



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

MOH/P/PAK/481.22(GU)-e

FEBRUARI 2022

# GARIS PANDUAN AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

UNIT PERKHIDMATAN PENGURUSAN HOSPITAL  
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Edisi pertama	Mac 2016
Edisi kedua	Januari 2018
Edisi ketiga	Februari 2019
Edisi Keempat	April 2020
Edisi Kelima	Februari 2022

## *Kata Aluan*



Assalamualaikum wbt dan Salam Sejahtera.

Saya ingin merakamkan ucapan setinggi-tinggi tahniah dan penghargaan kepada semua warga kerja Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital Bahagian Perkembangan Perubatan, dan secara khususnya Sub Unit Casemix di atas segala kesungguhan dan usaha yang telah diberikan dalam melakukan kajian semula penyediaan dan penerbitan buku 'Garis Panduan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi' ini.

Berdasarkan kepada objektif umum dan objektif khusus penerbitan buku ini, saya amat berharap agar garis panduan ini dijadikan sebagai sumber rujukan utama dalam melaksanakan kerja-kerja pengauditan supaya hasil atau keputusan audit yang ditemui adalah berintegriti dan boleh dipercayai. Selain itu, proses audit ini juga diharap mampu memantau kesempurnaan dokumentasi maklumat klinikal yang didokumenkan oleh Pegawai Perubatan dan juga pemilihan penetapan kod klasifikasi oleh Pegawai dan Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) di fasiliti kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia.

Akhir sekali, saya ingin mengucapkan terima kasih dan kepada semua pihak yang terlibat dalam perbincangan, idea dan rujukan dinamik dalam mengemaskini garis panduan ini.

Sekian.



**YBHG DATO' DR. ASMAYANI BINTI KHALIB**  
Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

## *Sekapur Sireh*



Alhamdulillah, syukur ke hadrat Ilahi dengan limpah kurnia dan rahmat-Nya, semakan semula 'Garis Panduan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi' telah disempurnakan dengan jayanya.

Sekalung tahniah dan syabas saya ucapkan di atas segala usaha mengemaskini semakan semula buku garis panduan ini, sekaligus merupakan satu tanggungjawab dan amanah yang besar bagi kakitangan Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital, Bahagian Perkembangan Perubatan. Semoga buku garis panduan ini akan membantu semua anggota yang terlibat dalam pelaksanaan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi ini, khususnya Pegawai Perubatan, Penyelaras Casemix dan Pegawai/Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) untuk melakukan audit dan menganalisis hasil audit dengan sempurna dan bermakna. Tatacara pengauditan ini perlu difahami dengan jelas agar aktiviti audit dapat dilaksanakan dengan berkesan dan memenuhi kehendak; serta berteraskan prinsip ketepatan dan kesempurnaan dokumentasi.

Akhir kata, semoga buku garis panduan ini dapat dipatuhi oleh semua warga kerja KKM dalam menyampaikan perkhidmatan kesihatan kepada pesakit dan seterusnya diamalkan dengan lebih telus untuk memastikan objektif perlaksanaannya tercapai. Terima kasih sekali lagi diucapkan kepada semua pihak yang telah terlibat sama ada secara langsung atau tidak langsung dalam menjayakan penerbitan buku ini.

Sekian.



**YBHG DATO' DR. MOHD FIKRI BIN UJANG**

Pengarah

Bahagian Perkembangan Perubatan

Kementerian Kesihatan Malaysia

## **Jawatankuasa Pembentukan**

### **Penaung**

YBhg Dato' Dr. Asmayani Binti Khalib  
Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)

### **Penasihat**

YBhg Dato' Dr. Mohd Fikri Bin Ujang  
Pengarah  
Bahagian Perkembangan Perubatan

### **Ahli**

Dr Mohd Ridzwan Shahari  
Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Pn Inai Dulliyah Abdullah  
Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Dr Fawzi Zaidan Ali  
Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Pn Rohana Abd Razak  
Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Dr Noor Shahieddah Fazil  
Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Bahagian Perkembangan Perubatan

En Hasmadi Mohd Ba'i  
Penolong Pegawai Perubatan  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Dr Nur Atfina Sabri  
Ketua Penolong Pengarah  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Pn Zaida Adnan  
Ketua Jururawat  
Bahagian Perkembangan Perubatan

Pn Zahidah Ahmad Fadzil  
Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)  
Bahagian Perkembangan Perubatan

## Kandungan

Bil	Perkara	Mukasurat
	<i>Kata Aluan</i>	<i>iii</i>
	<i>Sekapur Sireh</i>	<i>iv</i>
	<i>Jawatankuasa Pembentukan</i>	<i>v</i>
	<i>Kandungan</i>	<i>vi-vii</i>
1	Latar Belakang	1
2	Objektif Umum	1
3	Objektif Khusus	2
4	Metodologi	2-3
5	Alat Kajian	3
6	Proses Kerja Audit	3-5
7	Perancangan Analisa Data	5
8	Anggota Terlibat	5
9	Pelaporan Aktiviti Pelaksanaan Audit	6
	<i>Lampiran 1: Definisi Terma Berkaitan Audit</i>	7-8
	<i>Lampiran 2: Jumlah Sampel Diperlukan dan Kerangka Sampel Berbanding Jumlah Discaj Tahunan Hospital Menurut Laporan PER-PD211 Hospital Tahun yang Sebelumnya</i>	9
	<i>Lampiran 3: Simulasi Jumlah Sampel Diperlukan dan Kerangka Sampel (Pelarasan)</i>	10
	<i>Lampiran 4: Carta Alir Proses Kerja Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi</i>	11-12
	<i>Lampiran 5: Format Senarai Sampel Audit</i>	13
	<i>Lampiran 6a: Format Borang Audit (Morbidity)</i>	14-15
	<i>Lampiran 6b: Format Borang Audit (Mortality)</i>	16
	<i>Lampiran 7: Arahan Kerja Audit Dokumentasi dan Kod Klasifikasi</i>	17-18
	<i>Lampiran 8: Arahan Kerja Menentukan Ketepatan (Accurate/Inaccurate) dan Kesempurnaan (Complete/ Incomplete) Dokumentasi Klinikal</i>	19-22

<b>Bil</b>	<b>Perkara</b>	<b>Mukasurat</b>
	<i>Lampiran 9: Arahkan Kerja Menentukan Ketepatan (Accurate/Inaccurate) Penetapan Kod Klasifikasi</i>	23
	<i>Lampiran 10: Format Analisa Audit Dokumentasi Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi</i>	24
	<i>Lampiran 11: Format Laporan Audit Dokumentasi Klinikal Dan Penetapan Kod Klasifikasi</i>	25-26

---

# **GARIS PANDUAN AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI**

## **1. Latar belakang**

Dalam beberapa tahun kebelakangan ini, Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi yang telah dijalankan oleh Bahagian Perkembangan Perubatan (BPP), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) di beberapa buah hospital mendapati tatacara dokumentasi diagnosis di Borang Daftar Masuk dan Keluar Hospital (PER-PD 301) dan Sijil Kematian World Health Organization (WHO) oleh Pegawai Perubatan adalah tidak mematuhi kaedah dokumentasi diagnosis menurut keperluan kod klasifikasi. Sungguhpun begitu, peratus ketepatan penetapan kod klasifikasi oleh Pegawai/Penolong Tadbir (Rekod Perubatan) adalah agak tinggi. Namun, ini memberi maksud bahawa penetapan kod yang betul telah dibuat ke atas diagnosis yang tidak tepat.

Dalam mana-mana organisasi termasuklah organisasi kesihatan, pelaksanaan audit adalah penting kerana keputusan audit memberi kelebihan berupa kepercayaan yang tinggi kepada organisasi berkenaan. Pihak pengurusan hospital boleh membuat perancangan dan pemantauan dari segi keberkesanan serta pematuhan kepada sebarang piawaian yang telah ditetapkan bagi memastikan data klinikal dari terhasil adalah berintergriti.

Segala hasil data atau maklumat yang dijana oleh Casemix dapat membantu pihak pembuat polisi dalam menyusun peruntukan pembiayaan kepada hospital-hospital, seterusnya dapat menyampaikan perkhidmatan rawatan pesakit dengan lebih berkesan. Proses audit ini juga menjadi asas pembelajaran kepada Pegawai Perubatan mengenai tatacara dokumentasi diagnosis menurut kod klasifikasi dan kepada Pegawai/Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) mengenai tatacara penetapan kod diagnosis menurut kod klasifikasi.

## **2. Objektif Umum**

Audit ini bertujuan untuk menganalisa tahap ketepatan dan kesempurnaan dokumentasi klinikal, serta tahap ketepatan penetapan kod diagnosis menurut keperluan kod klasifikasi.



### 3. Objektif Khusus

Audit ini bertujuan untuk mengetahui tahap pematuhan bagi perkara-perkara berikut:

- a. ketepatan dokumentasi Diagnosis Utama;
- b. kesempurnaan dokumentasi Diagnosis-diagnosis lain;
- c. ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama; dan
- d. ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis-diagnosis lain.

### 4. Metodologi

Metodologi aktiviti audit yang dilaksanakan adalah seperti berikut:

Perkara	Umum	Khusus
<b>Rekabentuk kajian</b>	Kajian retrospektif irisan lintang ( <i>retrospective cross-sectional study</i> )	
<b>Populasi kajian</b>	Pesakit yang didiscaj dari hospital bagi setiap disiplin.	Pesakit yang didiscaj dari hospital dengan: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Kes Mortaliti dengan <i>Severity of Illness</i> (SOI) 1</li> <li>ii. Pesakit discaj pulang ke rumah dengan <i>Severity of Illness</i> (SOI) 1 dan Jangka Masa Tinggal &gt; 30 hari</li> <li>iii. Pesakit discaj pulang ke rumah dengan tarikh kemasukan dan discaj pada hari yang sama.</li> </ol>
<b>Kerangka sampel, N</b>	Berdasarkan jumlah keseluruhan discaj tahunan menurut Laporan Bulanan/Tahunan ke Atas Penggunaan Katil Hospital/ Institusi Kerajaan (PER-PD211) tahun yang sebelumnya. Rujuk pada <b>Jadual 2.</b>	
<b>Kerangka sampel, n</b>	Ketetapan berdasarkan jumlah keseluruhan discaj tahunan menurut Laporan Bulanan/Tahunan ke Atas Penggunaan Katil Hospital/ Institusi Kerajaan (PER-PD211) tahun yang sebelumnya setelah ditolak jumlah sampel Audit Khusus. Rujuk pada <b>Jadual 2 dan Jadual 3.</b>	Ketetapan berdasarkan jumlah sampel bagi setiap kategori menurut Laporan Bulanan/Tahunan ke Atas Penggunaan Katil Hospital/ Institusi Kerajaan (PER-PD211) tahun yang sebelumnya. Rujuk pada <b>Jadual 2 dan Jadual 3.</b>
<b>Tahun data</b>	Menggunakan sampel discaj <b>tahun semasa.</b>	Menggunakan sampel discaj <b>tahun sebelumnya.</b>

Perkara	Umum	Khusus
Pemilihan sampel	Persampelan Rawak Mudah ( <i>Simple Random Sampling</i> )	
Kekerapan	1 kali setahun	
Analisa	Ketepatan dan Kesempurnaan Dokumentasi Klinikal dan Ketepatan Kod Klasifikasi.	
Sampel kajian	Rekod Perubatan Pesakit	
Cara pelaksanaan	Mengikut kesesuaian hospital (Serentak / Berkala)	
Tempoh masa	2-4 minggu	

## 5. Alat Kajian (Study tool)

Alat kajian yang digunakan untuk audit ini adalah Borang Audit seperti di **Lampiran 6a bagi kes Morbiditi** dan **Lampiran 6b bagi kes Mortaliti**.

## 6. Proses Kerja Audit

Dalam memastikan proses kerja audit ini berjalan lancar, semua anggota yang terlibat perlu memahami peranan dan tanggungjawab masing-masing sepertimana yang diperincikan dalam proses kerja audit (**Jadual 1**) di bawah dan carta alir audit (**Lampiran 4**).

Jadual 1: Proses kerja Audit Dokumentasi Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Proses
i.	Pengarah Hospital	Mengeluarkan arahan untuk menjalankan audit.
ii.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	<p>Mendapatkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jumlah discaj tahunan hospital dari Laporan Bulanan/Tahunan Ke atas Penggunaan Katil Mengikut Hospital/Institusi Kerajaan (PER-PD 211),</li> <li>Jumlah keseluruhan sampel diperlukan (<b>N</b>) dan kerangka sampel, (<b>Rujuk Jadual 2</b>)</li> <li>Jumlah kes menurut kategori bagi Audit Khusus (<b>n1, n2, n3</b>) dan Audit Umum (<b>n4</b>). (<b>Rujuk Jadual 2 dan Jadual 3</b>)</li> <li>Senarai kerangka sampel audit beserta maklumat yang berkaitan (Nama, RN, Nombor Kad Pengenalan, Tarikh Kemasukan, Tarikh Discaj).</li> </ol>

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Proses
iii.	Penyelaras Casemix	a. Menerima senarai kerangka sampel audit beserta maklumat yang berkaitan daripada Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)  b. Menentukan sampel yang akan diaudit bagi Audit Umum dan Audit Khusus menurut jumlah yang ditetapkan dan menyenaraikan ke dalam Senarai Sampel Audit ( <b>Lampiran 5</b> ).
iv.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	Mengumpulkan Rekod Perubatan Pesakit (RPP) menurut Senarai Sampel Audit ( <b>Lampiran 5</b> ).
v.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	Menetapkan nombor borang audit pada Senarai Sampel Audit ( <b>Lampiran 5</b> ) bagi setiap RPP.
vi.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	Menyedia dan melengkapkan maklumat didalam Borang Audit ( <b>Lampiran 6a dan Lampiran 6b</b> ) berdasarkan PER-PD301 bagi kes Morbiditi dan Sijil Kematian WHO bagi Kes Mortaliti. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ahli Pasukan Audit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Borang Audit</li> <li>• Jenis Sampel</li> <li>• Kod Auditor</li> <li>• Kod Koder</li> <li>• Kod Pengunci Data</li> </ul> </li> <li>b) Maklumat Pesakit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nama</li> <li>• RN</li> <li>• Tarikh kemasukan</li> <li>• Tarikh discaj</li> <li>• Hospital</li> <li>• Disiplin</li> </ul> </li> </ul>
vii.	Pasukan Audit Rekod Perubatan	Menjalankan proses audit dokumentasi klinikal dan penetapan kod klasifikasi, seperti Arahan Kerja di <b>Lampiran 7</b> .
viii.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	Memasukkan penemuan audit ke dalam format Analisa Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi seperti di <b>Lampiran 10</b> .
ix.	Penyelaras Casemix	Menyemak dan mengesahkan maklumat yang telah dimasukkan ke dalam format Analisa Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi ( <b>Lampiran 10</b> ).
x.	Penyelaras Casemix	Menyediakan laporan hasil audit ke dalam format Laporan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi ( <b>Lampiran 11</b> ).

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Proses
xi.	Pengarah Hospital	Mengesahkan laporan hasil audit.
xii.	Penyelaras Casemix	Membenteng hasil audit.
xiii.	Penyelaras Casemix	Melaporkan hasil audit ke Jawatankuasa Casemix peringkat Negeri/ Kebangsaan

## 7. Perancangan analisa data

### a. Perancangan Analisa

Data-data hasil audit dokumentasi Diagnosis Utama dan Diagnosis-diagnosis lain serta penetapan Kod Klasifikasi akan menggunakan format Analisa Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi seperti di **Lampiran 10**.

### b. Analisa Data (Data analysis)

Empat (4) maklumat utama yang akan dianalisa adalah:

- peratus ketepatan dokumentasi Diagnosis Utama;
- peratus kesempurnaan dokumentasi Diagnosis-diagnosis lain;
- peratus ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama; dan
- peratus ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis-diagnosis lain

## 8. Anggota Terlibat

Secara umumnya, Pengarah Hospital berperanan sebagai penasihat serta bertanggungjawab memantau pelaksanaan audit dan seterusnya memastikan aktiviti audit yang dilakukan berjalan lancar.

Kategori anggota Pasukan Audit yang terlibat adalah disyorkan seperti berikut:

- a. Ketua Jabatan Klinikal/ Pegawai Perubatan Pakar/ Pegawai Perubatan;
- b. Penyelaras Casemix;
- c. Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) selaku Koder,
- d. Pembantu Tadbir/ Pembantu Perawatan Kesihatan.

Ketiga-tiga kategori anggota (a - c) perlu mempunyai pengetahuan yang tinggi mengenai keperluan kod klasifikasi.

Dicadangkan agar aktiviti ini:

- dijalankan secara audit silang (*cross audit*) dimana auditor tidak menjalankan audit keatas dokumentasi sendiri;
- Pegawai Pengesah bukan terdiri daripada pegawai yang menjalankan audit;
- tiada halangan bagi JKN dan hospital untuk menetapkan pasukan audit daripada jabatan/ hospital yang sama sekiranya terdapat kekangan.

## **9. Pelaporan Aktiviti Pelaksanaan Audit**

Hasil audit haruslah dibentangkan dalam Mesyuarat Jawatankuasa Casemix peringkat Hospital dan juga peringkat Negeri. Laporan hasil audit perlu di hantar ke Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital (UPPH), Bahagian Perkembangan Perubatan (BPP) bagi tujuan pemantauan, selewat-lewatnya pada bulan Januari bagi tahun berikutnya.

Pelaporan adalah menggunakan format Laporan Audit Dokumentasi Klinikal Dan Kod Klasifikasi (**Lampiran 11**), ke alamat emel casemix@moh.gov.my.

## DEFINISI TERMA BERKAITAN AUDIT

### I. Morbiditi

#### **Definisi Diagnosis Utama (*Main Condition*)**

*The main condition is defined as the condition, diagnosed at the end of the episode of health care, primarily responsible for the patient's need for treatment or investigation. If there is more than one such condition, the one held most responsible for the greatest use of resources should be selected. If no diagnosis was made, the main symptom, abnormal finding or problem should be selected as the main condition.*

#### **Definisi Diagnosis-diagnosis lain (*Other Condition*)**

*In addition to the main condition, the record should list separately other conditions or problems dealt with during the episode of health care. Other conditions are defined as those conditions that coexist or develop during the episode of health care and affect the management of the patient. Conditions related to an earlier episode that have no bearing on the current episode should not be recorded.*

*Reference:*

*World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Volume 2, Instruction Manual, 2010 Edition, Sub-section 4.4: page 122.*

### II. Mortaliti

#### **Definisi sebab-sebab kematian [*Cause of Death (COD)*]**

*All those diseases, morbid conditions or injuries which either resulted in or contributed to death and circumstances of the accident or violence which produced any such injuries.*

#### **Definisi sebab-sebab yang menyebabkan kematian *Underlying Cause of Death (UCOD)***

*The disease or injury which initiated the train of morbid events leading directly to death, or the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury.*

*Reference:*

*World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Volume 2, Instruction Manual, 2010 Edition, Sub-section 4.1: page 31*

### **III. Definisi penetapan Kod Klasifikasi untuk kes-kes morbiditi dan mortaliti**

Untuk memastikan pemilihan Kod Klasifikasi adalah tepat, perkara-perkara seperti dibawah mesti dipatuhi:

- Mengambil kira semua *convention* yang terdapat dalam kod klasifikasi.
- Mengambil kira semua nota-nota khusus menurut *Chapter* yang terdapat di dalam kod klasifikasi.
- Menggunakan *multiple condition coding*.
- Menggunakan Kod Klasifikasi yang lengkap iaitu sehingga *character* terakhir dalam kod klasifikasi.

*Reference:*

*World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Volume 2, Instruction Manual, 2010 Edition, Section 3: page 19-29; Sub-section 4.4.2: page 125; Sub-section 4.4.3: page 131; Sub-section 4.4.4: page 137.*

Untuk menetapkan UCOD, proses kerja menurut 4.1.4 mesti dipatuhi.

*Reference:*

*World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision, Volume 2, Instruction Manual, 2010 Edition, Sub-section 4.1.4: page 34*

**Jadual 2: Jumlah Sampel Diperlukan dan Kerangka Sampel Berbanding Jumlah Discaj Tahunan Hospital Menurut Laporan PER-PD211 Hospital Tahun yang Sebelumnya**

JUMLAH DISCAJ SETAHUN (PER-PD211)	JUMLAH SAMPEL DIPERLUKAN (N)	KERANGKA SAMPEL (PELARASAN SEBANYAK 80%)
11,000 – 1,000,000	600	750
8,000 - 10,999	560	700
5,000 - 7,999	540	675
2,000 - 4,999	490	612
500 - 1,999	330	413
0 – 499*	220	275

*Statistic parameters:*

*Expected frequency (50%), Margin of error (5%), Design Effect (1.5)*

**NOTA:**

\* Bagi jumlah discaj setahun antara 0-499, jumlah maksimum sampel yang diperlukan adalah 220 buah, manakala kerangka sampel adalah 275 buah. Jika jumlah discaj kurang daripada jumlah maksimum tersebut, maka jumlah sampel dan kerangka adalah secara universal (100%).



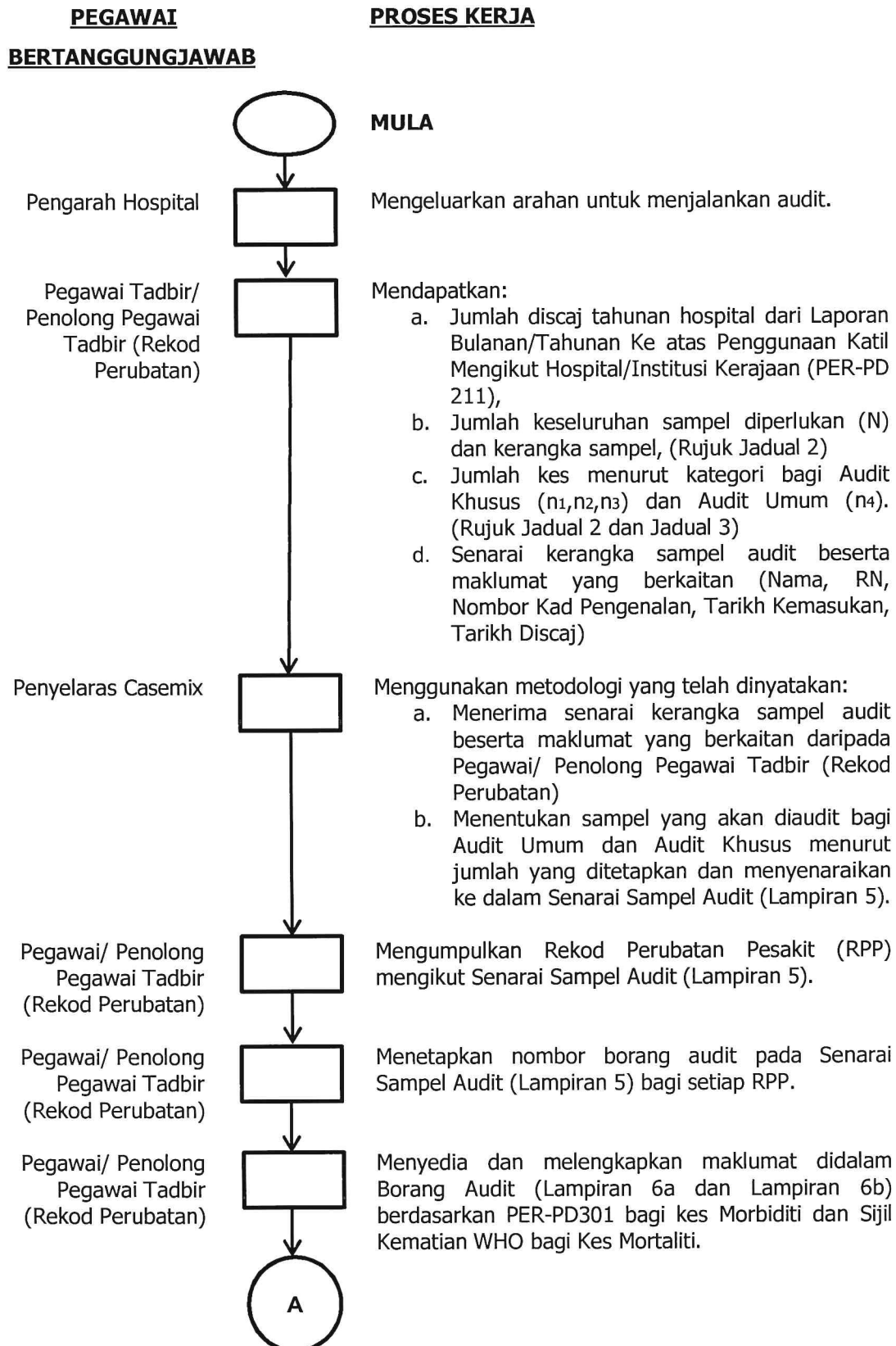
**Jadual 3: Simulasi Jumlah Sampel Diperlukan dan Kerangka Sampel (Pelarasan)**

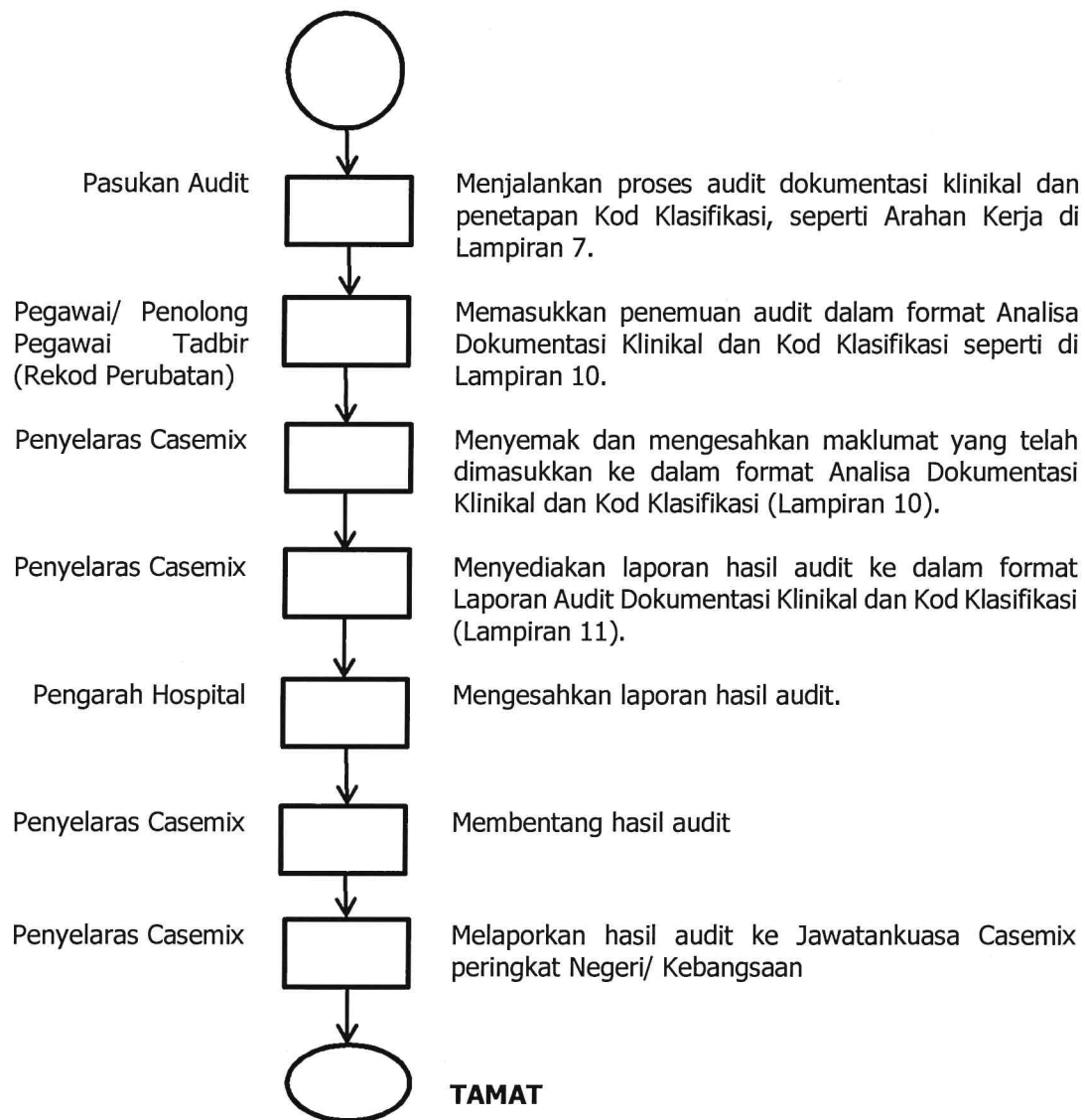
	HOSPITAL A			HOSPITAL B			HOSPITAL C		
	*Discaj Setahun	**Jumlah sampel diperlukan (N)	**Kerangka sampel (Pelarasan)	*Discaj Setahun	**Jumlah sampel diperlukan (N)	**Kerangka sampel (Pelarasan)	*Discaj Setahun	**Jumlah sampel diperlukan (N)	**Kerangka sampel (Pelarasan)
	66,390	600	750	65,167	600	750	3,742	490	612
<b>AUDIT KHUSUS</b>									
Kategori	Jumlah Kes	*** Sampel ≤100/ kategori	Pelarasan	Jumlah Kes	*** Sampel ≤100/ kategori	Pelarasan	Jumlah Kes	*** Sampel ≤100/ kategori	Pelarasan
Kes Mortaliti dengan <i>Severity of Illness</i> (SOI) 1 (n1)	593	100	125	70	70	70	15	15	15
Pesakit discaj pulang ke rumah dengan <i>Severity of Illness</i> (SOI) 1 dan Jangka Masa Tinggal >30 hari (n2)	491	100	125	38	38	38	10	10	10
Pesakit discaj pulang ke rumah dengan tarikh kemasukan dan discaj pada hari yang sama (n3)	5,322	100	125	4,305	100	125	174	100	125
<b>Sampel audit (n1+n2+n3)</b>	<b>6,406</b>	<b>300</b>	<b>375</b>	<b>4,413</b>	<b>208</b>	<b>233</b>	<b>199</b>	<b>125</b>	<b>150</b>
<b>AUDIT UMUM</b>									
<b>****Sampel audit (n4)</b>		<b>300</b>	<b>375</b>		<b>392</b>	<b>517</b>		<b>365</b>	<b>462</b>

**NOTA:**

- \* Jumlah Discaj Tahunan Hospital Menurut Laporan PER-PD211 Hospital Tahun yang Sebelumnya
- \*\* Rujuk pada Jadual 2: Jumlah Sampel Diperlukan dan Kerangka Sampel Berbanding Jumlah Discaj Tahunan Hospital Menurut Laporan PER- PD211 Hospital Tahun yang sebelumnya
- \*\*\* Jumlah maksimum sampel adalah 100 buah, jika jumlah sampel kurang daripada jumlah maksimum tersebut, maka jumlah sampel dan kerangka sampel (pelarasan) adalah secara universal (100%)
- \*\*\*\* Jumlah sampel yang diperlukan dibahagikan dengan jumlah Jabatan di hospital

## CARTA ALIR PROSES KERJA AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN PENETAPAN KOD KLASIFIKASI





**SENARAI SAMPEL AUDIT**

Hospital : \_\_\_\_\_

Kategori audit : \_\_\_\_\_

No Borang	Jabatan	Nama	RN	MRN	No Kad Pengenalan	Tarikh Kemasukan	Tarikh Discaj



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN**

**AUDIT ON CLINICAL DOCUMENTATION AND CODING  
DATA COLLECTION FORM**

Lampiran 6a

Hospital	Specialty/ sub-specialty	Sample type	Auditor Code	Coder Code	Data Puncher

**FORM NO:** \_\_\_\_\_

**Patient Particulars:**

1. Patient Name : \_\_\_\_\_ 3. DOA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. DOD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 2. Patient ID : \_\_\_\_\_ 5. Discharge Outcome: Home/Transfer/Abscond/DAMA

Main Condition						
Diagnosis – as PER-PD 301 / as per OPD card	Code as PER-PD 301	Actual Code	Coding Accuracy (for office Use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual code	Documentation Accuracy (for office use)

Other Condition						
Diagnosis – as PER-PD 301 / as per OPD card	Code as PER-PD 301	Actual Code	Coding Accuracy (for office Use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual code(s)	Documentation Completeness (for office use)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Notes:**

- i. Sample type:  
 n2: Specific (Pesakit discaj pulang ke rumah dengan *Severity of Illness* (SOI) 1 dan Jangka Masa Tinggal > 30 hari)  
 n3: Specific (Pesakit discaj pulang ke rumah dengan tarikh kemasukan dan discaj pada hari yang sama)  
 n4 : General

**Coder**

Signature: \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_

**Coder Verifier**

Signature: \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_

**Auditor**

Signature: \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_

**Auditor Verifier**

Signature: \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_

- ii. Please use additional sheet (*Lampiran 6 (Samb.)*) if necessary.



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN**

AUDIT ON CLINICAL DOCUMENTATION AND CODING

**DATA COLLECTION FORM**

Lampiran 6a (Samb.)

Hospital	Specialty/ sub-specialty	Sample type	Auditor Code	Coder Code	Data Puncher

**FORM NO:** \_\_\_\_\_

**Patient Particulars:**

1. Patient Name : \_\_\_\_\_ 3. DOA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. DOD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 2. Patient ID : \_\_\_\_\_ 5. Discharge Outcome: Home/Transfer/Abscond/DAMA/Death

**Other Condition**

Diagnosis – as PER-PD 301 / as per OPD card	Code as PER- PD 301	Actual Code	Coding Accuracy (for office Use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual code(s)	Documentation Completeness (for office use)
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Notes:

- i. Sample type:  
 n2: Specific (Pesakit discaj pulang ke rumah dengan *Severity of Illness* (SOI) 1 dan Jangka Masa Tinggal > 30 hari)  
 n3: Specific (Pesakit discaj pulang ke rumah dengan tarikh kemasukan dan discaj pada hari yang sama)  
 n4: General

**Coder**

Signature: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Coder Verifier**

Signature: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Auditor**

Signature: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Auditor Verifier**

Signature: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN**

AUDIT ON CLINICAL DOCUMENTATION AND CODING

**DATA COLLECTION FORM**

Lampiran 6b

Hospital	Specialty/ sub-specialty	Sample type	Auditor Code	Coder Code	Data Puncher

**FORM NO:** \_\_\_\_\_

**Patient Particulars:**

Patient Name : \_\_\_\_\_

3. DOA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. DOD: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Patient ID : \_\_\_\_\_

Diagnosis –as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Code as WHO Form	Actual Code	Coding Accuracy (for office Use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual code(s)	Documentation Completeness (for office use)
<b>Part i</b> Disease or condition directly leading to death. (a) .....				<b>Part I</b> Disease or condition directly leading to death. (a) .....		
<b>Part I</b> due to (or as a consequence of) <b>Antecedent causes</b> Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last. (a) ..... due to (or as a consequence of) (b) ..... due to (or as a consequence of) (c) .....				<b>Part I</b> due to (or as a consequence of) <b>Antecedent causes</b> Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last. (b) ..... due to (or as a consequence of) (c) ..... due to (or as a consequence of) (d) .....		
<b>Part II</b> Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it. ..... ..... ..... .....				<b>Part II</b> Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it. ..... ..... ..... .....		

Notes:

Sample type:  
n1: Specific (Kes Mortaliti dengan Severity of Illness (SOI) 1)  
n4: General

**Coder**  
Signature: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**Coder Verifier**  
Signature: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**Auditor**  
Signature: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**Auditor Verifier**  
Signature: \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**ARAHAN KERJA AUDIT DOKUMENTASI DAN PENETAPAN KOD KLASIFIKASI**

Jadual 3: Arahan Kerja Audit Dokumentasi Klinikal dan Penetapan Kod Klasifikasi

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Arahan Kerja
i.	Ketua Jabatan Klinikal / Pegawai Perubatan Pakar / Pegawai Perubatan Kanan	<p>Menyalin maklumat klinikal dari Borang PER-PD301</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosis Utama</li> <li>Diagnosis Lain (jika ada)</li> </ol> <p>pada ruangan 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card' bagi kes Morbiditi dan;</p> <p>Menyalin maklumat klinikal dari Sijil Kematian WHO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bahagian I</li> <li>Bahagian II</li> </ol> <p>pada ruangan 'Diagnosis – as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' bagi kes Mortaliti.</p>
ii.	Ketua Jabatan Klinikal / Pegawai Perubatan Pakar / Pegawai Perubatan Kanan	<p>Menyemak RPP dan memahami keseluruhan permasalahan pesakit sepanjang tempoh rawatan diterima oleh pesakit untuk tarikh discaj bagi RN yang terpilih.</p> <p>Menentukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosis Utama</li> <li>Diagnosis Lain (jika ada)</li> <li>Bahagian I</li> <li>Bahagian II</li> </ol> <p>Bagi kes Morbiditi Bagi kes Mortaliti</p> <p>pada ruangan 'Diagnosis as Audit Definition' menurut keperluan dokumentasi kod klasifikasi.</p>
iii.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	<p>Menyalin maklumat Kod Klasifikasi dari aplikasi Sistem Casemix</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kod Klasifikasi bagi Diagnosis Utama</li> <li>Kod Klasifikasi bagi Diagnosis Lain (jika ada)</li> </ol> <p>pada ruangan 'Code as per PER-PD 301' bagi kes Morbiditi dan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kod klasifikasi di Bahagian I</li> <li>Kod klasifikasi di Bahagian II</li> </ol> <p>pada ruangan 'Code as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' bagi kes Mortaliti.</p> <p>Nota: Proses kerja ini boleh dilakukan semasa melakukan Arahan Kerja (i dan ii) di atas.</p>



Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Arahan Kerja
iv.	Pegawai/ Penolong Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan)	<p>Melakukan proses kerja penetapan kod untuk semua maklumat klinikal menurut kod klasifikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosis Utama</li> <li>Diagnosis Lain (jika ada)</li> <li>Bahagian i</li> <li>Bahagian ii</li> </ol> <p>pada ruangan 'Actual Code'.</p>
v.	Pasukan Audit	<p>Melakukan Pembersihan Data pada Borang Audit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Maklumat Pesakit</li> <li>Maklumat Kemasukan</li> <li>Diagnosis Utama</li> <li>Diagnosis Lain</li> <li>Kod Klasifikasi</li> <li>Pengesahan semakan dokumentasi oleh Pegawai Perubatan Pakar/ Pegawai Perubatan Kanan</li> </ol> <p>Jika terdapat maklumat yang tidak benar/tepat, dapatkan maklumat yang benar/tepat.</p>
vi.	Pegawai Pengesah (Coder and Auditor Verifier)	<p>Melakukan pengesahan pada</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosis Utama;</li> <li>Diagnosis Lain (jika ada);</li> <li>Bahagian i</li> <li>Bahagian ii</li> <li>Kod Klasifikasi</li> </ol> <p>yang telah diberikan pada Proses Kerja iv/vi.</p> <p>Menentukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ketepatan (Accurate/Inaccurate) dan Kesempurnaan (Complete/Incomplete) Dokumentasi Klinikal (<b>Lampiran 8</b>)</li> <li>Ketepatan (Accurate/Inaccurate) Penetapan Kod Klasifikasi (<b>Lampiran 9</b>)</li> </ol>

**ARAHAN KERJA MENENTUKAN KETEPATAN (ACCURATE/INACCURATE)  
DAN KESEMPURNAAN (COMPLETE/INCOMPLETE) DOKUMENTASI  
KLINIKAL**

Terdapat lima (5) penemuan yang boleh ditemui untuk audit dokumentasi diagnosis iaitu:

- a. Tepat [Accurate (**A**)]
- b. Tidak tepat [Inaccurate (**IA**)]
- c. Lengkap [Complete (**C**)]
- d. Tidak lengkap [Incomplete (**IC**)]
- e. Tidak berkenaan [Not Applicable (**O**)]

Kebarangkalian penemuan audit dokumentasi diagnosis adalah seperti di Jadual 4 bagi Diagnosis Utama dan Jadual 5 bagi Diagnosis-diagnosis lain.

Berikut adalah Arahan Kerja menentukan Ketepatan (*accurate/inaccurate*) dan Kesempurnaan (*complete/incomplete*) Dokumentasi Klinikal:

1. Menentukan Ketepatan Diagnosis Utama

- Bandingkan diagnosis utama pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card' bagi kes Morbiditi dan Diagnosis –as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO bagi kes Mortaliti dengan diagnosis utama pada ruang 'Diagnosis as Audit Definition' yang terdapat di Borang Audit
- Catatkan **A** untuk *Accurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' untuk keadaan-keadaan berikut:
  - Sekiranya kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama adalah sama, maka Diagnosis Utama berkenaan adalah tepat;
  - Sekiranya kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama adalah tidak sama, tetapi maklumat klinikal menyampaikan maksud yang sama dan Kod Klasifikasi-nya sama, maka Diagnosis Utama berkenaan adalah juga tepat.
- Catatkan **IA** untuk *Inaccurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' untuk keadaan berikut:
  - Sekiranya kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama (serta maklumat klinikal) dan Kod Klasifikasi-nya adalah tidak sama, maka Diagnosis Utama adalah tidak tepat.

Jadual 4 menunjukkan contoh senario-senario klinikal bagi penemuan audit Diagnosis Utama.

Jadual 4: Senario Penemuan Dokumentasi Klinikal bagi Ketepatan Diagnosis Utama

Senario	Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Code as per PER-PD 301/ as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code	Penetapan Ketepatan Dokumentasi Diagnosis Utama
1.	Dengue Fever	A90	Dengue Fever	A90	<b>A</b>
2.	Spasm of Oesophagus	K22.4	Dyskinesia of Oesophagus	K22.4	<b>A</b>
3.	Renal Failure	N19	Acute Glomerulonephritis	N00.9	<b>IA</b>

## 2. Menentukan Kesempurnaan Diagnosis Lain

- Bandingkan kesemua Diagnosis Lain pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' dengan ruang 'Diagnosis as Audit Definition' yang terdapat di Borang Audit
- Catatkan **C** untuk *Complete* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' untuk keadaan-keadaan berikut:
  - Sekiranya kesemua deskripsi Diagnosis Lain adalah sama, maka Diagnosis Lain berkenaan adalah sempurna.
  - Sekiranya kesemua deskripsi Diagnosis Lain adalah tidak sama tetapi Kod Klasifikasi-nya adalah sama, maka Diagnosis Lain berkenaan adalah sempurna.
- Catatkan **IC** untuk *Incomplete* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' untuk keadaan-keadaan berikut:
  - Sekiranya kesemua deskripsi Diagnosis Lain dan Kod Klasifikasi-nya adalah tidak sama, maka Diagnosis Lain berkenaan adalah tidak sempurna.
  - Sekiranya kurang maklumat Diagnosis Lain pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/ as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' berbanding pada ruang 'Diagnosis as Audit Definition', maka Diagnosis Lain berkenaan adalah tidak sempurna.
  - Sekiranya tiada maklumat Diagnosis Lain pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' berbanding pada ruang 'Diagnosis as Audit Definition', maka Diagnosis Lain berkenaan adalah tidak sempurna.

- Sekiranya lebih maklumat Diagnosis Lain pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' berbanding pada ruang 'Diagnosis as Audit Definition', maka Diagnosis Lain berkenaan adalah tidak sempurna.
  - Sekiranya tiada maklumat Diagnosis Lain pada ruang 'Diagnosis as Audit Definition' berbanding pada ruang 'Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO', maka Diagnosis Lain berkenaan adalah tidak sempurna.
- Sekiranya tiada maklumat Diagnosis Lain untuk perbandingan di kedua-dua ruang, catatkan **O** untuk *No Information* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)'.

Jadual 5: Senario Penemuan Dokumentasi Klinikal Ketepatan Diagnosis Lain

Senario	Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Code as per PER- PD 301/ as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Diagnosis as Audit Definition	Actual code	Penetapan Kesempurnaan Diagnosis Lain
1.	PDX Dengue Fever	A90	PDX Dengue Fever	A90	<b>C</b>
	SDx Hypertension	I10	SDx Hypertension	I10	
2.	PDX Streptococcus Pneumonia	J13	PDX Streptococcus Pneumonia	J13	<b>IC</b> <b>Nota:</b> 'b' adalah keadaan yang tidak dirawat ketika episod dimasukkan
	SDx Right eye cataract <sup>b</sup>	H26.9	SDx -	-	
3.	PDX Renal Failure	N19	PDX Hypertensive Renal Disease	I12.0	<b>C</b>
	SDx Hypertension	I10	SDx		
4.	PDX SVD	O80.0	PDX PIH without proteinuria	O13	<b>IC</b>
	SDx PIH without proteinuria	O13	SDx SVD Singleton live birth	O80.0 Z37.0	
5.	PDX Skull fracture due to alleged fall in the bathroom at home	S02.90, W18.09	PDX Skull fracture	S02.90	<b>IC</b>

Senario	Diagnosis – as PER PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Code as per PER-PD 301/ as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO	Diagnosis as Audit Definition	Actual code	Penetapan Kesempurnaan Diagnosis Lain
	SDx -	-	SDx Alleged fall in the bathroom at home	W18.09	
6.	SDx -	-	SDx NIDDM with nephropathy	E11.2+ N08.3*	<b>IC</b>
7.	SDx -	-	SDx -	-	<b>O</b>

## **ARAHAN KERJA MENENTUKAN KETEPATAN (*ACCURATE/INACCURATE*) PENETAPAN KOD KLASIFIKASI**

Tiga (3) penemuan audit ke atas penetapan Kod Klasifikasi adalah:

- i. Tepat [Accurate (**A**)]
- ii. Tidak tepat [Inaccurate (**IA**)]
- iii. Tiada berkenaan [Not Applicable (**O**)]

Berikut adalah Arahan Kerja menentukan Ketepatan (*accurate/inaccurate*) Penetapan Kod Klasifikasi:

1. Menentukan ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama
  - Bandingkan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama pada ruang 'Code as per PER-PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' dengan ruang 'Actual Code' yang terdapat di Format Audit
  - Catatkan **A** untuk *Accurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' pada keadaan berikut:
    - Sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi berkenaan adalah sama, maka Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama adalah tepat.
  - Catatkan **IA** untuk *Inaccurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' pada keadaan berikut:
    - Sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi berkenaan adalah tidak sama, maka Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama adalah tidak tepat.
2. Menentukan ketepatan penetapan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain
  - Bandingkan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain pada ruang 'Code as per PER-PD 301/ as per OPD card/as per International Form of Medical Certificate of Cause of Death WHO' dengan ruang 'Actual Code' yang terdapat di Format Audit
  - Catatkan **A** untuk *Accurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' pada keadaan berikut:
    - Sekiranya kesemua Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain adalah sama, maka ia adalah tepat.
  - Catatkan **IA** untuk *Inaccurate* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)' pada keadaan berikut:
    - Sekiranya terdapat satu Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain adalah tidak sama, maka ia adalah tidak tepat.
  - Sekiranya tiada maklumat Kod Klasifikasi di Diagnosis Lain untuk perbandingan, Catatkan **O** untuk *No Information* pada ruang 'Coding Accuracy (for office use)'.

### ANALISA AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

Jenis Audit: Umum (n4) /Khusus (n1, n2, n3)

BIL	NO BORANG	Dokumentasi							Kod Klasifikasi							Jumlah V	
		Diagnosis Utama			Diagnosis-diagnosis lain				Diagnosis Utama			Diagnosis-diagnosis lain					
		A	IA	V	O	C	IC	V	A	IA	V	O	A	IA	V		
Total		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n		

Ketepatan Diagnosis Utama (%)	$\frac{[a/(a+b)] \times 100}{100}$
Kesempurnaan Diagnosis-diagnosis lain (%)	$\frac{[e/(e+f)] \times 100}{100}$

Ketepatan Penentuan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama (%)	$\frac{[h/(h+i)] \times 100}{100}$
Ketepatan Penentuan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis-diagnosis lain (%)	$\frac{[l/(l+m)] \times 100}{100}$

Petunjuk:  
 A : Accurate  
 IA: Inaccurate  
 V: Value for data entry





### AUDIT KHUSUS

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q
Kategori	Hospital	Jumlah discaj	Jumlah sampel	Bil. sampel yang diaudit				Kadar respon [e/d]%	Dokumentasi Klinikal				Kod Klasifikasi			
				Dokumentasi		Kod Klasifikasi			Ketepatan Diagnosis Utama		Kesempurnaan Diagnosis-diagnosis lain		Ketepatan Diagnosis Utama		Ketepatan Diagnosis-diagnosis lain	
				A+IA	C+IC	A+IA	A+IA		Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
n1	Kes Mortaliti dengan Severity of Illness (SOI) 1															
n2	Pesakit discaj pulang ke rumah dengan Severity of Illness (SOI) 1 dan Jangka Masa Tinggal > 30 hari															
n3	Pesakit discaj pulang ke rumah dengan tarikh kemasukan dan discaj pada hari yang sama															
	Jumlah keseluruhan															

Disediakan oleh:

Disahkan oleh:

\_\_\_\_\_  
 Nama:  
 Jawatan:  
 Tarikh

\_\_\_\_\_  
 Nama:  
 Jawatan:  
 Tarikh