

# **PROSEDUR** PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Dokumen ini hanya sah sebagai dokumen yang terkendali apabila terdapat stempel "Terkendali". Pemegang dokumen QHSE yang tidak terkendali hendaknya memeriksakannya kepada Sekretariat (IT Department) untuk memastikan bahwa telah aman dari segala perubahan.

Tanggal Terbit : 30-09-2022 Nomor Dokumen : IT/QHSE/SOP/07 Nomor Revisi : 00

Nomor Revisi : 00

PENGESAHAN					
Disetujui dan Disahkan:	Dibuat oleh:				
Djonny Saksono	Zonnete Bryllian Dheo				
	•				
Direktur Utama	Management Representative				

Distribusi ke									
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10









# PROSEDUR PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Nomor : IT/QHSE/SOP/07

Revisi : -

Halaman : 1 dari 5 Tanggal Terbit : 30/09/2022

#### 1. TUJUAN

Sebagai pedoman dalam mengelola dan mengendalikan seluruh informasi terdokumentasi dokumen yang berkaitan dengan penerapan Sistem Manajemen Mutu dan K3L yang berbasis ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 dan ISO 14001:2015.

#### 2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini diterapkan mulai dari identifikasi, pengesahan, pendistribusian, penyimpanan, perubahan, penarikan dan pemusnahan dokumen internal dan eksternal di seluruh departemen / divisi.

#### 3. REFERENSI

3.1 ISO 9001:2015 Klausul 7.5 : Informasi Terdokumentasi Klausul 7.5.3 : Pengendalian Informasi Terdokumentasi Informasi Terdokumentasi Klausul 7.5.3 : Informasi Terdokumentasi Pengendalian Informasi Terdokumentasi Informasi Terdokumentasi Klausul 7.5.3 : Pengendalian Informasi Terdokumentasi Pengendalian Informasi Terdokumentasi Pengendalian Informasi Terdokumentasi

#### 4. ISTILAH DAN DEFINISI

- 4.1. **Management Representative (MR)** adalah Wakil Manajemen yang ditunjuk dan diangkat oleh direksi untuk membantu manajemen (direksi) dalam penerapan SMK3 di lingkungan perusahaan.
- 4.2. **Informasi terdokumentasi** adalah informasi yang disyaratkan untuk dikendalikan dan dipelihara oleh Organisasi dan media penyimpannya.
- 4.3. **Pengesahan** adalah tanda sah yang dilakukan oleh Top Management / Direktur dengan membubuhkan tanda tangan dan tanggal terbit.
- 4.4. **Pendistribusian** adalah pembagian atau penyerahan informasi terdokumentasi kepada pihak-pihak terkait (PIC masing-masing departemen).
- 4.5. **Prosedur** adalah informasi terdokumentasi yang berisi tentang mekanisme kerja atau hubungan antar fungsi terkait di dalam perusahaan.
- 4.6. **Informasi terdokumentasi pendukung** adalah informasi terdokumentasi yang meliputi peraturan peraturan, standar/referensi bagi dokumen lainnya.
- 4.7. **Formulir** atau **form** adalah model dari lembaran isian yang dipergunakan sebagai tempat untuk mengisi hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan/pekerjaan.
- 4.8. **PIC (Person-In-Charge)** adalah orang yang bertanggung jawab pada departemen yang dipimpinnya.

#### 5. TANGGUNG JAWAB

## 5.1. Penyusunan Manual, Prosedur & Instruksi Kerja Serta Dokumen Sejenisnya

5.1.1. QHSE Officer / Ahli K3 / PIC dibantu oleh pihak – pihak terkait menyusun Manual K3, Prosedur, Instruksi Kerja dan Formulir-formulir yang dibutuhkan sebagai bukti kerja;









# PROSEDUR PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Nomor : IT/QHSE/SOP/07

Revisi : -

Halaman : 2 dari 5 Tanggal Terbit : 30/09/2022

- 5.1.2. Para Direktur dan/atau MR memeriksa, menyetujui dan mensahkan Prosedur, Instruksi Kerja dan Dokumen terkait lainnya (Form, Lampiran) yang dibutuhkan dalam penerapan Siatem Manajemen Mutu dan K3L;
- 5.1.3. QHSE Offcier / Ahli K3 / PIC dan Direktur / MR menandatangani Manual Mutu dan K3L yang telah disusun pada Lembar Pengesahan;
- 5.1.4. QHSE Offcier / Ahli K3 dan Direktur / MR menandatangani Prosedur dan Instruksi Kerja yang telah disusun pada Lembar Pengesahan.

## 5.2. Pemeriksaan & Pengesahan Dokumen Mutu

5.2.1. Direktur memeriksa dan mengkaji seluruh aspek dalam Manual Mutu dan K3L, Prosedur, Instruksi Kerja yang terkait dengan persyaratan penerapan Sistem Manajemen Mutu dan K3L. Jika tidak sesuai maka Direktur mengembalikannya kepada QHSE / Ahli K3 / MR / PIC masing-masing departemen untuk direvisi, sedangkan jika sesuai maka Direktur menandatangani pada Lembar Pengesahan.

#### 6. URAIAN

- **6.1.** Informasi terdokumentasi yang digunakan dalam penerapan Sistem Manajemen Mutu dan K3L di seluruh unit/bagian perusahaan, adalah sebagai berikut:
  - a. Manual atau Informasi Terdokumentasi
  - b. Lampiran-lampiran
  - c. Prosedur
  - d. Instruksi Kerja
  - e. Formulir / Form
  - f. Informasi terdokumentasi pendukung lainnya
- **6.2.** Dokumen manual, prosedur, instruksi kerja, dimasukkan dalam Daftar Induk Dokumen (Master List Dokumen)
- **6.3.** Manual, Lampiran, Prosedur, Instruksi Kerja, yang diterbitkan telah memiliki judul, kode dokumen, revisi dan tanggal pengesahan.
- 6.4. Identifikasi Informasi terdokumentasi

Identifikasi penomoran informasi terdokumentasi Sistem Manajemen Mutu dan K3L ditetapkan seperti berikut :

6.4.1. Manual

IT/QHSE/ZZ

IT = Indonesian Tobacco

QHSE = Quality, Safety, Health and Environment

ZZ = Nomor Urut Manual

6.4.2. Prosedur

IT/QHSE/XX/SOP/ZZ

IT = Indonesian Tobacco

QHSE = Quality, Safety, Health and Environment

XX = Penanggung Jawab/ Department SOP = Standard Operational Procedure

ZZ = Nomor Urut

6.4.3. Instruksi Kerja

IT/QHSE/XX/IK/ZZ

IT = Indonesian Tobacco

QHSE = Quality, Safety, Health and Environment









## **PROSEDUR** PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Nomor : IT/QHSE/SOP/07

Revisi

Halaman : 3 dari 5 Tanggal Terbit : 30/09/2022

ΙK = Instruksi Kerja

XX = Penanggung Jawab/ Department

ZZ = Nomor Urut Instruksi Kerja

6.4.4. Formulir

IT/QHSE/FR/YY-ZZ

IT = Indonesian Tobacco

QHSE = Quality, Safety, Health and Environment

FR = Formulir

YY = Nomor Urut Prosedur ZZ = Nomort Urut Formulir

6.4.5. Lampiran Manual

IT/QHSE/ITI/M.yy-ZZ

IT = Indonesian Tobacco

= Quality, Safety, Health and Environment QHSE = Informasi Terdokumentasi Internal ITI

M.YY = Nomor Urut Manual ZZ = Nomort Urut Lampiran

6.4.6. Lampiran Prosedur

IT/QHSE/ITI/P.yy-ZZ

= Indonesian Tobacco

QHSE = Quality, Safety, Health and Environment ITI = Informasi Terdokumentasi Internal

P.YY = Nomor Urut Prosedur ZZ = Nomort Urut Lampiran

#### 6.5. Pendistribusian Informasi Terdokumentasi

- 6.5.1. Seluruh Informasi Terdokumentasi Sistem Manajemen Mutu dan K3L yang asli hardcopy disimpan oleh PIC masing-masing departemen;
- 6.5.2. IT Departemen menyimpan seluruh Informasi Terdokumentasi Sistem Manajemen Mutu dan K3L yang berupa softfile beserta pengendalian perubahan atau pemutakhiran (penambahan) Informasi terdokumentasi;
- 6.5.3. Informasi Terdokumentasi Sistem Manajemen Mutu dan K3L yang akan didistribusikan oleh PIC masing-masing departemen kepada staff atau pihakpihak yang membutuhkannya harus difotocopy dan diberi identitas dimana setiap lembar dokumen distempel "TERKENDALI". Selanjutnya pendistribusi harus membuatkan tanda terima dokumen dan memberi kode distribusinya;
- 6.5.4. Pengendali Dokumen (Dodument Controller atau IT Departement) memelihara informasi terdokumentasi mengendalikan dan didistribusikan dengan mengisi Form Daftar Induk Dokumen (Master List Document) dan Form Lembar Bukti Penyerahan Dokumen;

#### 6.6. Revisi Dokumen

6.6.1. Informasi terdokumentasi yang berfungsi sebagai Manual dapat direvisi atas dasar rapat tinjauan manajemen, hasil penilaian audit internal/ eksternal dan/atau perubahan pada struktur organisasi atau perubahan eksternal;









## PROSEDUR PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Nomor : IT/QHSE/SOP/07

Revisi : -

Halaman : 4 dari 5 Tanggal Terbit : 30/09/2022

- 6.6.2. Perubahan atau revisi informasi terdokumentasi dokumen dapat diusulkan oleh setiap PIC departemen atau karyawan dalam organisasi, tetapi harus disiapkan, diperiksa dan disetujui oleh pejabat yang membuat dokumen (PIC) sebelum direvisi (isian Form *Permintaan Perubahan Dokumen*) diajukan ke MR. Jika perubahan dokumen mempengaruhi proses di bagian lain, harus dilakukan koordinasi dengan bagian tersebut;
- 6.6.3. Pengendali dokumen (Document Controller) dan MR atau PIC bagian terkait mendiskusikan usulan revisi. Untuk perubahan yang bersifat redaksional/perubahan tanpa mengubah isi materi tidak dilakukan revisi;
- 6.6.4. Apabila disepakati, revisi dilakukan, kemudian dokumen diberi nomor revisi baru beserta tanggal revisi dan catat dalam form perubahan;
- 6.6.5. Nomor revisi dokumen dapat dilakukan sampai revisi 09, setelah itu dokumen harus diterbitkan ulang dan kembali ke revisi 00;
- 6.6.6. Dokumen yang telah direvisi didistribusikan ke departemen terkait dengan mengacu pada Form "Daftar Induk Dokumen (Master List Document)".

# 6.7. Dokumen Kadaluarsa (Expired)

- 6.7.1. Apabila dokumen revisi telah diberlakukan, dokumen yang kadaluarsa harus ditarik dari peredaran dan dinyatakan tidak berlaku dengan menggunakan formulir Lembar Bukti Penyerahan Dokumen;
- 6.7.2. Penarikan dan pengawasan dokumen kadaluarsa dilakukan oleh Pengendali Dokumen (IT Departement);
- 6.7.3. Dokumen kadaluarsa diberi tanda dengan stempel "**KADALUARSA**" untuk master dokumen yang disimpan oleh PIC Departement, sedangkan dokumen kadaluarsa status "terkendali" akan dimusnahkan.

#### 6.8. Penyimpanan Informasi Terdokumentasi

- 6.8.1. Master informasi terdokumentasi Sistem Manajemen Mutu dan K3L disimpan dan dikendalikan oleh IT Department sebagai Document Controller;
- 6.8.2. Informasi terdokumentasi pendukung yang digunakan sebagai acuan pedoman kerja diidentifikasi dan dikendalikan oleh IT Department dan disimpan di masing-masing department.

## 6.9. Dokumen Yang Tidak Terkendali

Dokumen yang tidak terkendali adalah dokumen yang apabila dokumen asli (master) mengalami revisi, manajemen perusahaan tidak berkewajiban memberikan revisinya kepada penerima dokumen. Dokumen yang tidak dikontrol dibubuhi tanda stempel "TIDAK TERKENDALI" pada setiap lembarnya.

#### 7. FORMULIR

- IT/QHSE/FR/07-01 Daftar Induk Informasi Terdokumentasi (Master List Document)
- IT/QHSE/FR/07-02 Lembar Bukti Penyerahan Informasi Terdokumentasi
- IT/QHSE/FR/07-03 Permintaan Perubahan Informasi Terdokumentasi
- IT/QHSE/FR/07-04 Permintaan Pembuatan Informasi Terdokumentasi









# PROSEDUR PENGENDALIAN INFORMASI TERDOKUMENTASI

Nomor : IT/QHSE/SOP/07

Revisi : -

Halaman : 5 dari 5 Tanggal Terbit : 30/09/2022

# 8. INFORMASI TERDOKUMENTASI TERKAIT

-

# 9. RIWAYAT PERUBAHAN

No Revisi	Diusulkan oleh	Tanggal Diusulkan	Urain Singkat Perubahan	Tgl Disetujui





