen tersebut adalah dokumen baru yang belum pernah mengalami revisi.

5.6.2 Untuk Dokumen Mutu yang telah diperbaharui, penyusun dokumen mutu harus memberikan Nomor Urut Revisi mulai dari 01, 02, 03 dan seterusnya (ini mengindikasikan kekerapan / frekuensi perubahan yang pernah dialami oleh Dokumen Mutu tersebut).

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 6 dari 8			

5.7. Permintaan Perubahan Dokumen

- 5.7.1 QMR melakukan pencatatan / registrasi semua Dokumen Mutu baik yang baru maupun yang mengalami revisi terbaru pada Master List Dokumen.
- 5.7.2 QMR memberikan paraf pada Master List Dokumen untuk menandakan bahwa Dokumen Mutu terkait sudah terdaftar secara resmi.

5.8. Penentuan Status Salinan (Copy) & Pemberian Stempel Dokumen Mutu

- 5.8.1 QMR berdasarkan isi dari Dokumen Mutu mengidentifikasi bagian-bagian yang akan menerima salinan (Copy) Dokumen Mutu dengan ketentuan sebagai berikut :

Dokumen terkendali (Copy) harus ditandai dengan stempel ” TERKENDALI”. Dokumen induk/asli tidak distempel karena digunakan ” MASTER ”

Dokumen terkendali harus selalu digantikan dengan dokumen yang baru bila ada perubahan, sedangkan dokumen yang lama ditarik kembali untuk dimusnahkan sesuai dengan masa pemusnahan dokumen tersebut.

Dokumen yang tidak berlaku lagi tetap perlu disimpan sebagai referensi harus distempel ” TIDAK BERLAKU”.

- 5.8.2 Dokumen yang berstatuskan ”MASTER” akan diberikan stempel seperti :

	MASTER
NOMOR :	
TANGGAL :	

- 5.8.3 Dokumen yang berstatuskan ”TERKENDALI” akan diberikan stempel seperti :

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 7 dari 8			

	TERKENDALI
NOMOR :	
TANGGAL :	

5.8.4 Dokumen yang berstatuskan "TAK TERKENDALI" akan diberikan stempel seperti :

	TAK TERKENDALI
NOMOR :	
TANGGAL :	

5.9. Pendistribusian Salinan (Copy) Dokumen Mutu

Untuk Dokumen Mutu dengan status "SALINAN TERKENDALI"

- 5.9.1 QMR mencatat atau mendaftarkan Penerima Salinan Dokumen Mutu pada Lembar Bukti Penyerahan Dokumen
- 5.9.2 QMR mengandakan Dokumen Mutu sebanyak jumlah penerima yang tercantum pada Lembar Bukti Penyerahan Dokumen
- 5.9.3 QMR mendistribusikan Salinan (Copy) Dokumen Mutu yang telah diberi stempel tersebut kepada bagian terkait dengan membawa Lembar Bukti Penyerahan Dokumen untuk ditandatangani oleh Penerima Dokumen
- 5.9.4 Penanggung Jawab terkait memastikan bahwa Salinan dokumen dengan versi terbaru berada pada tempat dimana dokumen tersebut dipergunakan

Untuk Dokumen Mutu dengan Status "SALINAN TAK TERKENDALI"

- 5.9.5. QMR menerima Memo yang berisikan alasan dari pihak – pihak yang membutuhkan Salinan Dokumen Mutu Tersebut
- 5.9.6. QMR mengkaji permintaan Salinan Dokumen Mutu tersebut, jika tidak sesuai maka permintaan tersebut akan ditolak

	Judul : MANUAL PENGENDALIAN REKAMAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 02	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 8 dari 8			

5.9.7. Jika sesuai maka QMR akan menyiapkan Salinan Dokumen Mutu yang telah diberi stempel sesuai dengan permintaan

5.10. Penimpanan Dokumen Mutu

5.10.1 QMR menyimpan Master Dokumen / Dokumen Mutu yang Asli dalam bentuk hardcopy untuk dokumen yang sedang berlaku

5.10.2 Penerima Dokumen Mutu memastikan penyimpanan dan ketersediaan Dokumen Mutu dengan stempel status ” SALINAN TERKENDALI ” pada tempat penggunaannya dengan status revisi terbaru

5.11. Pengendalian Dokumen Mutu

5.11.1 QMR memberikan stempel “ KADALUARSA “ berwarna MERAH pada setiap lembar dokumen Master yang sudah terbit revisi terbarunya

5.11.2 QMR menyimpan Dokumen Mutu satu terbitan sebelumnya untuk kepentingan referensi / Catatan Sejarah



	Judul : MANUAL PENGENDALIAN DOKUMEN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 01	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 1			

1. TUJUAN

Prosedur ini dimaksudkan untuk menjamin semua rekaman mudah dan dapat di baca, siap ditunjukkan, di ambil, dan dipelihara sesuai persyaratan mutu STIE IEU

2. RUANG LINGKUP

Ruang Lingkup pengendalian rekaman adalah identifikasi, penyimpanan, masa simpan dan proses pembuangan.

3. DEFINISI

3.1 Rekaman adalah dokumen yang menyatakan hasil yang dicapai atau memberi bukti pelaksanaan kegiatan, sebagaimana yang disyaratkan pada masing-masing prosedur dan instruksi kerja

3.2 Rekaman kadaluarsa adalah catatan / rekaman yang sudah melewati masa simpan yang telah ditetapkan dalam Daftar Pengendalian Rekaman.

4. RINCIAN PROSEDUR

4.1 Perencanaan Identifikasi Rekaman

4.1.1 QMR menunjuk penanggung jawab yang terkait dengan fungsinya untuk mengatur dan mengendalikan Rekaman Mutu di bagiannya masing-masing.

4.1.2 Masing-masing Penanggung Jawab Rekaman Mutu mengidentifikasi, menetapkan masa simpan menetapkan metode indeks penyimpanan dan lokasi penyimpanan Rekaman Mutu yang terkait dengan Prosedur Mutu, Instruksi Kerja dan dokumen mutu lainnya yang digunakan di bagian yang terkait.

4.1.3 Penanggung Jawab Rekaman Mutu menyediakan dan menetapkan tempat yang memadai untuk menyimpan Rekaman Mutu dan mencegah dari kerusakan.

4.1.4 Penanggung Jawab Rekaman Mutu mengisi Daftar Rekaman Mutu sesuai dengan identifikasi pada point 5.1.2 diatas dan menandatangani.

4.2 Pengaturan & Pengendalian Rekaman

4.2.1 Jenis rekaman, identifikasi, penyimpanan dan masa simpannya, serta tanggung jawab pengendaliannya dirincikan dalam Daftar Pengendalian Rekaman.

4.2.2 QMR melakukan kajian terhadap Daftar Rekaman Mutu yang telah di buat. Jika sesuai maka QMR menandatangani Daftar Rekaman Mutu tersebut, jika belum sesuai maka QMR mengendalikan kepada Penanggung Jawab Rekaman Mutu untuk di revisi.

4.3 Pemusnahan Rekaman Mutu Yang Sudah Kadaluarsa

4.3.1 Penanggung Jawab Rekaman Mutu melakukan pemilahan terhadap Rekaman Mutu yang telah kadaluarsa secara periodic sesuai dengan batas waktu masa simpan yang telah di tetapkan.

4.3.2 Penanggung Jawab Rekaman Mutu dengan persetujuan dari kepala Unit Kerja terkait memusnahkan Rekaman Mutu yang sudah kadaluarsa tersebut.

	Judul : MANUAL AUDIT INTERNAL	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 03	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 3			

1. TUJUAN

Prosedur ini menetapkan sistem audit untuk memastikan terselenggaranya sistem manajemen mutu telah diterapkan secara efektif

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mencakup kegiatan perencanaan, persiapan, pelaksanaan, pelaporan audit internal dan tindak lanjutnya.

3. DEFINISI

- 3.1 Audit Mutu Internal adalah kegiatan pemeriksaan yang sistematis dan bebas menentukan apakah kegiatan dan hasil yang berkaitan telah memenuhi sistem manajemen mutu secara efektif dan sesuai.
- 3.2 Lead Auditor adalah Ketua Tim Auditor yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasi, memimpin & mengambil keputusan dalam pelaksanaan Audit Internal
- 3.3 Auditor adalah petugas yang akan melakukan audit mutu internal dan mempunyai kualifikasi untuk melakukan kegiatan audit mutu internal
- 3.4 Auditee adalah seseorang atau unit kerja yang di audit
- 3.5 Opening Meeting adalah rapat pembukaan audit yang di pimpin oleh Lead Auditor dan menghadiri oleh auditee untuk membahas agenda pelaksanaan Audit Internal
- 3.6 Closing Meeting adalah Rapat penutupan yang dipimpin oleh Lead Auditor dan di hadiri oleh Auditee untuk membahas temuan ketidaksesuaian dan kesimpulan audit yang didapatkan selama pelaksanaan Audit.

4. RINCIAN PROSEDUR

4.1. Perencanaan Audit Internal

- 4.1.1 Ketua menunjuk **QMR** sebagai Penanggung Jawab kegiatan Audit
- 4.1.2 **QMR** merencanakan dan menetapkan Program Audit dan Jadwal Audit Internal minimal 1 kali dalam setahun di bulan (November – Desember)
- 4.1.3 **QMR** membentuk Tim Auditor yang terdiri dari Lead Auditor, Auditor dan pihak-pihak yang di perlukan untuk program audit (a.l : Observer, Technical Experts, dbs)
- 4.1.4 **QMR** memastikan bahwa seleksi Tim Audit yang akan melaksanakan audit harus memiliki persyaratan / kriteria sebagai berikut :
 - a. Lead Auditor & Auditor harus Independen untuk memastikan objectivitas dan kenetralan dari proses audit
 - b. Lead auditor & auditor tidak boleh mengaudit pekerjaannya sendiri.
 - c. Lead auditor dan auditor telah lulus mengikuti pelatihan audit internal
 - d. Lead audit harus dapat mengorganisir, memimpin Tim Audit serta dapat memecahkan permasalahan yang timbul.
- 4.1.5 **QMR** membuat surat penunjukkan tim audit internal yang di tujukan kepada tim auditor.

	Judul : MANUAL AUDIT INTERNAL	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 03	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 2 dari 3			

4.1.6 **QMR** membuat surat pemberitahuan audit internal kepada setiap bagian terkait (auditee) sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan

4.2. Pelaksanaan Audit Internal

- 4.2.1 Tim Auditor membuat agenda audit dan harus dan harus di sahkan oleh lead auditor untuk di gunakan sebagai bahan pembahasan pada saat Opening Meeting
- 4.2.2 Tim Auditor dan Auditee melakukan Opening Meeting dan membahas agenda audit yang di buat.
- 4.2.3 Apabila Auditee setuju dengan agenda audit tersebut maka auditee menandatangani. Jika tidak, maka tim auditor melakukan revisi terhadap agenda audit tersebut pada saat Opening Meeting sedang berlangsung.
- 4.2.4 Tim Auditor melaksanakan Audit Internal sesuai denagn agenda audit yang telah disepakati tersebut.
- 4.2.5 Jika Tim Auditor menemukan “**KETIDAK SESUAIAN**” (**KTS**),maka menuliskan hasil temuan”**KETIDAK SESUAIAN**’ (**KTS**) tersebut pada laporan Ketidak sesuaian Audit.
- 4.2.6 Setelah Audit Internal selesai dilaksanakan maka Lead Auditor & Tim Auditor meminta waktu kepada Auditee untuk merumuskan hasil temuan tersebut.
- 4.2.7 Tim Auditor menuliskan Kesimpulan Audit pada Laporan Kesimpulan.
- 4.2.8 Lead Auditor menyampaikan Kesimpulan Hasil Audit Internal secara keseluruhan kepada Auditee dalam closing Meeting.
- 4.2.9 Jika Auditee tidak setuju dengan kesimpulan Hasil Audit Internal, maka langsung di lakukan klarifikasi dan dilakukan penyelesaian dengan tim Auditor.
- 4.2.10 Jika Sudah sesuai maka, Auditee menandatangani laporan ketidak sesuaian Audit & Laporan Kesimpulan Hasil Audit dengan Tim Auditor.
- 4.2.11 Lead Auditro menyerahkan Laporan Ketidak Sesuaian Audit kepada Auditee untuk di tindak lanjuti.

4.3. Tindak Lanjut Temuan Audit & Verifikasi Tindakan Perbaikan & Pencegahan.

- 4.3.1 Auditee malakukan analisa dan menentukan akar penyebab masalah dari ketidaksesuaian yang timbul.
- 4.3.2 Auditee menetapkan Tindakan perbaikan & pencegahan serta target waktu penyelesaian.
- 4.3.3 Auditee menginformasikan kepada Lead Auditor mengenai target waktu penyelesaian agar dapat diverifikasi oleh Tim Auditor.
- 4.3.4 Auditee melaksanakan Tindakan Perbaikan & Pencegahan sesuai dengan point 4.3.2 di atas.
- 4.3.5 Tim Auditor melakukan verifikasi terhadap tindakan perbaikan & pencegahan yang telah di lakukan oleh Auditee.

	Judul : MANUAL AUDIT INTERNAL	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 03	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 3 dari 3			

4.3.6 Jika Tindakan Perbaikan & Pencegahan yang di lakukan dinilai efektif oleh tim Auditor maka Lead Auditor memberikan status “**EFEKTIF**” lalu menandatangani Laporan Ketidaksesuaian Audit tersebut sebagai bukti bahwa telah di lakukan verifikasi.

4.3.7 Jika Tindakan perbaikan & pencegahan yang dilakukan, dinilai tidak efektif oleh Tim Auditor maka lead Auditor maka Lead Auditor membuat laporan Tindakan Perbaikan & Pencegahan.

4.4. Pelaporan Hasil Audit Internal.

4.4.1 Lead Auditor menyerahkan Laporan Kesimpulan Hasil Audit Internal Kepada **QMR**

4.4.2 Lead Auditor menyerahkan Laporan Ketidaksesuaian audit yang telah selesai Diverifikasi kepada **QMR**

4.4.3 **QMR** melakukan kajian terhadap hasil tindakan perbaikan & pencegahan yang Telah dilakukan oleh Auditee.

4.4.4 **QMR** melakukan analisa hasil temuan Audit Internal secara keseluruhan sebagai bahan masukan kepada Manajemen dalam merencanakan program audit periode berikutnya serta menjadi agenda pembahasan dalam rapat tinjauan manajemen.

	Judul : MANUAL PENANGANAN KETIDAKSESUAIAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 04	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 2			

1. TUJUAN

Tujuan prosedur ini adalah untuk memastikan agar ketidaksesuaian di tindak lanjuti secara benar dan terkendali sesuai dengan peraturan yang berlaku

2. RUANG LINGKUP

2.1 Ketidaksesuaian terhadap pelanggaran tata tertib oleh mahasiswa.

2.2 Ketidaksesuaian karena kegagalan mahasiswa

2.3 Ketidaksesuaian pada proses belajar mengajar

3. DEFINISI

Kegagalan mahasiswa adalah apabila seorang mahasiswa tidak dapat menyelesaikan atau lulus seluruh mata kuliah pada semester yang bersangkutan, atau melanggar peraturan akademik yang telah ditentukan

4. RINCIAN PROSEDUR

D1 Tanggung Jawab

4.1.1 Tanggung Jawab terhadap ketidaksesuaian pelanggaran kedisiplinan mahasiswa adalah Pembantu Ketua I

4.1.2 Taggung Jawab untuk ketidaksesuaian pelanggaran kegagalan mahasiswa dalam Proses Belajar Mengajar adalah Pembantu Ketua I

4.2 Penanganan Ketidaksesuaian

4.2.1 Penanganan kegagalan mahasiswa yang tidak lulus pada semester yang bersangkutan di beri kesempatan mengulang pada semester yang sama pada tahun akademik berikutnya.

4.2.2 Penanganan kegagalan mahasiswa untuk yang sudah 2 tahun pada semester yang sama adalah drop out (DO)

4.2.3 Penentuan Kegagalan mahasiswa melalui rapat kelulusan

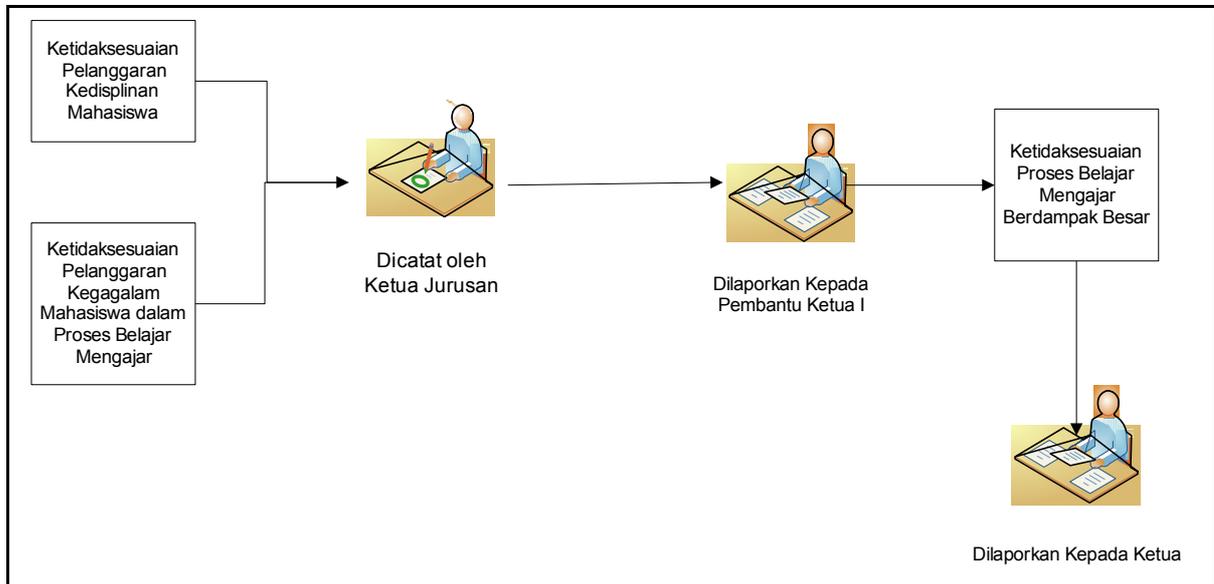
4.2.4 Penanganan pelanggaran tata tertib mahasiswa yang menyangkut keterlambatan, ketidakhadiran, dan pelanggaran yang lain sesuai dengan buku peraturan akademik.

4.2.5 Pelanggaran tata tertib mahasiswa yang di temukan oleh dosen di laporkan kepada ketua Jurusan.

4.2.6 Penanganan Ketidaksesuaian jadwal proses belajar Mengajar dicatat dan dilaporkan ke Pembantu Ketua I dengan form ketidaksesuaian.

4.2.7 Penanganan Ketidaksesuaian Proses Belajar Mengajar untuk jangka panjang yang berdampak besar pada mutu dilaporkan oleh Pembantu ketua I kepada Ketua untuk di tindaklanjuti sebagaimana mestinya.

	Judul : MANUAL PENANGANAN KETIDAKSESUAIAN	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 04	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 2 dari 2			



Flow Penanganan Ketidaksesuaian

4.3 Pelaporan ketidaksesuaian

- 4.3.1 Ketidaksesuaian pelanggaran kedisiplinan mahasiswa dilaporkan oleh petugas ke Pembantu Ketua I dengan form ketidaksesuaian.
- 4.3.2 Ketidaksesuaian Proses Belajar mengajar dilaporkan oleh dosen piket kepada Pembantu Ketua I dengan form ketidaksesuaian.
- 4.2.3 Pembantu Ketua I membuat rekapitulasi penanganan ketidaksesuaian untuk bahan rapat pada tinjauan manajemen.
- 4.4 Semua catatan / rekaman yang berhubungan dengan kegiatan Penanganan Ketidaksesuaian harus disimpan dan dipelihara oleh personil yang telah ditetapkan.

	Judul : MANUAL TINDAKAN KOREKTIF	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 05	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 2			

1. TUJUAN

Prosedur ini adalah untuk mengatur tata cara melakukan tindakan perbaikan terhadap ketidaksesuaian yang telah terjadi.

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku bagi ketidaksesuaian mahasiswa dan ketidaksesuaian pelaksanaan Proses Belajar Mengajar.

3. REFERENSI

Manual Mutu tentang tindakan perbaikan, MAN-IEU / SPMI / 04 Penanganan Ketidaksesuaian

4. DEFINISI

Tindakan ini adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan dan menindaklanjuti penyebab ketidak sesuaian yang terjadi pada sistem manajemen mutu di STIE IEU, baik yang terjadi berulang kali ataupun ketidak sesuaian yang terjadi lagi di banyak tempat.

5. PROSEDUR

- a) Tanggung jawab perbaikan terhadap ketidak sesuaian kegitana belajar mengajar terhadap Pembantu Ketua 1.
- b) Tanggung Jawab perbaikan terhadap ketidaksesuaian terhadap pelaksanaan kedisiplinan mahasiswa terletak pada Pembantu Ketua 1.
- c) Setelah menerima laporan ketidak sesuaian, maka Pembantu Ketua 1 meneliti jenis dan penyebabnya.
- d) Dari data yang diperoleh, Pembantu Ketua 1 menentukan tindakan perbaikan yang harus diambil dalam batas waktu yang ditentukan.
- e) Tindakan perbaikan terhadap pelaksanaan proses belajar mengajar didokumentasikan dalam Buku Ketidaksesuaian Proses Belajar Mengajar.
- f) Tindakan perbaikan terhadap mahasiswa didokumentasikan pada buku Pelanggaran dan sanksi.

	Judul : MANUAL TINDAKAN KOREKTIF	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 05	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
Halaman : Halaman 2 dari 2				

- g) Setelah tindakan perbaikan dilakukan atau batas waktu yang ditentukan dilampaui maka tindakan perbaikan harus ditinjau kembali oleh Pembantu Ketua 1 untuk memastikan bahwa tindakan perbaikan tersebut dilaksanakan dengan baik dan memberikan hasil yang positif
- h) Bila tindakan perbaikan yang diambil tidak efektif, analisa dan tinjauan terus dilakukan sampai diperoleh hasil yang memuaskan.

	Judul : MANUAL TINDAKAN PREVENTIF	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 06	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 1 dari 3			

1. Tujuan

Prosedur Mutu Tindakan Pencegahan / Preventif ini bertujuan untuk memberikan acuan dalam melaksanakan tindakan pencegahan agar hasil tindakan pencegahan yang dilakukan mampu menghilangkan penyebab potensial ketidaksesuaian/masalah serta meningkatkan efektifitas sistem manajemen mutu yang diterapkan.

2. Ruang Lingkup

Prosedur Mutu Tindakan Pencegahan / Preventif ini mengatur mulai dari identifikasi potensial ketidaksesuaian sampai dengan pemantauan tindakan pencegahan. Prosedur ini berlaku bagi semua tindakan pencegahan terhadap potensial ketidaksesuaian yang terjadi pada sistem secara umum.

3. Referensi

- 3.1 Pedoman Mutu ISO tentang Tindakan Pencegahan
- 3.2 Peraturan dan Undang-undang yang berlaku
- 3.3 Tugas Pokok dan Fungsi STIE IEU Surabaya

4. Definisi

Tindakan Pencegahan / Preventif adalah tindakan untuk menghilangkan penyebab potensial ketidaksesuaian.

5. Uraian Prosedur :

5.1 Tanggung Jawab

Ketua STIE IEU Surabaya
Wakil Manajemen Mutu (QMR)
Seluruh Kepala Unit Kerja

5.2. Identifikasi Potensial Ketidaksesuaian.

Identifikasi potensial ketidaksesuaian dapat dilakukan oleh semua personil yang mendeteksi kemungkinan adanya potensial ketidaksesuaian, atau didapat dari hasil audit internal yang telah dilakukan.

Dalam menetapkan potensial ketidaksesuaian, hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain :

- a. Bukti dan data yang terkait.
- b. Persyaratan ataupun peraturan yang terkait.
- c. Manfaat yang akan didapat jika masalah tersebut dapat dihindari.
- d. Resiko yang akan terjadi jika masalah tersebut tidak diperbaiki.

5.3 Analisis Resiko.

Analisis resiko dilakukan oleh Kepala Unit Kerja, QMR atau personil terkait. Analisis resiko dilakukan untuk memastikan bahwa :

- a. identifikasi potensial ketidaksesuaian yang ada akan menimbulkan masalah jika tidak ditangani.
- b. manfaat yang akan dicapai jika potensial ketidaksesuaian tersebut ditangani.

	Judul : MANUAL TINDAKAN PREVENTIF	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 06	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 2 dari 3			

Dalam melakukan analisis resiko hendaknya memperhatikan kecukupan data-data yang diperlukan.

5.4 Analisis Faktor-Faktor Penyebab.

Analisis faktor penyebab dilakukan oleh Kepala Unit Kerja, QMR atau personil terkait. Analisis faktor penyebab dilakukan untuk mendapatkan hal-hal yang mungkin menjadi penyebab potensial ketidaksesuaian. Analisis faktor penyebab dilakukan sampai mendapatkan akar masalah yang menyebabkan potensial ketidaksesuaian yang ada. Hasil analisis dituliskan pada form Permintaan Tindakan Pencegahan.

5.5 Analisis Alternatif-Alternatif Tindakan Pencegahan.

Analisis alternatif tindakan pencegahan dilakukan oleh Kepala Unit Kerja, QMR atau personil terkait. Analisis alternatif tindakan pencegahan dilakukan untuk mendapat kemungkinan tindakan yang dapat dilakukan untuk menghilangkan penyebab potensial ketidaksesuaian. Dalam melakukan analisis alternatif tindakan pencegahan, perlu dipertimbangkan sumber daya yang diperlukan.

5.6 Penetapan / Pemilihan Tindakan Pencegahan.

Penetapan tindakan pencegahan dilakukan oleh Kepala Unit Kerja atau QMR Penetapan tindakan perbaikan meliputi :

- a. Rencana tindakan pencegahan yang akan dilakukan
- b. Penanggung jawab yaitu personil yang ditugaskan untuk melakukan tindakan pencegahan.
- c. Batas waktu tindakan pencegahan akan selesai dilakukan.

Ketua atau QMR harus memastikan bahwa sumber daya yang diperlukan untuk tindakan pencegahan akan dipenuhi.

Penetapan tindakan pencegahan dituliskan pada form Permintaan Tindakan Pencegahan.

5.7 Pelaksanaan Tindakan Pencegahan.

Pelaksanaan tindakan pencegahan dilakukan oleh personil yang telah ditugaskan sebagaimana dinyatakan pada form Permintaan Tindakan Pencegahan. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan harus memperhatikan batas waktu yang telah ditetapkan. Selanjutnya hasil tindakan pencegahan yang dilaksanakan dan tanggal penyelesaian dilaporkan pada formulir Permintaan Pencegahan.

5.8 Evaluasi Tindakan Pencegahan.

Evaluasi hasil tindakan pencegahan dapat dilakukan oleh auditor (atau pengusul tindakan pencegahan), QMR atau personil terkait.

Evaluasi tindakan pencegahan dilakukan untuk memastikan bahwa hasil tindakan pencegahan mampu menghilangkan penyebab potensial ketidaksesuaian. Jika hasil tindakan pencegahan dinilai tidak mampu menghilangkan penyebab potensial

	Judul : MANUAL TINDAKAN PREVENTIF	Penanggung Jawab		
	No. Kode : MAN-IEU / SPMI / 06	Disiapkan	Diperiksa	Disahkan
	No. Revisi :	TIM SPMI	QMR	KETUA
	Edisi :			
	Tanggal Berlaku :			
	Halaman : Halaman 3 dari 3			

ketidaksesuaian ataupun resiko yang timbul, maka permintaan tindakan pencegahan perlu diulangi kembali dan dibuatkan formulir Permintaan Pencegahan yang baru.

Hasil evaluasi dinyatakan pada form Permintaan Tindakan Pencegahan. Jika hasil tindakan pencegahan dinilai efektif, maka auditor (atau pengusul tindakan pencegahan), QMR atau personil terkait akan memberikan persetujuan dan dinyatakan pada form Permintaan Tindakan Pencegahan.

5.9 Pelaporan Tindakan Pencegahan.

Pemantauan tindakan pencegahan dilakukan oleh QMR dengan dibantu oleh Sekretariat ISO atau personil yang terkait. Pemantauan tindakan pencegahan dilakukan dengan menuliskan permintaan tindakan pencegahan dan pencegahan pada form Rekapitulasi Permintaan Tindakan Pencegahan. Setiap tindakan pencegahan yang diambil harus diketahui dan dilaporkan ke atasan masing-masing.