

**Manual Prosedur**

**TINDAKAN KOREKTIF DAN PENCEGAHAN**

PROGRAM STUDI

ILMU GIZI

FAKULTAS KEDOKTERAN

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**



## Manual Prosedur

PROGRAM STUDI  
ILMU GIZI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

Kode Dokumen	:	00803 06003
Revisi	:	2
Tanggal	:	10 Agustus 2013
Diajukan Oleh	:	Sekretaris PS Ilmu Gizi Ttd. Nia Novita Wirawan, MSc
Dikendalikan oleh	:	Unit Jaminan Mutu Ketua PS Ilmu Gizi
Disetujui oleh	:	Ttd. Dr. dr. Endang Sriwahyuni, MS

## KATA PENGANTAR

Manual prosedur Tindakan korektif dan pencegahan disusun bertujuan untuk mempertahankan konsistensi serta perbaikan pengendalian produk dan dokumen-dokumen terkait di UJM Program Studi Ilmu Gizi FKUB, guna mencegah terjadinya kembali produk yang tidak sesuai

Manual Prosedur Tindakan korektif dan pencegahan akan selalu diperbarui sesuai dengan kebutuhan dan prosedur evaluasi yang berlaku.

Malang, 10 Agustus 2013  
Ketua PS Ilmu Gizi,

Dr. dr. Endang Sri Wahyuni, MS

## **Daftar Isi**

### **Tujuan**

Error! Bookmark not defined.

### **Ruang Lingkup**

Error! Bookmark not defined.

### **Definisi**

Error! Bookmark not defined.

### **Rujukan**

Error! Bookmark not defined.

## **Garis Besar Prosedur 1**

### **Bagan Alir**

Error! Bookmark not defined.

- |  |   |
|--|---|
| 1. Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan       | 3 |
| 2. Prosedur Pemrakarsa Tindakan Korektif           | 3 |
| 2. Prosedur Pemohonan Pemrosesan Tindakan Korektif | 4 |
| 2. Prosedur Tindakan Pencegahan f                  | 5 |

### **Lampiran**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Borang Daftar Ketidaksesuaian atau Corrective Requirement – CAR (00803 09002 01) | 6 |
| 2. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan (00803 09002 02)             | 7 |

## **Tujuan**

Tindakan korektif dan pencegahan bertujuan untuk mempertahankan konsistensi serta perbaikan pengendalian produk dan dokumen-dokumen terkait di UJM Program Studi Ilmu Gizi FKUB, guna mencegah terjadinya kembali produk yang tidak sesuai.

## **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.

## **Definisi**

1. Manual Mutu (MM) adalah Pedoman mendokumentasikan sistem mutu Organisasi UJM Program Studi Ilmu Gizi FKUB untuk menunjukkan kemampuan organisasi dalam menghasilkan produk secara konsisten sesuai dengan persyaratan pelanggan dan peraturan yang berlaku
2. Instruksi Kerja (IK) adalah urutan instruksi yang dilakukan untuk suatu pekerjaan tertentu untuk menjamin pekerjaan berjalan sesuai standar
3. Rencana Mutu (*Quality Plan*) adalah Pedoman yang menjadi acuan target pencapaian Rencana strategis Program Studi Ilmu Gizi FKUB 2009-2013 dan sasaran mutu UJM Program Studi Ilmu Gizi FKUB
4. Dokumen Mutu adalah dokumen yang melengkapi dokumen

akademik, digunakan sebagai alat (sarana) untuk menjalankan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Dokumen Mutu untuk universitas/fakultas meliputi Manual Mutu, Manual Prosedur, Dokumen Pendukung dan Borang sedangkan untuk jurusan/program studi adalah Manual Prosedur, Dokumen Pendukung, Instruksi Kerja dan Borang. Semua dokumen harus memenuhi standar sistem mutu.

## **Rujukan**

1. Manual Mutu Program Studi Ilmu Gizi FKUB (00803 05000)
2. Manual Prosedur Pengendalian Dokumen dan Rekaman (00803 06001)
3. Standar Nasional Indonesia (SNI) Sistem Manajemen Mutu (SMM) – Persyaratan ISO 9001:2008, Badan Standardisasi Nasional

## **Garis Besar Prosedur**

1. Petunjuk Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan :
  - a. Menyelidiki penyebab ketidaksesuaian.
  - 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 Ketidakesuaian, Tindakan Korektif dan Pencegahan.

2. Pemrakarsa Tindakan Korektif
  - a. Dalam mengidentifikasi keperluan tindakan korektif, TIM UJM harus mengusulkan tindakan korektif
  - b. Identifikasi ketidaksesuaian harus lengkap dan terinci, jika memungkinkan, akar penyebab kejadian diidentifikasi sehingga tindakan korektif dapat dilaksanakan dengan tepat. Usulan tindakan korektif akan didiskusikan dengan *MR*
  
3. Permohonan Pemrosesan Tindakan Korektif
  - a. TIM UJM akan mengkaji setiap usulan tindakan korektif guna memastikan bahwa tindakan korektif telah dideskripsikan secara benar dan memadai serta menjelaskan kondisi yang memerlukan tindakan korektif.
  - b. Untuk kondisi yang memerlukan tindakan korektif, kesepakatan anggota TIM UJM yang lain beserta tanggal penyelesaiannya akan dicatat dalam laporan Tindakan Korektif dan Pencegahan.
  - c. Ketua UJM bertanggung jawab harus memastikan bahwa tindakan korektif yang disepakati telah dilaksanakan pada tanggal yang ditetapkan dan menginformasikan kepada anggota TIM UJM lainnya terkait kapan verifikasi dapat dilakukan.
  - d. TIM UJM harus melakukan verifikasi terhadap penyelesaian tindakan korektif.
  - e. TIM UJM harus menandatangani verifikasi borang Rekaman Ketidaksesuaian dan Laporan Tindakan Korektif dan Pencegahan bila hasil tindakan korektif disetujui dan dilaksanakan secara efektif.

- f. TIM UJM memelihara daftar status perubahan guna memastikan usulan tindakan korektif pada semua jenis pekerjaan telah diselesaikan.
  - g. Jika tindakan korektif yang disepakati tidak dilaksanakan, maka akan dilaporkan kepada *MR* beserta salinan data pendukung.
4. Tindakan Pencegahan
- a. Bila tindakan korektif dilaksanakan, perhatian khusus harus diberikan pada tindakan pencegahan untuk mencegah terulangnya ketidaksesuaian.
  - b. 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:
    - Perbaiki suatu Proses
    - Perbaiki Dokumentasi
    - Perbaiki Sistem
    - Perbaiki Peralatan
    - Perbaiki Mutu
    - Peningkatan Pelatihan
    - Peningkatan Kesadaran
    - Perbaiki Prosedur
  - c. 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 Koordinator Bidang yang bersangkutan, maka laporan diberikan ke Ketua PJM yang merupakan penanggung jawab untuk memastikan bahwa keluhan tersebut telah dijawab sampai terdapat kesepakatan dengan pelanggan.

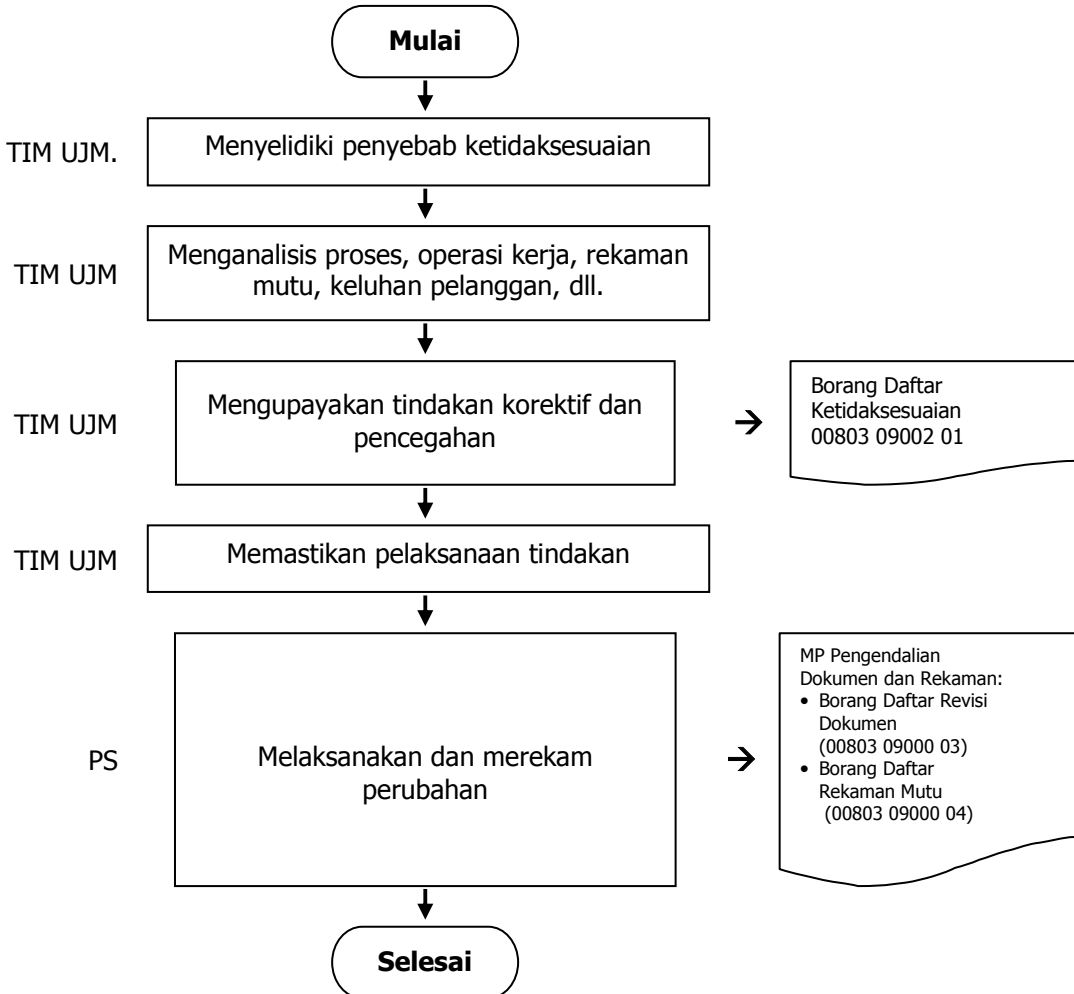
6. Rekaman

Salinan Rekaman Ketidaksesuaian dan Laporan Tindakan Korektif

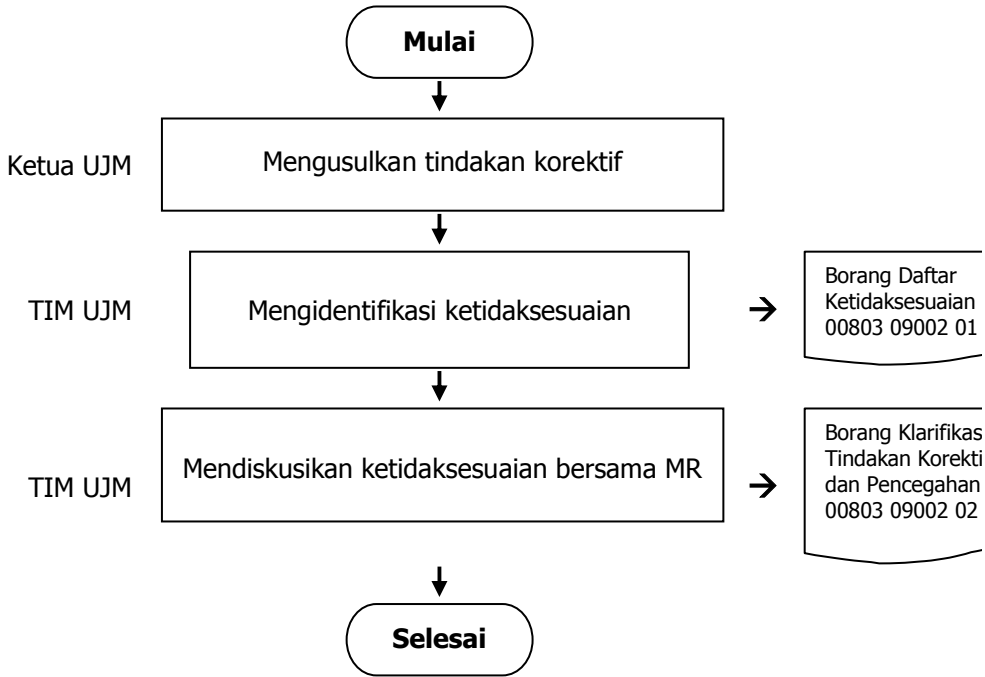
dan Pencegahan harus dipelihara oleh *MR* sebagai rekaman mutu

## Bagan Alir

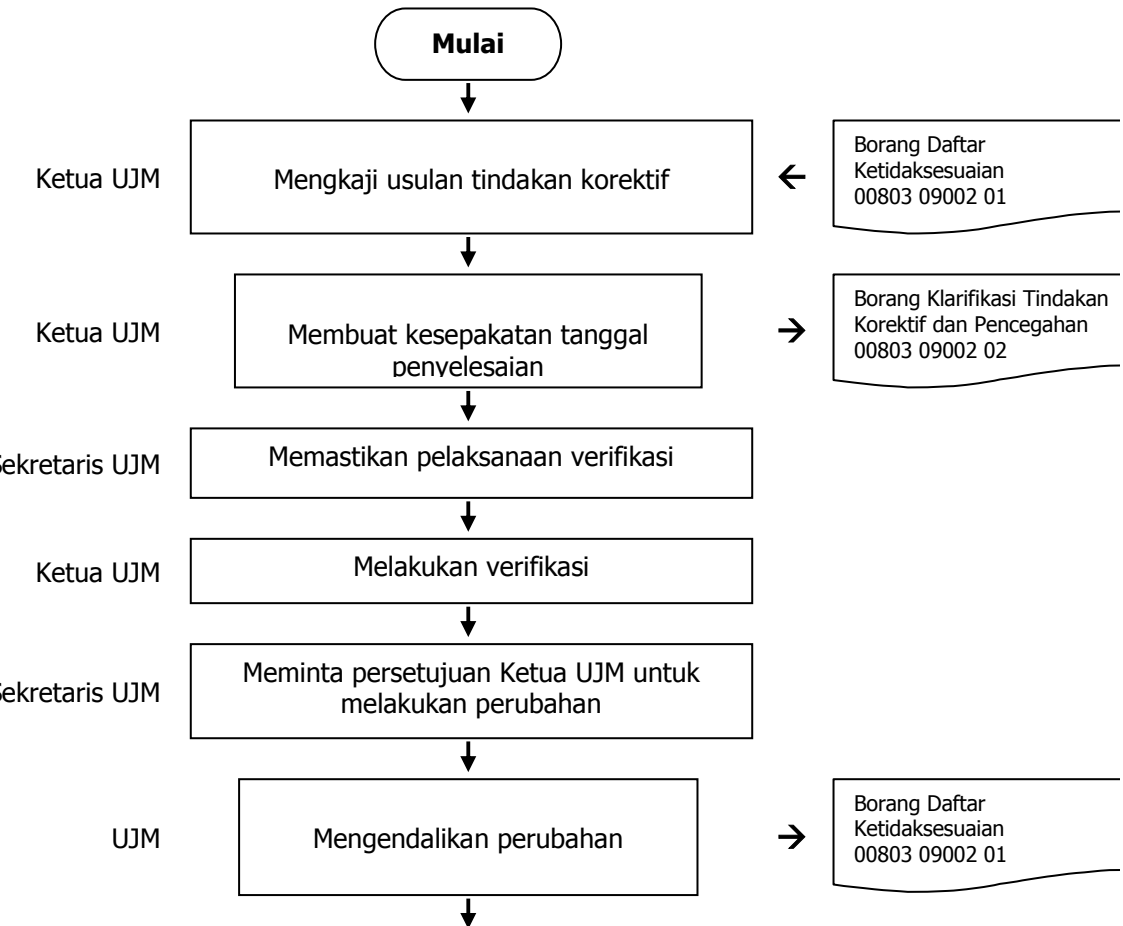
### 1. Prosedur Tindakan Korektif dan Pencegahan

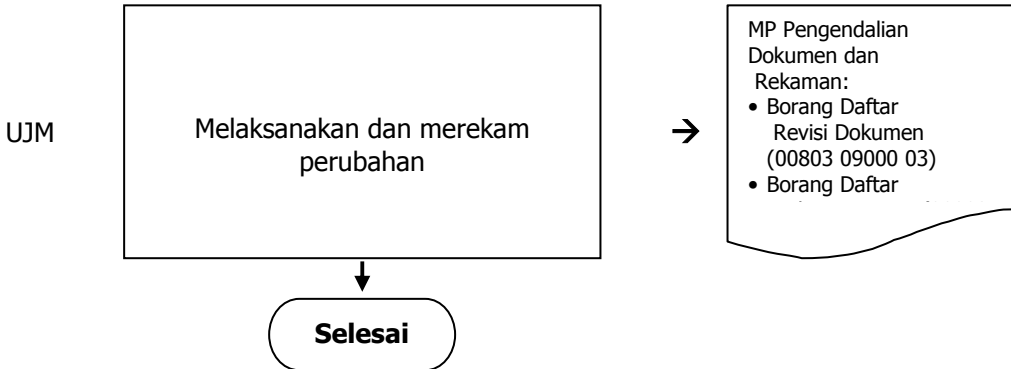


## 2. Prosedur Pemrakarsa Tindakan Korektif

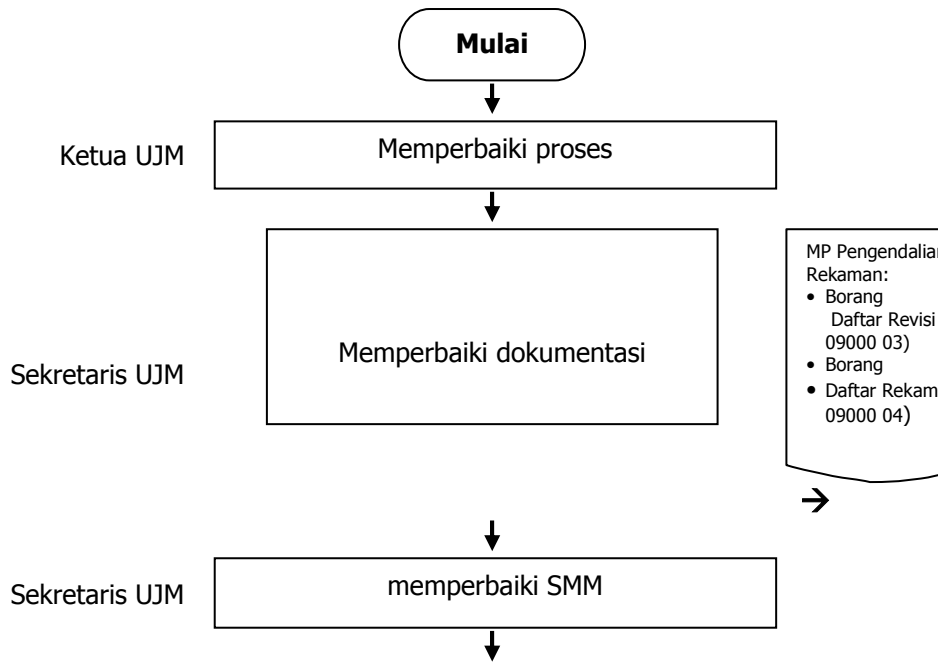


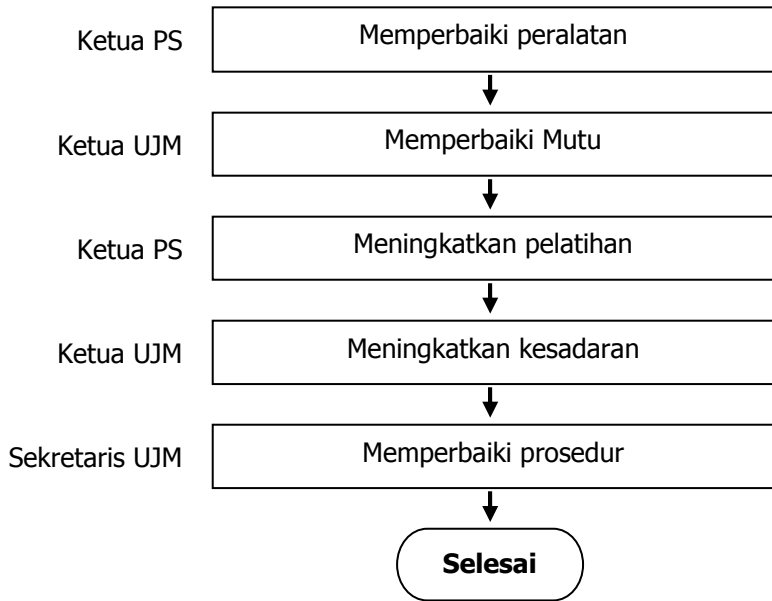
### 3. Prosedur Permohonan Pemrosesan Tindakan Korektif





**4. Prosedur Tindakan Pencegahan**





## Lampiran

### 1. Borang Daftar Ketidakesesuaian atau *Corrective Action Requirement* – CAR (00803 09002 01)

Tindakan Korektif/Pencegahan ke- :  
Bulan :

No Temuan	Tanggal Temuan	Kategori Temuan	Status Temuan	Auditor	Teraudit	Bidang/Dokumen yang diaudit	Uraian Ketidaksesuaian	Tindakan Perbaikan	Target Waktu Selesai	Verifikasi	Status Akhir
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

(1) Nomer temuan      (2) Tanggal temuan      (3) Kategori temuan: KTS, Observasi      (4) Status: *New, open, closed*  
(5) Nama Auditor      (6) Personil /unit kerja yang diaudit  
(7) Bidang yang diaudit      (8) Deskripsi temuan ketidaksesuaian      (9) Tindakan perbaikan yang dilakukan      (10)  
Tanggal waktu penyelesaian(11) Verifikasi pada dokumen yang diperbaiki (12) Status Akhir: *open, closed*



(1) Nomer temuan      (2) Tanggal temuan      (3) Kategori temuan: KTS, Observasi      (4) Status: *New, open, closed*  
(5) Nama Auditor      (6) Personil /unit kerja yang diaudit  
(7) Bidang yang diaudit      (8) Deskripsi temuan ketidaksesuaian      (9) Tindakan perbaikan yang dilakukan      (10) Tanggal waktu penyelesaian  
(11) Verifikasi pada dokumen yang diperbaiki      (12) Status Akhir: *open, closed*

**2. Borang Klarifikasi Tindakan Korektif dan Pencegahan  
(00803 09002 02)**

Bidang /Jenis yang dikoreksi:	Koreksi ke- :
	Tgl Koreksi :
	No. : <i>CAR/Koreksi</i>
Uraian Temuan:	Kategori:  1. KTS  2. Observasi
Penyebab/Akar Masalah:	Tanda tangan MR
Rencana perbaikan/pencegahan yang dilakukan Auditee:	Target Waktu Selesai
Verifikasi:	
Status <i>CAR</i>  1. <i>OPEN</i> 2. <i>CLOSED</i>	Tanda tangan Ketua UJM