



MANUAL PROSEDUR TINDAKAN KOREKTIF DAN PENCEGAHAN

**PUSAT PEMBINAAN AGAMA
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

00019 01 004.

Revisi	:	03
Tanggal	:	4 Oktober 2011
Disetujui oleh	:	Ketua Pusat Pembinaan Agama

Tanggal: 04-10-2011	Tanggal: 04-10-2011
Diajukan oleh :	Disahkan oleh:
<i>Management Representative</i>	Ketua Pusat Pembinaan Agama

Daftar Isi

1. Tujuan	1
2. Ruang Lingkup	1
3. Tanggungjawab	1
4. Definisi	1
5. Singkatan.....	1
6. Referensi	1
7. Garis Besar Prosedur	2
8. Bagan Alir	3
8.1.1. Pengendalian Dokumen	
5.1.2. Pengendalian Rekaman	
9. Lampiran	5
1. Borang Dokumen	5
2. Borang Penerima Dokumen Revisi	5
3. Borang Jenis Dokumen Revisi	6
4. Borang Penanggungjawab Dokumen	7
5. Borang Judul Dokumen	8

1. Tujuan

Tindakan korektif dan pencegahan bertujuan untuk mempertahankan konsistensi serta perbaikan pengendalian produk dan dokumen-dokumen terkait di Pusat Pembinaan Agama UB, guna mencegah terjadinya kembali produk yang tidak sesuai.

2. Ruang Lingkup

Tindakan korektif dan pencegahan yang dijelaskan dalam prosedur ini diterapkan terhadap setiap proses dan produk yang terdapat dalam masing-masing bidang beserta dokumen yang terkait GUNA MENCEGAH ADANYA PRODUK CACAT. Prosedur ini berlaku bagi MR, Kooord. Bagian dan anggota PPA.

3. Definisi

- 1.1 Tindakan pencegahan adalah tindakan sistematis untuk menghilangkan penyebab potensi ketidaksihesuaian
- 1.2 Tindakan Korektif adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memperbaiki atau menghilangkan penyebab ketidaksihesuaian/penyimpangan atau situasi lain yang tidak diharapkan, sehingga tidak terulang kembali
- 1.3 Manajemen Representative (MR) adalah Sekretaris PPA, adalah seorang yang bertugas membantu TOP Management (TM) yaitu Ketua PPA, dalam implementasi SPMI di PPA (detail tupoksi MR dapat dilihat di Manual Mutu PJM)
- 1.4 Dokumen Sistem penjaminan Mutu Internal (SPMI) adalah dokumen operasional dalam menjalankan sistem manajemen mutu. Dokumen SPMI PPA meliputi Manual Mutu, Manual prosedur serta Dokumen Pendukung

4. Rujukan :

1. Manual Mutu PPA
2. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem manajemen Mutu (SMM) Persyaratan ISO -, Badan Standarisasi NasionalKetua PPA bertanggung jawab terhadap Tindakan korektif dan tindakan pencegahan terhadap proses bisnis PPA UB yang tidak sesuai

5. Garis Besar Prosedur

1. Petunjuk Prosedur Tindakan Korektif dan pencegahan

- a. Menyelidiki penyebab ketidaksihesuaian.
- b. Menganalisis proses, operasi kerja, rekaman mutu, keluhan pelanggan, dsb.
- c. Mengupayakan tindakan korektif dan pencegahan.
- d. Memastikan bahwa tindakan yang diambil telah dilaksanakan secara efektif.
- e. Melaksanakan dan merekam perubahan prosedur yang diakibatkan dari tindakan korektif, menggunakan Laporan Ketidaksihesuaian, Tindakan Korektif dan Pencegahan.

2. **Pemrakarsa Tindakan Korektif**

1. Dalam mengidentifikasi keperluan tindakan korektif, Staf Administrasi terkait dan Koordinator Bagian Agama, Dosen PAI terkait harus mengusulkan tindakan korektif.
2. Identifikasi ketidaksesuaian harus lengkap dan terinci, jika memungkinkan, akar penyebab kejadian diidentifikasi sehingga tindakan korektif dapat dilaksanakan dengan tepat.
3. Usulan tindakan korektif akan didiskusikan dengan *MR*.

3. **Permohonan Pemrosesan Tindakan Korektif**

1. MR akan mengkaji setiap usulan tindakan korektif bersama dengan Wakil Ketua dan ketua PPA guna memastikan bahwa tindakan korektif telah dideskripsikan secara benar dan memadai serta menjelaskan kondisi yang memerlukan tindakan korektif tersebut.
2. Untuk kondisi yang memerlukan tindakan korektif, kesepakatan beserta tanggal penyelesaiannya akan dicatat dalam laporan Tindakan Korektif dan Pencegahan (00019 01 004.01).
3. Staf Administrasi terkait dan Koordinator Bagian Agama, Dosen PAI yang bertanggung jawab harus memastikan bahwa tindakan korektif yang disepakati telah dilaksanakan pada tanggal yang ditetapkan dan menginformasikan kepada Kepala Bidang terkait kapan verifikasi dapat dilakukan.
4. MR harus melakukan verifikasi terhadap penyelesaian tindakan korektif.
5. MR harus menandatangani verifikasi borang Rekaman Ketidaksesuaian dan Laporan Tindakan Korektif dan Pencegahan bila hasil tindakan korektif disetujui dan dilaksanakan secara efektif.
6. Staf Administrasi terkait dan Koordinator Bagian Agama memelihara daftar status (00019 01 004.02) guna memastikan usulan tindakan korektif pada semua jenis pekerjaan telah diselesaikan.
7. Jika tindakan korektif yang disepakati tidak dilaksanakan, maka akan dilaporkan kepada *MR* beserta salinan data pendukung.

4. **Tindakan Pencegahan**

1. Bila tindakan korektif dilaksanakan, perhatian khusus harus diberikan pada tindakan pencegahan untuk mencegah terulangnya ketidaksesuaian.
2. Tindakan korektif berorientasi pada kondisi *sekarang*, sedangkan tindakan pencegahan berorientasi ke masa *yang akan datang*. Tindakan yang dapat direkomendasikan sebagai tindakan pencegahan antara lain sebagai berikut:
 - a) Perbaiki suatu Proses
 - b) Perbaiki Dokumentasi
 - c) Perbaiki Sistem
 - d) Perbaiki Peralatan

- e) Perbaiki Mutu
 - f) Peningkatan Pelatihan
 - g) Peningkatan Kesadaran
 - h) Perbaiki Prosedur
3. Terlepas dari apakah tindakan korektif dan pencegahan diperlukan atau tidak, rapat akan dilaksanakan secara periodik untuk memperbaiki metode dan cara kerja agar mengurangi kemungkinan terjadinya kegagalan. Hasil rapat akan didiskusikan pada rapat tinjauan manajemen.

5. Tindakan Korektif dan Pencegahan untuk Keluhan Pelanggan

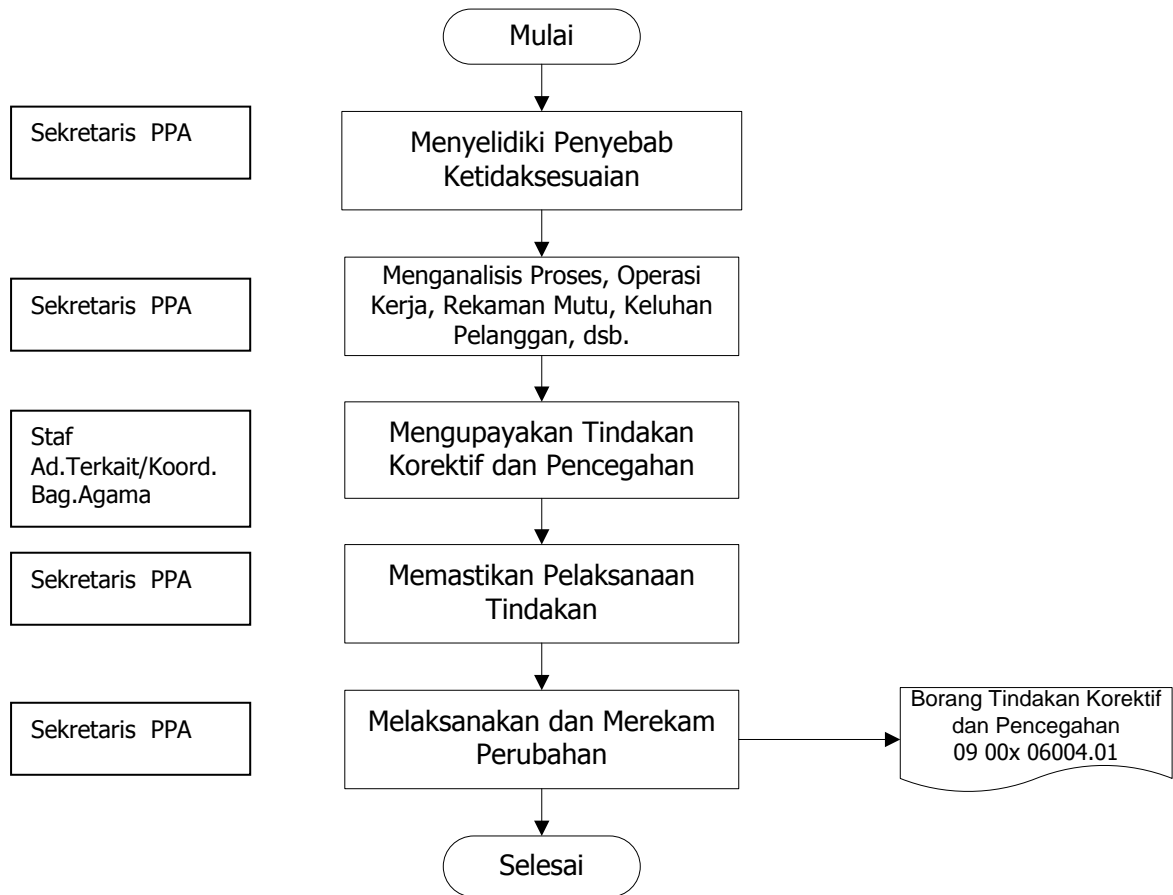
Ketika ketidaksesuaian produk yang dikeluhkan oleh pelanggan telah diselidiki oleh *MR* dan Staf Administrasi terkait dan Koordinator Bagian Agama yang bersangkutan, maka laporan diberikan ke Ketua Pusat Pembinaan Agama yang merupakan penanggung jawab untuk memastikan bahwa keluhan tersebut telah dijawab sampai terdapat kesepakatan dengan pelanggan.

6. Rekaman

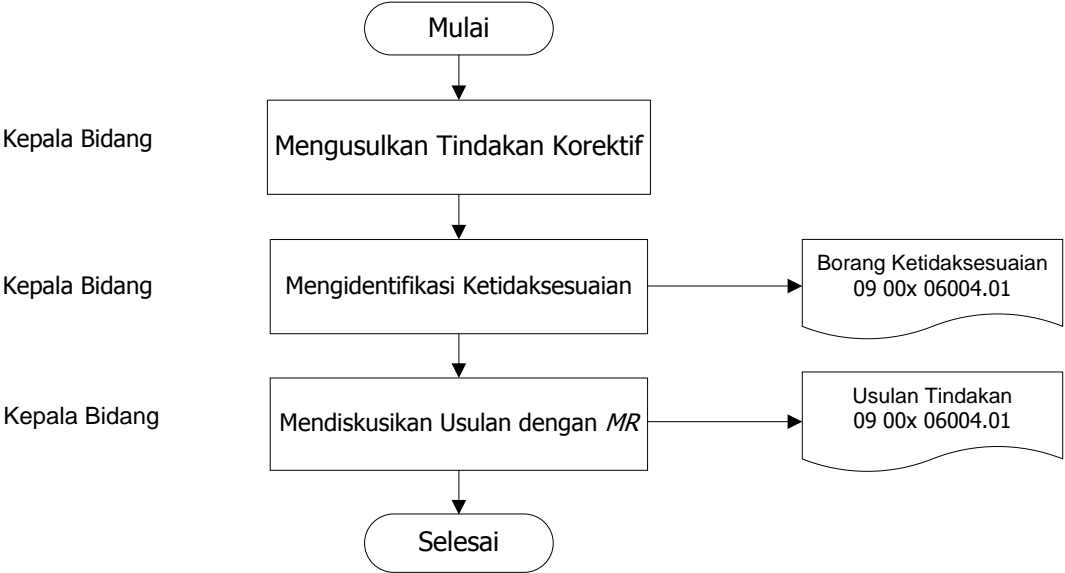
Salinan Rekaman Ketidaksesuaian dan Laporan Tindakan Korektif dan Pencegahan harus dipelihara oleh *MR* sebagai rekaman mutu.

Bagan Alir Prosedur

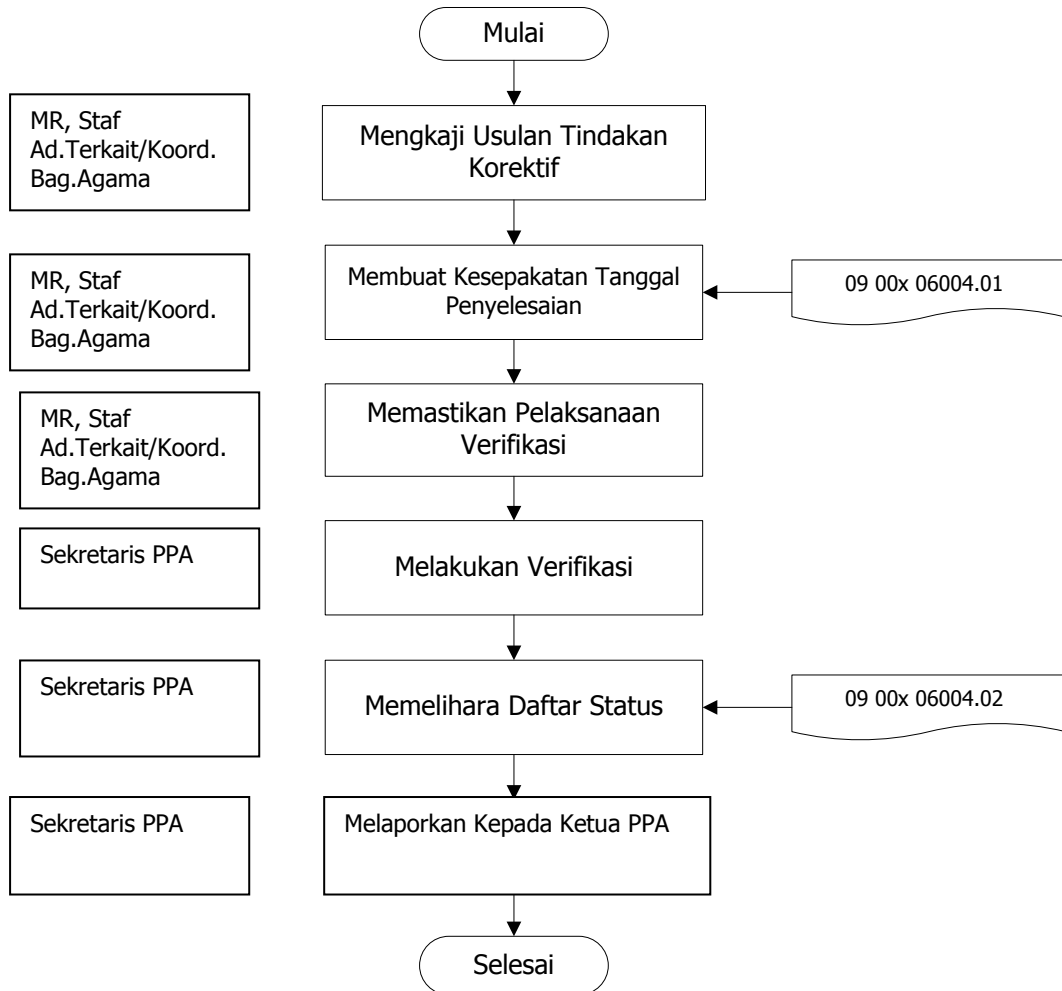
6.1 Petunjuk Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan



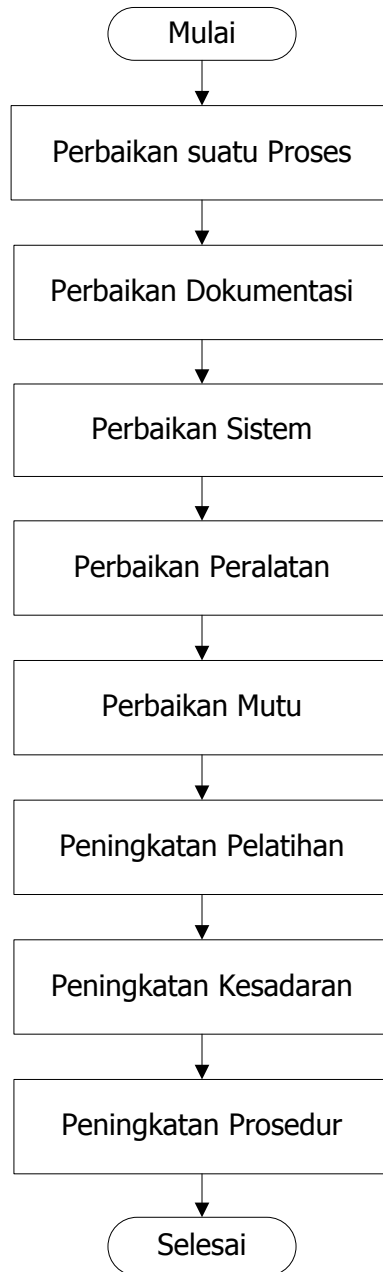
6.2 Pemrakarsa Tindakan Korektif



6.3 Permohonan Pemrosesan Tindakan Korektif



6.4 Tindakan Pencegahan



7. Referensi

- 6.1 Manual Mutu Perpustakaan UB 2009
- 6.2 Dokumen Mutu

Bidang Teraudit	Auditor	:	
	Tgl Audit	:	
	No. <i>CAR</i>	:	
Uraian Ketidaksesuaian :			Kategori: 1. Major 2. Minor 3. Observasi
Penyebab/ Akar masalah :			Tanda tangan Auditee
Rencana perbaikan/pencegahan yang dilakukan Auditee:			Target Waktu Selesai
Verifikasi :			
Status <i>CAR</i>		Tanda tangan MR	
1. <i>OPEN</i>	2. <i>CLOSED</i>		

Borang Laporan Audit Internal Mutu dan Daftar Ketidaksesuaian (*Corrective Action Requirement – CAR*)

Audit ke :		Auditor :		Tanda tangan Ketua Auditor :	
Tanggal :		<i>Auditee</i> :		Tanda tangan <i>Auditee</i> :	

No. Temuan	Kategori Temuan dan Status Temuan	Bidang yang diaudit	Uraian Ketidaksesuaian	Tindakan Perbaikan	Target Waktu Selesai	Verifikasi	Status Akhir
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							