PROSEDUR KETIDAKSESUAIAN

Dibuat oleh	Diperiksa oleh	Disetujui oleh
STAFF	HSE CORPORATE	Direktur
GUSMARIZAL	VHIEN SEPTI RHICIA	FATMAWATI

RIWAYAT PERUBAHAN

Revisi	Tanggal	Halaman	Perubahan

DAFTAR ISI

Cover…… 1
Riwayat Perubahan…… 2
Daftar Isi…… 3
1 Tujuan…… 4
2 Ruang Lingkup…… 4
3 Referensi…… 4
4 Definisi…… 4
5 Tanggung Jawab…… 6
6 Prosedur…… 6
7 Lampiran…… 6

1. TUJUAN

Prosedur ini Memastikan tindakan perbaikan dan atau pencegahan terhadap ketidaksesuaian maupun potensi ketidaksesuaian baik material, proses, produk, dilakukan dengan benar.

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini meliputi semua lingkungan di PT. GENERASI MUDA TEHNIK RIAU.

3. REFERENSI

a. Peraturan Pemerintah No. 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan & Kesehatan Kerja.

4. DEFINISI

a. Ketidaksesuaian internal	:	Ketidaksesuian/masalah di internal PT. GENERASI MUDA TEHNIK RIAU berupa ketidaksesuaian material, proses yang dapat mempengaruhi K3
b. Ketidaksesuaian eksternal	:	Ketidaksesuaian yang berasal dari pihak luar berupa surat klaim, laporan unjuk kerja, surat teguran, keluhan yang berasal dari pelanggan, lingkungan sekitar maupun pemerintah.
c. PKTP	:	Permintaan Tindakan Koreksi dan Perbaikan

5. TANGGUNG JAWAB

a. Division Manager Orang yang bertanggung jawab untuk meninjau dan menyetujui disposisi untuk ketidaksesuaian

b. HSE

- Orang yang bertanggung jawab untuk mendaftarkan temuan ketidaksesuaian di NCR Log (termasuk update NCR Log).
- Mengidentifikasi ketidaksesuaian.
- Menindaklanjuti Corrective dan Preventive Action.
- Closing NCR.

***c.* Initiator**

- Orang yang bertanggungjawab untuk membuat catatan / rekaman temuan ketidaksesuaian.
- Berhubungan dengan HSE untuk mengidentifikasi ketidaksesuaian.
- Bertanggung jawab melakukan Corrective action.

d. **Team Quality Management System**

- Bagian yang bertanggungjawab untuk menganalisis akar yang menyebabkan kategori ketidaksesuaian.
- Mengusulkan Corrective dan Preventive Action.
- Orang yang bertanggungjawab untuk membuat catatan / rekaman temuan ketidaksesuaian.

6. PROSEDUR

a. Initiator yang menemukan ketidaksesuaian, Lokasi NCR terjadi dan pilih jenis ketidaksesuaian dengan Form Non Conformity Report.

b. HSE memeriksa Form Non Conformity Report dan mengidentifikasi NCR. Identifikasi meliputi identifikasi fisik yang digunakan, dan identifikasi dokumen. Dengan penomoran sistem NCR sebagai berikut :

c. Tim akan membahas dasar dan penyebabnya lalu mengusulkan corrective atau preventive action. Management dan Tim peninjau akan menentukan akar penyebabnya.

a. Analisa untuk temuan ketidaksesuaian anggota peninjau menandatanganinya di form NCR.
b. Tim bertanggung jawab untuk meninjau usulan corrective action atau preventive action.
c. Related Divisions yang bertanggung jawab melakukan Corrective action.
d. Related Divisions harus menentukan perihal waktu penyelesaian temuan / tindakan perbaikan.
e. Team Quality Management System harus memastikan Corrective Action atau preventive action telah dilakukan dan mengevaluasinya.
f. Jika Corrective Action telah efektif mencegah ketidaksesuaian maka preventive action harus ditentukan. Tetapi jika Corrective Action ini belum efektif maka akan ditinjau ulang untuk mendapatkan dasar dari akar masalah.
g. Laporan ketidaksesuaian – Laporan Corrective dan Preventive Action ditutup dengan tanda tangan dari Management Representative. Catatan/rekaman dari NCR harus di dokumentasikan dalam NCR Log.

7. LAMPIRAN

No	Nama Dokumen	No Dokumen	Pemilik Dokumen
1	Non Conformity Report (NCR)	F01-SMK3-008	HSE
2	NCR Log	F02-SMK3-008	HSE