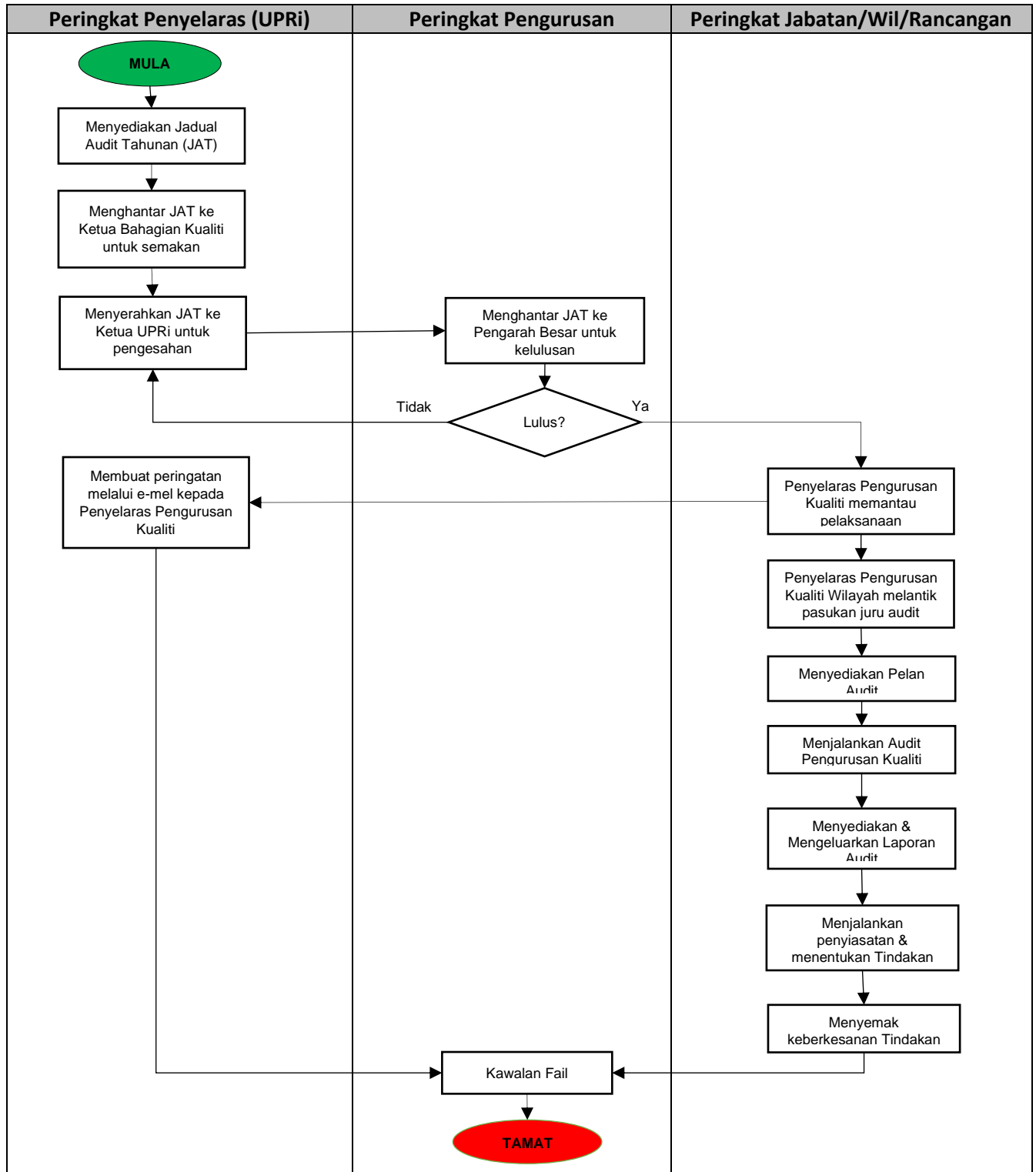


FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Carta Alir Prosedur Audit Dalaman ISO
 No.Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
 No. Pindaan: 2
 Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019



FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalaman ISO
No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
No. Pindaan: 2
Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

Tujuan:

Memastikan urusan Audit Dalaman ISO dikendalikan dengan berkesan untuk menambah nilai kepada proses-proses kerja dalam FELDA.

Skop:

Prosedur ini terpakai untuk audit dalaman ke atas keseluruhan skop Sistem Pengurusan Kualiti FELDA.

Definisi:

Audit Dalaman ISO

Audit Dalaman ISO ialah suatu proses bagi merancang, menyemak dan mengenal pasti peluang-peluang penambahbaikan yang boleh dilakukan bagi meningkatkan prestasi Sistem Pengurusan Kualiti.

Prosedur Terperinci:

1.0 Menyediakan Perancangan Audit Tahunan

1.1 Pada bulan November tahun semasa, Pegawai Yang Bertanggungjawab (PYB) yang menyelaras Audit Dalaman ISO di FELDA hendaklah menyediakan **Jadual Audit Tahunan (JAT)** bagi tahun hadapan untuk pelaksanaan audit di Jabatan, Unit, Wilayah, dan Rancangan.

1.1.1 **JAT** hendaklah dirancang berdasarkan **status** dan **kepentingan (importance)** Jabatan/ Unit / Wilayah dan proses-proses yang hendak diaudit, dan keputusan audit dalam yang lepas.

1.1.1.1 Jabatan/ Unit / Wilayah yang mempunyai proses-proses yang **penting** (contohnya proses yang kritikal, banyak kes/ fail/ permohonan, boleh memberi kesan ketara kepada pematuhan keperluan produk/ kualiti) atau/ dan **status** yang kurang baik (**lemah/ banyak masalah**), hendaklah dirancang untuk diaudit lebih kerap dalam setahun, contoh 3 kali setahun (setiap 4 bulan) atau masa yang lebih panjang diperuntukkan dalam audit yang dijalankan; dan sebaliknya, yakni diaudit sekurang-kurangnya sekali bagi proses-proses yang kurang penting atau dalam status yang baik/ mantap.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO

No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01

No. Pindaan: 2

Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

- 1.2 Setelah **status** dan **kepentingan (*importance*)** Jabatan/ Unit / Wilayah ditentukan, PYB hendaklah menghantar JAT kepada Ketua Bahagian Kualiti secara e-mel dan serahan tangan dalam tempoh masa satu (1) hari bekerja untuk pengesahan.
- 1.3 Setelah JAT disahkan oleh Ketua Bahagian Kualiti, Ketua Bahagian Kualiti hendaklah menyerahkan JAT secara serahan tangan dengan serta merta kepada Ketua Unit Pengurusan Risiko untuk disokong.
- 1.4 Setelah JAT disokong oleh Ketua Unit Pengurusan Risiko, PYB hendaklah menghantar JAT kepada Pengarah Besar secara serahan tangan dalam tempoh masa satu (1) hari bekerja untuk kelulusan.
 - 1.4.1 Jika terdapat pindaan oleh Pengarah Besar, PYB hendaklah membuat pembetulan dengan serta merta dan mengulangi proses yang ditetapkan pada 1.2, 1.3 dan 1.4.

2.0 Memantau Pelaksanaan Audit

- 2.1 Berdasarkan **JAT** yang telah diluluskan, Penyelaras ISO di peringkat Ibu Pejabat, atau Pengurus Besar Wilayah (RGM) di Pejabat Wilayah, atau Pengurus di Rancangan hendaklah memantau dan memastikan audit dalam terhadap proses-proses kerja yang berkenaan pada bulan-bulan audit dijalankan seperti yang telah dirancang/ ditetapkan.
 - 2.1.1 Adalah menjadi tanggungjawab Penyelaras ISO Wilayah dan Rancangan memastikan audit dalaman dijalankan pada bulan-bulan audit dalaman yang telah dirancang/ ditetapkan dalam **JAT**.
 - 2.1.1.1 PYB hendaklah membuat makluman melalui e-mel dan panggilan telefon kepada semua Penyelaras ISO Wilayah bagi menjalankan audit dalaman mengikut JAT.

3.0 Melantik Pasukan/ Ahli-ahli Audit

- 3.1 Setelah makluman diberikan kepada Penyelaras ISO Wilayah, Penyelaras ISO Wilayah hendaklah melantik pasukan/ ahli-ahli juru-audit dalaman dari **Senarai Juruaudit Dalaman Yang Layak** yang telah dilatih tentang kaedah-kaedah audit dalaman dan keperluan-keperluan pengurusan kualiti.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO

No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01

No. Pindaan: 2

Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

- 3.1.1 Pasukan Juruaudit dalaman yang dilantik untuk mengaudit setiap jabatan/ unit boleh terdiri dari 2-3 tiga ahli Juruaudit dalaman, atau minimum seorang juru-audit bergantung kepada bilangan proses atau kekompleksan proses yang hendaklah diaudit.
- 3.1.2 Salah seorang dari pasukan audit dalaman hendaklah dilantik sebagai ketua Juruaudit audit dalam jabatan/ unit berkenaan.
- 3.1.3 Juruaudit yang dilantik boleh merupakan anggota dari jabatan/ unit lain dalam Pejabat Wilayah atau Rancangan yang sama, dengan syarat Juruaudit berkenaan yang akan mengaudit jabatan/ unit atau proses-proses kerja berkenaan hendaklah bebas dari proses yang akan diaudit, yakni bukan anggota yang melaksanakan proses kerja berkenaan.

4.0 Menyediakan Pelan Audit

4.1 Apabila pasukan/ ahli-ahli audit dalaman telah dilantik, Ketua Juruaudit pasukan audit berkenaan hendaklah menyediakan Pelan Audit dan menghantar kepada Ketua Jabatan/ Unit melalui emel sekurang-kurangnya seminggu atau dua hari bekerja sebelum tarikh audit dan 'disalinkan' kepada Penyelaras ISO di peringkat Ibu Pejabat.

4.1.1 Pelan Audit hendaklah menetapkan butiran-butiran di bawah:

- a) Tarikh Pelan Audit Dikeluarkan;
- b) Tarikh Audit Dalam;
- c) Skop Audit, yakni jabatan/ unit dan proses-proses yang akan diaudit.
- d) Tujuan audit;
- e) Nama ahli-ahli audit; dan
- f) Agenda audit (menetapkan proses-proses yang akan diaudit mengikut masa/ waktu pada hari audit).

5.0 Menjalankan Audit

5.1 Sebelum audit dalaman dijalankan pada hari audit, pasukan/ ahli-ahli audit hendaklah sampai ke jabatan/ unit yang hendak diaudit dan menjalankan taklimat pembukaan yang ringkas (5-10 minit) pada waktu yang ditetapkan dalam **Pelan Audit**.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO

No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01

No. Pindaan: 2

Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

5.1.1 Taklimat pembukaan secara minimum hendaklah merangkumi perkara-perkara yang tercetak pada **Pelan Audit** dan mendapatkan pengenalan pihak pengurusan dan auditee yang menghadiri taklimat pembukaan.

5.2 Semasa menjalankan audit dalaman, juruaudit hendaklah menjalankan kerja - kerja audit mengikut **Pelan Audit** dan berasaskan kepada kriteria - kriteria audit mengikut keperluan – keperluan pengurusan kualiti, dan keperluan - keperluan perundangan yang bersesuaian bagi produk / perkhidmatan yang disediakan.

5.2.1 Kaedah-kaedah audit pengurusan kualiti hendaklah melibatkan:

- a) Menyemak prosedur - prosedur / dokumen – dokumen sokongan yang berkaitan termasuk garis panduan, arahan kerja, pekeliling dan manual-manual berkaitan;
- b) Menemubual pihak yang diaudit dari segi pelaksanaan berbanding dengan prosedur - prosedur dan dokumen- dokumen sokongan yang disediakan;
- c) Memerhati pelaksanaan proses- proses kerja yang berkaitan; dan
- d) Menyemak / memeriksa rekod- rekod yang berkaitan sebagai bukti pelaksanaan.

5.2.2 Sebarang bukti-bukti audit yang diperolehi semasa audit dijalankan hendaklah direkodkan oleh juruaudit pada borang **Nota Audit** untuk menunjukkan kedalaman dan liputan audit yang memadai.

5.2.2.1 Bukti-bukti audit dalam Nota Audit hendaklah merangkumi:

- a) Nama jabatan/ unit/ wilayah / rancangan yang diaudit;
- b) Proses-proses yang diaudit;
- c) Tajuk dan / atau nombor dokumen yang disemak;
- d) Tajuk-tajuk rekod yang diperiksa;
- e) Subjek/ objek yang diaudit;
- f) Saiz sampel yang diambil;
- g) Nama auditee;
- h) Cadangan penambahbaikan;
- i) Keakuran;
- j) Ketakuran termasuk bukti-bukti nyata (*objective evidence*);
- k) Amalan-amalan positif, jika ada.

5.2.3 Sekiranya senarai semak audit disediakan oleh juruaudit terlebih dahulu, maka senarai semak tersebut boleh digunakan sebagai panduan semasa

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO
No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
No. Pindaan: 2
Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

audit dijalankan dan pengauditan hendaklah tidak terhad kepada soalan-soalan atau skop yang terkandung di dalam senarai semak itu sahaja.

- 5.3 Semasa pengauditan dijalankan, juruaudit - juruaudit hendaklah menerangkan penemuan - penemuan audit kepada pihak yang diaudit.

6.0 Menyedia dan Mengeluarkan Laporan Audit

- 6.1 Pada penghujung audit dalaman di jabatan/ unit berkenaan, ketua juru-audit dan ahli juruaudit hendaklah mengkategorikan penemuan - penemuan audit samada **Pemerhatian** atau **Ketakakuran/ "Non-conformity" (NC)**.

6.1.1 Juruaudit hendaklah berbincang dan menyemak bersama ketua juruaudit untuk memastikan penemuan yang diperolehi dikategorikan sebagai pemerhatian atau ketakakuran.

- 6.2 Apabila sesuatu ketakakuran telah ditentukan, juruaudit hendaklah merekodkan ketakakuran tersebut ke dalam borang **Permintaan Tindakan Pembedulan (PTP)**, dan bagi pemerhatian dimasukkan ke dalam **Borang Pemerhatian**.

6.2.1 Ketua Juruaudit hendaklah melengkapkan **Rumusan Audit** yang mana hendaklah disertakan dengan Borang Tindakan Pembedulan (BTP) dan Borang Tindakan Pemerhatian.

- 6.3 Apabila audit dalaman telah selesai dijalankan, ketua juruaudit hendaklah memastikan semua laporan audit yang lengkap dikeluarkan kepada Ketua Jabatan / Ketua Unit dalam tempoh masa dua **(2) hari** bekerja dari tarikh audit dilaksanakan.

7.0 Menjalankan Penyiasatan dan Menentukan Tindakan Pembedulan

- 7.1 Apabila menerima BTP, Ketua Jabatan / Ketua Unit bagi jabatan/ unit yang diaudit hendaklah dengan serta - merta menjalankan siasatan punca-punca ketakakuran/ ketidakpatuhan yang berlaku, menentukan/ merancang dan menjalankan tindakan pembedulan dan pembaikan mengikut **Prosedur Tindakan Pembedulan (SOP/UPRI/BK/05)**.

7.1.1 Tempoh masa tindakan pembedulan dan pembaikan mengikut keputusan penyiasatan hendaklah ditentukan dalam **BTP**.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO
No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
No. Pindaan: 2
Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

7.1.2 **BTP** yang telah dilengkapkan hendaklah dipulangkan kepada Penyelaras ISO sebelum/ pada tarikh jawab-balas yang ditetapkan.

8.0 Menyemak Keberkesanan Tindakan Pembedulan Yang Telah Dibuat

- 8.1 Selepas BTP dijawab-balas oleh Ketua Jabatan/ Ketua Unit, Penyelaras ISO hendaklah menetapkan tarikh penyemakan keberkesanan terhadap tindakan pembedulan yang telah dibuat, yang mana tempoh masa antara 1- 6 bulan dari tarikh tindakan pembedulan dilaksanakan mengikut kes.
- 8.2 Apabila sampai tarikh penyemakan, Penyelaras ISO hendaklah melantik seorang juruaudit untuk menjalankan tindakan audit susulan ke jabatan/ unit berkenaan untuk menyemak keberkesanan tindakan pembedulan yang telah diambil untuk memastikan tindakan pembedulan yang diambil adalah berkesan mengikut **Prosedur Tindakan Pembedulan (SOP/UPRI/BK/05)**.

9.0 Kawalan Fail

- 9.1 Setelah audit dalaman ISO dilaksanakan, PYB hendaklah memastikan kesemua rekod-rekod berkaitan dokumen audit dalaman ISO disimpan di dalam kabinet fail dan ditandakan sebagai **Fail Audit Dalaman ISO** mengikut susunan berikut:
- a) Ringkasan Audit;
 - b) Borang BTP;
 - c) Borang Pemerhatian;
 - d) Laporan Positif (jika ada);
 - e) Nota Audit;
 - f) Senarai Semak Audit (jika ada); dan
 - g) Pelan Audit.
- 9.2 Penyelaras ISO hendaklah merekodkan pergerakan fail di dalam **Daftar Pergerakan Fail** yang mengandungi perkara-perkara berikut:
- a) Nama Fail;
 - b) Tarikh dikeluarkan;
 - c) Nama Peminjam Fail;
 - d) Tarikh Dipulangkan; dan
 - e) Tandatangan Peminjam.
- 9.3 Penyelaras ISO hendaklah memastikan Fail yang lengkap disimpan di dalam **Kabinet Fail** secara berkunci mengikut rak kabinet tahun semasa.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalaman ISO

No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01

No. Pindaan: 2

Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

- 9.3.1 Fail dikategorikan sebagai “**FAIL TERBUKA**” dan kelulusan lisan hendaklah diperoleh daripada Ketua Jabatan / Ketua Unit / Pengurus Besar Wilayah / Pengurus Rancangan jika ingin mendapatkan fail tersebut.

- 9.3.2 Fail yang telah mencapai tempoh penyimpanan hendaklah dibuat pelupusan berdasarkan **Pekeliling Pelupusan Rekod** yang dikeluarkan oleh Arkib Negara.

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Prosedur Audit Dalam ISO
No. Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
No. Pindaan: 2
Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

Kekuasaan	Nama Penuh	Jawatan	Tandatangan
Disediakan oleh:	Syarilanwar Mohammad	Pegawai Tadbir, Unit Pengurusan Risiko	
Disemak oleh:	Norzuki Mustafa	Ketua Unit Pengurusan Risiko	
Disemak oleh:	Mahadzir Mustafa	Timbalan Pengarah Besar (Pembangunan Ekonomi)	
Diluluskan oleh:	Dato' Dr. Othman Haji Omar	Pengarah Besar FELDA	

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: KPI Proses – Audit Dalaman ISO

No.Dokumen: SOP/UPRI/BK/01

No. Pindaan: 0

Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

PROSES	OBJEKTIF	KPI	SASARAN 2019	BAGAIMANA UNTUK MENCAPAINYA
Audit Dalaman ISO	Memastikan keberkesanan pelaksanaan Audit Dalaman ISO	Peratus pelaksanaan Audit Dalaman ISO	100%	Prosedur Audit Dalaman ISO

FELDA
Unit Pengurusan Risiko

Tajuk Dokumen: Matrik Isu – Audit Dalaman ISO
No.Dokumen: SOP/UPRI/BK/01
No. Pindaan: 0
Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019

Proses: Audit Pengurusan Kualiti

Isu Dalaman	Isu Luaran
Negatif i. Ketidacukupan auditor dalaman ISO yang terlatih. ii. Kelewatan pelaksanaan pengauditan dalaman ISO. iii. Ketidacukupan dokumen pengauditan. iv. Kekurangan pengetahuan dan kemahiran auditor dalaman ISO. v. Ketidakteraturan laporan pengauditan dalaman ISO. vi. Kekerapan pengauditan dalaman ISO yang minima.	Negatif Tiada
Positif i. Pemberian bajet oleh Bahagian Latihan untuk penyertaan QMS Auditor / Lead Assessor Course.	Positif i. Penyertaan pengauditan bersama agensi pensijilan bagi peningkatan pengetahuan dan kemahiran setelah memperoleh <i>Guardian Independent Certification Limited</i> .

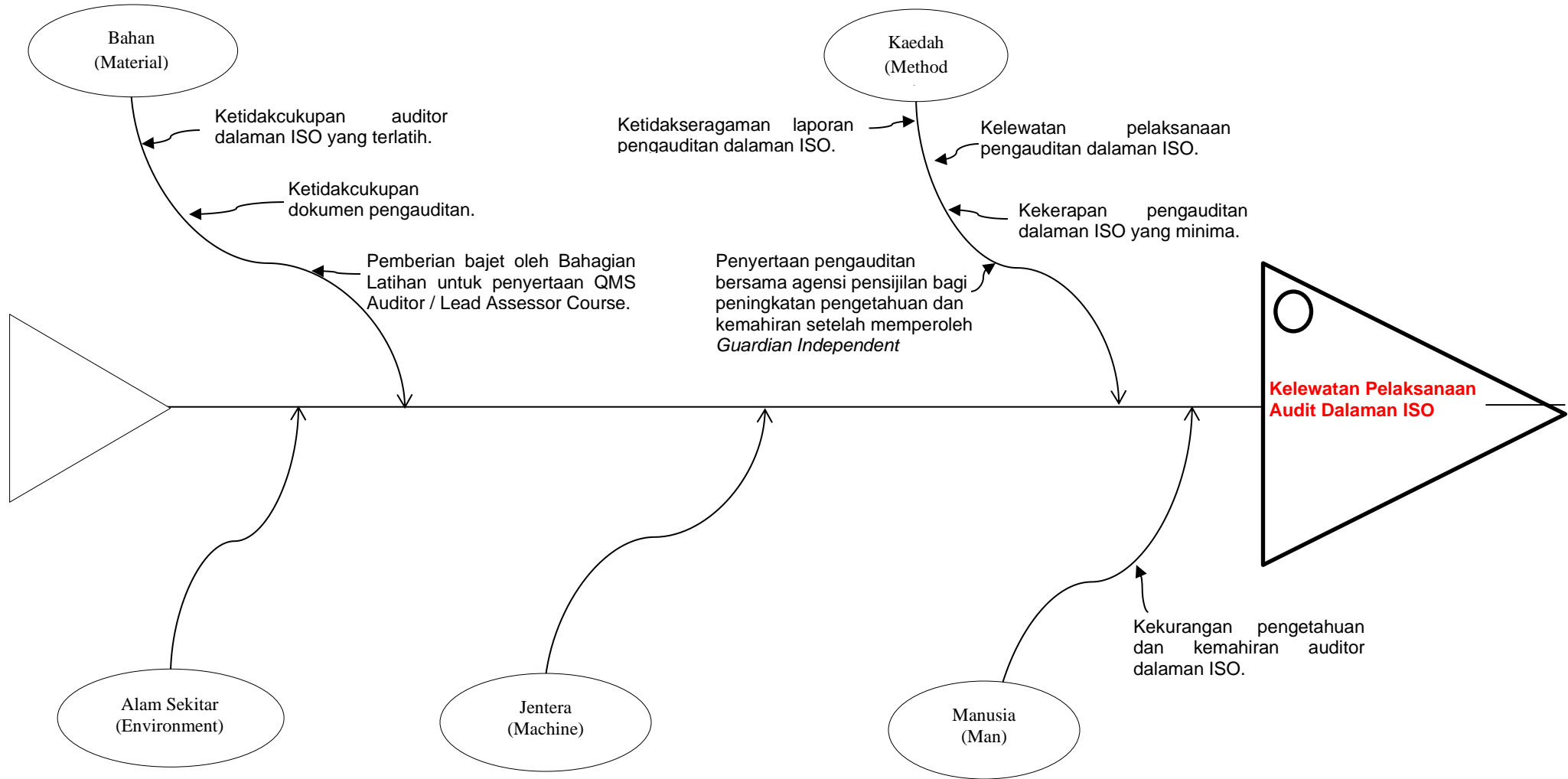
Unit Pengurusan Risiko

Bahagian: Kualiti

Proses: Audit Dalaman ISO

Rajah Tulang Ikan – Kelewatan Pelaksanaan Audit Dalaman ISO

No. Pindaan: 0; Tarikh Berkuat kuasa: 1 Ogos 2019



PELAN AUDIT

Nama Organisasi: FELDA

Skop: Perkebunan / Pembangunan Komuniti / Sistem Sokongan

Lokasi:

Penilaian Standard: ISO 9001:2015

Bilangan Auditor:

Individu Untuk Dihubungi:

No. Tel:

No. Faks:

Tarikh:

Masa	Ketua Auditor: Auditor:
9.00 pg – 9.15 pg	Mesyuarat Pembukaan (bersama Ketua Jabatan / Pengurus dan petugas)
9.15 pg – 9.20 pg	Lawatan Organisasi
9.20 pg – 1.00 ptg	Melihat proses berikut:
1.00 ptg – 2.00 ptg	Makan Tengahari
2.00 ptg – 4.30 ptg	Sambungan pengauditan
4.30 ptg – 4.45 ptg	Menjelaskan isu-isu yang timbul (bersama Ketua Jabatan / Pengurus dan petugas)
4.45 ptg – 5.00 ptg	Mesyuarat Penutup (bersama Ketua Jabatan / Pengurus dan petugas)

Disahkan Oleh:

Nama:
Ketua Auditor

RUMUSAN AUDIT

Tarikh Keluaran:

Tarikh Audit:

Kawasan Diaudit:

Skop Audit:

Kriteria Audit:

Ketua Auditor:

Auditor:

Penemuan Audit:

- a) Bilangan Ketakakuran (NCR):
- b) Bilangan Pemerhatian:
- c) Bilangan Laporan Positif:

Rumusan Keseluruhan:

Disahkan oleh Ketua Auditor & Tarikh:

BORANG PERMINTAAN TINDAKAN PEMBETULAN

Dikeluarkan kepada:

No. PTP:

Tarikh dikeluarkan:

Kategori Ketakakuran:

1. Ketakakuran Proses ()
2. Aduan Pelanggan ()
3. Ketakakuran Audit Dalaman ()
4. Ketakakuran major Produk ()

Bahagian A: Pernyataan Ketatakuran

Direkodkan oleh dan tarikh:
Disemak oleh dan tarikh:

Bahagian B: Hasil Siasatan Punca Ketakakuran

Tarikh Jawab-balas Pertama:

Direkodkan oleh dan tarikh:

Tarikh Jawab-balas Pertama:

**Bahagian C1: Perancangan Pembetulan (untuk menyingkirkan ketakakuran)
(Nyatakan aktiviti, skala masa dan tanggungjawab)**

**Bahagian C2: Perancangan Tindakan Pembetulan (bagi menyingkirkan punca ketakakuran untuk mencegah ketakakuran seumpama dari berulang)
(Nyatakan aktiviti, skala masa dan tanggungjawab)**

Dicadangkan oleh (Ketua Unit) dan tarikh:
Disokong oleh dan tarikh:

Tarikh Jawab-balas Kedua:

Bahagian D1: Laporan Pembedulan Yang Telah Dilaksanakan

Bahagian D2: Laporan Tindakan Pembedulan Yang Telah Dilaksanakan

Direkodkan oleh (Ketua Unit) dan tarikh:

Bahagian E: Laporan Semakan Keberkesanan Tindakan Pembedulan Yang Telah Dilaksanakan

Perancangan tarikh semakan akan dibuat pada atau sebelum:

Disemak oleh dan tarikh:

Disokong oleh dan tarikh:

BORANG PEMERHATIAN

Dikeluarkan kepada:

No. P:

Tarikh dikeluarkan:

A. Pernyataan Pemerhatian

Direkodkan oleh dan tarikh:

B. Perancangan Pembetulan / Penambahbaikan

Dirancang oleh dan tarikh:

C. Pembetulan / Penambahbaikan Yang Telah Dilaksanakan

Tindakan diambil oleh dan tarikh:

**D. Semakan Keberkesanan Pembetulan / Penambahbaikan Yang Telah Dilaksanakan
Perancangan tarikh semakan yang akan dibuat:**

Disemak oleh dan tarikh:

Disokong oleh dan tarikh: