 PT Indonesian Tobacco Tbk.	PROSEDUR KERJA	Nomor : IT/HRGA/PK/07
	AUDIT INTERNAL	Revisi : 7
		Halaman : 1 dari 3
		Tanggal : 27/02/2020

1. TUJUAN

- 1.1 Untuk mengukur efektifitas dan kesesuaian penerapan sistem manajemen mutu sesuai standar ISO 9001:2015 Klausul 9.2 tentang audit internal dan Klausul 10.3 Tentang Peningkatan Berkelanjutan di PT Indonesian Tobacco Tbk.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Prosedur ini menjelaskan tentang metode audit internal sistem manajemen mutu mulai dari perencanaan hingga pelaporan hasil audit guna peningkatan berkelanjutan di PT Indonesian Tobacco Tbk.

3. DEFINISI

- 3.1 PIC adalah Person In Charge atau orang yang ditunjuk untuk bertanggung jawab dalam departemen.

4. TANGGUNG JAWAB

- 4.1 Manager/ PIC Departemen terkait bertanggung jawab merencanakan, melaksanakan dan memantau audit internal dilaksanakan dengan baik dengan menunjuk auditor;
4.2 Auditor bertanggung jawab melakukan audit berdasarkan jadwal audit internal dan menyiapkan laporan audit yang kemudian dikirim hasil auditnya ke PIC Departemen;
4.3 Auditor menyiapkan checklist audit guna penerapan audit berdasarkan sistem manajemen mutu dan kesesuaian dengan persyaratan.

5. URAIAN

5.1 Persiapan Audit

- 5.1.1 Departemen IT menyiapkan jadwal audit berdasarkan "Rencana Audit Internal" (IT/IT/FR/10) dan audit dilakukan paling tidak 1 (satu) kali dalam setahun;
5.1.2 "Jadwal Audit" (IT/IT/FR/11) mengidentifikasi departemen, tanggal dan waktu audit yang akan dilaksanakan;
5.1.3 PIC Departemen terkait memastikan auditor mandiri dan bebas dari pengaruh yang bisa menyebabkan keobjectivitas audit;
5.1.4 Auditor adalah orang yang ditunjuk dengan pelatihan atau kemampuan melakukan audit internal;
5.1.5 Departemen IT mendistribusikan "Jadwal Audit" (IT/IT/FR/11) ke semua pihak yang akan diaudit juga kepada auditor paling tidak 5 (lima) hari sebelum pelaksanaan audit dilakukan.

5.2 Pelaksanaan Audit


- 5.2.1 Auditor melakukan audit dengan memeriksa informasi terdokumentasi atau prosedur serta melakukan observasi operasional terhadap informasi terdokumentasi yang relevan untuk melihat kesesuaian antara yang terdokumentasikan dengan persyaratan sistem manajemen mutu;
5.2.2 Auditor menggunakan "Checklist Audit Internal" (IT/IT/FR/12) selama audit supaya standar audit dan juga temuan bisa dicatat di informasi terdokumentasi tersebut;
5.2.3 Auditor memberitahukan dan melakukan konfirmasi kepada wakil departemen yang diaudit bila ditemukan ketidaksesuaian selama audit dan mencantumkan informasi terdokumentasi yang terkait sebagai bukti ketidak sesuaian;
5.2.4 Auditor memberikan 3 (tiga) kategori temuan audit seperti yang dibawah ini:
5.2.4.1 Ketidaksesuaian mayor (major nonconformance) adalah ketidaksesuaian persyaratan Sistem Manajemen yang seharusnya dijalankan dan harus dilakukan tindakan perbaikan segera, yang berakibat atau berpengaruh besar

Disiapkan oleh :	Disetujui oleh :
Jabatan : Staf HRGA	Jabatan : Direktur

Rahasia

Terkendali



 PT Indonesian Tobacco Tbk.	PROSEDUR KERJA	Nomor : IT/HRGA/PK/07
	AUDIT INTERNAL	Revisi : 7 Halaman : 2 dari 3 Tanggal : 27/02/2020

terhadap pencapaian mutu dan kualitas produk. (contoh: sistem atau prosedur tidak diterapkan, tidak dilakukannya pengecekan kedatangan barang, tidak dilakukannya program audit internal mutu);

- 5.2.4.2 Ketidaksesuaian minor (minor nonconformance) adalah kegagalan untuk memenuhi salah satu persyaratan dari subklausul sistem manajemen atau ketidaksesuaian yang terjadi dalam implementasi suatu persyaratan dari prosedur sistem manajemen mutu yang ditetapkan oleh perusahaan. Tidak mempunyai dampak serius terhadap sistem manajemen dan sering kali disebabkan adanya human error dan diberikan batas waktu tertentu untuk memperbaikinya. (contoh: sistem atau prosedur tidak diterapkan dengan benar dan ditemukan beberapa informasi terdokumentasi tidak sesuai);
- 5.2.4.3 Observasi/ rekomendasi adalah saran positif dari auditor terhadap sasaran pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan efektivitas dari mutu pelaksanaan kegiatan terkait. Sebuah temuan termasuk observasi tidak bisa dijadikan dalam kategori ketidaksesuaian sekalipun minor, tidak melanggar dokumentasi sistem manajemen yang telah diterapkan, sehingga saran untuk perbaikan tidak diwajibkan.
- 5.2.5 Auditor mengeluarkan "Laporan Hasil Audit" (IT/IT/FR/13), setelah melakukan diskusi dengan pihak terkait yang diaudit termasuk tanggal penyelesaian yang diajukan untuk melakukan tindakan koreksi.;
- 5.2.6 Auditor menyerahkan temuan audit atau "Laporan Ketidaksesuaian" (IT/IT/FR/14) pada pihak yang diaudit (Auditee) untuk ditandatangani sebagai tanda persetujuan untuk melakukan tindakan perbaikan dan menyerahkan laporan aslinya pada Manager/ PIC Departemen terkait untuk ditindak lanjuti.

5.3 Tindakan Perbaikan dan Verifikasi Audit

- 5.3.1 Pihak yang di audit (Auditee) menganalisa penyebab dari temuan audit dan memutuskan tindakan koreksi dan pencegahan yang diperlukan untuk merespon ketidaksesuaian;
- 5.3.2 Pihak yang diaudit (Auditee) memastikan penyelesaian dan penerapan tindakan koreksi yang diambil sesuai dengan tanggal yang dicantumkan dalam "IT/IT/FR/14";
- 5.3.3 Auditee menginformasikan dan mengirim salinan "IT/IT/FR/14" yang telah diselesaikan pada Manager/ PIC Departemen setelah ketidaksesuaian berakhir;
- 5.3.4 Auditor melakukan verifikasi penyelesaian tindakan koreksi disertakan bukti penyelesaiannya, bila perlu;
- 5.3.5 Auditor menunda status penyelesaian ketidaksesuaian bila tindakan koreksi yang diambil tidak bisa dibuktikan keefektifannya.
- 5.3.6 Manager/ PIC Departemen meninjau ulang laporan audit, merangkum ketidaksesuaian dan temuan observasi sebagai masukan rapat tinjauan manajemen

5.4 Tindak Lanjut Tindakan Audit


- 5.4.1 Manager/ PIC Departemen melaporkan tindakan koreksi dan perbaikan yang tidak diterapkan;
- 5.4.2 Manager/ PIC Departemen membawa masalah tersebut ke Top Management bila tindakan tidak memuaskan dan mendiskusikan tindak lanjutnya pada Rapat Tinjauan Manajemen.

Disiapkan oleh :		Disetujui oleh :	
Jabatan :	Staf HRGA	Jabatan :	Direktur

Rahasia

Terkendali



 PT Indonesian Tobacco Tbk.	PROSEDUR KERJA	Nomor : IT/HRGA/PK/07
	AUDIT INTERNAL	Revisi : 7
		Halaman : 3 dari 3
		Tanggal : 27/02/2020

6. INFORMASI TERDOKUMENTASI TERKAIT

6.1	Rencana Audit Internal	IT/IT/FR/10
6.2	Jadwal Audit	IT/IT/FR/11
6.3	Checklist Audit Internal	IT/IT/FR/12
6.4	Laporan Hasil Audit	IT/IT/FR/13
6.5	Laporan Ketidaksesuaian	IT/IT/FR/14
6.6	Pengendalian Informasi Terdokumentasi	IT/IT/PK/01
6.7	Tujuan, Sasaran dan Program	IT/IT/PK/02
6.8	Tinjauan Manajemen	IT/IT/PK/04
6.9	Tindakan Koreksi dan Pencegahan	IT/IT/PK/07

Disiapkan oleh :	Disetujui oleh :
Jabatan : Staf HRGA	Jabatan : Direktur

Rahasia

Terkendali

