



**PROSEDUR MUTU  
GUGUS PENJAMINAN MUTU  
FAKULTAS MIPA  
2024**

**PROSEDUR MUTU  
BIDANG PERENCANAAN, SUMBER DAYA, DAN ALUMNI**



**DISUSUN OLEH :**

**Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
2024**

Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.  
Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Assalamu'alaikum warohmatullohi wabarokatuh

Alhamdulillah Robbil Alamin, segala puji bagi Allah SWT, Tuhan seluruh makhluk dan alam semesta, yang mewajibkan manusia untuk berusaha dan belajar demi mencari ridha-Nya. Shalawat dan salam tak lupa penulis haturkan kepada junjungan kita, Rasulullah Muhammad SAW yang telah mengantarkan manusia dari era kejahiliyahan menuju era kecerdasan akal, emosi dan spiritual yang berakhlakul karimah. Atas segala limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Standar Operasional Prosedur Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Hasanuddin 2024.

Laporan ini disusun sebagai bagian dari komitmen Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Hasanuddin dalam Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih Melayani (WBBM) yang sudah dicanangkan pada tahun 2022 dalam Pembangunan Zona Integritas. Laporan ini merangkum berbagai Standar Operasional Prosedur yang berlaku di Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis mohon saran dan masukan yang bersifat membangun dari semua pihak. Penulis mohon maaf atas segala kesalahan yang telah penulis perbuat baik disengaja maupun tidak disengaja, semoga laporan ini bermanfaat sebagai langkah awal dalam menularkan budaya prestatif dan inovatif menuju zona integritas wilayah bebas korupsi dan wilayah birokrasi yang bersih dan melayani.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarokatuh.

Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.

## DAFTAR ISI

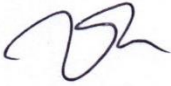
SAMPUL.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI .....	iv
AUDIT MUTU INTERNAL.....	1
RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN .....	9
PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN .....	14
PENGELOLAAN KEPUASAN PELANGGAN .....	20
PENANGANAN KOMUNIKASI INTERNAL .....	33
KELUHAN PELANGGAN .....	41
PENGENDALIAN DOKUMEN .....	47
PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI .....	53
TINDAKAN KOREKSI .....	59

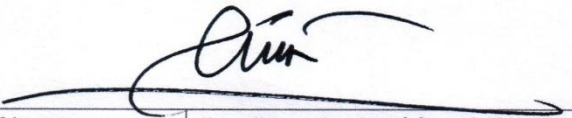


**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
AUDIT MUTU INTERNAL  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/01**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

# PROSEDUR MUTU AUDIT MUTU INTERNAL NO DOK: PM/MIPA/GPM/01

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 6

## 1. TUJUAN

Prosedur ini digunakan sebagai media untuk menilai keefektifan dari implementasi sistem manajemen mutu serta kesesuaiannya untuk mencapai sasaran mutu yang dinyatakan.

## 2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini mengatur tata cara Audit Mutu Internal mulai dari perencanaan audit hingga tindak lanjut audit, sebagai bahan Tinjauan Manajemen dan koreksi terus-menerus di FMIPA UNHAS.

## 3. REFERENSI

3.1 Persyaratan SMM ISO 9001:2015

3.2 Manual Mutu No. MM/MIPA

## 4. DEFINISI

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

## 5. KETENTUAN UMUM

- 5.1 **Kepala Auditor**, bertanggung jawab dalam hal :
- Kelancaran seluruh tahapan audit .
  - Membantu WDPKS untuk pemilihan Tim Audit Mutu Internal.
  - Menyiapkan rencana audit.
  - Mewakili Tim Audit selama pelaksanaan audit .
  - Menyampaikan Laporan Pelaksanaan Audit Mutu Internal kepada WDPKS.
- 5.2 **Auditor**, bertanggungjawab dalam hal :
- Mengkomunikasikan dan menjelaskan persyaratan audit.
  - Mendokumentasikan hasil temuan dan pengamatan.
  - Pelaporan hasil pelaksanaan audit.
- 5.3 **Auditee** , bertanggungjawab dalam
- Menyiapkan personil terkait untuk memberikan informasi mengenai lingkup yang diaudit.
  - Menunjuk staf yang bertanggung jawab untuk mendampingi Tim Auditor selama pelaksanaan audit.
  - Menyediakan sumber daya yang diperlukan oleh Tim Auditor agar audit dapat berjalan efektif dan efisien.
  - Menyediakan fasilitas dan bahan bukti yang diminta Auditor.
  - Menentukan dan memprakarsai tindakan perbaikan berdasarkan laporan audit.
- 5.4 Pemilihan auditor dan pelaksanaan audit harus memperhatikan obyektivitas dan independensi (tidak menjadi bagian dari proses yang diaudit). Auditor tidak boleh mengaudit pekerjaan unit kerjanya sendiri.
- 5.5 Audit dilaksanakan oleh Tim Audit Mutu Internal yang sedikitnya berjumlah dua orang, satu orang sebagai Kepala Auditor dan selebihnya sebagai anggota . Dalam hal tujuan untuk pelatihan atau kaderisasi, dapat disertakan personil tambahan sebagai Peninjau.
- 5.6 Kepala Auditor adalah personel di lingkungan FMIPA UNHAS yang memiliki keabilitas & kemampuan untuk melakukan kegiatan audit
- 5.7 Audit Mutu Internal dilakukan sedikitnya 1 (satu) kali dalam setahun.
- 5.8 Frekuensi Pelaksanaan Audit Mutu Internal ditentukan berdasarkan pertimbangan-pertimbangan berikut :
- Tingginya atau kecenderungan meningkatnya ketidaksesuaian untuk hal-hal yang sejenis.

- Akibat pengaduan dari pelanggan.
  - Perubahan yang signifikan dalam manajemen, organisasi, kebijakan, teknik atau teknologi yang dapat mempengaruhi sistem mutu.
  - Hasil pelaksanaan Audit Mutu Internal sebelumnya.
- 5.9 Temuan selama pelaksanaan Audit Mutu Internal terbagi atas Non Conformity (Ketidaksesuaian) & Remark (Saran).
1. Non Conformity/ Ketidaksesuaian adalah kondisi dimana terjadi penyimpangan antara pelaksanaan sistem manajemen mutu dengan kriteria audit yang telah ditetapkan.
  2. Remark/Saran adalah kondisi dimana penerapan sistem manajemen mutu telah sesuai dengan kriteria audit yang telah ditetapkan, namun perlu ada peningkatan lebih lanjut untuk mencegah secara dini potensi ketidaksesuaian yang mungkin muncul.

## 6. URAIAN PROSEDUR

### 6.1 Perencanaan Audit

- 6.1.1 WDPKS membuat program Audit tahunan yang tertuang dalam **Program Audit Mutu Internal** dan disetujui oleh Dekan FMIPA UNHAS.
- 6.1.2 Pelaksanaan Audit Mutu Internal diluar Program Audit Mutu Internal yang telah dijadwalkan harus mendapat persetujuan dari Dekan FMIPA UNHAS

### 6.2 Persiapan Audit Mutu Internal

- 6.2.1 Berdasarkan Program Audit Mutu Internal atau kepentingan lain yang menyebabkan perlu dilaksanakannya Audit Mutu Internal, maka WDPKS menindaklanjuti dengan membuat **Surat Perintah Kerja (SPK) Audit Mutu Internal**, yang telah disetujui oleh Dekan FMIPA UNHAS, sebagai dasar penugasan Tim Audit dalam melaksanakan Audit Mutu Internal.
- 6.2.2 Kepala Auditor membuat **Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal** sesuai dengan lingkup audit mutu internal yang akan dilakukan, yang telah disetujui oleh Dekan FMIPA UNHAS , untuk selanjutnya didistribusikan kepada masing-masing Auditor serta Auditee.
- 6.2.3 Untuk memudahkan auditor dalam melaksanakan audit, mendokumentasikan dan melaporkan hasil audit, auditor perlu dilengkapi dengan dokumen kerja yang meliputi :
  - a. **Audit Checklist** (*bila diperlukan*)  
Audit Checklist dipersiapkan dengan mengacu pada hal-hal berikut :

- Dokumen Sistem Mutu
- Ketidaksesuaian yang cenderung ada atau sering ditemui.
- Hasil Audit sebelumnya.

6.2.4 **Temuan Audit Mutu Internal** WDPKS mengundang Dekan FMIPA UNHAS, Kepala Unit Kerja serta staf yang terkait untuk menghadiri Rapat Pembukaan Audit Mutu Internal.

### 6.3 Pelaksanaan Audit Mutu Internal

#### 6.3.1 Rapat Pembukaan Audit Mutu Internal

- WDPKS bersama-sama dengan Lead Auditor memperkenalkan Tim Audit yang akan melaksanakan audit.
- WDPKS bersama-sama dengan Lead Auditor menjelaskan ruang lingkup, tujuan, dan rencana audit.
- Lead Auditor menjelaskan metode yang digunakan sebagai dasar penilaian dalam pelaksanaan audit;
- Mengkonfirmasi bahwa sumber daya dan fasilitas yang dibutuhkan oleh tim audit telah tersedia;
- Mengkonfirmasi waktu dan tanggal pertemuan penutup ;dan
- Menjelaskan setiap rincian audit yang tidak jelas.

#### 6.3.2 Kegiatan Audit Mutu Internal

- Dalam melaksanakan Audit Mutu Internal, **Audit Checklist** dapat digunakan sebagai alat bantu untuk mengakomodasi pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan pada Auditee.
- Apabila didalam pelaksanaan Audit Mutu Internal ditemukan bukti obyektif (*objective evidence*) terjadinya ketidaksesuaian, maka ketidaksesuaian tersebut dikonfirmasi pada auditee, kemudian dituangkan dalam form **Temuan Audit Mutu Internal**
- Auditor menguraikan ketidaksesuaian tersebut pada bagian Uraian Ketidaksesuaian dalam **Temuan Audit Mutu Internal** dan mendapatkan kesepakatan dengan auditee mengenai tanggal penyelesaian tindakan koreksi.

- d Lead Auditor melalui WDPKS mengundang Dekan FMIPA UNHAS, Kepala Unit Kerja serta staf terkait untuk menghadiri Rapat Penutupan Audit Mutu Internal.

#### 6.3.3 Pelaksanaan Rapat Penutupan Audit Mutu Internal.

- a WDPKS dan Tim Audit mengucapkan terima kasih atas partisipasi auditee selama pelaksanaan audit mutu internal.
- b Lead Auditor menjelaskan ketidaksesuaian-ketidaksesuaian yang ditemui selama pelaksanaan audit ;
- c Mengumumkan target penyelesaian tindakan koreksi yang disepakati dengan auditee;
- d Menyerahkan **Temuan Audit Mutu Internal** yang memuat uraian ketidaksesuaian yang terjadi dan kesepakatan tanggal penyelesaian tindakan koreksi pada bagian/unit terkait serta WDPKS.
- e Mempresentasikan kesimpulan tim audit berkaitan dengan keefektifan sistem manajemen mutu dalam menjamin pencapaian sasaran mutu yang telah ditetapkan;
- f Auditee dan Auditor menanda tangani **Temuan Audit Mutu Internal** sebagai bukti bahwa tindakan koreksi untuk menghilangkan penyebab ketidaksesuaian, telah selesai dilaksanakan dengan baik.

#### 6.4 Pasca Audit Mutu Internal

- 6.4.1 Dari **Temuan Audit Internal** yang telah diserahkan oleh Lead Auditor kepada WDPKS, Sekretariat ISO mengisi **Log Status Tindakan Koreksi / Pencegahan**.
- 6.4.2 Bila penyelesaian tindakan koreksi belum dilaksanakan hingga melewati target rencana penyelesaian tindakan koreksi tersebut, maka WDPKS akan mengeluarkan **Surat Peringatan**.
- 6.4.3 WDPKS melakukan verifikasi paling cepat 5 (lima) hari kerja, setelah tindakan koreksi tersebut selesai dilaksanakan untuk menilai efektifitas tindakan koreksi yang telah dilakukan.
- 6.4.4 Realisasi penyelesaian tindakan koreksi pada Audit Internal, verifikasi dan hal-hal lainnya dipantau melalui **Log Status Tindakan Koreksi**.
- 6.4.5 **Temuan Audit Mutu Internal** dan **Log Status Tindakan Koreksi** setelah selesai diisi dengan lengkap, disimpan dan dipelihara di ISO sekretariat .

6.4.6 Hasil Audit Mutu Internal akan di bahas dalam Rapat Tinjauan Manajemen yang dilaksanakan sesuai dengan **Prosedur Mutu Rapat Tinjauan Manajemen**.

## 7. LAMPIRAN


- 7.1 Program Audit Mutu Internal Tahunan (FM/01/MIPA/WDPKS/03)
- 7.2 Rencana Pelaksanaan Audit Mutu Internal (FM/02/MIPA/WDPKS/03)
- 7.3 Audit Checklist (FM/03/MIPA/WDPKS/03)
- 7.4 Temuan Audit Mutu Internal (FM/04/MIPA/WDPKS/03)
- 7.5 Laporan Audit Internal Mutu (FM/05/MIPA/WDPKS/03)
- 7.6 Log Status Audit Internal Mutu (FM/06/MIPA/WDPKS/03)
- 7.7 Contoh Rincian Waktu Pelaksanaan AMI
- 7.8 Contoh SPK Audit Mutu Internal
- 7.9 Contoh Surat Peringatan




**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/02**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## **PROSEDUR MUTU RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN NO DOK: PM/MIPA/GPM/02**

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 67

### **1. TUJUAN**

Tujuan prosedur ini adalah untuk menjadi acuan dalam kegiatan Rapat Tinjauan Manajemen sebagai tahapan pengendalian yang merupakan bagian dari siklus PPEPP SPMI dalam satu siklus audit. Kegiatan RTM harus dilaksanakan secara sistematis, akuntabel, terstruktur dan terdokumentasi untuk mewujudkan proses penjaminan mutu yang baik.

### **2. RUANG LINGKUP**

Prosedur ini mengatur proses perencanaan, pelaksanaan, evaluasi Rapat Tinjauan Manajemen

### **3. REFERENSI**

- 3.1 Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- 3.2 Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi.
- 3.3 Rencana Strategis Universitas Hasanuddin.
- 3.4 Kebijakan Mutu dan SPMI LPMPP Universitas Hasanuddin

### **4. DEFINISI**

Rapat Tinjauan Manajemen adalah suatu siklus pengendalian dari tahapan Penjaminan Mutu Fakultas

### **5. PROSEDUR**

#### **5.1 PERENCANAAN**

- 5.1.2 Merangkum hasil audit mutu internal dan mengklasifikasi temuan audit menjadi temuan mayor, temuan minor dan rekomendasi setiap prodi dan fakultas
- 5.1.3 Menyusun Laporan Hasil AMI dan dokumen RTM berdasarkan temuan-temuan AMI
- 5.1.4 Mengirimkan surat RTM dan Laporan Hasil AMI serta Dokumen RTM per

Prodi kepada Dekan

5.1.5 Mereview dan memberikan arahan materi RTM dan Menyiapkan arahan teknis dan kebijakan strategis untuk menjawab temuan-temuan AMI

5.1.6 Menyiapkan materi RTM per prodi

## 5.2. PELAKSANAAN RTM

5.2.1 Membuka acara RTM

5.2.2 Melaporkan hasil AMI dan RTM

5.2.3 Menyusun berita acara tindak lanjut dan notulen RTM

5.2.4 Menyusun berita acara tindak lanjut dan notulen RTM dan Fakultas

5.2.5 Mereview kesepakatan tindak lanjut hasil RTM pcr prodi dan Fakultas


5.2.6 Mengirim laporan RTM kepada pimpinan fakultas untuk disampaikan dalam rapat

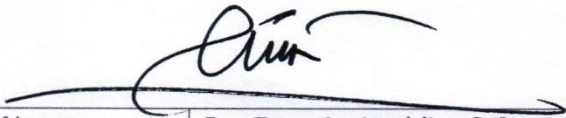


**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/03**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## PROSEDUR MUTU PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN NO DOK: PM/MIPA/GPM/03

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 3

### I. TUJUAN

Untuk memberi pedoman pelaksanaan survey pelanggan dapat dilakukan sesuai ketentuan yang ada dan hasilnya dapat digunakan sebagai masukan bagi manajemen untuk menentukan strategi yang berikutnya.

### II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku mulai dari dilakukannya koordinasi pelaksanaan survey sampai diberikannya rekomendasi tindak lanjut.

### III. DEFINISI

Pelanggan : Adalah pihak yang menerima hasil dari suatu aktifitas / karya  
Pihak lain

Pelanggan Internal : Mahasiswa, dosen, alumni, dan tenaga kependidikan

Pelanggan Eksternal : Meliputi masyarakat pengguna dan pemangku kebijakan  
(*Stakeholders*)

Kepuasan Pelanggan : Kondisi dimana harapan pelanggan telah terpenuhi

### IV. REFERENSI

1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
2. ISO 9001:2008 pasal 8.2.1 Kepuasan Pelanggan
3. ISO 9001: 2015

### V. KETENTUAN UMUM

1. Pengukuran kepuasan pelanggan di Universitas Hasanuddin dilakukan 1 tahun sekali
2. Pengukuran kepuasan dilakukan kepada semua pelanggan, baik internal (mahasiswa, dosen, TKP) maupun eksternal (pengguna lulusan/dunia kerja, pihak berkepentingan/orang tua/masyarakat/mitra/pemerintah)
3. Pengukuran kepuasan dilakukan pada semua aspek penyelenggaraan pendidikan tinggi yang meliputi: pelayanan tata pamong dan tata kelola, penyelenggaraan pendidikan,

penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, penyediaan pendidik dan tenaga kependidikan, penyediaan sarana dan prasarana, kemahasiswaan.

4. Pengukuran kepuasan menggunakan metode survey, baik secara langsung dengan menyebarkan angket kepada pelanggan maupun tidak langsung dengan menggunakan media elektronik offline atau online.
5. Pengukuran kepuasan dilakukan oleh LPM-SPI bekerja sama dengan semua unit kerja di lingkungan Universitas Hasanuddin.

## **VI. KRITERIA KEBERHASILAN**

Kepuasan pelanggan dapat termonitor secara berkala sesuai prosedur yang berlaku










## **VII. PROSEDUR**

1. GPM menyusun rencana pengukuran kepuasan yang disampaikan kepada Dekan FMIPA.
2. GPM menyiapkan instrumen pengukuran kepuasan pelanggan di laman online.
3. Mengukur validitas dan reliable instrument kepuasan pelanggan
4. GPM mensosialisasikan proses pengukuran kepuasan kepada semua pelanggan melalui media offline maupun online.
5. Pelanggan mengisi instrumen pengukuran kepuasan sesuai petunjuk (IK) yang telah tersedia.
6. GPM merekap hasil pengukuran kepuasan pelanggan, mengevaluasi, dan membuat laporan sekurang-kurang dalam 1 minggu.
7. GPM melakukan pengolahan data hasil survey kepuasan pelanggan
8. GPM menyimpan arsip dan menyerahkan laporan kepada pimpinan fakultas untuk ditindaklanjuti oleh pihak-pihak terkait
9. Pimpinan Fakultas memerintahkan pihak-pihak terkait untuk menindaklanjuti hasil pengukuran kepuasan pelanggan yang dimonitor oleh GPM
10. GPM memonitor dan mengevaluasi tindak lanjut hasil pengukuran kepuasan oleh pihak-pihak terkait.
11. GPM menyerahkan hasil Survei Kepuasan kepada pimpinan fakultas sebagai masukan rapat tinjauan manajemen (RTM).

## VIII. DOKUMEN PELENGKAP

1. Kuesioner Kepuasan Pelanggan
2. Form Rekapitulasi Hasil pengukuran kepuasan

## IX. Diagram Alir

Uraian Prosedur	Pihak terkait/pejabat yang terlibat				Dokumen /Form	Target Waktu
	GPM	Unit Kerja	Pelanggan	Dekan		
GPM menyusun rencana kepuasan yang disampaikan kepada Dekan pada tingkat Fakultas						
GPM menyiapkan pengukuran kepuasan pelanggan dan melakukan pengujian						
GPM mensosialisasikan proses pengukur kepuasan yang telah disiapkan						
Pelanggan mengisi instrument pengukuran kepuasann sesuai petunjuk (IK) yang telah tersedia						
GPM merekap hasil pengukuran kepuasan pelanggan, mengevaluasi dan membuat laporan sekurang-kurangnya 1 minggu						
GPM menyerahkan laporan kepada dekan untuk ditindak lanjutu oleh pihak-pihak terkait						
Dekan memerintahkan pihak-pihak terkait untuk menindaklanjuti hasil pengukuran kepuasan pelanggan yang dimonitor oleh GPM						
Unit kerja melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan						
GPM memonitor dan evaluasi tindak lanjut hasil pengukuran kepuasan oleh pihak-pihak terkait						


<p>GPM menyerahkan laporan monev survei kepuasan kepada Dekan sebagai masukan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)</p>						
--	---	--	--	--	--	--

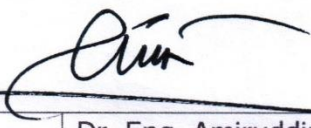


**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
PENGELOLAAN KEPUASAN PELANGGAN  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/04**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## **PROSEDUR MUTU PENGELOLAAN KEPUASAN PELANGGAN NO DOK: PM/MIPA/GPM/04**

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 12

### **I. TUJUAN**

Menetapkan tata cara pengelolaan kepuasan pelanggan, baik mahasiswa, tenaga pendidik, tenaga kependidikan di lingkungan Fakultas MIPA Unhas maupun pihak eksternal.

### **II. RUANG LINGKUP**

Prosedur ini mengatur tata cara pengelolaan kepuasan pelanggan yang terjadi selama proses pelayanan administrasi dan akademik yang dilakukan oleh pihak Unhas kepada mahasiswa, tenaga pendidik, tenaga kependidikan, dan pihak eksternal.

### **III. REFERENSI**

- 3.1 Persyaratan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001: 2015 (Klausul 9.1.2 dan 9.1.3).
- 3.2 Manual Mutu dan Rencana Strategi Unhas.
- 3.3 Kebijakan Mutu Unhas.

### **IV. DEFINISI**

- 3.1 Kepuasan pelanggan: Hasil persepsi pelanggan pada tingkat kebutuhan dan harapan yang telah dipenuhi dengan menggunakan metode tertentu, misalnya metode untuk menganalisis data menggunakan metode statistik.
- 3.2 Responden: Pelanggan yang memberikan tanggapan terhadap survei.
- 3.3 Kuesioner: Daftar yang berisi pertanyaan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan.
- 3.4 Harapan/Kepentingan: suatu produk/layanan yang diinginkan oleh responden dari unit kerja.
- 3.5 Persepsi/Kinerja: suatu produk/layanan yang diterima oleh responden dari unit kerja.
- 3.6 Evaluasi dan Analisis: Kegiatan yang bersumber dari data dan informasi berdasarkan hasil pengukuran kepuasan pelanggan.

- 3.7 Nilai Rerata Kepentingan atau *Mean Importance Score* (MIS): Nilai rata-rata tingkat harapan/kepentingan dari responden
- 3.8 Nilai Rerata Kepuasan atau *Mean Satisfaction Score* (MSS): Nilai rata-rata tingkat persepsi/kinerja dari responden.
- 4.9 Faktor Bobot atau *Weight Factors* (WF): Nilai pembobotan pada masing-masing harapan/kepentingan dari responden.
- 4.10 Nilai Bobot atau *Weight Score* (WS): Nilai hasil perkalian antara faktor bobot (WF) dan nilai rerata kepuasan responden (MSS).
- 4.11 Indeks Kepuasan Pelanggan atau *Customer Satisfaction Index* (CSI): Metode yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan secara keseluruhan dengan memperhatikan tingkat kepentingan dari atribut-atribut produk atau jasa.
- 4.12 Analisis Indikator Kinerja atau *Analysis Performance Indicators* (API): Analisis posisi responden terhadap rerata harapan/kepentingan dan rerata persepsi/kinerja dari keseluruhan responden.

## **V. KETENTUAN UMUM**

- 5.1 Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah survei dan pengolahan atau analisis data dan informasi dengan menggunakan metode statistik.
- 5.2 Hasil analisis data dan informasi harus digunakan untuk evaluasi:
- a. kesesuaian terhadap persyaratan;
  - b. tingkat kepuasan pelanggan;
  - c. kinerja dan keefektifan sistem manajemen mutu;
  - d. perencanaan yang efektif;
  - e. optimalisasi risiko dan peluang; dan
  - f. kinerja penyedia eksternal.

## **VI. PROSEDUR**

- 6.1 Merencanakan survei kepuasan pelanggan.
- 6.2 Mengelompokkan responden berdasarkan Tenaga Pendidik, Tenaga Kependidikan, Mahasiswa, Tamu, dan Pengguna Alumni.

- 6.3 Menentukan jadwal survei dan jumlah sampel untuk masing-masing responden.
- 6.4 Membuat kuesioner kepuasan pelanggan berdasarkan tingkat Harapan/Kepentingan dan Persepsi/Kinerja dengan menggunakan Skala Likert (5 tingkat).
- 6.5 Melaksanakan survei kepuasan pelanggan
- 6.6 Mendistribusikan kuesioner kepuasan pelanggan sesuai dengan jadwal survei melalui media elektronik.
- 6.7 Menghitung CSI (*Customers Satisfaction Index*)
- 6.8 Menghitung API (*Analysis Performance Indicators*)
- 6.9 Menganalisis hasil survei kepuasan pelanggan.
- 6.10 Melaporkan hasil survei kepuasan pelanggan kepada pimpinan.
- 6.11 Hasil analisis survei kepuasan pelanggan harus menjadi dasar dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

## **VII. LAMPIRAN**

- 7.1 Formulir Kepuasan Pelanggan
- 7.2 Log Status Tindakan Kepuasan Pelanggan
- 7.3 Diagram alir (*flow chart*)
- 7.4 Cara perhitungan jumlah responden
- 7.5 Cara perhitungan CSI (*Customers Satisfaction Index*)
- 7.6 Contoh API (*Analysis Performance Indicators*)

## 7.1 Contoh pengukuran kepuasan pelanggan

### Survei Kepuasan Pelanggan

#### Definisi

1. **Kepuasan pelanggan:** Hasil persepsi pelanggan pada tingkatan dimana kebutuhan dan harapan telah dipenuhi dengan menggunakan metode tertentu. Misalnya metode untuk menganalisis data menggunakan teknik statistik.
2. **Responden:** Pelanggan yang memberikan respon survei
3. **Harapan/Kepentingan:** suatu produk/layanan yang diinginkan responden dari unit kerja
4. **Persepsi/Kinerja:** suatu produk/layanan yang diterima oleh responden dari unit kerja
5. **Evaluasi dan Analisis:** Kegiatan ini bersumber dari data dan informasi yang sesuai dan yang timbul dari pemantauan dan pengukuran kepuasan

#### Skala pengukuran

Responden memilih nilai kepuasan untuk setiap pertanyaan pada Pertanyaan Kepuasan Pelanggan berkaitan dengan harapan pada Kolom Harapan dan terhadap pelayanan yang telah mereka terima pada Kolom Kinerja pada angka-angka (berdasarkan Skala Likert) sebagai berikut:

- (a) 1, jika tidak puas;
- (b) 2, jika kurang puas;
- (c) 3, jika cukup puas;
- (d) 4, jika puas; dan
- (e) 5, jika sangat puas.

Nama :  
Status responden : (Tenaga Pendidik, Tenaga Kependidikan, Mahasiswa, Tamu)\*  
(\*pilih salah satu)  
NIM/NIP : (tidak berlaku untuk tamu)  
Email : (opsional)  
Handphone : (opsional)

## Harapan / Kepentingan

Harapan/Kepentingan: suatu produk/layanan yang diinginkan responden terhadap unit kerja

No	Pertanyaan	Harapan/Kepentingan					Persepsi/Kinerja				
		1 Tidak Puas	2 Kurang Puas	3 Cukup Puas	4 Puas	5 Sangat Puas	1 Tidak Puas	2 Kurang Puas	3 Cukup Puas	4 Puas	5 Sangat Puas
1	Kelengkapan sarana/prasarana dalam menunjang kegiatan unit kerja										
2	Kesigapan petugas dalam memberikan pelayanan administrasi di unit kerja										
3	Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan unit kerja										
4	Kemampuan petugas memberikan penjelasan terkait administrasi di unit kerja										
5	Kejelasan prosedur terkait administrasi di unit kerja										
6	Kesopanan dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan administrasi di unit kerja										
7	Penyampaian informasi di unit kerja jelas dan mudah dimengerti										

### Catatan:

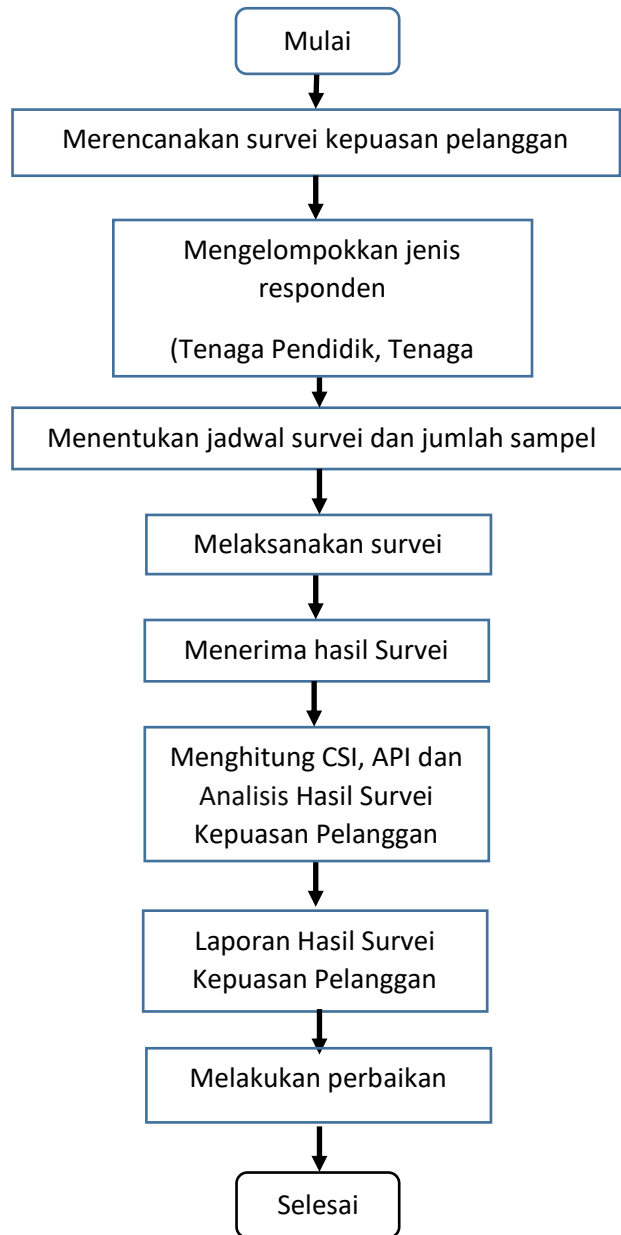
1. Unit kerja dapat melengkapi pertanyaan di atas yang bersifat spesifik.
2. Unit kerja dapat menambahkan daftar pertanyaan yang bersifat spesifik sesuai keperluan.

## 7.2 Log Status Tindakan Kepuasan Pelanggan

Rekapitulasi data hasil survei kepuasan pelanggan dengan contoh jumlah responden sebanyak 30 orang, yang direkapitulasi dalam tabel berikut ini:

No	Responden	Pertanyaan (Harapan/Kepentingan)							Pertanyaan (Persepsi/Kinerja)						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
1	R 1	5	5	5	5	5	5	5	i	5	5	5	5	5	5
2	R 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	R 3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5
4	R 4	4	3	4	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5
5	R 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	R 6	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	R 7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	R 8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3
9	R 9	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4
10	R 10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	R 11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	R 12	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
13	R 13	5	4	5	3	4	4	5	5	3	3	5	4	4	4
14	R 14	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
15	R 15	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5
16	R 16	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4
17	R 17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	R 18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	R 19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	R 20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
21	R 21	5	4	5	4	5	4	4	5	4	1	5	2	5	4
22	R 22	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4
23	R 23	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	R 24	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	R 25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
26	R 26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	R 27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	R 28	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	5
29	R 29	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	4
30	R 30	5	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3

### 7.3 Diagram alir (*flow chart*)



#### 7.4 Cara perhitungan jumlah responden

Sebelum survei kepuasan pelanggan dilakukan melalui penyebaran kuesioner maka terlebih dahulu harus diketahui jumlah populasi yang akan disurvei. Populasi adalah jumlah pelanggan dalam suatu unit kerja yang akan disurvei. Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan disurvei. Untuk menentukan besarnya jumlah sampel atau responden yang akan disurvei dapat dihitung dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan: n adalah jumlah sampel minimal, N adalah populasi, dan e adalah tingkat kesalahan (*margin of error*).

Contoh perhitungan jumlah responden sebagai berikut: apabila terdapat 1.000 orang dalam sebuah populasi, kita bisa tentukan jumlah minimal sampel yang akan diteliti atau disurvei dengan menggunakan *margin of error* yang ditetapkan sebesar 5% atau 0,05.

Perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{1000}{1 + 1000 \cdot (0,05)^2} = 285,7$$

Berdasarkan rumus Slovin di atas, untuk 1000 orang dalam populasi dan menggunakan *margin of error* 5% diperlukan paling sedikit 286 (pembulatan) responden yang harus mengisi kuesioner survei kepuasan pelanggan.

## 7.5 Cara perhitungan CSI (*Customers Satisfaction Index*)

Langkah-langkah cara menghitung *Customer Satisfaction Index* (CSI) adalah sebagai berikut:

1. Unit kerja menyusun daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada responden (pelanggan) berkaitan dengan kepuasan mereka terhadap pelayanan yang telah diterima ke dalam Formulir Kepuasan Pelanggan
2. Responden memberi tanda centang (√) nilai kepuasan mereka untuk setiap pertanyaan pada Formulir Kepuasan Pelanggan berkaitan dengan harapan pada Kolom Harapan dan terhadap pelayanan yang telah mereka terima pada Kolom Kinerja pada angka-angka sebagai berikut: (a) 1, jika tidak puas; (b) 2, jika kurang puas; (c) 3, jika cukup puas; (d) 4, jika puas; dan (e) 5, jika sangat puas.

No.	Pertanyaan	Harapan/Kepentingan					Perspsi/Kinerja				
		1 Tidak Puas	2 Kurang Puas	3 Cukup Puas	4 Puas	5 Sangat Puas	1 Tidak Puas	2 Kurang Puas	3 Cukup Puas	4 Puas	5 Sangat Puas
1	Pertanyaan ke-1										
2	Pertanyaan ke-2										
3	Pertanyaan ke-3										
4	Pertanyaan ke-4										
5	Pertanyaan ke-5										
6	Pertanyaan ke-6										
7	Pertanyaan ke-7										
8	Pertanyaan ke-8										
9	Pertanyaan ke-9										
10	Pertanyaan ke-10										
11	Pertanyaan ke-11										
12	Pertanyaan ke-12										
13	Pertanyaan ke-13										
14	Pertanyaan ke-14										
15	Pertanyaan ke-15										

- Seluruh Formulir Kepuasan Pelanggan selanjutnya diolah oleh masing-masing Unit Kerja dengan menggunakan tabel pembantu seperti contoh berikut di bawah ini.

No	Pertanyaan	Harapan/Kepentingan															Persepsi/Kinerja														
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
1	Pertanyaan 1	2	2	5	2	2	3	4	5	5	4	5	5	5	4	4	2	4	4	2	1	4	3	3	2	4	4	4	4	4	3
2	Pertanyaan 2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	Pertanyaan 3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	5	4	3	2	2	4	4	4	4	3	3
4	Pertanyaan 4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
5	Pertanyaan 5	3	4	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3
6	Pertanyaan 6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
7	Pertanyaan 7	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
8	Pertanyaan 8	4	3	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3
9	Pertanyaan 9	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5
10	Pertanyaan 10	4	4	5	2	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4	2	4	4	5	5	5	4	3	3	
11	Pertanyaan 11	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	2	2	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	
12	Pertanyaan 12	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4
13	Pertanyaan 13	3	3	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	3	3	3	5	3	3	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5
14	Pertanyaan 14	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	4	5	4	3	3
15	Pertanyaan 15	5	4	5	3	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	3	4	4	5	3	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4
	Rerata	3,80	3,80	4,80	3,80	3,80	4,33	4,47	4,73	4,60	4,53	4,40	4,67	4,60	4,53	4,00	3,60	3,67	4,13	3,07	3,40	4,33	4,07	4,00	4,00	4,27	4,47	4,40	4,53	3,87	3,87

Tabel pembantu di atas berisi penilaian yang diberikan oleh 15 Responden (R1 sampai R15) terhadap 15 buah pertanyaan yang tercantum pada Formulir Kepuasan Pelanggan. Kotak-kotak berwarna hijau adalah nilai yang diberikan oleh responden terhadap harapan yang diinginkan, sedangkan kotak-kotak berwarna kuning adalah nilai yang diberikan terhadap kinerja atau pelayanan yang mereka terima.

- Hitung nilai *Mean Importance Score* (MIS), yaitu **rata-rata nilai harapan** yang diberikan oleh responden terhadap 15 pertanyaan.
- Hitung nilai *Mean Satisfaction Score* (MSS), yaitu **rata-rata nilai kinerja** yang diberikan oleh responden terhadap 15 pertanyaan.
- Hitung nilai *Weight Factors* (WF) untuk setiap responden, yaitu nilai MIS setiap responden dibagi dengan jumlah total nilai MIS seluruh responden dikali 100%
- Hitung nilai *Weight Score* (WS) untuk setiap responden, yaitu nilai MSS setiap responden dikalikan dengan nilai WF
- Hitung nilai *Weight Total* (WT), yaitu penjumlahan seluruh nilai WS dari seluruh responden
- Hitung nilai *Customer Satisfaction Index* (CSI), yaitu nilai WT dibagi 5 (lima tingkatan penilaian)

Langkah-langkah no. 4 sampai no. 9 dapat disusun dengan menggunakan tabel pembantu seperti contoh berikut di bawah ini

<b>Responden</b>	<b>MIS</b>	<b>MSS</b>	<b>WF</b>	<b>WS</b>
R1	3,80	3,60	5,86	21,09
R2	3,80	3,67	5,86	21,48
R3	4,80	4,13	7,40	30,59
R4	3,80	3,07	5,86	17,97
R5	3,80	3,40	5,86	19,92
R6	4,33	4,33	6,68	28,95
R7	4,47	4,07	6,89	28,00
R8	4,73	4,00	7,30	29,19
R9	4,60	4,00	7,09	28,37
R10	4,53	4,27	6,99	29,82
R11	4,40	4,47	6,78	30,30
R12	4,67	4,40	7,19	31,65
R13	4,60	4,53	7,09	32,15
R14	4,53	3,87	6,99	27,02
R15	4,00	3,87	6,17	23,84
<b>Total</b>	<b>64,87</b>	<b>59,67</b>	<b>100,00</b>	<b>400,33</b>

Nilai WT = 400,33 (pembulatan)

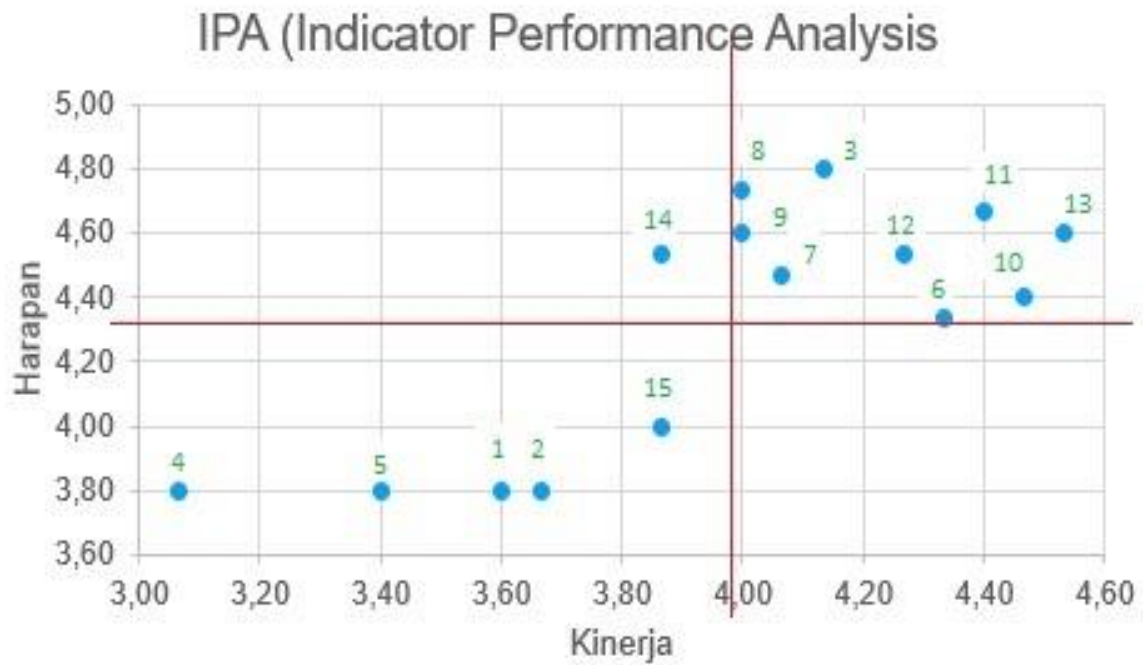
Nilai CSI =  $400,33 / 5 = 80,07$  (pembulatan)

10. Selanjutnya, nilai CSI yang diperoleh dibandingkan dengan tabel berikut untuk mengetahui **Tingkat Kepuasan Pelanggan**.

<b>Nilai CSI (%)</b>	<b>Keterangan CSI</b>
81,0 – 100,0	Sangat Puas
66,0 – 80,9	Puas
51,0 – 65,9	Cukup Puas
35,0 – 50,9	Kurang Puas
0,0 – 34,9	Tidak Puas

Untuk contoh di atas, berdasarkan nilai CSI yang diperoleh (80,07) menunjukkan **Tingkat Kepuasan Pelanggan** masuk dalam kategori **PUAS**.

#### 7.4 Contoh IPA (Indicators Performance Analysis)




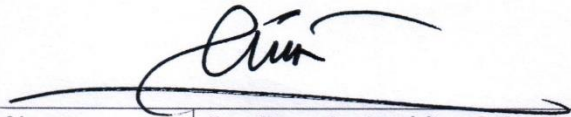


**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
PENANGANAN KOMUNIKASI INTERNAL  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/05**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

# PROSEDUR MUTU PENANGANAN KOMUNIKASI INTERNAL NO DOK: PM/MIPA/GPM/05

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 6

## I. TUJUAN

Sebagai acuan dalam menjamin adanya komunikasi internal antar personil FMIPA UNHAS serta komunikasi eksternal dengan pihak *stakeholder* dapat berjalan secara efektif & efisien dalam kerangka sistem manajemen mutu yang diterapkan.

## II. RUANG LINGKUP

Berlaku terhadap seluruh bentuk komunikasi internal maupun eksternal yang ada serta diterapkan di lingkungan FMIPA UNHAS.

## III. REFERENSI

- 3.1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
- 3.2. Manual Mutu Universitas 6

## IV. DEFINISI

Komunikasi Internal : komunikasi antar personil

Komunikasi Eksternal : komunikasi yang dibangun dengan pihak eksternal / stakeholder

## V. KETENTUAN UMUM

Komunikasi Internal dibangun dalam dua tatanan yaitu komunikasi formil serta komunikasi informil, dimana komunikasi internal dalam tatanan formil merupakan forum resmi yang diakui menjadi agenda rutin FMIPA UNHAS untuk membahas hal-hal terkait pelayanan serta membangun keefektifan penerapan SMM ISO 9001.

## VI. KRITERIA KEBERHASILAN

Komunikasi Internal dan eksternal dapat berjalan sesuai tata cara yang berlaku.

## VII. PROSEDUR

- 7.1 Komunikasi Internal dapat dilakukan dengan melalui :
  - a. Rapat Tinjauan Manajemen

- b. Rapat Internal
- c. Komunikasi dengan pelanggan (masyarakat)
- d. Surat Disposisi
- e. Memo Internal
- f. Surat Keputusan
- g. Papan Pengumuman

7.2 Rapat Tinjauan Manajemen dilaksanakan sesuai dengan STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP) Tinjauan Manajemen

7.3 Rapat Internal

- a. Media pertemuan yang dilakukan secara rutin minimal tiga bulan sekali
- b. Materi yang diangkat pada rapat ini adalah :
  - Kendala-kendala terkait proses pelayanan
    - Efektifitas penerapan SMM di lingkungan FMIPA UNHAS
- 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 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, Dekan, Kaprodi, Ka. Unit yang mengeluarkan memo.

7.5 Papan Pengumuman digunakan untuk menginformasikan segala hal yang berkaitan dengan aktifitas di FMIPA UNHAS.

7.6 Komunikasi dengan Pelanggan (masyarakat)


Komunikasi dengan pelanggan yang berkaitan dengan pelayanan perizinan serta terkait penerapan SMM, dilakukan sesuai dengan :

- Prosedur mutu penanganan keluhan pelanggan

- Prosedur mutu pengukuran kepuasan pelanggan

## **VIII. DOKUMEN PELENGKAP**

- 8.1 Undangan Rapat
- 8.2 Notulen Rapat
- 8.3 Daftar Hadir Rapat

	<b>FORMULIR</b>	No. Dokumen	FM-01-PPM-08
	<b>UNDANGAN PESERTA RAPAT</b>	No. Revisi	00
		Tgl. Berlaku	01 September 2016
		Halaman	1 dari 1

**KOP SURAT**

Makassar, .....

Kepada

Nomor : Yth. ....  
 Lampiran : - .....  
 Perihal : Undangan Rapat .....


Di  
Makassar

Dengan ini mengharap kehadirannya besok pada :

H a r i : .....  
 Tanggal : .....  
 J a m : ..... WITA  
 Tempat : .....  
 Keperluan : .....

Demikian atas kehadirannya kami sampaikan terima kasih.

MANAGEMENT REPRESENTATIVE

	<b>FORMULIR</b>	No. Dokumen	FM-02-PPM-08
	<b>NOTULEN RAPAT</b>	No. Revisi	00
		Tgl. Berlaku	01 September 2016
		Halaman	1 dari 1

Hari/Tanggal	.....
Waktu	..... WITA.
Peserta Rapat	
Pimpinan Rapat	
<b><i>Pembahasan rapat</i></b>	
Makassar,  Pimpinan Rapat	Notulen
_____	_____

DAFTAR HADIR RAPAT  
ISO 9001:2008  
Universitas Hasanuddin

HARI / TANGGAL : .....  
JAM : .....  
TEMPAT : .....

NO	NAMA	JABATAN / PEKERJAAN	TANDA TANGAN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

MANAGEMENT REPRESENTATIVE  
Universitas Hasanuddin



**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
KELUHAN PELANGGAN  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/06**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## **PROSEDUR MUTU KELUHAN PELANGGAN NO DOK: PM/MIPA/GPM/06**

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 3

### **1. TUJUAN**

Menetapkan tata cara penanganan keluhan / pengaduan kegiatan pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta kerjasama yang dilaksanakan oleh FMIPA UNHAS.

### **2. RUANG LINGKUP**

Prosedur ini mengatur tata cara penanganan keluhan / pengaduan akibat adanya ketidaksesuaian yang terjadi dalam proses pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta kerjasama yang dilakukan oleh FMIPA UNHAS dengan pihak eksternal/pengguna lulusan.

### **3. REFERENSI**

3.1 ISO 9001:2008

3.2 Manual Mutu

### **4. DEFINISI**

4.1 Keluhan / pengaduan adalah keberatan atas suatu ketidaksesuaian yang terjadi.

4.2 Pihak pelapor adalah meliputi, mahasiswa, dosen, karyawan serta pihak lain yang mendapatkan layanan dari FMIPA UNHAS.

4.3 Pihak yang mendapat komplain adalah bagian dari internal FMIPA UNHAS yang mendapatkan keberatan atas ketidaksesuaian yang dilakukan pada saat melakukan layanan/jasanya.

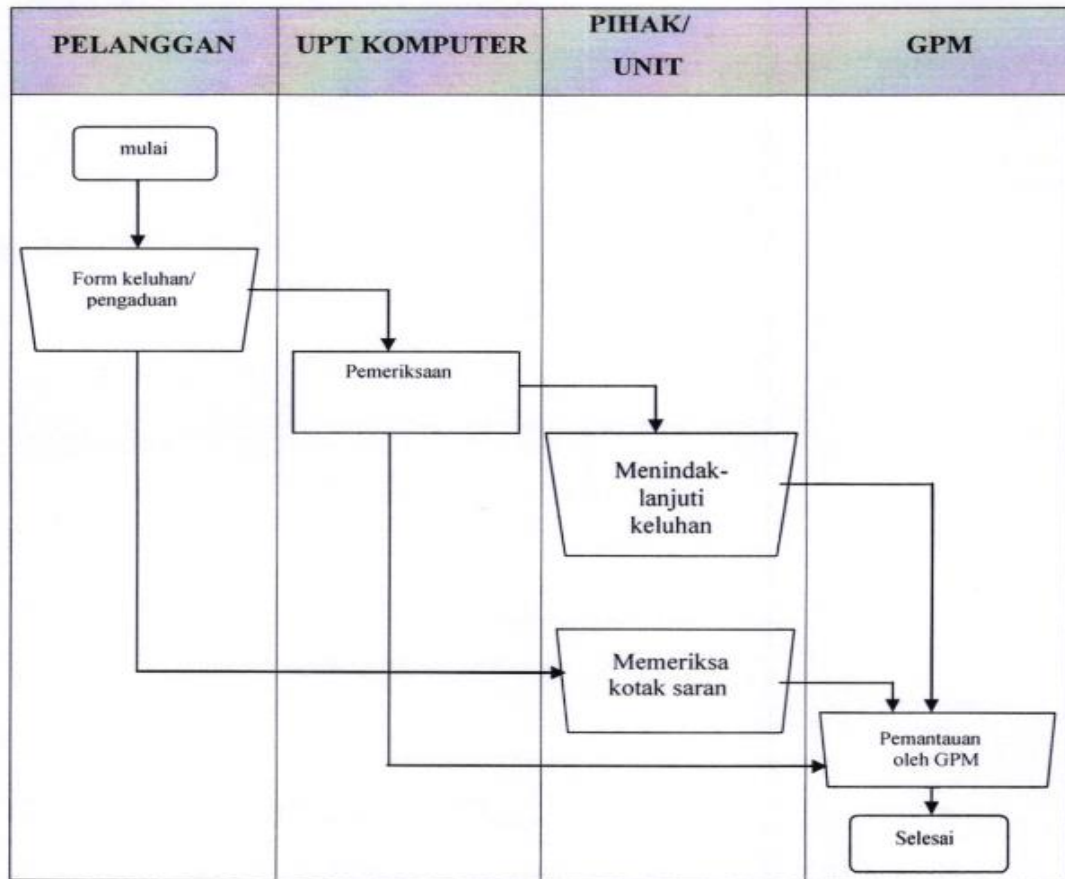
### **5. KETENTUAN UMUM**

5.1 Penanganan keluhan/pengaduan mencakup kegiatan pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta kerjasama.

5.2 Penyelesaian penanganan keluhan/pengaduan didasarkan pada ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

## 6. URAIAN PROSEDUR

### 6.1 Diagram Prosedur Mutu Penanganan Keluhan Pelanggan



### 6.2 Rincian Prosedur

1. Mulai
2. Adanya keluhan oleh pelanggan yang ditulis pada form keluhan/ pengaduan dimasukkan ke kotak saran, atau melakukan scan barcode.
3. Memeriksa pengaduan pelanggan setiap bulan sekali untuk melihat apakah ada keluhan/ pengaduan yang masuk dan telah mendapatkan tanggapan dari pihak terkait.
4. Menindaklanjuti pengaduan pelanggan dengan Membuat Permintaan Tindakan Perbaikan/ Pencegahan secara berjenjang.
5. Memeriksa kotak saran pengaduan setiap bulan sekali untuk melihat apakah ada keluhan/ pengaduan yang masuk, apabila terdapat keluhan/pengaduan yang masuk selanjutnya ditindaklanjuti dengan Membuat Permintaan Tindakan Perbaikan/Pencegahan secara berjenjang.

6. Memantau pengaduan yang belum ditanggapi dalam dan memantau tindak lanjut yang dilakukan oleh pihak-pihak terkait.
7. Selesai

## 7. LAMPIRAN

- 7.1 Formulir keluhan / pengaduan
- 7.2 Permintaan Tindakan Pencegahan / Perbaikan
- 7.3 Log Status Tindakan Pencegahan / Perbaikan



Kepada Mahasiswa, Tenaga Kependidikan dan Dosen FMIPA dalam rangka penjaminan mutu internal maka kami mengharapkan jika ada keluhan, saran dan kritik yang berkaitan dengan akademik maupun non akademik dapat **SCAN BARCODE** ini. Informasi yang disampaikan akan dijaga kerahasiaannya dan bersifat sangat tertutup. Semoga semua dapat memanfaatkan form ini dengan baik untuk kemajuan dan perbaikan di ruang lingkup FMIPA.



Keterangan :

- Harap Install Code Barcode Reader.



**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
PENGENDALIAN DOKUMEN  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/07**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

# PROSEDUR MUTU PENGENDALIAN DOKUMEN NO DOK: PM/MIPA/GPM/08

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 5

## I. TUJUAN

Prosedur ini bertujuan untuk mengatur tata cara pembuatan, pengesahan, pendistribusian dan penyimpanan dokumen yang berhubungan dengan mutu (prosedur, instruksi kerja, informasi teknis, gambar, standar) baik dokumen internal maupun dokumen eksternal..

## II. RUANG LINGKUP

Prosedur ini berlaku di seluruh unit kerja di FMIPA. Dekan dan semua personil yang ditugaskan untuk pembuatan, pemeriksaan dan pendistribusian dokumen bertanggung jawab atas penerapan prosedur ini.

## III. DEFINISI

1. Dokumen Sistem Manajemen Mutu adalah ketentuan tertulis yang digunakan secara resmi sebagai pedoman dalam penerapan Sistem Manajemen Mutu.
2. Dokumen Internal adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang diterbitkan dari internal FMIPA.
3. Dokumen Eksternal adalah segala dokumen yang berasal dari luar FMIPA yang dijadikan referensi dalam menyusun dokumentasi sistem manajemen mutu atau dalam melaksanakan pekerjaan.
4. Dokumen Induk adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang digunakan sebagai sumber acuan atau referensi dokumen mutu
5. Dokumen Mutu adalah segala dokumen sistem manajemen mutu yang meliputi kebijakan mutu, manual mutu, standar mutu, prosedur mutu/SOP, dan formulir atau rekaman mutu.

## IV. REFERENSI

1. ISO 9001:2008 pasal 7.5.1 Pengendalian Produksi dan Penyediaan Jasa
2. Manual Mutu Universitas Hasanuddin

## V. KETENTUAN UMUM

5.1 Dokumen yang diterapkan Dokumen Sistem Manajemen Mutu FMIPA yang diterapkan dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) Dokumen Eksternal dan

2) Dokumen Internal yang meliputi:

Dokumen Induk (DI) dan Dokumen Mutu (DM).

a Dokumen Eksternal (DE) di antaranya:

- 1) Peraturan perundang-undangan pemerintah
- 2) Buku pedoman
- 3) Dan lain-lain

B. Dokumen Internal

1. Dokumen Induk (DI) di antaranya:

- a. Statuta
- b. Visi dan Misi
- c. RIP
- d. RENSTRA
- e. RENOP
- f. Peraturan
- g. Pedoman

2. Dokumen Mutu (DM) di antaranya:

1. Kebijakan Mutu
2. Manual Mutu
3. Stándar dan Sasaran Mutu
4. Standard Operating Procedure (SOP)
5. Formulir atau rekaman

## 5.2 Metode Penomoran Dokumen

Dokumen yang diberlakukan di FMIPA dikendalikan dengan sistem penomoran terindeks angka latin. Aturan penomoran dokumen secara lengkap tertuang pada dokumen pedoman penomoran dokumen terlampir.

## 5.3 Kewenangan Pengesahan Dokumen

Dokumen sistem manajemen mutu di FMIPA disahkan oleh pejabat yang berwenang yang dituangkan dalam bentuk format lembar pengesahan terlampir

## 5.4 Penggunaan Tanda Stempel pada Dokumen

Dokumen yang sah dibubuhi stempel institusi sesuai dengan level pemberlakuan dokumen dan stempel distribusi yang terdiri atas: Induk, terkendali, tidak terkendali, kedaluarsa, referensi terpakai, referensi tidak terpakai. Contoh stempel terlampir.

## **VI. KRITERIA KEBERHASILAN**

Dokumen Sistem Manajemen Mutu dapat terkendali penomoran, pengelompokan, pengesahan, pendistribusian dan revisinya.

## **VII. PROSEDUR**

### **A. Pembuatan Dokumen, Pemberian Kode, dan Pengesahan Dokumen**

1. GPM mensosialisasikan pedoman pengendalian dokumen kepada seluruh unit kerja
2. Unit kerja mempelajari sistem pengendalian dokumen yang diterapkan di FMIPA
3. Unit kerja membuat dokumen sesuai dengan keperluan kerja masing-masing unit kerja (IK pembuatan dokumen).
4. Unit kerja memberi kode dokumen sesuai dengan peraruran sistem penomoran dokumen dan membuat daftar induk dokumen (IK Penomoran dokumen)
5. Unit kerja mengirim dokumen sesuai daftar induk kepada GPM untuk diverifikasi
6. GPM memverifikasi dokumen yang dikirim unit kerja sebelum diserahkan kepada pihak pimpinan untuk diperiksa (IK Identifikasi Dokumen)
7. GPM mengirim dokumen untuk diperiksa oleh pihak pimpinan .
8. Pimpinan memeriksa dokumen , jika ada yang perlu direvisi, maka dikembalikan kepada unit kerja melalui GPM dan jika sudah lengkap diteruskan kepada GPM untuk pengesahan
9. GPM mengembalikan dokumen kepada unit kerja untuk dilengkapi pengesahan (IK Identifikasi Dokumen).
10. .Unit kerja melengkapi pengesahan dokumen dan menyerahkan dokumen yang telah diberi pengesahan kepada GPM
11. GPM menerima dokumen untuk pengendalian selanjutnya yang meliputi: distribusi, arsip, perubahan/revisi dan pemusnahan dokumen kedaluarsa (IK pengendalian).

### **B. Pendistribusian Dokumen**

1. Dokumen induk (dokumen yang telah disahkan dan diberi stempel "INDUK") digandakan oleh GPM
2. Dokumen induk yang telah digandakan diberi stempel "TERKENDALI" kemudian diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen dan didistribusikan juga sesuai Matriks Distribusi Dokumen
3. Menerima dokumen dari GPM yang telah digandakan dan menandatangani Formulir Penyerahan Dokumen

#### C. Pedistribusian Dokumen yang tidak Dikendalikan

1. GPM memberi stempel "TIDAK TERKENDALI" pada dokumen yang disampaikan sebagai informasi kepada pihak di luar FMIPA Unhas
2. GPM memberikan dokumen tidak dikendalikan tersebut kepada pihak di luar Universitas, bila terjadi revisi terhadap dokumen tersebut, maka tidak dilakukan penarikan dan pendistribusian ulang

#### D. Perevisian Dokumen

1. Pengguna dokumen yang akan melakukan perubahan dokumen diperkenankan merevisi dokumen untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi proses sesuai persetujuan kewenangan yang relevan (mengacu pada tabel kewenangan pengesahan dokumen), yaitu dengan menggunakan Formulir Permintaan Perubahan Dokumen
2. GPM memproses dokumen hasil revisi yang telah disetujui oleh kewenangan yang relevan dengan memberi nomor revisi baru dan tanggal berlaku yang baru.. Catatan: Perubahan tanpa mengubah substansi atau isi dari dokumen sistem mutu tidak perlu dilakukan revisi
3. GPM memperbarui Daftar Dokumen Induk, dengan memberi stempel "INDUK" pada dokumen hasil revisi, melakukan pencatatan poin-poin yang mengalami perubahan dalam Daftar Revisi. Selanjutnya dokumen tersebut digandakan dan didistribusikan sesuai Matriks Distribusian Dokumen

#### E. Distribusi Dokumen Hasil Revisi dan Penarikan Dokumen Kadalua

1. Dokumen hasil revisi yang telah distempel "INDUK" dan digandakan selanjutnya diberi stempel "TERKENDALI" dan diberi nomor salinan sesuai Matriks Distribusi Dokumen

2. Dokumen mendistribusikan dokumen hasil revisi sesuai Matriks Distribusi Dokumen
3. Pemberlakuan dokumen hasil revisi disertai dengan penarikan dokumen induk dengan stempel "TERKENDALI" yang telah kadaluarsa, dimana pada lembar pengesahan dokumen induk yang telah kadaluarsa tersebut diberi stempel "KADALUARSA".

#### F. Identifikasi dan Pengelolaan Dokumen Eksternal

1. GPM mengidentifikasi dokumen eksternal yang dipakai sebagai acuan penyusunan dokumen atau dipakai sebagai acuan pelaksanaan pekerjaan
2. GPM membuat Daftar Dokumen Eksternal
3. GPM memberikan stempel "REFERENSI TERPAKAI" pada masing-masing dokumen yang masuk dalam Daftar Dokumen Eksternal

#### G. Dokumen Eksternal tidak Terpakai

Dokumen eksternal yang sudah tidak terpakai lagi selanjutnya oleh GPM diberi stempel "REFERENSI TIDAK TERPAKAI". Selanjutnya dokumen tersebut tetap disimpan oleh pemiliknya namun dalam tempat terpisah dari dokumen yang masih terpakai.

### **VIII DOKUMEN PELENGKAP**

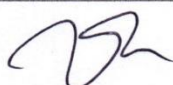
1. Formulir Penyerahan Dokumen
2. Formulir Penarikan Dokumen
3. Pedoman penomoran dokumen
4. Tabel Kewenangan pengesahan dokumen
5. Contoh pemberian stempel
6. Formulir Daftar Dokumen Induk
7. Formulir Daftar Dokumen Eksternal
8. Formulir Matriks Distribusi Dokumen
9. Formulir Permintaan Perubahan Dokumen

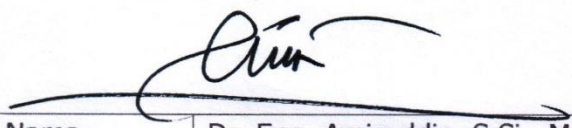


**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/09**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## **PROSEDUR MUTU PENGENDALIAN PRODUK TIDAK SESUAI NO DOK: PM/MIPA/GPM/09**

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 4

### **I. TUJUAN**

Prosedur ini bertujuan untuk Barang dan Jasa yang tidak sesuai pada persyaratan Barang dan Jasa. Barang dan Jasa yang tidak sesuai ditandai dan dikendalikan untuk mencegah proses lebih lanjut yang tidak disengaja

### **II. RUANG LINGKUP**

Mencakup ketidaksesuaian yang terjadi pada semua tahap kegiatan yang dilakukan oleh Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam dan yang berhubungan dengan Sistem Manajemen Mutu.

### **III. REFERENSI**

Standar ISO 9001:2015 pasal 10.2

### **IV. DEFINISI**

Barang dan Jasa : Hasil dari proses kerja

### **V. PROSEDUR**

#### 5.1 Umum

##### a) Tanggung jawab

Tanggung jawab untuk Pengendalian Barang dan Jasa tak sesuai terletak pada WMM, personil yang bertugas, penanggung jawab bagian terkait.

##### b) Ketidaksesuaian juga dapat ditemukan dalam operasi sehari-hari, misalnya dalam tahap-tahap kegiatan, termasuk dalam tahap Barang dan Jasa.

5.2 Pada saat staf atau personil yang bertugas menemukan ketidak- sesuaian, segera dilakukan identifikasi, pemisahan (bila sesuai) dan diinformasikan/ dilaporkan kepada atasan yang bertanggung- jawab untuk penyelesaiannya

5.3 Ketidaksesuaian yang segera dapat diatasi dan tidak begitu mempunyai dampak atas mutu/kelancaran operasi hanya perlu dicatat dalam buku catatan. Sedangkan ketidaksesuaian yang berdampak besar dan mempengaruhi operasi, harus dilaporkan kepada WMM, bila perlu kepada Dekanat, untuk

ditangani/diperbaiki (tergantung pada bobot masalahnya dan tindakan koreksi yang harus diambil). Laporan demikian harus menggunakan Formulir Ketidaksesuaian.

5.4 Formulir Laporan Ketidaksesuaian memuat antara lain :

- nomor dan tanggal laporan,
- bagian,
- penjelasan/uraian tentang ketidak-sesuaian,
- tanda-tangan pelapor,
- disposisi oleh WMM/Petugas yang berwenang,
- tanda-tangan WMM/Petugas yang berwenang untuk memberikan disposisi.

5.5 Disposisi oleh WMM/Petugas yang berwenang dapat berupa :

- perbaikan terhadap kesalahan/kekeliruan yang terjadi selama kegiatan dan yang berkaitan dengan pendukung pelayanan.
- tindakan-tindakan lain yang bersifat teknis, misalnya ketidak-sesuaian yang terjadi pada alat/peralatan yang digunakan.

5.6 Personil yang bertugas harus memberitahukan secara tertulis kepada WMM maupun kepada unit/bagian terkait mengenai masalah ketidaksesuaian dan disposisi yang diambil.

5.7 Personil yang bertanggungjawab membuat Ringkasan Laporan Ketidaksesuaian kepada WMM. Laporan tersebut merupakan salah satu masukan atau agenda yang ditinjau/dibahas dalam Rapat Tinjauan Sistem Mutu (Rapat Tinjauan Manajemen).

5.8 Semua catatan/rekaman yang berhubungan dengan kegiatan Pengendalian Barang dan Jasa tak sesuai harus disimpan dan dipelihara oleh personil yang telah ditetapkan.

5.9 Tindakan Koreksi.

Bila ketidaksesuaian memerlukan suatu tindakan koreksi agar tidak terulang, maka tindakan tersebut harus dilaksanakan menurut prosedur Tindakan Koreksi.



Laporan ketidaksesuaian

BAGIAN	URAIAN TTG KETIDAKSESUAIAN	PARAF (TGL)	DISPOSISI STAF YG BERWENANG	PARAF (TGL)



**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**PROSEDUR MUTU  
TINDAKAN KOREKSI  
NO DOK: PM/MIPA/GPM/10**

Status Dokumen	: <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Salinan No.
Nomor Revisi	: 00
Tanggal Terbit	: 23 September 2023
Tanggal Revisi	: -

Dibuat oleh :	
Nama	Dr. Zaraswati Dwyana Zainuddin, M.Si.
NIP	196512091990082001
Jabatan	Ketua Gugus Penjaminan Mutu dan Reputasi Internasional

Disetujui oleh :	
Nama	Dr. Eng. Amiruddin, S.Si., M.Si.
NIP	197205151997021002
Jabatan	Dekan Fakultas MIPA UNHAS





FAKULTAS MIPA

## **PROSEDUR MUTU TINDAKAN KOREKSI NO DOK: PM/MIPA/GPM/10**

No. Revisi : 00

Tgl. Terbit : 23 September 2023

Halaman 1 dari 3

### **I. TUJUAN**

Tujuan prosedur ini adalah untuk memastikan diterapkannya Koreksi (perbaikan) dan tindakan koreksi terhadap penyebab-penyebab ketidaksesuaian barang dan jasa.

### **II. RUANG LINGKUP**

Prosedur ini berlaku bagi ketidaksesuaian barang dan jasa sewaktu dalam proses ataupun barang dan jasa yang menjadi keluhan pelanggan.

### **III. REFERENSI**

Standar ISO 9001:2015 Pasal 10.2

### **IV. DEFINISI**

Koreksi : Menghilangkan dengan segera

Ketidaksesuaian (KTS) Tindakan Koreksi: Menghilangkan KTS dengan mengetahui akar penyebabnya

### **V. PROSEDUR**

#### **5.1 Tindakan Koreksi**

5.1.1 Setelah menerima laporan ketidaksesuaian dan permintaan tindakan koreksi, pihak terkait yang bertanggungjawab harus mengambil tindakan untuk meneliti hal-hal yang menjadi penyebab ketidaksesuaian (KTS).

5.1.2 Berdasarkan analisis KTS, maka penanggungjawab bagian yang bersangkutan bersama GPM menentukan Koreksi dan tindakan koreksi yang harus diambil dalam waktu yang ditentukan.

5.1.3 Koreksi dan tindakan koreksi yang diambil didokumentasikan pada Formulir

5.1.4 Setelah tindakan koreksi dilakukan atau batas waktu yang ditentukan dilampaui, tindakan koreksi harus ditinjau oleh GPM guna memastikan bahwa tindakan-tindakan tersebut dilaksanakan dengan baik dan

memberikan hasil yang efektif.

- 5.1.5 Bila tindakan koreksi yang diambil tidak efektif, analisis dan tinjauan terus dilakukan sampai diperoleh hasil yang memuaskan.
- 5.1.6 Tindakan koreksi yang memerlukan perubahan prosedur diberitahukan kepada pihak terkait. Dan selanjutnya pihak terkait harus meninjau dokumen tersebut sesuai dengan Prosedur Pengendalian Dokumen.
- 5.1.7 Rekaman tindakan koreksi serta hasilnya dicatat dan disimpan oleh personil yang ditunjuk pada unit yang bersangkutan.

## TINDAKAN KOREKSI

Bagian :

Tanggal :

Temuan Ketidaksesuaian ( KTS)
Penyebab KTS :
Uraian tindakan koreksi
Tanggal/Batas akhir koreksi :
Verifikasi Tindakan koreksi  Verifikator : GPM  ( )