



Kementerian Kesihatan Malaysia

GARIS PANDUAN AUDIT KPI

SEKTOR TEKNIKAL KKM 2025



SEKRETARIAT INDUK TEKNIKAL KPI KKM

ISI KANDUNGAN		
BIL.	PERKARA	MUKA SURAT
1.0	Latar Belakang	1
2.0	Objektif Audit	2
3.0	Punca Kuasa	2
4.0	Skop Garis Panduan	2
5.0	Jenis dan Kekerapan Audit	3
6.0	Pasukan Audit	3
7.0	Pelantikan Juruaudit	4
8.0	Tempoh Lantikan Juruaudit	4
	Status dan Skop Lantikan Juruaudit	5
9.0	9.1 Juruaudit lantikan melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM	5
	9.2 Juruaudit lantikan JKN	5
	9.3 Juruaudit lantikan Hospital/ Institusi	5
10.0	Pengguguran/ Penarikan Balik Lantikan Juruaudit	6
	Tanggungjawab Ketua Juruaudit & Juruaudit	6
11.0	11.1 Tanggungjawab Ketua Juruaudit	6
	11.2 Tanggungjawab Juruaudit	7
12.0	<i>Auditee</i>	7
	Fasa Audit	8
13.0	13.1 Fasa Pra Audit	8
	13.2 Fasa Audit	9
	13.3 Fasa Pasca Audit	9
14.0	Tatacara Pengisian Borang	10
	14.1 <i>Performance Verification Form (PVF)</i>	10
	14.2 <i>Performance Audit Form (PAF)</i>	10
15.0	Pertanyaan Berkenaan Garis Panduan	13
16.0	Tarikh Pelaksanaan	14
17.0	Pembatalan Garis Panduan Terdahulu	14
	Lampiran	15
18.0	18.1 <i>Performance Verification Form (PVF)</i>	15
	18.2 <i>Performance Audit Form (PAF)</i>	16
	18.3 <i>Performance Audit Report (PAR)</i>	17
	Sekalung Penghargaan dan Terima Kasih	18

SINGKATAN KATA

CPSU	<i>Clinical Performance Surveillance Unit</i>
CKPP	Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan
Fasiliti	Program/ JKN/ Hospital/ Institusi/ PKD/ PKB/ PKK/ PKPD/ Klinik Kesihatan/ Klinik Pergigian
HPIA	<i>Hospital Performance Indicator for Accountability</i>
IPKKM	Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan Malaysia
JKN	Jabatan Kesihatan Negeri
JPA	Jabatan Perkhidmatan Awam
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
PPTPA	Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam
PKN	Pengarah Kesihatan Negeri
PKD	Pejabat Kesihatan Daerah
PKB	Pejabat Kesihatan Bahagian
PKK	Pejabat Kesihatan Kawasan
PKPD	Pejabat Kesihatan Pergigian Daerah
PVF	<i>Performance Verification Form</i>
PAF	<i>Performance Audit Form</i>
PAR	<i>Performance Audit Report</i>
PIC	<i>Person in Charge</i>
RCA	<i>Root Cause Analysis</i>
SIQ	<i>Shortfall in Quality</i>
TPKN	Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri
PKP KKM	Program Kesihatan Pergigian Kementerian Kesihatan Malaysia

1.0 LATAR BELAKANG

Garis panduan ini disediakan bertujuan untuk memastikan pengurusan audit petunjuk prestasi utama (KPI) sektor teknikal yang dijalankan di semua peringkat fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dikendalikan dengan cekap, teratur dan telus.

Konsep KPI dalam perkhidmatan awam telah diperkenalkan pada tahun 2005 melalui Pekeliling Kemajuan Pentadbiran Awam Bil. 2/ 2005. Sehubungan itu, satu proses pemantauan terhadap kepatuhan kepada peraturan dan piawaian yang telah ditetapkan dilaksana bagi memastikan akauntabiliti dan integriti perkongsian maklumat yang telus.

Secara umumnya pencapaian KPI digunakan sebagai alat pengukur prestasi penyampaian perkhidmatan kesihatan fasiliti di bawah KKM. Ia juga digunakan sebagai alat pengukur prestasi bagi penyandang Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) di KKM sebagaimana yang ditetapkan oleh JPA.

Garis panduan ini dibangunkan oleh Unit Survelan Pencapaian Klinikal/ *Clinical Performance Surveillance Unit* (CPSU), Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan KKM yang bertindak selaku Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM. Peranan utama Sekretariat ini adalah untuk memantau semua aktiviti surveilan KPI termasuk aktiviti audit KPI Sektor Teknikal KKM di bawah naungan Ketua Pengarah Kesihatan. Aktiviti audit KPI ini melibatkan semua Program utama KKM iaitu Program Perubatan, Program Kesihatan Awam, Program Penyelidikan dan Sokongan Teknikal, Program Perkhidmatan Farmasi, Program Kesihatan Pergigian dan Program Keselamatan dan Kualiti Makanan. Garis panduan ini akan terpakai untuk semua peringkat Sektor Teknikal KKM sama ada di Ibu Pejabat KKM, JKN mahupun di lapangan.

2.0 OBJEKTIF AUDIT

Objektif pelaksanaan aktiviti audit KPI adalah untuk :

- Melaksanakan semakan dan verifikasi terhadap punca data (traceability) pencapaian KPI yang dilaporkan di setiap peringkat fasiliti KKM.
- Menilai kepatuhan fasiliti KKM terhadap pelaksanaan KPI mengikut standard yang telah ditetapkan.
- Memastikan setiap risiko dikenal pasti serta tindakan penambahbaikan yang sesuai dilaksanakan bagi setiap KPI yang tidak mencapai sasaran.

3.0 PUNCA KUASA

Surat daripada Pejabat Ketua Pengarah Kesihatan dengan rujukan KKM .600-28/2/7 Jld. 11 (2) bertarikh 7 Februari 2025 bertajuk Garis Panduan Audit Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Sektor Teknikal Kementerian Kesihatan Malaysia.

4.0 SKOP GARIS PANDUAN

Meliputi semakan pencapaian KPI bagi:

- KPI Pegawai Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) Sektor Teknikal KKM.
- KPI *Hospital Performance Indicator for Accountability* (HPIA) atau setaraf dengannya (KPI PKD, KPI Klinik Kesihatan, KPI PKP KKM dan lain-lain).
- KPI *Clinical Service Quality Indicator* (CliSQL).
- Mana-mana KPI yang dikenal pasti oleh Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM/ Sekretariat Teknikal KPI KKM atau Jabatan Kesihatan Negeri (JKN) dari semasa ke semasa.

5.0 JENIS DAN KEKERAPAN AUDIT

Audit KPI boleh dibahagikan kepada 2, iaitu audit dalaman dan audit luaran.

- **Audit Dalaman Peringkat Fasiliti**

Dijalankan oleh juruaudit dari fasiliti yang sama. Audit hendaklah dijalankan setiap tahun dengan kekerapan yang ditentukan oleh pihak fasiliti masing-masing. Audit perlu dilaksanakan kepada semua KPI yang dipantau di peringkat fasiliti.

- **Audit Luaran**

Dijalankan oleh juruaudit dari fasiliti yang berbeza. Audit hendaklah dijalankan dengan kekerapan ditentukan oleh Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM/ Sekretariat Teknikal KPI KKM atau JKN. Jumlah KPI yang perlu diaudit bergantung kepada justifikasi ketua juruaudit.

Sekiranya berlaku wabak, bencana atau krisis yang akan menjejaskan pemberian perkhidmatan di fasiliti, pihak yang terlibat boleh memohon pelepasan daripada pelaksanaan aktiviti audit kepada Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM/ Sekretariat Teknikal KPI KKM atau JKN.

6.0 PASUKAN AUDIT

Bagi setiap aktiviti audit KPI, satu pasukan audit perlu dibentuk yang terdiri daripada seorang ketua juruaudit dan beberapa orang juruaudit. Bilangan juruaudit di dalam pasukan audit adalah bergantung kepada saiz fasiliti yang akan diaudit dan skop perancangan ketua juruaudit.

- Pasukan audit dalaman: Juruaudit adalah terdiri daripada anggota dari fasiliti yang sama.
- Pasukan audit luaran: Juruaudit adalah terdiri daripada anggota dari fasiliti berbeza.

7.0 PELANTIKAN JURUAUDIT

Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM akan melantik juruaudit di peringkat Program dan JKN. Pelantikan juruaudit bagi setiap fasiliti di bawah JKN akan dikendalikan oleh JKN masing-masing. Sekiranya terdapat keperluan tambahan juruaudit di fasiliti di bawah JKN, calon juruaudit berkenaan perlu menjalani latihan audit terlebih dahulu daripada juruaudit lantikan Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM atau JKN.

Kriteria pelantikan juruaudit adalah seperti berikut:

- Pegawai yang berkhidmat dengan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Pegawai yang mempunyai pengalaman di Unit Kualiti atau mempunyai pengalaman dalam pemantauan KPI adalah diberi keutamaan.
- Pegawai adalah seorang yang aktif di dalam aktiviti pengauditan.
- Pegawai adalah seorang yang berintegriti dan boleh berkomunikasi dengan baik.

8.0 TEMPOH LANTIKAN JURUAUDIT

Tempoh lantikan bagi seorang juruaudit adalah selama 3 (tiga) tahun. Sekiranya terdapat keperluan untuk penggantian juruaudit dengan justifikasi yang dinilai wajar, pelantikan baru boleh dibuat dalam tempoh tersebut.

9.0 STATUS DAN SKOP LANTIKAN JURUAUDIT

9.1 Juruaudit lantikan melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM

Juruaudit yang dilantik melalui Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM boleh melaksanakan audit di semua peringkat fasiliti. Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada di dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat di mana-mana fasiliti di dalam KKM.

9.2 Juruaudit lantikan JKN

Juruaudit yang dilantik oleh JKN boleh melaksanakan audit di peringkat JKN (yang melantik) dan fasiliti-fasiliti (di bawah seliaan JKN yang melantik). Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada di dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat dalam mana-mana fasiliti di bawah seliaan JKN yang melantik. Sekiranya juruaudit tersebut berpindah keluar ke negeri yang lain, status juruaudit tersebut akan terbatal secara automatik.

9.3 Juruaudit lantikan dalaman

Juruaudit yang dilantik secara dalaman oleh fasiliti selain lantikan Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM/ JKN boleh melaksanakan audit dalaman sahaja. Status juruaudit ini adalah sah selagi masih berada dalam tempoh lantikan yang ditetapkan dan berkhidmat di fasiliti tersebut. Sekiranya juruaudit tersebut berpindah keluar dari fasiliti tersebut, status juruaudit akan terbatal secara automatik.

Juruaudit lantikan dalaman boleh diarahkan untuk menjalankan audit ke fasiliti yang lain dengan kebenaran JKN atau Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM.

10.0 PENGGUGURAN/ PENARIKAN BALIK LANTIKAN JURUAUDIT

Pelantikan sebagai juruaudit boleh digugurkan atau ditarik balik sekiranya terdapat justifikasi yang wajar oleh pihak yang melantik.

11.0 TANGGUNGJAWAB KETUA JURUAUDIT & JURUAUDIT

11.1 Tanggungjawab Ketua Juruaudit

- Menentukan tarikh dan pelan audit.
- Mengenal pasti juruaudit dan menugaskan juruaudit mengikut bidang tugas yang sesuai.
- Memilih KPI yang akan diaudit berdasarkan skop perkhidmatan di fasiliti, pencapaian KPI dan hasil audit terdahulu.
- Memberi penerangan kepada juruaudit berkaitan aktiviti audit yang akan dijalankan.
- Menghadiri mesyuarat pembukaan audit.
- Memastikan pelaksanaan audit berjalan lancar merangkumi pengagihan tugas juruaudit, penyediaan catatan audit, pengurusan dengan pihak yang diaudit termasuk pengurusan konflik (jika ada).
- Menyelaraskan penemuan audit dan menyediakan laporan audit di dalam *Performance Audit Report (PAR)*.
- Menyampaikan keputusan audit semasa mesyuarat penutup.

11.2 Tanggungjawab Juruaudit

- Membuat persediaan dan mengendalikan audit berdasarkan jadual audit atau arahan dan ketetapan daripada Ketua Juruaudit.
- Membuat catatan audit sepanjang mengendalikan audit.
- Menyemak dan melaporkan tahap pematuhan fasiliti yang diaudit terhadap arahan atau garis panduan semasa serta melengkapkan penemuan audit di dalam borang *Performance Audit Form* (PAF).
- Menyemak dan memastikan data pencapaian bagi sesuatu indikator adalah sahih dan lengkap.
- Membantu Ketua Juruaudit menyediakan laporan audit.

12.0 AUDITEE

Auditee merujuk kepada pihak yang dinilai oleh juruaudit semasa sesi audit. *Auditee* sebaiknya terdiri daripada pegawai yang dilantik dan bertanggungjawab ke atas sesuatu KPI (*PIC, Person in charge*). Namun begitu, *auditee* juga boleh terdiri daripada pegawai yang menjalankan perkhidmatan tersebut (merujuk kepada KPI berkaitan).

Antara tanggungjawab *auditee* adalah:

- Hadir ke mesyuarat pembukaan dan penutup audit.
- Memastikan setiap KPI mempunyai borang *Performance Verification Form* (PVF) yang lengkap.
- Memastikan semua dokumen lain berkaitan telah disediakan.
- Memastikan juruaudit mendapat akses kepada semua dokumen atau kemudahan seperti di dalam skop audit.
- Memastikan persekitaran yang baik agar juruaudit boleh menjalankan tugas dengan selamat dan kondusif.

13.0 FASA AUDIT

Audit boleh dibahagikan kepada 3 fasa iaitu:

- Fasa Pra Audit
- Fasa Audit
- Fasa Pasca Audit

13.1 Fasa Pra Audit

- Audit KPI perlu dirancang mengikut ketetapan yang telah ditentukan. Sekiranya terdapat keperluan melakukan audit secara *ad hoc*, audit hendaklah mendapat kelulusan daripada ketua fasiliti.
- Surat pemakluman audit secara rasmi perlu dikeluarkan tidak kurang daripada 7 (tujuh) hari sebelum audit dilaksanakan kepada setiap fasiliti yang akan diaudit.
- Pasukan audit perlu dibentuk dengan jumlah juruaudit yang bersesuaian dengan keperluan audit.
- Mesyuarat pra audit hendaklah dilaksanakan dan dihadiri oleh semua juruaudit bagi membincangkan pelan pelaksanaan audit.
- Sekiranya terdapat kekangan/ justifikasi tertentu, pihak *auditee* boleh memohon pindaan tarikh aktiviti audit yang dicadang oleh pihak juruaudit tidak melebihi 30 (tiga puluh) hari dari tarikh audit dimaklumkan oleh pihak juruaudit.

13.2 Fasa Audit

- Mesyuarat pembukaan audit perlu dilaksanakan dengan dipengerusikan oleh ketua fasiliti atau wakil (pengurusan tertinggi).
- Aktiviti audit dilaksanakan dengan menggunakan *Performance Audit Form* (PAF).
- Melalui semakan borang PAF, juruaudit akan membuat kesimpulan sama ada pencapaian yang dilaporkan memenuhi keperluan verifikasi (*conformance*) atau sebaliknya.
- Sebarang penemuan audit perlu didokumentasikan dengan lengkap pada borang PAF dan sebaiknya dimaklumkan kepada pihak *auditee* sebelum audit selesai.
- Juruaudit perlulah membuat kesimpulan hasil audit sesuatu KPI (*Full Conformance, Partial Conformance, Non-Conformance*).
- Setiap juruaudit dan auditee perlu mengesahkan aktiviti audit yang telah dilaksanakan sepertimana dalam borang PAF

13.3 Fasa Pasca Audit

- Mesyuarat penutup audit perlu dilaksanakan dengan dipengerusikan oleh ketua fasiliti atau wakil (pengurusan tertinggi).
- Ketua juruaudit perlu membentangkan hasil penemuan audit dalam mesyuarat tersebut dan melengkapkan pengisian borang *Performance Audit Report* (PAR).
- Keputusan ketua juruaudit berhubung dengan hasil akhir audit adalah muktamad.
- Sesalinan borang *Performance Audit Form* (PAF) yang telah lengkap bagi setiap KPI yang diaudit, perlulah dikemukakan oleh ketua juruaudit kepada fasiliti yang diaudit.
- Sesalinan borang PAR di peringkat fasiliti di bawah JKN perlu diserahkan kepada JKN selepas aktiviti audit selesai.

14.0 TATACARA PENGISIAN BORANG

14.1 *Performance Verification Form (PVF)*

- Borang PVF adalah dokumen rasmi yang digunakan bagi tujuan pengesahan pencapaian KPI. Ia perlu dilengkapkan bagi setiap KPI yang dipantau.
- Borang PVF perlu diisi dua (02) kali setahun bagi setiap KPI untuk pelaporan Januari - Jun dan Januari – Disember tahun semasa.
- Pengesahan pencapaian (*Performance Verification*) perlu dilengkapkan bagi setiap pelaporan oleh pegawai-pegawai yang dipertanggungjawabkan bersesuaian dengan akauntabiliti dan hierarki organisasi bagi setiap peringkat pemantauan KPI.
- Borang PVF yang telah lengkap perlulah disimpan oleh pegawai yang dilantik dan bertanggungjawab ke atas sesuatu KPI (*Person in charge*).
- Sekiranya terdapat perubahan pencapaian pada sesuatu KPI, borang PVF yang baru perlu diisi dan dilengkapkan. Salinan PVF terdahulu perlu disimpan sebagai rujukan.

14.2 *Performance Audit Form (PAF)*

Terdapat 4 komponen dalam borang PAF

- Pemahaman auditee mengenai aktiviti pemantauan KPI
- Sistem fail bagi indikator yang diaudit
- Verifikasi data yang telah divalidasi
- Aktiviti survelan di peringkat Unit/ Jabatan

Setiap item di dalam komponen diberikan markah yang berbeza mengikut kepentingan. Juruaudit perlu menilai dan memberikan pemarkahan bagi setiap item seperti yang dinyatakan di dalam borang PAF. Keputusan akhir bagi audit setiap KPI adalah mengikut julat markah yang telah ditetapkan. Perincian bagi setiap item adalah seperti di Jadual 1.

Jadual 1: Panduan Pengisian Borang PAF

TERMA	DEFINISI
<i>Understanding of the auditees</i>	
<i>Auditees able to show and explain the technical specification</i>	Yes bermaksud spesifikasi teknikal yang terkini bagi indikator yang diaudit dapat ditunjukkan kepada juruaudit. <i>Auditee</i> juga mampu menerangkan dengan baik akan perkara-perkara penting mengenai indikator tersebut melalui spesifikasi teknikal yang ditunjukkan.
<i>Auditee able to explain on data collection and calculation</i>	Yes bermaksud <i>auditee</i> faham dan boleh menerangkan proses pengumpulan dan pengiraan data sehingga ke pelaporan data.
<i>Auditee able to explain necessary actions to be taken if there is any SIQ</i>	Yes bermaksud <i>auditee</i> boleh menerangkan dengan baik apa yang perlu dilakukan sekiranya sesuatu KPI tidak mencapai sasaran. <i>Auditee</i> juga boleh menunjukkan borang SIQ KKM yang terkini dan kaedah pengisiannya.
<i>Filing system of the audited indicator</i>	
<i>Presence of the filing system</i>	Yes bermaksud satu fail khusus telah diwujudkan bagi penyimpanan data, arahan dan laporan pencapaian berkaitan sama ada format <i>hardcopy</i> atau <i>softcopy</i> .
<i>PVFs are being kept for at least 1 year</i>	Yes bermaksud rekod pencapaian melalui borang PVF perlu disimpan di dalam fail khusus berkaitan sekurang-kurangnya untuk tempoh 1 tahun. N/A bermaksud tiada PVF dapat dikemukakan kerana ia adalah KPI yang baru dipantau.
<i>Data validity</i>	
<i>Primary data and secondary data is shown, traceable and SIMILAR to the reported performance AND in accordance with the technical specification</i>	Yes bermaksud data primer dan data sekunder yang ditunjukkan adalah sama dengan pelaporan PVF dan selari dengan spesifikasi teknikal. Data kasar (<i>raw data</i>) dan belum diproses boleh ditunjukkan kepada juruaudit.
<i>PVF produced by CPSU is being used and shown</i>	Yes bermaksud borang PVF terkini yang diedarkan oleh Unit CPSU, CKPP telah digunakan untuk pengisian pencapaian indikator dan boleh ditunjukkan.

<i>Final reported data to Headquarters (HQ) or JKN is similar to PVF</i>	Yes bermaksud data pada borang PVF perlu sama dengan data yang dihantar ke Ibu Pejabat atau JKN. * Sekiranya terdapat perubahan pencapaian pada sesuatu KPI, borang PVF yang baru perlu diisi dan dilengkapkan. Salinan PVF terdahulu perlu disimpan sebagai rujukan.
<i>Performance verification- PVF must have the name, signature, designation and stamp of the accountable person. Date of verification must also be available</i>	Yes bermaksud PVF mestilah disahkan dengan memastikan tandatangan, jawatan dan cop anggota yang bertanggungjawab dinyatakan dengan lengkap. Tarikh verifikasi juga hendaklah dinyatakan.
Administrative and surveillance activities in the facility	
<i>Person in charge of the KPI appointed</i>	Yes bermaksud terdapat pegawai yang dilantik dan bertanggungjawab ke atas sesuatu KPI (<i>PIC, Person in charge</i>).
<i>This indicator performance has been discussed and documented</i>	Yes bermaksud pencapaian KPI tersebut ada dibincangkan dan direkodkan dalam mesyuarat di mana-mana peringkat fasiliti.
<i>If SIQ: action has been taken for improvement and able to show evidence</i>	Yes bermaksud <i>auditee</i> dapat menunjukkan bahawa tindakan (beserta bukti) telah diambil sekiranya sesuatu KPI yang dipantau tidak mencapai sasaran. Bagi perkara ini, juruaudit perlu merujuk kepada borang SIQ untuk KPI tersebut. N/A bermaksud KPI tersebut tidak mempunyai SIQ.
<i>There is evidence of previous external/ internal audit activity being conducted within 12 months</i>	Yes bermaksud terdapat bukti proses audit dalaman/ luaran dilakukan dengan salinan borang PAF (<i>Performance Audit Form</i>) (termasuk aktiviti audit sebelum ini) bagi KPI yang di audit dalam tempoh 12 bulan dari tarikh audit. N/A bermaksud audit tidak dijalankan kerana KPI baru dipantau (tempoh kurang 12 bulan)

<i>Audit Result</i>	20	Full Conformance (Akur/ Patuh Sepenuhnya) bermaksud hasil keseluruhan audit mendapat markah 20.
	11-19	Partial Conformance (Akur/ Patuh Sebahagian Daripadanya) bermaksud hasil keseluruhan audit mendapat markah 11-19 .
	0-10	Non- Conformance (Tidak Akur/ Tidak Patuh) bermaksud hasil keseluruhan audit mendapat markah 0-10 .
<i>Audit Findings & Acknowledgement</i>	Juruaudit perlu merekodkan sebarang penemuan dengan jelas dan lengkap terutamanya bagi komponen yang diberikan penilaian NO (markah 0).	

15.0 PERTANYAAN BERKENAAN GARIS PANDUAN

Sebarang pertanyaan mengenai garis panduan ini boleh berhubung dengan:

- Sekretariat Induk Teknikal KPI KKM
- Unit Survelan Pencapaian Klinikal (CPSU)
- Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan
- Bahagian Perkembangan Perubatan
- Emel: cpsu.medicaldev@moh.gov.my

16.0 TARIKH PELAKSANAAN

Garis panduan ini berkuatkuasa mulai Januari 2025.

17.0 PEMBATALAN GARIS PANDUAN TERDAHULU

Dengan penguatkuasaan garis panduan ini secara automatik akan membatalkan:

- Garis panduan Audit Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Program Perubatan Tahun 2022
- Polisi Pelaksanaan Audit bagi *Performance Indicator* Program Perubatan tahun 2013.
- Perkara 11 (*Performance Audit*) di dalam Garis panduan & Polisi Pengukuhan Pelaksanaan *Hospital Performance Indicator for Accountability* (HPIA) dan KPI Perkhidmatan Klinikal 2014 bagi Program Perubatan.
- Garis panduan Penambahbaikan Pelaksanaan Audit bagi *Performance Indicator* Program Perubatan 2016.
- Mana-mana garis panduan mengenai audit KPI dan HPIA yang terdahulu.

18.1 Performance Audit Report (PAR)

 **DOWNLOAD**

KPI (Key Performance Indicator)	Number of Audited Indicators	NUMBER OF INDICATORS ACCORDING TO THE STATUS ACHIEVED			Percentage of Full Conformance
		Full Conformance	Partial Conformance	Non-Conformance	
Pengarah Kesihatan Negeri (PKN)					
Timbunan Pengarah Kesihatan Negeri (TPKN)					
HPIA					
CISQI					
TOTAL					

PERFORMANCE SUMMARY

OTHER FINDINGS:

General Requirements of the Audit Activities (Please tick ☒ if the option)- to be filled by Lead Auditor	Opening Meeting chaired by the top management of the facility ALL auditee(s) or audited KPI were present on time at site during the audit activities (Auditees necessarily the presence of the KPI representative)
---	---

1

2

18.2 Performance Audit Form (PAF)

PERFORMANCE AUDIT FORM		PAF.CPSU Ver. 2025
AUDIT DATE (dd/mm/yyyy)		
FACILITY		
KPI: (Please ☒ the option) ☐ CII/SQI ☐ HPIA ☐ OTHERS: ☐ PPTPA: Name : Designation :		
PERIOD OF PERFORMANCE: (Please ☒ the option)		YEAR:
☐ JAN – JUN ☐ JAN – DEC ☐ OTHERS: Please specify:		
INDICATOR		
NOTE: This form is to be filled by the auditor during the audit activity. Performance that has been stated in the respected Performance Verification Form (PVF) and any other related written/document should be audited. Specific clinical processes are NOT part of this performance audit activity.		
A. Understanding of the auditees	Indicator and the technical specification: Auditee able to show and explain the technical specification (definition of terms, criteria, standards, etc.)	☐ Yes (3) ☐ No (0)
	Data collection process: Auditee able to explain on data collection and calculation.	☐ Yes (1) ☐ No (0)
	SIQ: Auditee able to explain necessary actions to be taken if there is any SIQ.	☐ Yes (1) ☐ No (0)
TOTAL POINTS		/5
B. Filing system of the audited indicator	Presence of filing system (proper filing system to keep the relevant KPI documents) ☐ Yes (1) PVFs are being kept for at least 1 year.	
TOTAL POINTS		
C. Data validity	Primary Data and Secondary Data is shown; the reported performance AND in accordance with the Performance Verification Form (PVF) produced shown (available).	
	Final reported data to HQ or JKN is similar to PVF.	
	Performance Verification - PVF must have the name and stamp of the accountable person. Date of verification available.	
TOTAL POINTS		



PERFORMANCE AUDIT FORM		PAF.CPSU Ver. 2025
D. Administrative and surveillance activities in the facility	Person in-charge of the KPI appointed (appointment letter available).	☐ Yes (1) ☐ No (0)
	This KPI performance has been discussed and documented.	☐ Yes (1) ☐ No (0)
	There is evidence of previous external/internal audit activity being conducted within 12 months (copy of PAF).	☐ Yes (1) ☐ No (0) ☐ N/A (1)
	If SIQ: action has been taken for improvement and able to show evidence.	☐ Yes (2) ☐ No (0) ☐ N/A (2)
TOTAL POINTS		/5
AUDIT RESULT:		
GRAND TOTAL		/20
☐ FULL CONFORMANCE (20) ☐ PARTIAL CONFORMANCE (11-19) ☐ NON- CONFORMANCE (0-10)		

AUDIT FINDING(S) & ACKNOWLEDGEMENT	
Findings & Auditor's Comments:	Auditor 1
	(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)
	Auditor 2
	(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)
Auditee	
(Name/ Signature/ Designation/ Stamp)	

18.3 Performance Verification Form (PVF)

PERFORMANCE VERIFICATION FORM				PVF.CPSU Ver. 2025	
FACILITY					
KPI: (Please ☒ the option)					
☐ CIIISQ ☐ HPIA ☐ OTHERS:					
PPTPA: Name : Designation :					
PERIOD OF PERFORMANCE: (Please ☒ the option)					YEAR:
☐ JAN – JUN ☐ JAN – DEC ☐ OTHERS: Please specify:					
INDICATOR					STANDARD
NUMERATOR		DENOMINATOR		PERFORMANCE ACHIEVED	
SIQ ☐ Yes ☐ No					
IF Yes, SIQ FORM SUBMITTED ☐ Yes ☐ No ☐ In progress					
NOTE: This form needs to be filled by the Officer in charge of the indicator at the facility.					
PERFORMANCE VERIFICATION:					
Person in charge of the indicator (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date: Contact Number:			Head of Unit/ Department/ Section/ Division Director (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:		
Head of Facility/Hospital Director/ State Director/ Division Director/ Head of Program (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:					
FOR THE USE OF QUALITY/ KPI UNIT ONLY PERFORMANCE CONFIRMATION: ☐ The above performance data is verified by the appropriate officers. ☐ Others (Please specify:) Person in charge (Name/ Signature/ Designation/ Stamp) Date:					

1



SEKALUNG PENGHARGAAN DAN TERIMA KASIH

PENASIHAT	
YBhg. Datuk Dr. Muhammad Radzi bin Abu Hassan Ketua Pengarah Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia	
YBhg. Dato' Indera Dr. Nor Azimi binti Yunus Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan) Kementerian Kesihatan Malaysia	
YBhg. Dato' Dr. Mohd Azman bin Yacob Pengarah Perkembangan Perubatan Bahagian Perkembangan Perubatan	
Dr. Azlihanis binti Abdul Hadi Timbalan Pengarah Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan	
PENGARANG	
Dr. Erlendawati binti Mohd Anuar Dr. Khairulina Haireen binti Khalid Dr. Mohd Fuad bin Sallehuddin Dr. Anith Shazwani binti Adnan Dr. Raihanah binti Zakaria Penyelia Jururawat Normala binti Salim Ketua Jururawat Noorafizah binti Mohd Nor Pn. Sarah Suhaini binti Sopian	Unit Surveilan Pencapaian Klinik (CPSU), Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan
EDITOR	
YBhg. Datin Dr. Nazita binti Yaacob Dr. Abdul Hamid bin Jaafar Dr. Sabirah binti Abu Bakar Dr. Yap Chia Wei Pn. Sharifah Shafawati binti Syed Mohd Hamdan Pn. Hamiza binti Aziz Pn. Aziatul Nureen binti Abdul Aziz Pn. Norhayati binti Abdullah	Dr. Ting Ming Ming Dr Zaitul Akma binti Baharuddin Dr. Nor Hasnira binti Ningal Dr. Siti Hanisah binti Zainal Dr. Juliza Ashram binti Baharam Dr. Nurul Nadiah Puteri binti Abdul Rahim
PEREKA GRAFIK	
En. Shahrizal bin Abu Samah	