

	SOP PENGENDALIAN MUTU DOKUMEN UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 001/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016	Halaman : 1 dari 10

1. TUJUAN

Mengatur sistem pengendalian dokumen meliputi penomoran, pengelompokan, pengesahan, pendistribusian, revisi serta penyimpanan agar dokumen terkendali

2. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh dokumen sistem mutu yang ada serta digunakan oleh Universitas Pandanaran

3. REFERENSI

- 3.1. Persyaratan
- 3.2. Manual Mutu Universitas Pandanaran

4. DEFINISI

- 4.1. Dokumen Internal : Segala dokumen yang diterbitkan dari internal Universitas Pandanaran
- 4.2. Dokumen Eksternal : Segala dokumen dari luar Universitas Pandanaran yang dijadikan acuan dalam menyusun dokumentasi sistem mutu atau dalam melaksanakan pekerjaan
- 4.3. Dokumen Induk : Segala dokumen sistem mutu yang diterbitkan dari internal Universitas Pandanaran dan dipakai dalam melaksanakan pekerjaan
- 4.4. Dokumen Terkendali : Segala salinan dokumen induk yang distribusinya dikendalikan oleh Lepenmu; artinya dokumen tersebut harus *update* jika ada perubahan / revisi
- 4.5. Dokumen Tak Terkendali : Segala salinan dokumen induk yang distribusinya tidak dikendalikan oleh Lepenmu; artinya jika ada perubahan / revisi atas dokumen tersebut, Lepenmu tidak mengeluarkan salinan terbaru
- 4.6. Dokumen Kadaluarsa : Segala dokumen yang pernah diterbitkan dan kemudian tidak dipakai lagi dalam melaksanakan pekerjaan.

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Lepenmu bertanggung jawab dalam :
 - Menyimpan & mengendalikan dokumen induk internal
 - Menyimpan & mengendalikan dokumen eksternal
 - Mendistribusikan dokumen yang telah disahkan ke pemegang dokumen
 - Menarik dokumen kadaluarsa
- 5.2. Pemegang Dokumen bertanggung jawab dalam :
 - Memelihara dokumen sesuai lingkup tanggung jawabnya
 - Mengajukan usulan perubahan dokumen (bila diperlukan)

6. KETENTUAN UMUM

- 6.1. Dokumen Sistem Mutu yang diterapkan adalah sebagai berikut :
 1. Kebijakan Mutu
 2. Sasaran Mutu
 3. Rencana Mutu
 4. Manual Mutu
 5. Prosedur Mutu
 6. Instruksi Kerja
 7. Dokumen pendukung yang terdiri dari: Formulir, Lembar kerja, dokumen eksternal dan arsip

Selain dokumentasi Sistem Mutu yang telah disebutkan di atas, dikenal pula beberapa dokumen formal yang berlaku & diterapkan di Universitas Pandanaran sebagai acuan pelaksanaan proses akademik, beberapa dokumen tersebut antara lain :

- a. Statuta
- b. Visi dan Misi
- c. Rencana Strategis
- d. Pedoman Pendidikan Akademik Universitas
- e. Pedoman Tata Kelola
- f. Pedoman Akademik Fakultas

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Penerbitan Dokumen Baru

- 7.1.1 Proses-proses yang termasuk dalam lingkup penerapan sistem manajemen mutu disusun dalam suatu dokumen sistem mutu.
- 7.1.2 Dokumen Sistem Mutu diperiksa dan disahkan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan Tabel Kewenangan Pengesahan Dokumen (terlampir).
- 7.1.3 Dokumen sistem mutu yang telah disahkan distempel "Dokumen Induk" di lembar pengesahan dan dicatat dalam Daftar Dokumen Induk. Dokumen induk disimpan oleh Lepenmu.
- 7.1.4 Dokumen Eksternal yang dijadikan acuan dalam penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan dicatat dalam Daftar Dokumen Eksternal.

7.2 Pendistribusian Dokumen

- 7.2.1 Dokumen Sistem Mutu yang akan didistribusikan adalah Dokumen Induk yang di gandakan, diberi stempel " Dokumen Terkendali" dan nomor distribusi pada lembar pengesahannya.
- 7.2.2 Dokumen sistem mutu didistribusikan oleh Lepenmu pada Lembaga yang berkepentingan terhadap dokumen tersebut sesuai dengan Matriks Distribusi Dokumen.

- 7.2.3 Pendistribusian dokumen sistem mutu dilakukan dengan menggunakan form Distribusi Dokumen sebagai bukti penerimaan atau penarikan dokumen.
- 7.2.4 Untuk dokumen eksternal yang berupa Peraturan atau Perundang-undangan, didistribusikan dan tidak perlu ditarik kembali jika ada peraturan baru yang terbit.

7.3. Dokumen Tidak Dikendalikan

- 7.3.1 Dokumen yang tidak dikendalikan adalah dokumen yang didistribusikan keluar Universitas Pandanaran dan tidak didistribusikan atau ditarik kembali bila terjadi revisi pada dokumen tersebut.
- 7.3.2 Dokumen yang tidak dikendalikan diberi stempel “Dokumen Tidak Terkendali” pada lembar pengesahannya.
- 7.3.3 Dokumen yang tidak dikendalikan diberikan dengan menggunakan form Penyerahan Dokumen.

7.4 Revisi Dokumen

- 7.4.1 Setiap karyawan boleh mengajukan usulan perubahan Prosedur Mutu, Instruksi Kerja dan Dokumen lain dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja.
- 7.4.2 Usulan perubahan Prosedur Mutu yang mempengaruhi bagian lain harus dikoordinasikan dengan bagian-bagian yang terkait dengan dokumen tersebut.
- 7.4.3 Usulan perubahan dokumen ditinjau oleh pembuat dokumen dan disetujui oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan table kewenangan pengesahan dokumen.
- 7.4.4 Usulan perubahan dokumen diajukan dengan menggunakan form Permintaan Perubahan Dokumen.
- 7.4.5 Dokumen yang telah disetujui di proses oleh Lepenmu, diberi nomor revisi baru dan tanggal berlaku baru.
 - a. Bila nomor revisi telah mencapai 10 maka dokumen tersebut harus diterbitkan ulang dan kembali ke revisi 00.
 - b. Untuk perubahan yang bersifat redaksional atau perubahan dengan tanpa mengubah kandungan materi prosedur operasional atau instruksi kerja, tidak dilakukan revisi.
- 7.4.6 Pengesahan kembali dokumen sistem mutu dilakukan sesuai dengan Tabel Kewenangan Pengesahan Dokumen.
- 7.4.7 Lepenmu memperbaharui Daftar Dokumen Induk dan memberi stempel “Dokumen Induk” pada lembar pengesahan dokumen hasil revisi yang telah disetujui, dan melakukan pencatatan point-point dokumen yang dirubah dengan menggunakan form Riwayat Perubahan Dokumen.
- 7.4.8 Penggandaan dokumen Induk dan Riwayat Perubahan Dokumen, sesuai dengan kebutuhan distribusi dokumen yang tercantum dalam Matriks Distribusi Dokumen.
- 7.4.9 Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, Rencana Mutu dan Manual Mutu dapat direvisi atas dasar hasil Rapat Tinjauan Manajemen atau hasil penilaian audit yang dilakukan oleh Badan Sertifikasi atau perubahan pada Struktur Organisasi.

7.5. Dokumen Kadaluarsa

- 7.5.1 Apabila dokumen yang telah direvisi diberlakukan, maka dokumen “Dokumen Terkendali” yang telah kadaluarsa harus ditarik dan

dilakukan tindakan tertentu oleh Lepenmu untuk menjaga penggunaan yang tidak disengaja.

- 7.5.2 Dokumen Induk yang kadaluarsa diidentifikasi dengan stempel “Dokumen Kadaluarsa” dan disimpan oleh Lepenmu.
- 7.5.3 Dokumen Eksternal yang dijadikan acuan dalam penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan dicatat

7.6 Bentuk dan Warna Stempel

- 7.7.1 Bentuk-bentuk stempel yang digunakan baik stempel “Dokumen Induk”, “Dokumen Terkendali”, “Dokumen Tidak Terkendali”, “Dokumen Kadaluarsa” sesuai dengan Contoh Stempel Pengendalian Dokumen terlampir.
- 7.7.2 Warna stempel dipakai selain hitam untuk stempel “Dokumen Induk”, “Dokumen Terkendali”, “Dokumen Tidak Terkendali”, “Dokumen Kadaluarsa”. Pemakaian stempel berwarna dimaksudkan untuk membedakan antara dokumen asli dan hasil foto copy.

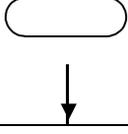
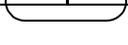
Flow Chart/ Bagan Alir Penerbitan Dokumen Baru

No	Aktivitas	Pelaksana		Syarat/ Perleng kapan	Mutu Baku	
		Pejabat Berwenang	Lepenmu		Waktu	Output
1	Proses-proses yang termasuk dalam lingkup penerapan sistem manajemen mutu disusun dalam suatu dokumen sistem mutu					Dokumen sistem mutu
2	Dokumen Sistem Mutu diperiksa dan disyahkan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan Tabel Kewenangan Pengesahan Dokumen					Pengesahan dokumen
3	Dokumen sistem mutu yang telah disyahkan distempel “DOKUMEN INDUK” di lembar pengesahan dan dicatat dalam Daftar Dokumen Induk. Dokumen induk disimpan oleh Lepenmu					Dokumen induk
4	Dokumen Eksternal yang dijadikan acuan dalam penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan dicatat dalam Daftar Dokumen Eksternal					Daftar dokumen eksternal

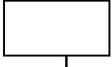
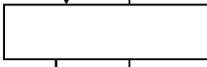
Flow Chart/ Bagan Alir Pendistribusian Dokumen

No	Aktivitas	Pelaksana		Syarat/ Perleng kapan	Mutu Baku	
		Pejabat Berwenang	Lepenmu		Waktu	Output
1	Dokumen Sistem Mutu yang akan didistribusikan adalah Dokumen Induk yang di gandakan, diberi stempel " DOKUMEN TERKENDALI" dan nomor distribusi pada lembar pengesahannya.					Dokumen sistem mutu, dokumen induk
2	Dokumen sistem mutu didistribusikan oleh Lepenmu pada Lembaga yang berkepentingan terhadap dokumen tersebut sesuai dengan Matriks Distribusi Dokumen.					Dokumen sistem mutu, matriks distribusi dokumen
3	Pendistribusian dokumen sistem mutu dilakukan dengan menggunakan form Distribusi Dokumen sebagai bukti penerimaan atau penarikan dokumen.					Form distribusi dokumen
4	Untuk dokumen eksternal yang berupa Peraturan atau Perundang-undangan, didistribusikan dan tidak perlu ditarik kembali jika ada peraturan baru yang terbit.					dokumen eksternal

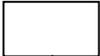
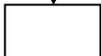
Flow Chart/ Bagan Alir Dokumen Tidak Dikendalikan

No	Aktivitas	Pelaksana	Mutu Baku		
		Pejabat Berwenang	Syarat/Perlengkapan	Waktu	Output
1	Dokumen yang tidak dikendalikan adalah dokumen yang didistribusikan keluar Universitas Pandanaran dan tidak didistribusikan atau ditarik kembali bila terjadi revisi pada dokumen tersebut.				Dokumen tidak dikendalikan
2	Dokumen yang tidak dikendalikan diberi stempel "Dokumen Tidak Terkendali" pada lembar pengesahannya.				Lembar pengesahan dokumen tidak terkendali
3	Dokumen yang tidak dikendalikan diberikan dengan menggunakan form Penyerahan Dokumen.				Form penyerahan dokumen

Flow Chart/ Bagan Alir Revisi Dokumen

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku		
		Karyawan/pengusul	Pejabat berwenang	Lepenu	Syarat/Perlengkapan	Waktu	Output
1	Setiap karyawan boleh mengajukan usulan perubahan Prosedur Mutu, Instruksi Kerja dan Dokumen lain dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja.						Usulan perubahan dokumen
2	Usulan perubahan Prosedur Mutu yang mempengaruhi bagian lain harus dikoordinasikan dengan bagian-bagian yang terkait dengan dokumen tersebut.						Hasil koordinasi
3	Usulan perubahan dokumen ditinjau oleh pembuat dokumen dan disetujui oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan table kewenangan pengesahan dokumen.						Persetujuan usulan perubahan dokumen
4	Usulan perubahan dokumen diajukan dengan menggunakan form Permintaan Perubahan Dokumen.						Form permintaan
5	Dokumen yang telah disetujui di proses oleh Lepenu, diberi nomor revisi baru dan tanggal berlaku baru.						perubahan dokumen Nomor revisi dokumen

Bila nomor revisi telah mencapai 10 maka dokumen tersebut harus diterbitkan ulang dan kembali ke revisi 00. Untuk perubahan yang bersifat redaksional atau perubahan dengan tanpa mengubah kandungan materi prosedur operasional atau instruksi kerja,

					tidak dilakukan revisi.	
6	Pengesahan kembali dokumen sistem mutu dilakukan sesuai dengan Tabel Kewenangan Pengesahan Dokumen					Dokumen sistem mutu yang telah disahkan
7	Lepenmu memperbarui Daftar Dokumen Induk dan memberi stempel "Dokumen Induk" pada lembar pengesahan dokumen hasil revisi yang telah disetujui, dan melakukan pencatatan point-point dokumen yang dirubah dengan menggunakan form Riwayat Perubahan Dokumen.					Daftar dokumen induk yang telah diperbarui
8	Penggandaan dokumen Induk dan Riwayat Perubahan Dokumen, sesuai dengan kebutuhan distribusi dokumen yang tercantum dalam Matriks Distribusi Dokumen.					Dokumen induk, riwayat perubahan dokumen, matriks distribusi dokumen
9	Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, Rencana Mutu dan Manual Mutu dapat direvisi atas dasar hasil Rapat Tinjauan Manajemen atau hasil penilaian audit yang dilakukan oleh Badan Sertifikasi atau perubahan pada Struktur Organisasi.					Revisi dokumen mutu

Flow Chart/ Bagan Alir Dokumen Kadaluarsa

Lepenmu	No	Aktivitas	Pelaksana	Mutu Baku		
				Syarat/ Perlengkapan	Waktu	Output Dokumen
	1	Apabila dokumen yang telah direvisi diberlakukan, maka dokumen "Dokumen Terkendali" yang telah kadaluarsa harus ditarik dan dilakukan tindakan tertentu oleh Lepenmu untuk menjaga penggunaan yang tidak disengaja.		a. Bentuk-bentuk stempel yang digunakan baik stempel "Dokumen Induk", "Dokumen Terkendali", "Dokumen Tidak Terkendali", "Dokumen Kadaluarsa"		terkendali
	2	Dokumen Induk yang kadaluarsa diidentifikasi dengan stempel "Dokumen Kadaluarsa" dan disimpan oleh Lepenmu.		b. Warna stempel dipakai selain hitam untuk stempel "Dokumen Induk", "Dokumen Terkendali", "Dokumen Tidak Terkendali", "Dokumen Kadaluarsa" Pemakaian stempel berwarna dimaksudkan untuk membedakan antara dokumen asli dan hasil foto copy.		Dokumen kadaluarsa
	3	Dokumen Eksternal yang dijadikan acuan dalam penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan dicatat.				Dokumen eksternal

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8.1. Metode Penomoran Dokumen
- 8.2. Tabel Aturan Kewenangan Pengesahan Dokumen
- 8.3. Contoh Stempel.
- 8.4. Daftar Dokumen Internal
- 8.5. Daftar Dokumen Eksternal
- 8.6. Matriks Distribusi Dokumen
- 8.7. Distribusi Dokumen
- 8.8. Penyerahan Dokumen
- 8.9. Permintaan Perubahan Dokumen
- 8.10. Riwayat Perubahan Dokumen

	SOP PENGENDALIAN ARSIP UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 002/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016	Halaman : 1 dari 6

1. TUJUAN

- 1.1 Mengatur sistem pengendalian arsip seperti penomoran, penyimpanan, dan pendistribusian agar arsip dapat dikendalikan dan dipelihara
- 1.2 Memudahkan penelusuran kembali semua jenis catatan mutu / arsip dan mengendalikannya selama periode waktu yang ditentukan

2. RUANG LINGKUP

- 2.1. Prosedur ini mengatur sistem pencatatan, pengendalian, penyerahan, pemindahan dan pemeliharaan arsip di Universitas Pandanaran.
- 2.2. Prosedur ini diterapkan untuk semua jenis catatan / arsip yang mempengaruhi mutu dan dipersyaratkan oleh sistem manajemen mutu yang tercantum dalam Daftar Catatan Mutu di Universitas Pandanaran

3. REFERENSI

- 3.3. Persyaratan

4. DEFINISI

- 4.7. Arsip adalah segala dokumen yang menyatakan, hasil yang dicapai atau bukti bahwa aktifitas telah dilakukan di lingkup Universitas Pandanaran
- 4.8. Indexing adalah sistem filling untuk memudahkan pencarian kembali segala catatan mutu yang dimaksud

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Ketua Lembaga bertanggung jawab dalam :
 - Membuat daftar catatan mutu/arsip di areanya masing-masing dengan persetujuan MR
 - Melakukan up dating daftar catatan mutu/arsip
 - Bertanggung jawab dalam menyimpan, pengendalian & pemeliharaan arsip/catatan mutu di areanya masing-masing
- 5.2. MR bertanggung jawab dalam :
 - Menetapkan akses level pada arsip berbentuk softcopy (merubah, menambah)
 - Memberikan persetujuan atas daftar catatan mutu/arsip yang diajukan masing-masing ketua lembaga
- 5.3. Lepenmu bertanggung jawab dalam

- Memelihara & mengendalikan semua daftar jenis arsip/catatan mutu dari masing-masing bagian
- Meminta up dating daftar catatan mutu/arsip apabila ada perubahan daftar catatan mutu/arsip dari masing-masing bagian
- Mengendalikan secara penuh arsip berbentuk soft copy (sebagai admin)

6. KETENTUAN UMUM

- 6.1. Pengendalian arsip (hard copy & soft copy) di lingkup Universitas Pandanaran dilakukan dengan menggunakan media indexing (hard copy) serta otoritas akses (soft copy)
- 6.2. Lamanya masa simpan suatu catatan mutu / arsip ditentukan oleh lama waktu yang dibutuhkan oleh pihak-pihak yang berkepentingan terhadap catatan mutu tersebut.
- 6.3. Pemusnahan Catatan Mutu / arsip setelah berakhir masa simpannya, dilakukan dengan cara-cara yang sesuai dengan tingkat kepentingannya
- 6.4. Penanggung jawab Catatan Mutu/Arsip (Ketua Lembaga) harus menjamin bahwa selama penyimpanan, catatan mutu/arsip terhindar dari kerusakan, kehilangan, perubahan oleh pihak yang tidak berwenang (media soft copy)
- 6.5. Di dalam form. Daftar Catatan Mutu tercantum :
 - No. Dokumen
 - Nama catatan mutu/arsip hard copy & soft copy
 - Tempat penyimpanan
 - Indexing (hard copy)
 - Media penyimpanan (soft copy)
 - Back up (soft copy)

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Penyusunan Daftar Arsip (Hard Copy)

- 7.1.1. Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) menyusun daftar catatan mutu/ arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative
- 7.1.2. Manajemen Representative memberikan persetujuan daftar catatan mutu/ arsip
- 7.1.3. Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) memberikan salinan daftar catatan mutu/ arsip ke Sekeretaryat ISO untuk di arsip
- 7.1.4. Apabila ada perubahan daftar catatan mutu/ arsip, Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan revisi daftar catatan mutu/ arsip dan mengikuti prosedur penyusunan daftar catatan mutu/ arsip
- 7.1.5. Lepenmu menyimpan salinan daftar catatan mutu/ arsip masing-masing lembaga

7.2 Pemusnahan Arsip (Hard Copy)

- 7.2.1 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat berita acara pemusnahan arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative untuk mendapatkan persetujuan.
- 7.2.2 Manajemen Representative memberikan penilaian serta persetujuan berita acara pemusnahan arsip yang diajukan Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian)
- 7.2.3 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan pemusnahan sesuai arsip yang akan dimusnahkan, personel yang melakukan serta tanggal pemusnahan

7.2.4 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan perubahan Daftar Catatan Mutu/ Arsip serta menyerahkan Daftar Catatan Mutu/ Arsip up dating ke Lepenmu setelah disetujui MR

7.3 Penyusunan Daftar Arsip (Soft Copy)

7.3.1 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) menetapkan level akses terhadap pengguna arsip berbentuk soft copy dalam formulir daftar level akses dan menetapkan catatan mutu / arsip berbentuk soft copy yang akan dikendalikan oleh Lepenmu dalam Daftar Catatan mutu/arsip

7.3.2 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat Daftar Catatan mutu/arsip berbentuk soft copy (baik yang akan digunakan sendiri maupun yang akan dipublikasi ke pengguna lain) dan menyerahkan Daftar Catatan mutu/arsip ke Lepenmu setelah disetujui MR

7.4 Pemusnahan Arsip (Soft Copy)

7.4.1 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat berita acara pemusnahan arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative untuk mendapatkan persetujuan.

7.4.2 Manajemen Representative memberikan penilaian serta persetujuan berita acara pemusnahan arsip yang diajukan Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian)

7.4.3 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan pemusnahan sesuai arsip yang akan dimusnahkan, personel yang melakukan serta tanggal pemusnahan

7.4.4 Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan perubahan Daftar Catatan Mutu/ Arsip serta menyerahkan Daftar Catatan Mutu/ Arsip up dating ke Lepenmu setelah disetujui MR

Flow Chart/ Bagan Alir Penyusunan Daftar Arsip (Hard Copy)

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku		
		Ketua Lembaga	Manajemen representatif	Lepenu	Syarat/Perengkapan	Waktu	Output
1	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) menyusun daftar catatan mutu/ arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative						Daftar catatan mutu/ arsip
2	Manajemen Representative memberikan persetujuan daftar catatan mutu/ arsip						Persetujuan daftar catatan mutu/ arsip
3	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) memberikan salinan daftar catatan mutu/ arsip ke Sekeretaryat ISO untuk di arsip						Salinan daftar catatan mutu/ arsip
4	Apabila ada perubahan daftar catatan mutu/ arsip, Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan revisi daftar catatan mutu/ arsip dan mengikuti prosedur penyusunan daftar catatan mutu/ arsip						Revisi daftar catatan mutu/ arsip
5	Lepenu menyimpan salinan daftar catatan mutu/ arsip masing-masing lembaga						Salinan daftar catatan mutu/ arsip

Flow Chart/ Bagan Alir Pemusnahan Daftar Arsip (Hard Copy)

No	Aktivitas	Pelaksana		Mutu Baku		
		Ketua Lembaga	Manajemen representatif	Syarat/Perengkapan	Waktu	Output
1	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat berita acara pemusnahan arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative untuk mendapatkan persetujuan					berita acara pemusnahan arsip yang telah disetujui
2	Manajemen Representative memberikan penilaian serta persetujuan berita acara pemusnahan arsip yang diajukan Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian)					penilaian dan persetujuan berita acara pemusnahan arsip
3	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan pemusnahan sesuai arsip yang akan dimusnahkan, personel yang melakukan serta tanggal pemusnahan					Jadwal pemusnahan arsip
4	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan perubahan Daftar Catatan Mutu/ Arsip serta menyerahkan Daftar Catatan Mutu/ Arsip up dating ke Lepenu setelah disetujui MR					Daftar Catatan Mutu/ Arsip

Flow Chart/ Bagan Alir Penyusunan Daftar Arsip (Soft Copy)

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku	
		Ketua Lembaga	Syarat/Perengkapan	Waktu	Output		
1	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) menetapkan level akses terhadap pengguna arsip berbentuk soft copy dalam formulir daftar level akses dan menetapkan catatan mutu / arsip berbentuk soft copy yang akan dikendalikan oleh Lepenmu dalam Daftar Catatan mutu/arsip	 ↓				formulir daftar level akses, catatan mutu/ arsip	
2	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat Daftar Catatan mutu/arsip berbentuk soft copy (baik yang akan digunakan sendiri maupun yang akan dipublikasi ke pengguna lain)	 ↓				Softcopy Daftar Catatan mutu/arsip	
3	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) menyerahkan Daftar Catatan mutu/arsip ke Lepenmu setelah disetujui MR	 ↓				Daftar Catatan mutu/arsip	

Flow Chart/ Bagan Alir Pemusnahan Daftar Arsip (Soft Copy)

No	Aktivitas	Pelaksana		Mutu Baku		
		Ketua Lembaga	Manajemen representatif	Syarat/Perengkapan	Waktu	Output
1	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) membuat berita acara pemusnahan arsip dan menyampaikan ke Manajemen Representative untuk mendapatkan persetujuan.	 ↓				berita acara pemusnahan arsip
2	Manajemen Representative memberikan penilaian serta persetujuan berita acara pemusnahan arsip yang diajukan Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian)		 ↓			penilaian dan persetujuan berita acara pemusnahan arsip
3	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan pemusnahan sesuai arsip yang akan dimusnahkan, personel yang melakukan serta tanggal pemusnahan	 ↓				Jadwal pemusnahan arsip
4	Ketua Lembaga (Pembantu Dekan, Ketua Jurusan, Kepala Bagian) melakukan perubahan Daftar Catatan Mutu/ Arsip serta menyerahkan Daftar Catatan Mutu/ Arsip up dating ke Lepenmu setelah disetujui MR	 ↓				Daftar Catatan Mutu/ Arsip

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

8.11. Daftar Catatan Mutu/Arsip

8.12. Level akses

8.13. Berita Acara Pemusnahan Arsip/Catatan Mutu

	SOP SISTEM KOMUNIKASI INTERNAL DAN EKSTERNAL UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 001/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016	Halaman : 1 dari 3

1. TUJUAN

Menjamin adanya komunikasi internal antar sivitas akademika Universitas Pandanaran serta komunikasi eksternal dengan pihak stakeholder dapat berjalan secara efektif & efisien dalam kerangka sistem manajemen mutu yang diterapkan

2. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh bentuk komunikasi internal maupun eksternal yang ada serta diterapkan di lingkungan Universitas Pandanaran

3. REFERENSI

- 3.4. Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen
- 3.5. PM Penanganan Pengaduan
- 3.6. Prosedur Mutu Pengukuran kepuasan pelanggan/mahasiswa

4. DEFINISI

- 4.9. Komunikasi Internal adalah komunikasi antar elemen sivitas akademika Universitas Pandanaran
- 4.10. Komunikasi Eksternal adalah komunikasi yang dibangun oleh Universitas Pandanaran dengan pihak eksternal / stakeholder

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Lepenmu bertanggung jawab dalam :
 - Membantu MR dalam menjalankan komunikasi internal serta eksternal di lingkungan Universitas Pandanaran
 - Mendokumentasikan serta mengarsipkan hasil komunikasi internal (formal meeting) serta memantau tindak lanjutnya
- 5.2. Manajemen Representative bertanggung jawab dalam :
 - Mensponsori dilakukannya bentuk-bentuk komunikasi internal antar sivitas akademika Universitas Pandanaran
 - Menggerakkan seluruh bentuk komunikasi internal & eksternal yang telah ditetapkan pada prosedur ini
- 5.3. Ketua Lembaga, Dosen & karyawan bertanggung jawab dalam :

- Menjalankan secara aktif segala bentuk komunikasi internal di lingkungan Universitas Pandanaran

6. KETENTUAN UMUM

Semua kegiatan rapat didokumentasikan dalam bentuk Absensi Rapat dan Notulen Rapat

7. URAIAN PROSEDUR

7.1. Komunikasi Internal dapat dilakukan dengan melalui :

- a. Rapat Tinjauan Manajemen
- b. Rapat internal bulanan
- c. Komunikasi dengan pelanggan/mahasiswa
- d. Temu Wali
- e. Surat Disposisi
- f. Memo Internal
- g. Surat Keputusan
- h. Papan Pengumuman

7.2. Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan sesuai dengan Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen

7.3. Rapat Internal bulanan

- a. Media pertemuan yang dilakukan secara rutin sebulan sekali
- b. Materi yang diangkat pada rapat ini adalah :
 - Kendala-kendala terkait kegiatan belajar mengajar
 - Efektifitas penerapan SMM di lingkungan Universitas Pandanaran
- c. Di luar agenda rutin yang biasa dilaksanakan, salah satu pihak yang ingin membahas suatu masalah dengan pihak lain dapat menggunakan forum ini
- d. Peserta rapat ini disesuaikan dengan kondisi permasalahan yang dihadapi

7.4. Temu Wali

- a. Media pertemuan yang dilakukan secara rutin setahun sekali
- b. Materi yang diangkat pada rapat ini adalah :
 - Laporan perkembangan Universitas Pandanaran
 - Rencana pengembangan di lingkungan Universitas Pandanaran
- c. Peserta rapat ini disesuaikan dengan kondisi permasalahan yang dihadapi dengan fokus pada orangtua mahasiswa.

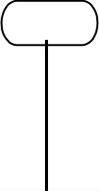
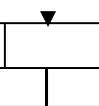
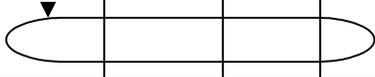
7.5. Memo sebagai media komunikasi untuk hal-hal yang berkaitan dengan mutu yang tidak diatur dalam dokumen sistem mutu yang mengikat, untuk dilaksanakan sesuai dengan wewenang dari Rektor Universitas Pandanaran /Ketua Lembaga yang mengeluarkan memo.

7.6. Papan Pengumuman digunakan untuk menginformasikan segala hal yang berkaitan dengan aktifitas yang akan atau telah dilaksanakan maupun informasi mengenai kegiatan belajar mengajar / perkuliahan.

7.7. Komunikasi Dengan Pelanggan/mahasiswa

- Komunikasi dengan pelanggan yang berkaitan dengan kegiatan belajar mengajar SMM, dilakukan sesuai dengan :
- Prosedur Mutu Penanganan Pengaduan
 - Prosedur Mutu Pengukuran kepuasan pelanggan/mahasiswa

Flow Chart/Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Pimpin an	Pihak terkait	maha siswa	wali	Syarat/ Perlen gkapan	Wak tu	Output
1	Melakukan Komunikasi Internal melalui : a. Rapat Tinjauan Manajemen b. Rapat internal bulanan c. Komunikasi dengan pelanggan/mahasiswa d. Temu Wali e. Surat Disposisi f. Memo Internal g. Surat Keputusan h. Papan Pengumuman							Surat Disposisi, Memo Internal, Surat Keputusan, pengumuman
2	Pimpinan mengundang pihak terkait untuk mengkomunikasikan suatu hal/permasalahan							undangan
3	Pimpinan dan pihak terkait/wali/mahasiswa untuk mendiskusikan permasalahan							Hasil rapat/komunikasi

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8.1 Notulen Rapat
- 8.2 Absensi Rapat

	SOP PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG	
	Kode/No : 004/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016

1. TUJUAN

Sebagai sarana untuk memantau persepsi pelanggan (internal & eksternal), guna mendapatkan informasi yang akurat dalam menilai persepsi pelanggan (internal & eksternal)

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur seluruh aktivitas yang dilakukan dalam rangka mengukur kepuasan pelanggan mulai dari pemberian kuesioner dan penerimaan keluhan pelanggan (internal & eksternal), pengolahan dan analisis data yang diperoleh sampai dengan penentuan tindak lanjut

3. REFERENSI

3.1. Persyaratan umum SMM ISO 9001:2008

4. DEFINISI

- 4.11. Pelanggan adalah pihak yang menerima hasil dari suatu aktifitas / karya pihak lain
- 4.12. Pelanggan Internal adalah meliputi dosen & karyawan serta pihak internal Universitas Pandanaran lainnya
- 4.13. Pelanggan Eksternal adalah meliputi mahasiswa serta pengguna lulusan yang berhubungan dengan pihak Universitas Pandanaran dalam proses delivery jasa pendidikan, penelitian & pengabdian masyarakat
- 4.14. Kepuasan Pelanggan adalah kondisi dimana harapan pelanggan telah terpenuhi

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Manajemen Representative bertanggung jawab dalam :
 - Meminta pada Lepenmu untuk menyebarkan kuesioner pengukuran kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal
 - Bekerjasama dengan pihak-pihak terkait pada saat melakukan pengukuran kepuasan pelanggan
- 5.2. Lepenmu bertanggung jawab dalam :
 - Menyebarkan & membagi kuesioner sesuai arahan MR
 - Mengambil kuesioner yang telah diisi oleh pelanggan

- Mengolah kuesioner yang terisi serta menyajikan data kepuasan pelanggan
- Mengarsip kuesioner yang telah terisi

6. KETENTUAN UMUM

- 6.1. Pengukuran kepuasan pelanggan eksternal (mahasiswa) dilakukan 1 (satu) kali dalam tiap semester.
- 6.2. Pengukuran kepuasan eksternal (pengguna lulusan/pihak ketiga lainnya) dilakukan sesuai kebutuhan
- 6.3. Pengukuran kepuasan pelanggan internal (dosen & karyawan) dilakukan sebanyak 1 (satu) kali dalam tiap tahun

7. URAIAN PROSEDUR

- 7.2. Sesuai jadwal/ periode pengukuran kepuasan pelanggan, Manajemen Representative meminta Lepenmu mempersiapkan kuisisioner kepuasan Pelanggan
- 7.3. Manajemen Representative berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait pengukuran kepuasan pelanggan di Universitas Pandanaran
- 7.4. Lepenmu menyebarkan kuisisioner pengukuran kepuasan pelanggan pada target pelanggan sesuai arahan dari MR
- 7.5. Pelanggan mengisi kuisisioner pengukuran kepuasan pelanggan dan menyerahkan kembali ke Lepenmu
- 7.6. Lepenmu mengolah data kuisisioner kepuasan pelanggan yang telah terisi
- 7.7. Sekretariat ISO menyajikan data hasil pengolahan kuisisioner kepuasan pelanggan kepada MR
- 7.8. Lepenmu mengarsipkan kuisisioner kepuasan pelanggan dan data hasil olahannya
- 7.9. Manajemen Representative menyerahkan data hasil pengolahan kuisisioner pada pihak-pihak terkait untuk ditindak lanjuti melalui pengisian formulir Permintaan Tindakan Perbaikan & Pencegahan
- 7.10. Manajemen Representative memantau tindak lanjut yang dilakukan pihak terkait sesuai Prosedur Mutu Permintaan Tindakan Pencegahan dan perbaikan

Flowcart/Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku		
		Manajemen Representative	Lepenmu	Pelanggan	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Sesuai jadwal/ periode pengukuran kepuasan pelanggan, Manajemen Representative meminta Lepenmu mempersiapkan kuesioner kepuasan Pelanggan					Sesuai jadwal/periode	kuesioner kepuasan Pelanggan
2	Manajemen Representative berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait pengukuran kepuasan pelanggan di Universitas Pandanaran						
3	Lepenmu menyebarkan kuesioner pengukuran kepuasan pelanggan pada target pelanggan sesuai arahan dari MR						kuesioner pengukuran kepuasan pelanggan
4	Pelanggan mengisi kuisioner pengukuran kepuasan pelanggan dan menyerahkan kembali ke Lepenmu						kuesioner yang telah diisi
5	Lepenmu mengolah data kuisioner kepuasan pelanggan yang telah terisi						Hasil olahan data kuesioner
6	Lepenmu menyajikan data hasil pengolahan kuisioner kepuasan pelanggan kepada MR						Hasil olahan data kuesioner
7	Lepenmu mengarsipkan kuisioner kepuasan pelanggan dan data hasil olahannya						Arsip kuesioner
8	Manajemen Representative menyerahkan data hasil pengolahan kuisioner pada pihak-pihak terkait untuk ditindak lanjuti melalui pengisian formulir Permintaan Tindakan Perbaikan & Pencegahan						
9	Manajemen Representative memantau tindak lanjut yang dilakukan pihak terkait sesuai Prosedur Mutu Permintaan Tindakan Pencegahan dan perbaikan						

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8.1 Kuisioner Instrumen Penelitian Kepuasan Mahasiswa Terhadap Kinerja Dosen
- 8.2 Permintaan Tindakan Perbaikan & Pencegahan

	SOP PENANGANAN PENGADUAN UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 005/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016	Halaman : 1 dari 3

1. TUJUAN

Menetapkan tata cara penanganan keluhan / pengaduan kegiatan belajar mengajar serta kerjasama yang dilaksanakan oleh Universitas Pandanaran

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur tata cara penanganan keluhan / pengaduan akibat adanya ketidaksesuaian yang terjadi selama proses perkuliahan berjalan serta ketidaksesuaian yang terjadi terkait kerjasama yang dilakukan oleh pihak Universitas Pandanaran dengan pihak eksternal/pengguna lulusan

3. REFERENSI

3.1. Persyaratan umum SMM ISO 9001:2008

4. DEFINISI

- 4.15. Keluhan / pengaduan adalah keberatan atas suatu ketidaksesuaian yang terjadi
- 4.16. Pihak pengadu adalah meliputi, mahasiswa, dosen, karyawan serta pihak lain yang mendapatkan layanan dari internal Universitas Pandanaran
- 4.17. Pihak Teradu adalah bagian dari internal Universitas Pandanaran yang mendapatkan keberatan atas ketidaksesuaian yang dilakukan pada saat melakukan delivery jasanya

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Lepenmu bertanggung jawab dalam :
 - Memeriksa kotak saran terkait keluhan / pengaduan yang masuk
 - Pengaduan lewat SMS
 - Menyampaikan keluhan / pengaduan yang masuk ke MR
- 5.2. MR bertanggung jawab dalam :
 - Memilah serta mengklasifikasikan keluhan / pengaduan yang masuk berdasarkan pihak yang akan melakukan tindakan pencegahan & perbaikan
 - Mengisi form Permintaan Tindakan Pencegahan & Perbaikan serta menyampaikannya ke pihak yang berwenang
 - Melakukan verifikasi tindakan pencegahan & perbaikan yang telah dilakukan oleh pihak yang berwenang serta melakukan pemantauan status tindakan dengan menggunakan Log Status Tindakan Pencegahan & Perbaikan

5.3. Pihak teradu bertanggung jawab dalam :

- Mengisi form PTPK serta melakukan tindakan sesuai keluhan / pengaduan yang masuk

6. KETENTUAN UMUM

-

7. URAIAN PROSEDUR

- 7.1. Adanya keluhan oleh mahasiswa, karyawan internal maupun pihak luar yang ditulis dalam form keluhan/ pengaduan dimasukkan ke kotak saran
- 7.2. Lepenmu memeriksa kotak saran setiap minggu sekali untuk melihat apakah ada keluhan / pengaduan yang masuk , apabila terdapat keluhan / pengaduan yang masuk selanjutnya disampaikan ke MR
- 7.3. Manajemen Representative (MR) memilah serta mengkarifikasikan keluhan/ pengaduan yang masuk berdasarkan pihak yang akan menyelesaikan keluhan/ pengaduan
- 7.4. Manajemen Representative (MR) membuat permintaan tindakan perbaikan pada formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan serta menyampaikan ke pihak yang berwenang menyelesaikan keluhan/ pengaduan dengan dilampiri form keluhan/ pengaduan dari pihak pengadu
- 7.5. Pihak berwenang (teradu) mengisi form formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan pada kolom Analisa penyebab masalah dan Tindakan perbaikan yang akan diambil serta mencatat tanggal rencana penyelesaian tindakan perbaikan/ koreksi
- 7.6. Pihak berwenang (teradu) menyerahkan form formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan kepada MR
- 7.7. Manajemen Representative (MR) melakukan verifikasi terkait tindakan perbaikan yang diambil serta memantau status setiap tindakan yang diambil dengan menggunakan Form Log Status Tindakan Pencegahan/ Perbaikan

Flow Chart/ Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Pihak Pengadu	Lepenmu	Manajemen Representative	Pihak Teradu	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Adanya keluhan oleh mahasiswa, karyawan internal maupun pihak luar yang ditulis dalam form keluhan/ pengaduan dimasukkan ke kotak saran							Form keluhan yang sudah terisi
2	Lepenmu memeriksa kotak saran untuk melihat apakah ada keluhan / pengaduan yang masuk, apabila terdapat keluhan / pengaduan yang masuk selanjutnya disampaikan ke MR						1 minggu sekali	
3	Manajemen Representative (MR) memilah serta mengkarifikasikan keluhan/ pengaduan yang masuk berdasarkan pihak yang akan menyelesaikan keluhan/ pengaduan							keluhan
4	Manajemen Representative (MR) membuat permintaan tindakan perbaikan pada formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan serta menyampaikan ke pihak yang berwenang menyelesaikan keluhan/ pengaduan dengan dilampiri form keluhan/ pengaduan dari pihak pengadu							formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan
5	Pihak berwenang (teradu) mengisi form formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan pada kolom Analisa penyebab masalah dan Tindakan perbaikan yang akan diambil serta mencatat tanggal rencana penyelesaian tindakan perbaikan/ koreksi							formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan terisi
6	Pihak berwenang (teradu) menyerahkan form formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan kepada MR							formulir Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan terisi
7	Manajemen Representative (MR) melakukan verifikasi terkait tindakan perbaikan yang diambil serta memantau status setiap tindakan yang diambil dengan menggunakan Form Log Status Tindakan Pencegahan/ Perbaikan							

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8.3 Form keluhan / pengaduan
- 8.4 Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan
- 8.5 Log Status Tindakan Pencegahan / Perbaikan

	SOP AUDIT MUTU INTERNAL UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG	
	Kode/No : 006/SOP/Lepenmu/U /2016	Revisi : 0 Tanggal : Sept. 2016

1. TUJUAN

Prosedur ini digunakan untuk menetapkan tata cara Audit Mutu Internal di lingkungan. Universitas Pandanaran, sebagai upaya perbaikan efektifitas sistem manajemen mutu, penilaian peluang perbaikan serta peningkatan performa organisasi

2. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh tahapan audit mulai dari perencanaan audit, pelaksanaan audit hingga rincian tindak lanjut

3. REFERENSI

3.9. Persyaratan umum SMM ISO 9001:2008

4. DEFINISI

- 4.18. Auditor adalah orang yang melakukan kegiatan audit.
- 4.19. Auditee adalah orang atau pihak yang diaudit.
- 4.20. Kriteria audit adalah set kebijakan, prosedur, atau persyaratan yang dipakai sebagai rujukan.
- 4.21. Bukti audit adalah rekaman / arsip pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi.
- 4.22. Temuan audit adalah hasil penilaian bukti audit yang terkumpulkan terhadap kriteria audit.
- 4.23. Tindakan koreksi adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan.
- 4.24. Verifikasi adalah penegasan, melalui penyediaan bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi.
- 4.25. Bukti obyektif (Objective Evidence) adalah segala informasi kualitatif atau kuantitatif, catatan atau pernyataan yang mendukung / membuktikan adanya atau kebenaran sesuatu.

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Lead Auditor bertanggung jawab dalam :
 - Menjamin kelancaran seluruh tahapan audit
 - Bersama MR memilih & menentukan tim Audit Mutu Internal
 - Menyiapkan rencana audit
 - Membuat laporan pelaksanaan Audit Mutu Internal
- 5.2. Auditor bertanggung jawab dalam :

- Membuat audit check list
 - Mengkomunikasikan & menjelaskan persyaratan audit kepada auditee
 - Mendokumentasikan temuan audit
 - Melaporkan hasil audit kepada Lead Auditor
- 5.3. Auditee bertanggung jawab dalam :
- Menyiapkan personel terkait untuk memberikan informasi mengenai lingkup yang diaudit
 - Menunjuk personil yang bertanggung jawab mendampingi Auditor selama pelaksanaan audit
 - Menyediakan sumber daya dan data pendukung yang diperlukan oleh Auditor agar audit dapat berjalan efektif dan efisien
 - Menyediakan fasilitas dan bahan bukti yang diminta Auditor.

6. KETENTUAN UMUM

- 6.1. Audit Mutu Internal diselenggarakan 1 kali untuk tiap semester
- 6.2. Frekuensi pelaksanaan Audit Mutu Internal ditentukan berdasarkan pertimbangan – pertimbangan sebagai berikut :
- Tingginya atau kecenderungan meningkatnya ketidaksesuaian.
 - Perubahan yang signifikan dalam manajemen, organisasi, kebijakan, atau teknik yang dapat mempengaruhi sasaran mutu
 - Hasil pelaksanaan Audit Mutu Internal sebelumnya.
- 6.3. Pemilihan Auditor dan pelaksana audit harus memperhatikan obyektivitas dan independensi (tidak menjadi bagian dari unit kerja yang diaudit).
- 6.4. Kriteria temuan Audit Mutu Internal terdiri dari :
- Ketidaksesuaian, yaitu tidak terpenuhinya prosedur atau peraturan lain yang telah ditetapkan.
 - Remarks (Saran perbaikan) yaitu saran yang diberikan Auditor kepada Auditee untuk memperbaiki proses, sarana, maupun sumber daya manusia, yang bertujuan untuk peningkatan kinerja.

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Perencanaan Audit

- 7.1.1. Audit mutu internal sedikitnya dilaksanakan sekali dalam 6 (enam) bulan. Manajemen Representative menyusun Program Audit Mutu Internal Tahunan
- 7.1.2. Frekuensi pelaksanaan audit adalah dengan mempertimbangkan hal –hal sebagai berikut:
- 7.1.2.1. Hasil audit sebelumnya.
 - 7.1.2.2. Permintaan tindakan koreksi dan pencegahan yang cenderung meningkat.
 - 7.1.2.3. Adanya metode atau proses yang baru.
 - 7.1.2.4. Adanya perubahan personil yang cukup mempengaruhi mutu.

7.2. Persiapan Audit.

7.2.1. Pemilihan Auditor.

Untuk memastikan keobjektifan dan tidak berpihaknya dalam proses audit, pemilihan Auditor adalah dengan sistem silang. Manajemen representative memastikan Auditor internal harus independen dengan tidak mengaudit bagian yang menjadi tanggungjawabnya.

- 7.2.2. Manajemen Representative memprakarsai pelaksanaan audit dengan memberikan Surat Tugas Auditor Internal yang diterbitkan oleh Rektor kepada Auditor Internal yang dipilih.
- 7.2.3. Manajemen Representative mengadakan pertemuan dengan Lead Auditor dan Auditor untuk membahas strategi audit dan dituangkan dalam Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal
- 7.2.4. Tim audit menyiapkan *check list Audit* untuk membuat pertanyaan berdasarkan dokumen yang akan diaudit dan juga dengan mempertimbangkan hal-hal berikut :
 - 7.2.4.1. Ketidaksesuaian yang cenderung ada/sering ditemui.
 - 7.2.4.2. Permintaan tindakan koreksi hasil audit sebelumnya.

7.3. Pelaksanaan Audit.

7.3.1. Metode Audit.

Audit dilaksanakan dengan metode :

- 7.3.1.1. Wawancara dengan mengacu kepada *checklist* yang telah dibuat.
- 7.3.1.2. Observasi di lapangan untuk melihat penerapan secara langsung.
- 7.3.1.3. Klarifikasi.
 - a. Verifikasi rekaman.
 - b. Investigasi.
 - c. Pengambilan contoh secara random.

7.3.2. Tahapan Audit.

7.3.2.1. Pembukaan Audit.

Dalam rapat pembukaan Lead Auditor memperkenalkan diri dan anggota timnya serta tugas-tugas yang akan dilaksanakan dan mengkomunikasikan apa saja yang akan dijadikan sebagai kriteria audit.

7.3.2.2. Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi.

Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi dilakukan oleh Tim Auditor dengan mengisi form Chek List Audit pada kolom "hasil observasi" dan jika ditemukan ketidaksesuaian maka akan dicatat dalam form Temuan Audit Mutu Internal

7.3.2.3. Penutupan Audit.

Penutupan audit dilaksanakan untuk menjelaskan temuan-temuan selama audit serta target pelaksanaan untuk tindakan koreksi dan pencegahan. Lead Auditor secara resmi menyerahkan salinan laporan Audit kepada perwakilan auditee/klien sedangkan yang asli diberikan kepada Manajemen Representative

7.4. Pelaporan Audit.

Lead auditor melaporkan hasil audit kepada Manajemen Representative dengan menggunakan form Laporan Audit Mutu Internal untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan melaksanakan Rapat Tinjauan Manajemen yang mengacu pada Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen.. Selanjutnya laporan audit tersebut diteruskan kepada klien/auditee.

7.5. Tindak lanjut hasil Audit.

7.5.1. Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi.

Auditee harus melakukan tindakan perbaikan terhadap temuan audit dengan terlebih dahulu mencari penyebab dari permasalahan tersebut. Tindakan koreksi dan pencegahan yang diperlukan ditetapkan beserta tanggal target penyelesaian.

7.5.2. Pemantauan temuan audit.

7.5.2.1. Manajemen Representative melakukan pemantauan pelaksanaan tindakan koreksi dan pencegahan terhadap hasil audit dengan menggunakan form Log Status Audit Mutu Internal

7.5.2.2. Laporan audit dianggap selesai bila sudah ditutup (*closed out*) dan ditandatangani oleh Manajemen Representative pada laporan audit tersebut.

7.5.2.3. Untuk penyelesaian temuan yang melewati target penyelesaian, akan diberikan peringatan kepada bagian yang terkait oleh Manajemen Representative

Flow Chart/Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Manajemen Representative	Tim Auditor	Ketua Auditor	Auditee	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Perencanaan Audit Manajemen Representative menyusun Program Audit Mutu Internal Tahunan						6 bulan	Program audit mutu internal
2	Persiapan Audit Manajemen representative melakukan Pemilihan Auditor.					Auditor independen, dengan sistem silang		Daftar auditor terpilih
	Manajemen Representative memprakarsai pelaksanaan audit dengan memberikan Surat Tugas Auditor Internal yang diterbitkan oleh Rektor							Surat Tugas Auditor Internal
	Manajemen Representative mengadakan pertemuan dengan Lead Auditor dan Auditor untuk membahas strategi audit dan dituangkan dalam Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal							Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal
	Tim audit menyiapkan <i>check list Audit</i> untuk membuat pertanyaan berdasarkan dokumen yang akan diaudit							<i>check list Audit</i>
3	Pelaksanaan Audit Pembukaan Audit oleh ketua Auditor dengan memperkenalkan diri dan anggota timnya serta menjelaskan kriteria audit							
	Pengumpulan, klarifikasi dan evaluasi informasi dilakukan oleh Tim Auditor							Kertas Kerja Audit, form 3
	Ketua auditor menutup pelaksanaan audit dengan menjelaskan temuan-temuan selama audit serta target pelaksanaan untuk tindakan koreksi dan pencegahan.							Temuan-temuan audit
	Ketua Auditor secara resmi menyerahkan salinan laporan Audit kepada perwakilan auditee/klien sedangkan yang asli diberikan kepada Manajemen Representative							Laporan audit
	Pelaporan Audit. Ketua auditor melaporkan hasil audit kepada Manajemen Representative dengan menggunakan form Laporan Audit Mutu Internal							Laporan audit



4	Tindak lanjut hasil Audit.							
	Manajemen Representative merekomendasikan hal-hal yang harus dilakukan oleh auditee berdasarkan laporan audit							rekomendasi
	Auditee melakukan tindakan perbaikan terhadap temuan audit.							
	Manajemen Representative melakukan pemantauan pelaksanaan tindakan koreksi dan pencegahan terhadap hasil audit dengan menggunakan form Log Status Audit Mutu Internal							form Log Status Audit Mutu Internal

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8.6 Program Audit Mutu Internal
- 8.7 Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal
- 8.8 Check list Audit
- 8.9 Temuan Audit Mutu Internal list Audit
- 8.10 Laporan Audit Mutu Internal
- 8.11 Log Status Audit Mutu Internal

	SOP PENGOLAHAN DATA DAN PELAPORAN UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 007/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Nov. 2016	Halaman : 1 dari 3

1. TUJUAN

Memberikan pedoman dalam menganalisa data dan menyusun laporan oleh masing-masing ketua lembaga pada Universitas Pandanaran terkait dengan pelaksanaan kegiatan belajar mengajar serta kerjasama dengan pihak ketiga

2. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh jenis data yang harus dianalisa serta bentuk pelaporannya yang berlaku di lingkungan Universitas Pandanaran termasuk pula tata cara yang ditetapkan

3. REFERENSI

3.10. Persyaratan SMM ISO 9001 : 2000

4. DEFINISI

- 4.26. Statistik adalah ilmu yang mengamati dan atau juga mengembangkan cara-cara pengolahan data
- 4.27. Data adalah serangkaian informasi yang relevan dengan suatu aktifitas yang ada pada suatu organisasi
- 4.28. Pengolahan data adalah proses menginventaris, mengelompokkan, menganalisis, menyimpulkan dan menyajikan data sehingga menjadi informatif dan komunikatif.
- 4.29. Laporan adalah hasil yang didapat dari suatu aktifitas yang telah memenuhi unsur peningkatan nilai tambah melalui pengolahan sejumlah data pada aktifitas terkait.

5. PENANGGUNG JAWAB

5.1. Manajemen bertanggung jawab dalam :

- Bertanggung jawab dalam mengumpulkan data-data yang relevan dengan tanggung jawab & wewenangnya
- Menganalisa data yang telah dikumpulkan serta menganalisanya
- Menyampaikan laporan hasil analisa data kepada pihak-pihak terkait termasuk ke MR

5.2. MR bertanggung jawab dalam :

- Memberikan penilaian atas laporan oleh masing-masing Ketua Lembaga

- Memberikan teguran secara resmi kepada Ketua Lembaga apabila tidak menyerahkan laporan sesuai batas waktu yang telah ditetapkan

6. KETENTUAN UMUM

-

7. URAIAN PROSEDUR

7.1. Identifikasi Kebutuhan

7.1.1. Management Representative (MR) bersama masing-masing Ketua Lembaga mengidentifikasi kebutuhan pengukuran dan analisa data, yang dituangkan dalam **Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data**

7.1.2. Pengukuran dan analisa data yang dilakukan dapat meliputi informasi yang berkaitan dengan:

- Pencapaian Sasaran Mutu
- Proses Belajar Mengajar
- Kepuasan Pelanggan

7.1.3. Periode pengukuran dan analisa data dilakukan sesuai dengan periode analisa yang ditentukan dalam Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data

7.2. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan, diolah dan dianalisa sesuai dengan metode analisa yang ditentukan dalam Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data

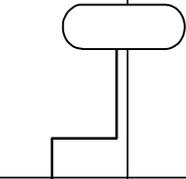
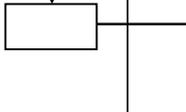
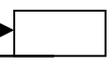
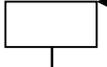
7.3. Pelaporan

7.3.1. Hasil pengukuran dan analisa data tersebut disajikan sesuai ketentuan, oleh masing-masing penanggung jawab terkait kepada MR untuk diteruskan kepada Rektor

7.3.2. Hasil tersebut dijadikan masukan dan dievaluasi dalam Rapat Tinjauan Manajemen

7.3.3. Rekaman berupa pelaporan maupun hasil pengukuran dan analisa data serta tindak lanjutnya dipelihara sesuai dengan **Prosedur Pengendalian Arsip**, serta dapat dijadikan sebagai bahan analisa selanjutnya.

Flow Chart/ Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku		
		Manajemen Representative	Ketua Lembaga	Penanggungjawab terkait	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Management Representative (MR) bersama masing-masing Ketua Lembaga mengidentifikasi kebutuhan pengukuran dan analisa data, yang dituangkan dalam Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data						Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data
2	Data yang dikumpulkan, diolah dan dianalisa sesuai dengan metode analisa yang ditentukan dalam Daftar Kebutuhan Pengukuran dan Analisa Data						
3	Hasil pengukuran dan analisa data tersebut disajikan sesuai ketentuan, oleh masing-masing penanggung jawab terkait kepada MR untuk diteruskan kepada Rektor						
4	Hasil tersebut dijadikan masukan dan dievaluasi dalam Rapat Tinjauan Manajemen						
5	Rekaman berupa pelaporan maupun hasil pengukuran dan analisa data serta tindak lanjutnya dipelihara sesuai dengan Prosedur Pengendalian Arsip , serta dapat dijadikan sebagai bahan analisa selanjutnya						

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

8.12 Form Daftar Kebutuhan Analisa Data

	SOP PENGENDALIAN MANAJEMEN MUTU UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 008/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Nov. 2016	Halaman : 1 dari 3

1. TUJUAN

Prosedur ini digunakan sebagai perwujudan komitmen manajemen untuk memastikan sistem mutu berjalan secara efektif dan berkesinambungan serta sebagai sarana untuk melakukan perbaikan terus menerus.

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur tata cara rapat tinjauan manajemen untuk membahas masalah-masalah yang berkaitan dengan penerapan sistem mutu atau masalah lain yang terkait dengan mutu di Universitas Pandanaran

3. REFERENSI

3.11. Persyaratan SMM ISO 9001:2000

4. DEFINISI

4.30. Tinjauan Manajemen : proses yang dilakukan oleh manajemen untuk meninjau performansi sistem manajemen mutu.

5. PENANGGUNG JAWAB

5.1. Rektor bertanggung jawab dalam :

- Bertanggung jawab terhadap berjalannya Rapat Tinjauan Manajemen & bertindak sebagai Pimpinan Rapat
- Bekerja sama dengan MR memastikan hasil RTM dilaksanakan serta ditindaklanjuti dengan baik

5.2. Manajemen Representative bertanggung jawab dalam :

- Sebagai inisiator berjalannya RTM
- Mengundang ketua lembaga (bagian-bagian serta jurusan) dalam RTM sesuai jadwal yang telah ditentukan
- Melakukan pemantauan & pemastian terkait tindak lanjut hasil RTM

5.3. Manajemen Representative bertanggung jawab dalam :

- Menindaklanjuti hasil RTM sesuai dengan tanggung jawab & wewenang yang melekat

6. KETENTUAN UMUM

- 6.5. Dokumen Sistem Mutu yang diterapkan adalah sebagai berikut :Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan 1 kali dalam tiap semester atau di luar jadwal rencana, apabila ada hal-hal penting yang berkaitan dengan kebijakan mutu atau sasaran mutu yang memerlukan tindak lanjut
- 6.6. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen meliputi :
 - a. Hasil Audit Mutu Internal
 - b. Keluhan Pelanggan
 - c. Performansi proses dan kesesuaian produk
 - d. Status Tindakan Koreksi dan Tindakan Pencegahan
 - e. Tindaklanjut dari tinjauan manajemen sebelumnya
 - f. Perubahan yang berdampak pada sistem manajemen mutu
 - g. Rekomendasi untuk perbaikan (*improvement*)
 - h. Lulusan yang dihasilkan
 - i. Pelayanan akademik

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Persiapan Rapat Tinjauan Manajemen

- 7.1.1 Manajemen Representative atas persetujuan Rektor mengadakan Rapat Tinjauan Manajemen dengan mengundang semua Ketua Lembaga dan Staff yang terkait langsung pada agenda rapat.
- 7.1.2 Peserta rapat yang tidak dapat hadir menunjuk salah seorang wakilnya.
- 7.1.3 Rapat Tinjauan Manajemen dipimpin oleh Rektor Universitas Pandanaran

7.2. Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen

- 7.2.1. Para peserta rapat harus mengisi form **Daftar Hadir Rapat Tinjauan Manajemen** sebagai bukti kehadirannya.
- 7.2.2. Hasil Rapat Tinjauan Manajemen harus mencakup keputusan dan tindakan yang berkaitan dengan :
 - a. *Improvement* pada keefektifan Sistem Manajemen Mutu dan proses-prosesnya.
 - b. *Improvement* pada produk yang berkaitan dengan persyaratan pelanggan.
 - c. Sumber daya yang diperlukan.

7.3. Dokumentasi

- 7.3.1. Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dihimpun dalam Notulen Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut Rapat Tinjauan Manajemen
- 7.3.2. Notulen Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut didistribusikan kepada seluruh peserta rapat dan bagian terkait serta ditindaklanjuti bila ada masalah yang harus diselesaikan.
- 7.3.3. Tindak lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dijadikan dasar dalam Penyusunan Anggaran oleh Lembaga yang berkewajiban melakukan tindak lanjut penyelesaian masalah.
- 7.3.4. Penyusunan Anggaran di masing-masing Lembaga diajukan kepada Bagian Perencanaan sebagai dasar pembuatan RKAT (Rencana Kerja Anggaran Tahunan)

7.3.5. MR memonitor tindak lanjut hasil rapat tinjauan manajemen.

7.3.6. Arsip-arsip rapat tinjauan manajemen disimpan dan dipelihara di Lepenmu.

Flow Chart/ Baglan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Manajemen Representatif	Rektor	Peserta Rapat	Lepenmu	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Persiapan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)							
	Manajemen Representative atas persetujuan Rektor mengadakan Rapat Tinjauan Manajemen dengan mengundang semua Ketua Lembaga dan Staff yang terkait langsung pada agenda rapat							
	Rektor memimpin Rapat Tinjauan Manajemen							Agenda RTM
2	Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen							
	Para peserta rapat harus mengisi form Daftar Hadir Rapat Tinjauan Manajemen sebagai bukti kehadirannya							Form daftar hadir RTM
	Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dihimpun dalam Notulen Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut Rapat Tinjauan Manajemen							Notulensi RTM
	Notulen Hasil Rapat Tinjauan Manajemen dan Rincian Tindak Lanjut didistribusikan kepada seluruh peserta rapat dan bagian terkait serta ditindaklanjuti bila ada masalah yang harus diselesaikan							Notulensi RTM, Rincian Tindak Lanjut
	MR memonitor tindak lanjut hasil rapat tinjauan manajemen.							
	ISO Sekretariat menyimpan dan memelihara arsip-arsip rapat tinjauan manajemen							Arsip RTM

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

8. 13 Daftar Hadir Rapat Tinjauan Manajemen

8. 14 Notulen Rapat Tinjauan Manajemen

8. 15 Rincian Tindak Lanjut Rapat Tinjauan Manajemen

	SOP TINDAKAN PENCEGAHAN DAN PERBAIKAN UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 009/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Nov. 2016	Halaman : 1 dari 7

1. TUJUAN

Mengenalinya serta mengidentifikasi ketidaksesuaian yang terjadi selama kegiatan belajar mengajar di Universitas Pandanaran dengan melakukan pencegahan kesalahan yang berulang serta menghilangkan penyebab masalah termasuk potensi penyebab masalah.

2. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh pengambilan keputusan terkait tindakan pencegahan serta perbaikan di Universitas Pandanaran terkait dengan ketidaksesuaian yang muncul selama proses belajar mengajar baik yang berhubungan dengan pelanggan internal maupun eksternal Universitas Pandanaran

3. REFERENSI

- 3.12. Persyaratan SMM ISO 9001:2008
- 3.13. Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen
- 3.14. Prosedur Mutu Audit Mutu Internal

4. DEFINISI

- 4.31. Ketidaksesuaian adalah tidak dipenuhinya persyaratan yang telah ditetapkan
- 4.32. Tindakan Pencegahan adalah tindakan untuk menghilangkan penyebab masalah yang potensial mengakibatkan terjadinya ketidaksesuaian (ketidaksesuaian belum terjadi)
- 4.33. Tindakan Perbaikan adalah segala tindakan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian yang terjadi (ketidaksesuaian sudah terjadi)
- 4.34. Pelanggan Internal meliputi dosen serta karyawan Universitas Pandanaran
- 4.35. Pelanggan Eksternal meliputi mahasiswa, dunia industri/pengguna lulusan, orang tua & masyarakat yang berhubungan dengan Universitas Pandanaran

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Manajemen bertanggung jawab dalam :
 - Mengidentifikasi & menentukan potensi ketidaksesuaian
 - Menentukan tindakan pencegahan /perbaikan yang sesuai untuk menangani ketidaksesuaian
 - Menentukan waktu penyelesaian tindakan pencegahan / perbaikan

- Memantau keefektifan tindakan pencegahan / perbaikan yang diambil
- 5.2. Lepenmu bertanggung jawab dalam :
- Mengkoordinasi serta melakukan pemantauan pengambilan tindakan pencegahan & perbaikan yang dijalankan
- 5.3. Dosen & karyawan bertanggung jawab dalam :
- Mengidentifikasi serta mendeteksi ketidaksesuaian

6. KETENTUAN UMUM

-

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Identifikasi Ketidaksesuaian dan Potensi Ketidaksesuaian

Dosen dan karyawan menemukan terjadinya ketidaksesuaian untuk tindakan perbaikan dan menguraikannya pada Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan atau mengidentifikasi adanya kecenderungan akan terjadinya suatu ketidaksesuaian potensial untuk tindakan pencegahan dan menguraikannya pada Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan, dan untuk selanjutnya disampaikan ke Ketua Lembaga terkait.

7.2 Penetapan Tindakan pencegahan

- 7.2.1. Setiap Ketua Lembaga terkait meninjau kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian yang diidentifikasi dengan melakukan investigasi guna menentukan akar masalah yang menyebabkan terjadinya kecenderungan tersebut yang berupa : keluhan atau usulan dan saran dari pelanggan, hasil pengukuran kepuasan pelanggan, hasil audit eksternal, usulan atau saran dari dosen/karyawan dan informasi lainnya.
- 7.2.2. Berdasarkan akar masalah yang telah diidentifikasi, ditentukan kebutuhan akan tindakan pencegahan untuk memastikan ketidaksesuaian yang potensial yang akan terjadi agar dapat dicegah lebih dini. Kemudian Setiap Ketua Lembaga terkait menunjuk personil yang akan melakukan tindakan pencegahan dan menentukan target waktu penyelesaian yang akan diambil.
- 7.2.3. Setiap kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian potensial dimuat pada formulir Permintaan Tindakan Pencegahan yang salinannya didistribusikan ke Lepenmu untuk dimonitor pelaksanaan tindakan pencegahannya.
- 7.2.4. Lepenmu mendaftarkan setiap kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian potensial dalam Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan pada Log Status Tindakan Pencegahan & Perbaikan untuk pemantauan pelaksanaan tindakan pencegahan.
- 7.2.5. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan, setiap Ketua Lembaga terkait harus memastikan bahwa tindakan yang diambil adalah sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan sehingga efektif dalam menghilangkan potensi penyebab ketidaksesuaian, serta menentukan target waktu penyelesaian atas tindakan tersebut.

7.3 Penetapan Tindakan perbaikan

- 7.3.1 Setiap Ketua Lembaga terkait meninjau ketidaksesuaian yang terjadi yang diidentifikasi dengan melakukan investigasi guna menentukan akar masalah yang menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian.
- 7.3.2 Berdasarkan akar masalah yang telah diidentifikasi, ditentukan kebutuhan akan tindakan perbaikan untuk memastikan

- ketidaksesuaian yang telah terjadi tidak terulang kembali, berdasarkan penyebab ketidaksesuaian tersebut.
- 7.3.3 Setiap Ketua Lembaga terkait menunjuk personil yang akan melakukan tindakan perbaikan dan menentukan target waktu penyelesaian tindakan perbaikan yang akan diambil.
 - 7.3.4 Setiap laporan ketidaksesuaian yang dimuat dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan, yang salinannya didistribusikan ke Lepenmu untuk dimonitor pelaksanaan tindakan perbaikan yang akan diambil.
 - 7.3.5 Lepenmu mendaftarkan ketidaksesuaian yang terjadi dalam Log status Tindakan Pencegahan & Perbaikan untuk memudahkan pemantauan pelaksanaan tindakan perbaikan.

7.4 Verifikasi Tindakan Perbaikan/Pencegahan

- 7.4.1 Penanggung jawab tindakan :
 - 7.4.1.1. Tindakan pencegahan dilakukan sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
 - 7.4.1.2. Tindakan perbaikan dilakukan sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
- 7.4.2 Setiap Ketua Lembaga terkait dan Lepenmu memantau pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan melalui Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan
- 7.4.3 Satu minggu setelah tanggal batas waktu yang telah ditetapkan untuk pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan melakukan verifikasi atau menugaskan personil untuk melakukan verifikasi terhadap pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan dan melengkapi formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan sesuai jenis tindakannya
- 7.4.4 Apabila ternyata tindakan pencegahan atau perbaikan belum dilakukan, maka MR akan mengeluarkan **Surat Peringatan** dan meminta penetapan target waktu pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan kembali. Surat Peringatan ditembuskan kepada Rektor
- 7.4.5 Apabila tindakan pencegahan atau perbaikan telah memuaskan, Lepenmu perlu dilengkapi dengan Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan dengan pernyataan closed out
- 7.4.6 Efektivitas hasil tindakan pencegahan atau perbaikan diverifikasi oleh MR atau personil yang ditunjuk. Jika hasil tindakan pencegahan atau perbaikan belum memuaskan dan efektif menghilangkan potensi penyebab ketidaksesuaian maka masalah tersebut dibawa ke Tinjauan Manajemen untuk dicarikan solusi dari Rektor sesuai dengan Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen
- 7.4.7 Apabila tindakan pencegahan atau perbaikan yang diambil adalah mengubah metode dan tata cara pelaksanaan proses yang telah ditetapkan, maka Lepenmu merevisi Prosedur Mutu atau dokumen yang terkait, sesuai dengan Prosedur Mutu Pengendalian Dokumen
- 7.4.8 Semua arsip yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan pencegahan disimpan oleh Lepenmu dan bagian terkait.

Flow Chart/ Bagan Alir Identifikasi Ketidaksesuaian dan Potensi Ketidaksesuaian dan Penetapan Tindakan Pencegahan

No	Aktivitas	Pelaksana			Mutu Baku		
		Dosen, Karyawan	Ketua Lembaga	Lepenmu	Syarat/ perleg kapan	Wak tu	Output
1	Dosen dan karyawan mengidentifikasi Ketidaksesuaian dan Potensi Ketidaksesuaian dan menguraikannya pada Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan						Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
2	Setiap Ketua Lembaga terkait meninjau kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian yang diidentifikasi dengan melakukan investigasi guna menentukan akar masalah yang menyebabkan terjadinya kecenderungan tersebut.						
3	Setiap Ketua Lembaga terkait menunjuk personil yang akan melakukan tindakan pencegahan dan menentukan target waktu penyelesaian yang akan diambil						Daftar personil
4	Setiap kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian potensial dimuat pada formulir Permintaan Tindakan Pencegahan yang salinannya didistribusikan ke Lepenmu untuk dimonitor pelaksanaannya tindakan pencegahannya						formulir Permintaan Tindakan Pencegahan
5	Lepenmu mendaftarkan setiap kecenderungan akan terjadinya ketidaksesuaian potensial dalam Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan pada Log Status Tindakan Pencegahan & Perbaikan untuk pemantauan pelaksanaan tindakan pencegahan						Formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan pada Log Status Tindakan Pencegahan & Perbaikan
6	Ketua Lembaga terkait harus memastikan bahwa tindakan yang diambil adalah sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan sehingga efektif dalam menghilangkan potensi penyebab ketidaksesuaian						

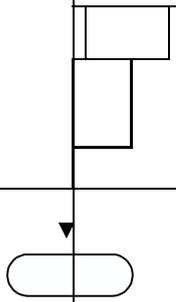
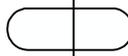
Flow Chart/ Bagan Alir Penetapan Tindakan Perbaikan

No	Aktivitas	Pelaksana		Mutu Baku		
		Ketua Lembaga terkait	Lepenmu	Syarat/ Perlen gkapan	Wak tu	Output
1	Ketua Lembaga terkait meninjau ketidaksesuaian yang terjadi yang diidentifikasi dengan melakukan investigasi guna menentukan akar masalah yang menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian					
2	Berdasarkan akar masalah yang telah diidentifikasi, ditentukan kebutuhan akan tindakan perbaikan untuk memastikan ketidaksesuaian yang telah terjadi tidak terulang kembali, berdasarkan penyebab ketidaksesuaian tersebut					Daftar kebutuhan tindakan perbaikan
3	Setiap Ketua Lembaga terkait menunjuk personil yang akan melakukan tindakan perbaikan dan menentukan target waktu penyelesaian tindakan perbaikan yang akan diambil					Daftar personil
4	Setiap laporan ketidaksesuaian yang dimuat dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan, yang salinannya didistribusikan ke Lepenmu untuk dimonitor pelaksanaan tindakan perbaikan yang akan diambil					Form, Jadwal monitor pelaksanaan tindakan perbaikan
5	Lepenmu mendaftarkan ketidaksesuaian yang terjadi dalam Log status Tindakan Pencegahan & Perbaikan untuk memudahkan pemantauan pelaksanaan tindakan perbaikan					Log status Tindakan Pencegahan & Perbaikan

Flow Chart/ Bagan Alir Verifikasi Penetapan Tindakan Perbaikan/Pencegahan

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Penanggungjawab Tindakan	Ketua Lembaga	Manajemen Representative	Lepemu	Syarat/perengkapan	Waktu	Output
1	Penanggung jawab tindakan melakukan Tindakan pencegahan sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan	<pre> graph TD A([Start]) --> B[Ketua Lembaga] B --> C[Manajemen Representative] C --> D[Lepemu] D --> E([End]) </pre>					formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan	
2	Ketua Lembaga terkait memantau pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan melalui Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan						Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan	
3	Lepemu melakukan verifikasi atau menugaskan personil untuk melakukan verifikasi terhadap pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan dan melengkapi formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan sesuai jenis tindakannya					Satu minggu setelah tanggal batas waktu	Hasil verifikasi	
4	Apabila ternyata tindakan pencegahan atau perbaikan belum dilakukan, maka Lepemu akan mengeluarkan Surat Peringatan dan meminta penetapan target waktu pelaksanaan tindakan pencegahan atau perbaikan kembali. Surat Peringatan ditembuskan kepada Rektor						Surat Peringatan	
5	Apabila tindakan pencegahan atau perbaikan telah memuaskan, Lepemu perlu dilengkapi dengan Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan dengan pernyataan closed out						Closed out Log status Tindakan Pencegahan / Perbaikan	
6	Efektivitas hasil tindakan pencegahan atau perbaikan diverifikasi oleh MR atau personil yang ditunjuk.						Hasil verifikasi Efektivitas hasil tindakan pencegahan atau perbaikan	
7	Jika hasil tindakan pencegahan atau perbaikan belum memuaskan dan efektif menghilangkan potensi penyebab ketidaksesuaian maka masalah tersebut dibawa ke Tinjauan							



	Manajemen untuk dicarikan solusi dari Rektor sesuai dengan Prosedur Mutu Tinjauan Manajemen							
8	Apabila tindakan pencegahan atau perbaikan yang diambil adalah mengubah metode dan tata cara pelaksanaan proses yang telah ditetapkan, maka Lepenmu merevisi Prosedur Mutu atau dokumen yang terkait, sesuai dengan Prosedur Mutu Pengendalian Dokumen							Revisi prosedur mutu
9	Semua arsip yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan pencegahan disimpan oleh MR / Sekretariat ISO dan bagian terkait.							Arsip RTM

8. DOKUMEN/ARSIP TERKAIT

- 8. 16 Form Permintaan Tindakan Pencegahan dan Perbaikan
- 8. 17 Log Status Tindakan Pencegahan dan Perbaikan

	SOP PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI MUTU UNIVERSITAS PANDANARAN SEMARANG		
	Kode/No : 010/SOP/Lepenmu/Unpand /2016	Revisi : 0 Tanggal : Nov. 2016	Halaman : 1 dari 4

1. TUJUAN

Menetapkan tata cara pengendalian pada beberapa tahapan dari proses belajar mengajar, baik yang terkait dengan staf pengajar/dosen dan output mahasiswa

2. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup prosedur ini meliputi kegiatan identifikasi dan tindakan koreksi pada kondisi-kondisi yang tidak sesuai pada proses belajar mengajar.

3. REFERENSI

3.15. Persyaratan SMM ISO 9001:2008

4. DEFINISI

- 4.36. Produk tidak sesuai adalah hasil yang dicapai/diperoleh pada proses belajar mengajar berupa penyimpangan terhadap hasil dari persyaratan awal yang telah ditetapkan
- 4.37. Perbaikan/ koreksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan ketidaksesuaian
- 4.38. Tindakan Koreksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian dan mencegah terulangnya
- 4.39. Pengendalian produk tidak sesuai adalah segala tindakan yang diperlukan untuk mencegah atau meminimalisasi terjadinya ketidaksesuaian.

5. PENANGGUNG JAWAB

- 5.1. Pembantu Rektor I bertanggung jawab dalam :
 - Mengendalikan produk tidak sesuai yang muncul dalam rangkaian proses belajar mengajar
 - Mendata jenis serta jumlah ketidaksesuaian yang timbul selama 1 semester serta mengangkat hal ini pada Rapat Tinjauan Manajemen
- 5.2. Ketua Jurusan bertanggung jawab dalam :
 - Mengambil peran secara aktif untuk menilai serta mengidentifikasi potensi terjadinya ketidaksesuaian yang muncul dalam lingkungan jurusan
 - Melakukan koordinasi secara pro aktif dengan dosen terkait terkait pertukaran informasi proses belajar mengajar.

6. KETENTUAN UMUM

Ketidaksesuaian pada proses akademik diidentifikasi pada beberapa hal yaitu :

- Kinerja Dosen
- Output mahasiswa

7. URAIAN PROSEDUR

7.1 Identifikasi Produk Tidak Sesuai

7.1.1 Produk tidak sesuai bisa diidentifikasi selama proses penyediaan pelayanan maupun bila pelayanan itu sudah diterima oleh pelanggan

7.1.2 Identifikasi terhadap pelayanan tidak sesuai bisa dilakukan oleh pihak internal UIN Surabaya maupun oleh pelanggan

7.1.3 Produk tidak sesuai yang sudah diterima oleh pelanggan dan dilaporkan / disampaikan kepada UIN Surabaya ditangani sesuai dengan Prosedur Mutu Penanganan Pengaduan

7.2. Penanganan Produk Tidak Sesuai

7.2.1 Setiap Ketua Lembaga memantau setiap proses yang dilakukan dalam lingkup pekerjaannya. Jika dari proses pekerjaan terdapat produk yang tidak sesuai dengan standar maka petugas Instalasi tersebut mencatat dalam formulir Produk Tidak Sesuai

7.2.2 Produk tidak sesuai yang sudah diidentifikasi, selanjutnya dilakukan perbaikan oleh bagian terkait (sesuai tabel)

7.2.3 Jika produk tidak sesuai sudah dilakukan perbaikan, Ketua Lembaga terkait mengecek untuk memastikan perbaikan sudah dilakukan sesuai dengan persyaratan kecukupannya

No	Jenis Produk Tidak sesuai	Penanganan Produk Tidak sesuai
1	Kesalahan pemberian nilai terhadap hasil ujian mahasiswa (UTS atau UAS)	a. Penyebab dasar kesalahan pemberian nilai terhadap hasil ujian mahasiswa (UTS atau UAS) adalah ketidaksesuaian pada saat memasukkan nilai mahasiswa ke dalam daftar nilai rekapitulasi b. Penanganan yang dilakukan adalah melakukan pengecekan ulang terhadap hasil nilai rekapitulasi sebelum disampaikan ke dalam BAAK.
2	Nilai UAS mata kuliah lebih dari 50% di bawah rata-rata	a. Penyebab dasar Nilai UAS mata kuliah lebih dari 50% di bawah rata-rata sebagai berikut : 1. Penempatan dosen yang tidak sesuai dengan mata kuliah yang diajar, yang bisa disebabkan oleh kompetensi dosen yang tidak sesuai. 2. Pemberian tugas, quis serta tes formatif lainnya yang kurang, hal ini dapat menyebabkan mahasiswa kurang bisa mendekati diri dengan mata kuliah yang diambil. 3. Untuk jenis mata kuliah yang

		<p>tergolong sulit, dosen mata kuliah kurang pro aktif menyusun diktat</p> <p>b. Untuk mencegah timbulnya ketidaksesuaian ini, perlu mengambil langkah-langkah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembantu Rektor I melakukan rekonfigurasi atas dosen yang mengajar mata kuliah dengan kompetensi yang dimiliki 2. Secara pro aktif dosen mata kuliah memberi tugas, quis serta tes formatif ke mahasiswa sehingga akan mendekatkan mahasiswa dengan mata kuliah yang bersangkutan 3. Dosen mata kuliah perlu menyusun diktat/ buku ajar untuk mempermudah mahasiswa menguasai mata kuliah yang diambil
3	Mahasiswa Drop Out	<p>a. Dosen wali memberi perhatian yang lebih terhadap mahasiswa yang prestasinya berada di bawah rata-rata serta bisa dikategorikan terancam Drop Out, serta melaporkan ke Kajur & Pembantu Rektor I untuk dibahas di rapat internal bulanan</p> <p>b. Melaksanakan semester pendek sebagai bagian perbaikan nilai bagi mahasiswa yang terancam drop out</p>

7.3 Tindakan Perbaikan / Koreksi

- 7.3.1 Jika produk tidak sesuai yang sama terjadi berulang lebih dari 5 kali dalam 1 semester pada Lembaga yang sama, maka Ketua Lembaga melakukan tindakan perbaikan dengan mencatat produk tidak sesuai tersebut dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
- 7.3.2 Investigasi dan tindakan perbaikan dilakukan oleh Ketua Lembaga terkait jika ada
- 7.3.3 Pelaksanaan tindakan perbaikan dilakukan sesuai dengan Prosedur Mutu Tindakan Perbaikan dan Pencegahan

7.4 Tinjauan terhadap Produk Tidak Sesuai

Management Representative akan melakukan tinjauan terhadap seluruh tindakan perbaikan yang diambil sehubungan dengan penyelesaian produk tidak sesuai yang berulang (yang menggunakan formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan), dan dibahas dalam Tinjauan Manajemen

Flow Chart/ Bagan Alir

No	Aktivitas	Pelaksana				Mutu Baku		
		Pihak internal /pelanggan	Ketua Lembaga	Bagian Terkait	Manajemen Represen-tative	Syarat/ perlen-gkapan	Wak-tu	Output
1	Identifikasi Produk Tidak Sesuai							
	Produk tidak sesuai bisa diidentifikasi selama proses penyediaan pelayanan maupun bila pelayanan itu sudah diterima oleh pelanggan							Identifikasi produk tidak sesuai
	Identifikasi terhadap pelayanan tidak sesuai bisa dilakukan oleh pihak internal Universitas Pandanaran maupun oleh pelanggan							Pelayanan tidak sesuai
2	Penanganan Produk Tidak Sesuai Setiap Ketua Lembaga memantau setiap proses yang dilakukan dalam lingkup pekerjaannya. Jika dari proses pekerjaan terdapat produk yang tidak sesuai dengan standar maka petugas Instalasi tersebut mencatat dalam formulir							formulir Produk Tidak Sesuai
	Produk Tidak Sesuai Produk tidak sesuai yang sudah diidentifikasi, selanjutnya dilakukan perbaikan oleh bagian terkait (sesuai tabel)							
	Jika produk tidak sesuai sudah dilakukan perbaikan, Ketua Lembaga terkait mengecek untuk memastikan perbaikan sudah dilakukan sesuai dengan persyaratan kecukupannya							Check list
3	Tindakan Perbaikan / Koreksi Jika produk tidak sesuai yang sama terjadi berulang lebih dari 5 kali dalam 1 semester pada Lembaga yang sama, maka Ketua Lembaga melakukan tindakan perbaikan dengan mencatat produk tidak sesuai tersebut dalam formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan							formulir Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
	Investigasi dan tindakan perbaikan dilakukan oleh Ketua Lembaga terkait jika ada							
4	Tinjauan terhadap Produk Tidak Sesuai <i>Management Representative</i> akan melakukan tinjauan terhadap seluruh tindakan perbaikan yang diambil sehubungan dengan penyelesaian produk tidak sesuai.							

