



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

MOH/P/PAK/599.25(GU) - e

GARIS PANDUAN AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
2025



Garis Panduan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi bertujuan untuk memastikan kualiti dan ketepatan dalam dokumentasi maklumat klinikal di hospital. Panduan ini membantu dalam menilai ketepatan semua data yang didokumentasikan, termasuk diagnosis utama dan diagnosis lain, bagi memastikan maklumat tersebut adalah lengkap dan memenuhi piawaian yang ditetapkan.

Disediakan oleh:

Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital (*Subunit Hospital Financing*)
Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
E-mel: casemix@moh.gov.my

Edisi Pertama	Mac 2016
Edisi Kedua	Januari 2018
Edisi Ketiga	Februari 2019
Edisi Keempat	April 2020
Edisi Kelima	Februari 2022
Edisi Keenam	Ogos 2025

Sekapur Sireh



Alhamdulillah, syukur ke hadrat Ilahi atas limpah kurnia dan rahmat-Nya, semakin Garis Panduan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi ini telah berjaya disempurnakan dengan cemerlang.

Saya ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua pihak yang terlibat secara langsung mahupun tidak langsung dalam menjayakan proses pengemaskinian panduan ini. Usaha murni ini adalah cerminan komitmen dan tanggungjawab besar yang dipikul oleh warga Unit Perkhidmatan Pengurusan Hospital di

Bahagian Perkembangan Perubatan. Panduan ini diharapkan dapat menjadi alat rujukan utama yang sangat berharga kepada seluruh warga kerja yang terlibat dalam pelaksanaan Audit Dokumentasi Klinikal dan Kod Klasifikasi, terutama sekali Pegawai Perubatan, Penyelaras Casemix, serta Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) dan Penolong Pegawai Tadbir. Dengan pemahaman yang mendalam dan pelaksanaan yang tepat, saya yakin proses audit dapat dilaksanakan dengan lebih efektif, bermakna, dan berlandaskan prinsip ketepatan serta kesempurnaan dokumentasi.

Adalah menjadi harapan saya agar panduan ini dapat digunakan dengan sebaik-baiknya oleh semua anggota Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dalam usaha mereka memberikan perkhidmatan kesihatan yang terbaik dan telus kepada masyarakat. Dengan mengikuti panduan ini, kita dapat memastikan objektif pelaksanaan audit tercapai secara menyeluruh, selaras dengan keperluan dan kehendak yang ditetapkan. Kejayaan pelaksanaan panduan ini bergantung kepada kepatuhan kita semua, dan saya yakin hasilnya akan membawa kepada peningkatan kualiti perkhidmatan yang lebih unggul.

Akhir kata, saya sekali lagi mengucapkan jutaan terima kasih kepada semua yang telah memberikan sumbangan idea, tenaga, dan masa dalam menjayakan penerbitan buku panduan ini. Semoga usaha kita diberkati dan panduan ini menjadi pemangkin kepada peningkatan keberkesanan sistem dokumentasi klinikal di masa hadapan.

Sekian.

DATO' DR. MOHD AZMAN BIN YACOB

Pengarah

Bahagian Perkembangan Perubatan

Kementerian Kesihatan Malaysia

SENARAI KANDUNGAN

1.0	LATAR BELAKANG	1
2.0	OBJEKTIF	2
2.1	Objektif Umum	2
2.2	Objektif Khusus	2
3.0	METODOLOGI	2
4.0	ALAT KAJIAN (STUDY TOOL)	3
5.0	PROSES KERJA AUDIT	3

SENARAI LAMPIRAN

Lampiran 1: Takrifan Diagnosis	6
Lampiran 2: Jadual Saiz Sampel	7
Lampiran 3: Carta Alir Proses Kerja	8
Lampiran 4: Pasukan Audit	9
Lampiran 5: Arahan Kerja	10
Lampiran 6: Tatacara Audit Dokumentasi Diagnosis Klinikal	13
Lampiran 7: Tatacara Audit Kod Klasifikasi	16

SENARAI BORANG

Borang 1: Senarai Sampel Audit	18
Borang 2: Data Collection Form (Morbidity)	19
Borang 2 (samb): Data Collection Form (Morbidity)	20
Borang 3: Data Collection Form (Mortality)	21
Borang 4: Borang Analisa Data Audit	22
Borang 5: Laporan Audit Dokumentasi Klinikal & Kod Klasifikasi	23

1.0 LATAR BELAKANG

Audit merujuk kepada proses pemeriksaan dan penilaian yang sistematik terhadap rekod, laporan, dan proses dalam sesebuah organisasi. Ia merupakan satu pendekatan untuk memastikan kecekapan, ketelusan, dan keberkesanan operasi mereka. Audit membantu dalam pematuhan peraturan, menguruskan risiko, meningkatkan proses, dan memperkukuh kredibiliti serta reputasi organisasi. Pelaksanaan audit secara berkala dapat mengekalkan kepercayaan pihak berkepentingan terhadap fungsi dan output sesebuah organisasi.

Audit dokumentasi klinikal adalah pemeriksaan terhadap dokumentasi diagnosis utama dan diagnosis lain di dalam Rekod Perawatan Pesakit (RPP) samada secara manual atau digital. Pemeriksaan yang dijalankan akan melihat ketepatan dan kesempurnaan dokumentasi diagnosis yang kebiasaannya disediakan oleh pegawai perubatan atau pakar. Takrifan diagnosis utama dan diagnosis lain bagi kes morbiditi dan mortaliti adalah seperti di Lampiran 1.

Manakala audit kod klasifikasi diagnosis merujuk kepada pemeriksaan terhadap dokumentasi kod klasifikasi diagnosis utama dan diagnosis lain di dalam RPP untuk memastikan ketepatan dan konsistensi kod tersebut menurut piawaian kod diagnosis ICD-11 (*International Classification of Diseases, 11th Revision*).

Audit dokumentasi diagnosis dan kod klasifikasi klinikal ini dijangka dapat memperbaiki dan menambahbaik kualiti dokumentasi anggota kesihatan dalam RPP. Ketepatan dan kesempurnaan dokumentasi ini diperlukan untuk pembangunan Diagnosis Related Group (DRG) dan persediaan ke arah pelaksanaan mekanisme pembayaran kesihatan menurut DRG dalam Sistem Kesihatan Malaysia.

2.0 OBJEKTIF

2.1 Objektif Umum

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

2.2 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.

3.0 METODOLOGI

Metodologi aktiviti audit yang dilaksanakan adalah seperti di Jadual berikut:

Perkara	Butiran
Reka bentuk kajian	Kajian retrospektif keratan rentas (<i>retrospective cross-sectional study</i>)
Populasi kajian (N)	Pesakit yang discaj dari hospital bagi setiap disiplin.
Saiz sampel	Pengiraan berdasarkan total discaj tahunan menurut Laporan Bulanan/Tahunan ke Atas Penggunaan Katil Hospital Institusi Kerajaan (PER-PD211) tahun sebelum. Rujuk Lampiran 2.
Pensampelan	Rawak mudah (random sampling)
Sampel audit (n)	Pesakit dalam yang discaj pada tahun semasa.
Kekerapan audit	Satu (1) kali setahun
Tempoh pelaksanaan	Sepanjang tahun.
Cara pelaksanaan	Mengikut kesesuaian hospital (serentak/ berkala)
Analisis	Perbandingan dokumentasi klinikal dan kod klasifikasi antara: 1. Kes di dalam Sistem Casemix 2. Rekod Perubatan Pesakit (Manual/ HIS)

4.0 ALAT KAJIAN (STUDY TOOL)

Borang-borang yang digunakan untuk pelaksanaan audit ini adalah seperti berikut:

- a) Borang Senarai Sampel Audit
- b) Data Collection Form (Morbidity)
- c) Data Collection Form (Mortality)
- d) Analisa Audit Dokumentasi Klinikal & Kod Klasifikasi
- e) Laporan Audit Dokumentasi Klinikal & Kod Klasifikasi

5.0 PROSES KERJA AUDIT

5.1 Proses kerja audit boleh dibahagikan kepada 3 fasa iaitu:

- a) Fasa Perancangan
- b) Fasa Pelaksanaan
- c) Fasa Analisa dan Pelaporan

5.2 Sila rujuk **Lampiran 3** berhubung Carta alir proses kerja audit.

5.3 Fasa Perancangan

- a) Pengarah hospital bertanggungjawab untuk:
 - i. melantik pasukan audit dokumentasi diagnosis klinikal dan kod klasifikasi peringkat hospital seperti di **Lampiran 4**; dan
 - ii. mengeluarkan arahan pelaksanaan audit.
- b) Penyelaras casemix hospital bertanggungjawab untuk merancang pelaksanaan audit dokumentasi diagnosis klinikal dan kod klasifikasi peringkat hospital seperti:
 - i. Tarikh pelaksanaan;
 - ii. Bilangan saiz sampel;
 - iii. Bilangan auditor dokumentasi diagnosis klinikal; dan
 - iv. Bilangan auditor penetapan kod klasifikasi.

- c) Pegawai Rekod Perubatan bertanggungjawab menyediakan senarai sampel audit dan Rekod Perawatan Pesakit (RPP) terlibat seperti di Lampiran 2.
- d) Penyelaras casemix hospital bertanggungjawab memberi taklimat arahan kerja seperti di Lampiran 5 kepada pasukan audit.

5.4 Fasa Pelaksanaan

- a) Untuk hospital kluster: Audit digalakkan dijalankan secara silang (cross audit) di dalam kluster yang sama.
- b) Untuk hospital bukan kluster: Auditor perlu dipastikan tidak menjalankan audit ke atas dokumentasi sendiri.
- c) Auditor hendaklah menggunakan akses sedia ada Sistem Casemix hospital yang diaudit.
- d) Pegawai Pengesah tidak boleh terdiri daripada pegawai yang menjalankan audit.
- e) JKN dan hospital dibenarkan untuk menetapkan pasukan audit daripada jabatan/ hospital yang sama sekiranya terdapat kekangan.
- f) Tempoh audit mengikut kesesuaian hospital/ kluster masing-masing.
- g) Audit dijalankan dengan membandingkan dokumentasi klinikal dan kod klasifikasi antara:
 - i. Kes di dalam Sistem Casemix; dan
 - ii. Rekod Perubatan Pesakit (Manual/ HIS).
- h) Tatacara menentukan ketepatan dan kesempurnaan dokumentasi diagnosis utama dan diagnosis lain dihuraikan di **Lampiran 6**.
- i) Tatacara menentukan ketepatan penetapan kod klasifikasi diagnosis dihuraikan di **Lampiran 7**.
- j) Borang yang digunakan ialah **Borang 2 (morbidity)** dan **Borang 3 (mortality)**.

5.5 Fasa Analisa dan Pelaporan

- a) Penyelaras Casemix hospital bertanggungjawab untuk menganalisa hasil audit menggunakan **Borang 4**.
- b) Empat (4) maklumat utama yang akan dianalisa adalah:
 - i. peratus ketepatan dokumentasi diagnosis utama;
 - ii. peratus kesempurnaan dokumentasi diagnosis-diagnosis lain;
 - iii. peratus ketepatan penetapan kod klasifikasi untuk diagnosis utama; dan
 - iv. peratus ketepatan penetapan kod klasifikasi untuk diagnosis-diagnosis lain.
- c) Penyelaras Casemix hospital hendaklah melaporkan hasil audit menggunakan **Borang 5**.
- d) Penyelaras Casemix negeri hendaklah melaporkan hasil audit ke IPKKM melalui email casemix@moh.gov.my selewat-lewatnya pada **31 Januari tahun berikutnya**.

TAKRIFAN

I. Morbiditi

Definisi Diagnosis Utama (*Main Condition*)

The condition that is determined to be the reason for admission, established at the end of the episode of health care. Where an episode of health care includes more than one condition contributing to the need for admission, the main condition to be the one condition that is deemed to be the most clinically significant reason for admission.

Definisi Diagnosis-diagnosis lain (*Other Condition*)

Other conditions are defined as those conditions that coexist at the time of admission 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.

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. Reference Guide, International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision, 2024.

JADUAL SAIZ SAMPEL

Populasi Setahun (N) (PER-PD211)	Saiz Sampel yang diperlukan (n)	Kerangka Sampel (Pelarasan sebanyak 80%)
≥ 11,000	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
< 499	220	275

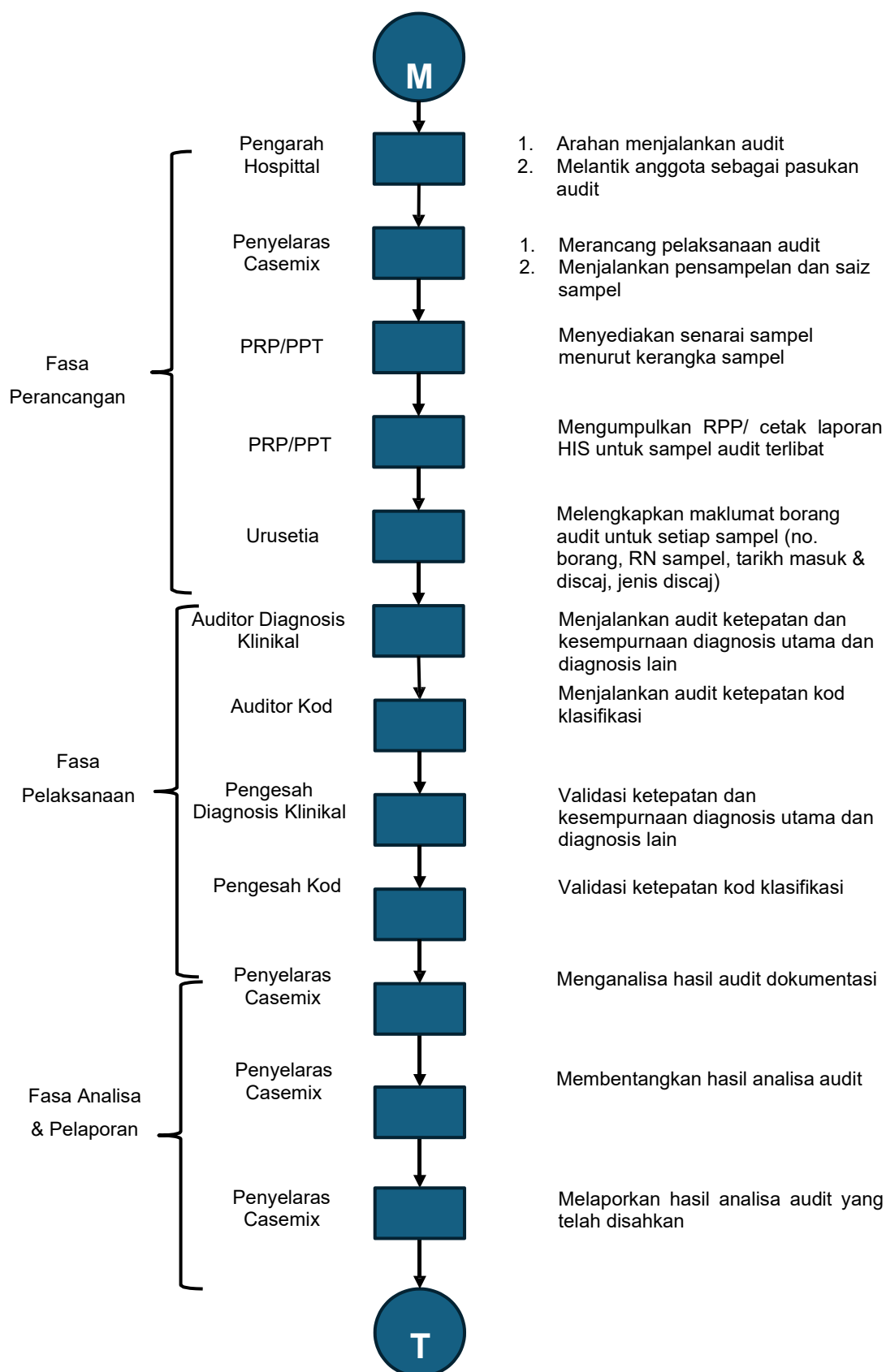
Statistic parameters: Expected frequency (50%), Margin of error (5%), Design Effect (1.5)

NOTA:

1. Bagi jumlah discaj setahun yang kurang daripada 499, jumlah maksimum sampel yang diperlukan adalah 220, manakala kerangka sampel adalah 275.
2. Jika jumlah discaj kurang daripada jumlah maksimum tersebut, maka jumlah sampel dan kerangka adalah secara universal (100%).

CARTA ALIR PROSES KERJA

AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI



PASUKAN AUDIT DOKUMENTASI

1. Pengarah Hospital berperanan sebagai penasihat dan bertanggungjawab memantau pelaksanaan aktiviti audit berjalan lancar.
2. Pasukan Audit yang dicadangkan adalah seperti berikut:
 - a) Auditor Diagnosis Klinikal
 - i. Ketua Jabatan Klinikal/ Pegawai Perubatan Pakar/ Pegawai Perubatan yang telah menjalani latihan dokumentasi klinikal;
 - ii. Penyelaras Casemix jabatan/ hospital;
 - b) Auditor Kod Klasifikasi
 - i. Pegawai Tadbir (Rekod Perubatan) (PRP)/ Penolong Pegawai Tadbir (PPT) selaku coder yang diperaku (Certified),
 - c) Urusetia:
 - i. Pembantu Tadbir/ Pembantu Perawatan Kesihatan.
3. Anggota untuk tujuan (a) dan (b) perlu mempunyai pengetahuan yang tinggi mengenai keperluan diagnosis dan kod klasifikasi.

ARAHAN KERJA AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Arahan Kerja
1	Auditor Diagnosis Klinikal	1. Menyalin maklumat klinikal dari Sistem Casemix pada ruangan "Diagnosis – as in Casemix System" bagi kes Morbiditi: a. Diagnosis Utama b. Diagnosis Lain (jika ada) 2. Menyalin maklumat klinikal dari Sistem Casemix pada ruangan 'Diagnosis – as in Casemix System' bagi kes Mortaliti: a. Part I b. Part II
2	Auditor Diagnosis Klinikal	1. Menyemak RPP dan memahami keseluruhan permasalahan pesakit sepanjang tempoh rawatan diterima oleh pesakit untuk tarikh discaj bagi RN yang terpilih. 2. Audit kes morbiditi menentukan: a. Diagnosis Utama b. Diagnosis Lain (jika ada) 3. Audit kes mortaliti menentukan: a. Part I b. Part II 4. Menulis diagnosis yang sepatutnya pada ruangan 'Diagnosis as Audit Definition' menurut keperluan dokumentasi kod klasifikasi. 5. Rujuk tatacara di Lampiran 6

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Arahan Kerja
3	Auditor Kod klasifikasi	- Menyalin maklumat Kod Klasifikasi dari aplikasi Sistem MyCMX di ruangan "Code as in Casemix System" bagi kes Morbiditi: - Kod Klasifikasi bagi Diagnosis Utama - Kod Klasifikasi bagi Diagnosis Lain (jika ada) - Menyalin maklumat Kod Klasifikasi dari aplikasi Sistem MyCMX di ruangan "Code as in Casemix System" bagi kes Mortaliti: - Kod Klasifikasi di Part I - Kod Klasifikasi di Part II - Proses kerja ini boleh dilakukan semasa melakukan Arahan Kerja (1) dan (2) di atas.
4	Auditor Kod Klasifikasi	- Melakukan proses kerja penetapan kod untuk semua maklumat klinikal menurut kod klasifikasi pada ruangan 'Actual Code' untuk: - Diagnosis Utama - Diagnosis Lain (jika ada) - Part I - Part II - Rujuk tatacara di Lampiran 7
5	Urusetia	- Memastikan maklumat berikut adalah lengkap pada Borang Audit: - Maklumat Pesakit - Maklumat Kemasukan - Diagnosis Utama / Part I - Diagnosis Lain / Part II - Kod Klasifikasi

Bil	Pegawai Bertanggungjawab	Arahan Kerja
		f. Pengesahan semakan dokumentasi oleh Pegawai Perubatan Pakar/ Pegawai Perubatan Kanan. 2. Jika terdapat maklumat yang tidak benar/tepat, rujuk penyelarasan casemix.
6	Pengesah Diagnosis Klinikal/ Pengesah Kod Klasifikasi	Melakukan pengesahan penilaian untuk: a. Diagnosis Utama; b. Diagnosis Lain (jika ada); c. Part I d. Part II e. Kod Klasifikasi yang telah diberikan pada Arahan Kerja (2) dan (4) Menentukan: a. Ketepatan (Accurate/Inaccurate) dan Kesempurnaan (Complete/Less Complete/Incomplete) Dokumentasi Klinikal b. Ketepatan (Accurate/Inaccurate) Penetapan Kod Klasifikasi.

TATACARA MENENTUKAN KETEPATAN DAN KESEMPURNAAN DOKUMENTASI DIAGNOSIS KLINIKAL

DIAGNOSIS UTAMA

1. Terdapat dua (2) kebarangkalian penemuan untuk diagnosis utama iaitu:
 - a. Tepat [*Accurate* (A)]
 - b. Tidak tepat [*Inaccurate* (IA)]

2. Arahan kerja untuk menentukan ketepatan **Diagnosis Utama**
 - a. Bandingkan diagnosis utama di ruang '*Diagnosis as in Casemix System*' dan '*Diagnosis as Audit Definition*'.
 - b. Penemuan hasil audit hendaklah dicatatkan di ruang '*Documentation Accuracy (for office use)*'.
 - c. Catatkan **A** (*Accurate*) sekiranya:
 - i. Kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama adalah sama,
 - ii. Kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama adalah tidak sama, tetapi maklumat klinikal menyampaikan maksud yang sama dan Kod Klasifikasi-nya sama,
 - d. Catatkan **IA** (*Inaccurate*) sekiranya:
 - i. Kedua-dua deskripsi Diagnosis Utama (serta maklumat klinikal) dan Kod Klasifikasi-nya adalah tidak sama.

3. Contoh boleh diperhatikan di jadual berikut:

Main Condition							
Senario	Diagnosis as in Casemix System	Code as in Casemix System	Actual Code ¹	Coding Accuracy (for office use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code ²	Documentation Accuracy (for office use)
1	Dengue Fever				Dengue Fever		A
2	Spasm of Oesophagus				Jackhammer Oesophagus		A
3	Renal Failure				Acute Glomerulonephritis		IA

DIAGNOSIS LAIN

1. Terdapat empat (4) kebarangkalian penemuan untuk diagnosis lain iaitu:
 - a. Lengkap [Complete (C)]
 - b. Kurang lengkap [Less Complete (LC)]
 - c. Tidak lengkap [Incomplete (IC)]
 - d. Tidak berkenaan [Not Applicable (O)]

2. Arahan kerja untuk menentukan kesempurnaan **Diagnosis Lain**
 - a. Bandingkan diagnosis lain di ruang '*Diagnosis as in Casemix System*' dan '*Diagnosis as Audit Definition*'.
 - b. Penemuan hasil audit hendaklah dicatatkan di ruang '*Documentation Completeness (for office use)*'.
 - c. Catatkan **C (Complete)** sekiranya:
 - i. Kesemua deskripsi Diagnosis Lain adalah sama; dan
 - ii. Kesemua deskripsi Diagnosis Lain adalah tidak sama tetapi Kod Klasifikasi-nya adalah sama.
 - d. Catatkan **LC (Less Complete)** sekiranya:
 - i. Hanya satu atau lebih (bukan semua) deskripsi Diagnosis Lain adalah sama.
 - e. Catatkan **IC (Incomplete)** sekiranya:
 - i. Kesemua deskripsi Diagnosis Lain dan Kod Klasifikasi-nya adalah tidak sama.
 - f. Catatkan **O (Not applicable)** sekiranya tiada maklumat.

3. Contoh boleh diperhatikan di jadual berikut:

Other Condition							
Senario	Diagnosis – as in Casemix System	Code as System		Coding use)	Diagnosis as Audit Definition		Documentation (for office use)
1	Influenza like illness				Influenza like illness		C
2	1. Pyrexia of unknown origin 2. Transaminitis				1. Transaminitis		LC

Other Condition							
Senario	Diagnosis – as in Casemix System	Code as Casemix System	Actual Code ¹	Accuracy Coding (for office use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code ²	Completeness (for office use)
3	1. Hypertension 2. Diabetes mellitus				1. Hypertension 2. Diabetes mellitus 3. Dyslipidaemia		LC
4	1. Chronic kidney disease 2. Atrial Fibrillation 3. Obesity				-		IC
5	1. Renal failure 2. Hypertension				1. PIH without proteinuria		IC
6	-				1. Respiratory distress		IC
7	-				-		O

TATACARA MENENTUKAN KETEPATAN KOD KLASIFIKASI DIAGNOSIS

KOD KLASIFIKASI DIAGNOSIS UTAMA

1. Terdapat dua (2) kebarangkalian penemuan untuk penetapan kod klasifikasi diagnosis utama iaitu:
 - a. Tepat [*Accurate* (A)]
 - b. Tidak tepat [*Inaccurate* (IA)]
2. Arahan kerja untuk menentukan ketepatan kod klasifikasi **Diagnosis Utama**
 - a. Bandingkan diagnosis utama di ruang '*Code as in Casemix System*' dengan ruang '*Actual Code*¹'.
 - b. Penemuan hasil audit hendaklah dicatatkan di ruang '*Coding Accuracy (for office use)*'.
 - c. Catatkan **A** (*Accurate*) sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi berkenaan adalah sama.
 - d. Catatkan **IA** (*Inaccurate*) sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi adalah tidak sama.

KOD KLASIFIKASI DIAGNOSIS LAIN

1. Terdapat empat (4) kebarangkalian penemuan untuk penetapan kod klasifikasi diagnosis utama iaitu:
 - a. Tepat [*Accurate* (A)]
 - b. Kurang tepat [*Less Accurate* (LA)]
 - c. Tidak tepat [*Inaccurate* (IA)]
 - d. Tidak berkenaan [*Not Applicable* (O)]
2. Arahan kerja untuk menentukan ketepatan kod klasifikasi **Diagnosis Lain**
 - a. Bandingkan diagnosis utama di ruang '*Code as in Casemix System*' dengan ruang '*Actual Code*¹'.

- b. Penemuan hasil audit hendaklah dicatatkan di ruang '*Coding Accuracy (for office use)*'.
- c. Catatkan **A** (*Accurate*) sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi berkenaan adalah sama.
- d. Catatkan **LA** (*Less Accurate*) sekiranya terdapat **satu atau lebih** (bukan semua) Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain adalah tidak sama
- e. Catatkan **IA** (*Inaccurate*) sekiranya kedua-dua Kod Klasifikasi adalah tidak sama.
- f. Catatkan **O** (Not applicable) sekiranya tiada maklumat.

SENARAI SAMPEL AUDIT

Hospital: _____

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



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN
AUDIT ON CLINICAL DOCUMENTATION AND CODING

DATA COLLECTION FORM (MORBIDITY)

Borang 2

Hospital	Specialty / sub-specialty	Auditor code	Coder code	Data puncher

FORM NO: _____

Patient Name : _____

DOA: ____/____/____

DOD: ____/____/____

Patient ID : _____

Discharge Outcome: Home / Transfer / Abscond / DAMA / Home leave

Main Condition						
Diagnosis – as in Casemix System	Code as in Casemix System	Actual Code ¹	Coding Accuracy (for office use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code ²	Documentation Accuracy (for office use)

Other Condition						
Diagnosis – as in Casemix System	Code as in Casemix System	Actual Code ¹	Coding Accuracy (for office use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code ²	Documentation Completeness (for office use)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Note: Please use an additional sheet (Borang 2 (Samb)) if necessary

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 (MORBIDITY)

Borang 2 (samb)

Hospital	Specialty / sub-specialty	Auditor code	Coder code	Data puncher

FORM NO: _ _ _ _

Patient Name : _____

DOA: ____/____/____

DOD: ____/____/____

Patient ID : _____

Discharge Outcome: Home / Transfer / Abscond / DAMA / Home leave

Other Condition						
Diagnosis – as in Casemix System	Code as in Casemix System	Actual Code ¹	Coding Accuracy (for office use)	Diagnosis as Audit Definition	Actual Code ²	Documentation Completeness (for office use)
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Coder
 Signature:
 Date:

Coder Verifier
 Signature:
 Date:

Auditor
 Signature:
 Date:

Auditor Verifier
 Signature:
 Date:

Borang 3



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN AUDIT ON CLINICAL DOCUMENTATION AND CODING

DATA COLLECTION FORM (MORTALITY)

Hospital	Specialty / sub-specialty	Auditor code	Coder code	Data puncher

FORM NO: _____

Patient Name : _____

DOA: ____/____/____

DOD: ____/____/____

Patient ID : _____

Diagnosis – as in Casemix System		Code as in Casemix System	Code Actual ₁	Coding Accuracy (for office use)	Diagnosis as Audit Definition		Code Actual ₂	Documentation Accuracy (for office use)
Part I TCOD	(a)				Part I TCOD	(a)		
Part I UCOD / UC / ECMM / CD	Due to (or as a consequence of) (b)				Part I UCOD / UC / ECMM / CD	Due to (or as a consequence of) (b)		
	Due to (or as a consequence of) (c)					Due to (or as a consequence of) (c)		
	Due to (or as a consequence of) (d)					Due to (or as a consequence of) (d)		
Part II OD					Part II OD			

TCOD: Terminal Cause of Death

UCOD: Underlying Cause of Death

Coder
Signature:
Date:

Coder Verifier
Signature:
Date:

Auditor
Signature:
Date:

Auditor Verifier
Signature:
Date:

UC: Underlying Condition

CD: Complication Diagnosis

ECMM: External Causes of Morbidity & Mortality

OD: Other Diagnosis

Borang 4

ANALISA AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

Bil	No Borang	Dokumentasi								Kod Klasifikasi								Jumlah V
		Diagnosis Utama			Diagnosis Lain					Diagnosis Utama			Diagnosis Lain					
		A	IA	V	O	C	LC	IC	V	A	IA	V	O	A	LA	IA	V	
Jumlah		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	

Dokumentasi Klinikal	
Peratus Ketepatan Dokumentasi Diagnosis Utama (%) – Tepat (A)	$[a / (a + b)] \times 100$
Peratus Kesempurnaan Dokumentasi Diagnosis Lain (%) – Sempurna (C+LC)	$[e + (f \times 0.5) / (e + f + g)] \times 100$
Kod Klasifikasi	
Peratus Ketepatan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Utama (%) – Tepat (A)	$[i / (i + j)] \times 100$
Peratus Ketepatan Kod Klasifikasi untuk Diagnosis Lain (%) – Tepat (A+LA)	$[m + (n \times 0.5) / (m + n + o)] \times 100$

Petunjuk:

A: Accurate

LA: Less Accurate

IA: Inaccurate

C: Complete

LC: Less Complete

IC: Incomplete

O: Not Applicable

V: Value for data entry

Borang 5

LAPORAN AUDIT DOKUMENTASI KLINIKAL DAN KOD KLASIFIKASI

Jabatan Kesihatan Negeri / Hospital: _____

Tahun: _____

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w
Bil	Hospital / Disiplin (potong bagi yang tidak berkenaan)	Jumlah discaj	Jumlah sampel	Bil. sampel yang diaudit				Kadar respon [e/d] %	Dokumentasi Klinikal							Kod Klasifikasi						
				Dokumentasi		Kod Klasifikasi			Ketepatan Diagnosis Utama		Kesempurnaan Diagnosis Lain					Ketepatan Kod Klasifikasi Diagnosis Utama		Ketepatan Kod Klasifikasi Diagnosis Lain				
				A+IA	C+LC+IC	A+IA	A+LA+IA		Bil A	% A	Bil C	% C	Bil LC	% LC	Markah (%)	Bil A	% A	Bil A	% A	Bil LA	% LA	Markah (%)
Jumlah keseluruhan																						

Nota:

e. Jumlah A+IA dari 'Documentation Accuracy (for office use)' bagi Main Condition.

f. Jumlah C+LC+IC dari 'Documentation Completeness (for office use)' bagi Other Condition.

g. Jumlah A+IA dari 'Coding Accuracy (for office use)' bagi Main Condition

h. Jumlah A+LA+IA dari 'Coding Accuracy (for office use)' bagi Other Condition

k: $(j/e)*100$

m: $(l/f)*100$

o: $((n*0.5)/f)*100$

p: $[(l+(n*0.5)/f)*100]$

r: $(q/g)*100$

t: $(s/h)*100$

v: $(u*0.5)/h)*100$

w: $[(s+(u*0.5)/h)*100]$

Petunjuk:

A: Accurate

LA: Less Accurate

IA: Inaccurate

C: Complete

LC: Less Complete

IC: Incomplete

Disediakan oleh:

.....
Nama:

Jawatan:

Tarikh:

Disahkan oleh:

.....
Nama:

Jawatan:

Tarikh: