

PEDOMAN PRAKTIK LAPANGAN I

A. PENDAHULUAN

Pengalaman belajar merupakan hal yang penting bagi anak didik untuk mencapai suatu keberhasilan dalam pendidikan. Praktik Lapangan I di bidang rekam medis & informasi merupakan penerapan teori di lapangan yang ditujukan bagi latihan profesional berdasarkan pendidikan akademik yang dituangkan dalam bentuk praktik.

Materi praktik diatur dengan tujuan agar mahasiswa menggunakan waktunya sebaik mungkin dan perhatian difokuskan pada praktik profesional dan pengembangan keterampilan yang diperlukan. Mahasiswa didorong untuk bertanggung jawab dalam mengarahkan kemampuan belajarnya sendiri, menuangkan, menganalisa dan menimbang setiap pengalaman, sehinggaawasannya lebih luas.

B. TOPIK

Prosedur Pelayanan Rekam Medis Dasar, KKPMT I dan KKPMT II

C. TEMPAT PRAKTIK

Rumah Sakit

D. TUJUAN

1. Tujuan Umum :

Secara umum tujuan kegiatan dari PKL adalah agar mahasiswa mampu memenuhi standar kompetensi klinik yang telah ditetapkan dalam Kurikulum Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK).

2. Tujuan Khusus :

Setelah mengikuti Praktik Lapangan mahasiswa mampu :

- a. Menjelaskan pelaksanaan rekam medis dasar dalam manajemen rumah sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- b. Melakukan identifikasi pasien dengan cara penamaan dan penomoran pasien.
- c. Mengelola sistem informasi RMIK di rumah sakit.
- d. Melakukan pengelolaan dokumen RMIK (Manajemen Informasi Kesehatan).
- e. Melakukan KKPMT pada sistem cardiovascular, respirasi, dan muskuloskeletal.
- b. Melakukan KKPMT pada sistem pencernaan, urinari, dan endokrin

E. KEGIATAN

1. PROSEDUR PELAYANAN REKAM MEDIS DASAR

a) Rekam Medis Dalam Manajemen Rumah Sakit

1) *Kompetensi*

Target kompetensi yang akan dicapai dalam kegiatan PKL tentang Rekam Medis Dalam Manajemen Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- (a).Menjelaskan klasifikasi rumah sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) RI No. 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- (b).Menjelaskan standar manajemen rumah sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) RI No. 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- (c).Menjelaskan Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (Manajemen Informasi Kesehatan) dalam manajemen rumah sakit.
- (d).Menjelaskan penyelenggaraan Rekam Medis sesuai PMK No.269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

2) *Bahan dan Alat*

- (a).Undang-undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis.
- (b).Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) RI No. 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- (c). PMK No.269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

3) *Penilaian Prosedur tindakan*

Penilaian prosedur tindakan pada bagian ini mencakup klasifikasi rumah sakit dan unit RMIK atau MIK yang dilakukan melalui pengamatan dan wawancara.Klasifikasi rumah sakit dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Lampiran 1).

b) Identifikasi dan Registrasi

1) *Kompetensi*

- (a).Mampu mendaftarkan atas semua kunjungan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan (registrasi pendaftaran pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap) sesuai dengan juknis penyelenggaraan rekam medis di institusi pelayanan kesehatan.
- (b).Mampu melakukan sistem penomoran rekam medis sesuai dengan sistem penomoran yang digunakan.
- (c).Mampu menerapkan sistem penamaan yang benar.
- (d).Mampu membuat indeks pasien sesuai dengan media yang digunakan.
- (e).Mampu mengoperasikan aplikasi pendaftaran/registrasi pasien sesuai tata cara registrasi pasien yang benar.
- (f).Mampu berkomunikasi dan bersikap profesional kepada pasien/keluarganya dan petugas terkait.

2) *Prosedur tindakan*

(a). *Bahan dan Alat*

Pendaftaran Rawat Jalan	Pendaftaran Rawat Inap
a) Kartu Berobat	a) Surat Permintaan Rawat
b) Kartu Asuransi/ BPJS	b) Kartu Berobat
c) KTP/ e KTP	c) Kartu Asuransi
d) Buku Registrasi rawat jalan/UGD	d) Buku Registrasi Rawat Inap
e) Daftar Praktek Dokter	e) Daftar Kamar Kosong
f) Formulir RM Pasien Baru	f) Formulir General Consent/ Persetujuan umum
g) Map RM	g) Formulir RM Pasien Rawat Inap
h) Kartu Indeks Pasien	h) Bukti Registrasi
i) Master Indeks Pasien	i) ATK
j) Bukti Registrasi	

k) Outguide/Treker	
l) Bon Pinjam	
m) ATK	

(b). Urutan tindakan prosedur

(1) Registrasi Pasien Baru

Dalam Praktikum Registrasi pasien baru ini, anda akan mempraktekkan proses pengumpulan data, menyiapkan indeks utama pasien, membuat kartu berobat dan menyiapkan rekam medis pasien baru.

- Menggunakan komunikasi efektif dengan teknik 3 S 1 T yaitu Senyum, Salam, Sapa dan diakhiri Terima Kasih
- Siapkan formulir pasien baru dan berilah penjelasan cara mengisi biodata pasien
- Formulir pendaftaran pasien baru ditulis nama dan tanda tangan pasien/ keluarga
- Setelah biodata diisi, cek kelengkapan biodata dengan identitas yang dibawa pasien (KTP/eKTP/SIM/PASPOR)
- Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan masa berlaku kartu asuransi/jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/jaminan kesehatan, pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien. Catatan penting lainnya yang berlaku di asuransi/jaminan kesehatan, misalnya:
 - Penyakit konginetal/ bawaan umumnya asuransi tidak menjamin
 - Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin dll
- Buatlah indeks utama pasien (*paper based* atau elektronik)
- Siapkan buku register pasien rawat jalan, registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik (*paper based* atau elektronik)
- Tulis biodata pasien sesuai data yang ada di dalam buku register pasien rawat jalan, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan yang berlaku di lahan PKL.
- Setelah biodata disimpan maka akan didapat nomor rekam medis pasien baru.
- Setelah pasien mendapat nomor rekam medis, tulis nomor rekam medis pada lembar formulir pendaftaran pasien baru.
- Membuat kartu berobat pasien
- Kartu berobat diserahkan ke pasien/ keluarga pasien
- Memberikan nomor antrian sesuai pelayanan yang dibutuhkan

- Langkah selanjutnya, anda menyiapkan rekam medis pasien baru, ambil map rekam medis pasien tulis nama sesuai sistem penamaan misalnya *family name* dan nomor rekam medis pasien
- Siapkan Formulir rekam medis rawat jalan
- Lengkapi pengisian formulir ringkasan riwayat klinik

(2) Registrasi Pasien Lama

Prosedur yang dilakukan adalah:

- Anda meminta kartu berobat pasien
- Bila pasien tidak membawa kartu berobat, maka cari pada kartu indeks utama pasien/ IUP, Bila nomor sudah ditemukan cocokkan dengan identitas pasien (KTP/eKTP/SIM/PASPOR)
- Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/ jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan masa berlaku kartu asuransi/ jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/ jaminan kesehatan, Pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien. Catatan penting lainnya yang berlaku di asuransi/ jaminan kesehatan, misalnya:
 - Penyakit konginetal/ bawaan umumnya asuransi tidak menjamin
 - Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin dll
- Anda meng-up date data pada indeks utama pasien, bila ada perubahan data
- Siapkan buku register pasien rawat jalan, registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik
- Tulis data pasien ke dalam buku register pasien rawat jalan, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan yang berlaku di lahan PKL.
- Proses pendaftaran pasien lama selesai, tanyakan apakah ada lagi yang ingin ditanyakan bila tidak ucapkan terima kasih, silahkan tunggu di ruang...(sesuai pelayanan yang dituju)
- Buatlah Bon pinjam dan masukkan kedalam *Outguide/Tracer*
- Serahkan *Outguide/Tracer* ke petugas penyimpanan rekam medis, bila sudah komputerisasi maka bon pinjam akan tercetak di ruang penyimpanan dan petugas penyimpanan akan memasukkan bon pinjam tersebut ke dalam *outguide /Tracer*

3) Registrasi Pasien Rawat Inap

Pada prinsipnya pasien yang dirawat di rumah sakit dapat masuk melalui Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat jalan baik klinik umum maupun klinik spesialis. Langkah-langkah praktikum registrasi pasien rawat inap, adalah:

- Lakukan 3S1T
- Tanyakan surat permintaan atau pengantar rawat inap

- Lihat dari mana surat pengantar rawat tersebut dibuat apakah dari UGD, atau poliklinik. Anda dapat melihat asal pengirim dari nama dan tanda tangan dokter yang tertera pada surat pengantar rawat
- Tanyakan cara pembayaran perawatan rawat inap kepada pasien
- Jika Pembayaran dengan cara pribadi/ umum anda jelaskan kelas perawatan, biaya per kelas dan fasilitas yang tersedia di kamar perawatan tersebut, akan lebih informatif bila dijelaskan dalam bentuk gambar-gambar sehingga pasien mempunyai gambaran jelas tentang ruang perawatan yang akan dipakai
- Jika cara pembayaran menggunakan asuransi/ jaminan kesehatan, maka perlu diperhatikan persyaratan klaim yang berlaku dan cek kelengkapan dokumen klaim. Perhatikan masa berlaku kartu asuransi jaminan kesehatan, identitas kepemilikan kartu asuransi/ jaminan kesehatan, Pemanfaatan dari asuransi/ jaminan kesehatan pasien kelas perawatan yang sudah tertera pada kartu. Atau Catatan penting lainnya yang berlaku di asuransi/ jaminan kesehatan, misalnya:
 - Penyakit konginetal/ bawaan umumnya asuransi tidak menjamin
 - Penyakit yang berhubungan dengan kecantikan
 - Untuk pasien dengan paritas kehamilan ke 4 dan seterusnya tidak dijamin dll

Untuk pelaporan pasien masuk rawat lakukan konfirmasi ke asuransi/ jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit.

- Setelah proses jaminan asuransi selesai, anda menghubungi ruang perawatan untuk memastikan kamar yang dipesan belum terpakai
- Tulis kamar perawatan yang dipesan di surat pengantar rawat, mintakan pasien/ keluarga untuk membubuhkan nama dan tanda tangan, juga anda sebagai petugas pendaftaran
- Kemudian, anda menjelaskan persetujuan umum/ general consent, jika pasien/ keluarga sudah mengerti minta membubuhkan nama dan tanda tangan, juga pada saksi1, saksi 2 (bila ada) dan juga anda sebagai petugas pemberi informasi.
- Setelah itu cek kembali general consent, jika belum lengkap mintakan kembali ke pasien/ keluarga yang belum lengkap.
- Siapkan Formulir Pasien rawat inap
- Siapkan buku register pasien rawat inap, registrasi pasien dapat dilakukan dengan cara manual maupun elektronik
- Tulis data pasien ke dalam buku register pasien rawat inap, dalam menulis kolom nama sesuaikan dengan sistem penamaan, praktekkan dengan menggunakan penulisan nama keluarga.
- Proses pendaftaran pasien rawat inap selesai.

4) **Prosedur Pasien Pindah Rawat**

- Anda meminta surat pindah rawat kepada pasien/ keluarga pasien
- Masukkan data pasien di buku register rawat inap pada kolom pindah intern RS dari (menuliskan nama ruangan sebelumnya, kelas dan tanggal pindah), dipindahkan intern RS ke (menuliskan nama ruangan baru, kelas dan tanggal dipindah). Setelah itu ada

beri ceklis surat pindah rawat dan menyerahkan ke bagian keuangan untuk diacc

- Surat pindah ruangan dikembalikan ke pasien/ keluarga untuk diberikan ke perawat ruangan

5) **Prosedur Pasien Pulang Rawat**

Keadaan pasien pulang rawat inap dapat dibagi menjadi 2 yaitu pulang Hidup dengan kondisi sembuh, pulang paksa atau dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang lebih tinggi, dapat pula pulang mati, < 48 jam atau > 48 jam.

Adapun langkah-langkah kegiatan pasien pulang, sebagai berikut:

- Anda mintakan surat izin pulang dari dokter yang merawat pasien dapat dilihat
- Masukkan data pasien di buku register tanggal dan jam keluar rumah sakit baik Hidup maupun mati atau meninggal.
- Beri ceklis pada surat izin pulang dan menyerahkan ke bagian keuangan untuk diproses billing pasien tersebut
- Pasien/keluarga menunggu diruangan, setelah proses billing selesai pasien dapat pulang.

(c). Penilaian Prosedur tindakan

Pembimbing PKL akan menilai dan mencatat setiap langkah kegiatan yang telah anda lakukan. Hasil pengamatan instruktur akan dituangkan dalam Lembar penilaian (Lampiran 2).

c) **Pengelolaan Rekam Medis**

1) *Kompetensi*

- (a). Mampu membuat indeks utama pasien
- (b). Mampu membuat indeks penyakit
- (c). Mampu membuat indeks tindakan
- (d). Mampu membuat indeks kematian
- (e). Mampu membuat indeks dokter
- (f). Melakukan Penjajaran RM dengan system Angka Langsung/*Straight Numerical*, Angka Tengah/ *Middle Digit Filing*, Angka Akhir/*Terminal Digit Filing*
- (g). Mampu Mengambil Kembali (*Retrieval*) Dengan Cepat Rekam Medis Yang Diperlukan Untuk Memenuhi Kebutuhan Asuhan Pasien Dan Berbagai Kebutuhan Lainnya.

2) *Prosedur tindakan*

Bahan dan Alat

- (a). Memastikan rumah sakit lahan PKL telah melakukan indeksing dan penjajaran secara manual atau komputerisasi.
- (b). Indeks utama pasien (MPI)
- (c). Indeks penyakit
- (d). Indeks tindakan
- (e). indeks kematian
- (f). Rekam Medis RJ
- (g). Rekam Medis RJ
- (h). Outguide/Tracer
- (i). Bon Pinjam
- (j). Buku Register Peminjaman Rekam Medis

3) *Penilaian Prosedur tindakan*

Untuk melihat capaian pembelajaran PKL, Pembimbing lapangan akan menilai kegiatan ini dengan memberi tanda checklist (√) pada lembar penilaian indeks dan filing (Penjajaran) Rekam Medis (lampiran 3) terdapat kolom pilihan Dilaksanakan, Tidak dilaksanakan atau kurang tepat, sesuai hasil PKL di rumah sakit!

2. PROSEDUR KKPMT I (KARDIOVASKULAR, RESPIRASI, MUSKULOSKELETAL)

a) **Kompetensi**

Target kompetensi yang akan di capai dalam kegiatan PKL I tentang Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan, sebagai berikut:

- a) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem kardiovaskular berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 kasus dengan tepat
- b) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem respirasi berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 kasus dengan tepat.
- c) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem musculoskeletal berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 kasus dengan tepat

b) **Prosedur dan Tindakan**

1) Bahan dan alat :

- (a). ICD-10 dan ICD-9CM
- (b). Rekam Medis Pasien
- (c). SPO (standar prosedur operasional) Rumah Sakit
- (d). Komputer

2) Urutan tindakan prosedur :

(a). Tata cara kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10

No.	Tindakan	Keterangan
1	Tentukan Lead – term	Lead-term yang Anda pilih untuk panduan mencari di halamanurut abjad pada ICD-10 vol 3 Bila Lead - term yang anda pilih tereja dalam Bahasa Indonesia, ubahlah menjadi ejaan bahasa Inggris diagnosis terkait.
2	Telusuri di indeks abjad vol. 3.	Pilih istilah yang dimaksud beserta nomor ICDnya serta perhatikan: Adanya kata-kata dalam kurang yang mengikutinya, adanya perintah lain yang menyertainya, Misalnya : (see also S ...) atau – Meningitis atau see - condition, dll) kemungkinan Note: - ... yang ada.
3	Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan	

	code Anda.	
4	Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1.	Baca semua keterangan : - Excludes, - Includes, - Note atau - keterangan dalam (see page, ... atau see also dsb) atau keterangan : Use additional cause code dsb. Yang mungkin ada di atas atau di bawah judul Blok atau di bawah judul kategori terkait.
5	Jalankan perintah yang Ada	Ada kemungkinan ada perubahan nomor code pada digit-ke 4, atau tambahan digit ke 5 atau tambahan additional code , external code atau M - code dsb.
6	Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud	Contoh: Anemia ternyata setelah dicek: Anemia pada bumil. Perhatikan Excludes pada masing BAB Demam tifus tidak sama dengan typhoid fever. Typhus abdominalis sama dengan sebutan typhoid Fever
7	Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau	
	komplikasi? Atau simtoma? Atau comorbidity atau Diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?	

(b). Tata cara kodefikasi tindakan berdasarkan ICD-9CM

Hal- hal yang harus diperhatikan :

- (1) Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai dengan apa yang ditulis oleh dokter dalam laporan operasi, koder harus mengklarifikasi hal tersebut dengan dokter yang bersangkutan.
- (2) Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative.
- (3) Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak

Langkah-langkah koding :

- (4) Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya
- (5) Kroscek ke dalam daftar tabulasi

- (6) Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi
- (7) Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup 4 digit

c. Penilaian Prosedur tindakan

Petunjuk penilaian:

Berikan tanda (V) pada kolom penilaian atau berdasarkan hasil pengamatan Pembimbing Klinik pada lembar penilaian (Lampiran 4)

3. PROSEDUR KKPMT II (PENCERNAAN, ENDOKRIN, URINARI)

a. Kompetensi

Target kompetensi yang akan di capai dalam kegiatan PKL I tentang Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan, sebagai berikut:

- 1) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem pencernaan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 Kasus dengan tepat
- 2) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem endokrin berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 Kasus dengan tepat
- 3) Menentukan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem urinary berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM 10 Kasus dengan tepat

b. Prosedur Tindakan

- 1) Bahan dan alat:
 - (a). ICD-10 dan ICD-9CM
 - (b). Rekam Medis Pasien
 - (c). SPO (standar prosedur operasional) Rumah Sakit
 - (d). Komputer
- 2) Urutan tindakan prosedur :
 - (a). Tata cara kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10

NO	TINDAKAN	KETERANGAN
1	Tentukan Lead - term	Lead-term yang Anda pilih untuk panduan mencari di halamanurut abjad pada ICD-10 vol 3. Bila Lead - term yang anda pilih tereja dalam Bahasa Indonesia, ubahlah menjadi ejaan bahasa Inggris diagnosis terkait.
2	Telusuri di indeks abjad vol. 3.	Pilih istilah yang dimaksud beserta nomor ICDnya serta perhatikan : Adanya kata-kata dalam kurang yang mengikutinya, adanya perintah lain yang menyertainya, Misalnya :

NO	TINDAKAN	KETERANGAN
		(see also S _...) atau see – Meningitis atau see - condition, dll) dan kemungkinan Note: - ... yang ada.

3	Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda.	
4	Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1.	Baca semua keterangan : - Excludes , - Includes , - Note atau - keterangan dalam (see page, ... atau see also dsb) atau keterangan : Use additional cause code dsb. Yang mungkin ada di atas atau di bawah judul Blok atau di bawah judul kategori terkait.
5	Jalankan perintah yang Ada	Ada kemungkinan ada perubahan nomor code pada digit-ke 4, atau tambahan digit ke 5 atau tambahan additional code , external code atau M - code dsb.
6	Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud	Contoh: Anemia ternyata setelah dicek: Anemia pada bumil. Perhatikan Excludes pada masing BAB Demam tifus tidak sama dengan typhoid fever. Typhus abdominalis sama dengan sebutan typhoid fever
7	Analisis kembali apakah code yang Anda pilih	
	adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau comorbidity atau Diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?	

(b).Tata cara kodefikasi tindakan berdasarkan ICD-9CM

Hal- hal yang harus diperhatikan :

- 1) Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai dengan apa yang ditulis oleh dokter dalam laporan operasi, koder harus mengklarifikasi hal tersebut dengan dokter yang bersangkutan.
- 2) Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative.
- 3) Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak

Langkah-langkah koding :

- 1) Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya
- 2) Kroscek ke dalam daftar tabulasi

- 3) Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi
- 4) Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup 4 digit

c. Penilaian Prosedur tindakan

Petunjuk penilaian:

Berikan tanda (V) pada kolom penilaian atau berdasarkan hasil pengamatan Pembimbing Klinik (Lampiran 5)

F. EVALUASI

Evaluasi atau penilaian dilakukan melalui beberapa metode, yaitu:

1. Kehadiran

Kehadiran dinilai berdasarkan kehadiran mahasiswa dalam melaksanakan kegiatan PKL. Standar pencapaian sebesar 100% sedangkan bobot penilaian sebesar 5%.

2. Kinerja

Bobot penilaian sebesar 15%. Komponen penilaian kinerja meliputi:

- a. Kedisiplinan
- b. Kerajinan
- c. Kerja sama
- d. Kreativitas
- e. Etis dan profesional
- f. Kecakapan

3. Pencapaian Target Kompetensi

Pencapaian target kompetensi adalah kompetensi yang telah dilakukan oleh mahasiswa selama praktik berlangsung dengan penilaian oleh pembimbing praktik klinik. Bobot penilaian sebesar 20%.

4. Laporan dan Seminar

Laporan adalah laporan yang disusun oleh mahasiswa selama mahasiswa melaksanakan praktik dengan topik yang sudah ditentukan. Hasil laporan dipresentasikan dihadapan pembimbing praktik akademik/supervisor dalam bentuk seminar laporan. Bobot penilaian sebesar 30%.

5. Uji komprehensif

Uji komprehensif adalah ujian yang ditempuh mahasiswa dalam mengerjakan kompetensi praktik tertentu. Bobot penilaian sebesar 30%.

G. JADWAL EVALUASI

Jadwal evaluasi PKL I sebagai berikut:

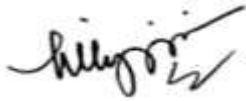
No.	Evaluasi	Waktu Evaluasi
1	Kehadiran	Setiap hari
2	Kinerja	Akhir PKL I
3	Laporan dan Ujian Laporan PKL I	Minggu ke 3 dan 4
4	Pencapaian Target Kompetensi	Minggu ke 2, 3 dan 4 (Bimbingan kampus hari Jum'at, Jam 15.00 s/d17.00 WIB)
5	Uji Komprehensif	Minggu ke 3 dan 4

H. SISTEMATIKA LAPORAN PRAKTIK LAPANGAN I

TOPIK: Prosedur Pelayanan Rekam Medis Dasar, KKPMT I dan KKPMT II

- Bab I : Pendahuluan, berisi latar belakang, tujuan, manfaat dan ruang lingkup penulisan.
- Bab II : Gambaran umum rumah sakit, meliputi : Klasifikasi Rumah Sakit, struktur organisasi rumah sakit, struktur organisasi bagian rekam medis, Kualifikasi SDM bagian rekam medis
- Bab III : Prosedur Pelayanan Rekam Medis Dasar meliputi : Struktur organisasi bagian Rekam Medis, meliputi : identifikasi dan registrasi, pengolahan rekam medis
- Bab IV : Hasil Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem kardiovaskular, respirasi dan musculoskeletal berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM masing-masing 10 kasus.
- Bab V : Hasil Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait Kesehatan serta Tindakan (KKPMT) sistem pencernaan, endokrin dan urinari berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM masing-masing 10 kasus
- Bab XI : Penutup, berisi kesimpulan dan saran
- Lampiran : Berisi Lembar Pengamatan, Lembar penilaian, daftar hadir, loogbook

D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL



Lily Widjaya, SKM.,MM

Ketua Program Studi

LEMBAR KERJA PKL I
TOPIK : PROSEDUR PELAYANAN REKAM MEDIS DASAR

1. Klasifikasi Rumah Sakit

Berilah tanda checklist (√) pada kolom pilihan Tersedia atau Tidak Tersedia sesuai hasil pengamatan dan wawancara di rumah sakit lahan PKL!

a) Rumah Sakit Umum

Jenis Kelas RS Umum Berdasarkan Permenkes No. 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi RS				
Pelayanan		Tersedia	Tidak Tersedia	Keterangan
Pelayanan Medik Umum				
1	Pelayanan Medik Dasar			
2	Pelayanan Medik Gigi dan Mulut			
3	Pelayanan KIA/KB			
Pelayanan Gawat Darurat				
1	24 jam & 7 hari seminggu			
Pelayanan Medik Dasar				
1	Penyakit Dalam			
2	Kesehatan Anak			
3	Bedah			
4	Obstetri dan Ginekologi			
Pelayanan Spesialis Penunjang Medik				
1	Radiologi			
2	Patologi Klinik			
3	Anestesiologi			
4	Rehabilitasi Medik			
5	Patologi Anatomi			
Pelayanan Medik Spesialis lain				
1	Mata			
2	Telinga Hidung dan Tenggorokan			
3	Syaraf			
4	Jantung dan Pembuluh darah			
5	Kulit dan Kelamin			
6	Kedokteran Jiwa			
7	Paru			
8	Orthopedi			
9	Urologi			
10	Bedah Syaraf			
11	Bedah Plastik			
12	Kedokteran Forensik			
Pelayanan Medik Spesialis Gigi dan Mulut				
1	Bedah Mulut			
2	Konservasi/Endodonsi			
3	Orthodonti			
4	Periodonti			
5	Prosthodonti			

b) Rumah Sakit Khusus

Jenis Kelas RS Khusus				
Berdasarkan Permenkes No. 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi RS				
A. Jenis Kelas RS Khusus		Kelas A	Kelas B	Kelas C
1	RS Kusta			
2	RS Mata			
3	RS Rehabilitasi Medik			
4	RS Jiwa			
5	RS Bedah			
6	RS Paru			
7	RS Bersalin			
8	RS Gigi dan Mulut			
9	RS Ketergantungan Obat			
10	RS Ibu dan Anak			
11	RS Penyakit Infeksi			
12	RS Orthopedi			
13	RS Khusus THT			
14	RS Stroke			
15	RS Kanker			
16	RS Khusus Jantung			
17	RS Khusus Ginjal			
18	RS Kulit dan Kelamin			
B. Standar Klasifikasi RS				
I	Pelayanan			
	Jenis Pelayanan			
	1	Utama		
	2	Spesialis lainnya		
	3	Penunjang		
4	Umum			
II	Sumber Daya Manusia			
	1	Tenaga Medis		
	2	Perawat		
	3	Kesehatan lain		
III	Sarana dan Prasarana			
	1	Rawat Jalan		
	2	Rawat Inap		
	3	Rawat Darurat		
	4	Ruang Operasi		
		Dst		
IV	Peralatan			

	Sebutkan jenis peralatan yang tersedia di lahan PKL				
	-				
	-				
	-				
	-				
	-				
V	Administrasi dan Manajemen		Tersedia	Tidak Tersedia	Keterangan
	1	Status Badan Hukum			
	2	Struktur Organisasi			
	3	Tatalaksana/Tata Kerja/Uraian Tugas			
	4	Peraturan Internal Rumah Sakit			
	5	Komite Medik			
	6	Komite Etik dan Hukum			
	7	Satuan Pemeriksa Internal (SPI)			
	8	Surat Izin Praktek Dokter			
	9	Perjanjian Kerjasama Rumah Sakit dan Dokter			
	10	Akreditasi Rumah Sakit			

c) Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) atau MIK

Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) atau MIK					
Tatakelola UK RMIK (MIK)		Tersedia	Tidak Tersedia	Keterangan	
1	Struktur Organisasi				
2	Visi				
3	Misi				
4	Tujuan				
Sumber Daya Manusia		Tersedia	Tidak Tersedia	Keterangan	
1	Ka. Unit atau Ka. Bag UK RMIK (MIK)				
2	PMIK Terampil - Pelaksana (II C)				
3	PMIK Terampil - Pelaksana Lanjut (II D)				
4	PMIK Terampil - Penyelia (III A-III D)				
5	Non PMIK				
Kegunaan atau Tujuan Rekam Medis		Tersedia	Tidak Tersedia	Keterangan	
1	Keberlanjutan Pelayanan Pasien				
2	Evaluasi Pelayanan Pasien				
3	Media komunikasi antar PPA				
4	Pendidikan dan Penelitian				

5	Hukum (Medico-legal)			
6	Pelaporan (Statistik dan Kesehatan Masyarakat)			
7	Pembayaran dan <i>Reimbursement</i>			
Pengguna Rekam Medis		Ya	Tidak	Keterangan
1	Dokter			
2	Perawat			
3	Bidan			
4	Ahli Gizi			
5	Apoteker			
6	Psikologi Klinis			
7	Penata Anestesi			
8	Terapi Fisik			
9	Pasien			
10	Keluarga Pasien			
11	Mahasiswa			
12	Peneliti			
	Dst			

d. Alur Pasien dan Rekam Medis

Untuk mengamati alur pasien di RS, berilah no urut pada unit sesuai urutan aktivitas pelayanan pasien di RS atau fasilitas pelayanan Kesehatan, meliputi pelayanan rawatn jalan, rawat inap dan rawat darurat!

Unit Pelayanan Pasien	TPP RJ	TPP IGD	TPP RI	Poli-- klinik	IGD	RI	Kasir (Keu)	Apotik (Farmasi)	Unit Penunjang (Lab, Ro dll)	Pasien Pulang (dirujuk)
Rawat jalan										
Rawat Inap										
Rawat Darurat										

e. Alur Data Pasien dan Rekam Medis

Untuk mengamati alur data dalam rekam medis di RS, berilah no urut pada unit sesuai urutan aktivitas pelayanan pasien di RS atau fasilitas pelayanan Kesehatan, meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat!

Unit Pelayanan Pasien	TPP RJ	TPP IGD	TPP RI	Poliklinik	IGD	RI	Unit Penunjang(Lab, Ro dll)	Unit Kerja RMIK (MIK)
-----------------------	--------	---------	--------	------------	-----	----	------------------------------	-----------------------

Rawat jalan								
Rawat Inap								
Rawat Darurat								

2. Identifikasi dan Registrasi

a. Lembar penilaian instruktur praktikum Registrasi Pasien Baru Rawat Jalan

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
I	Pendaftaran Pasien Baru Rawat Jalan			
	A. Sikap Petugas 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab			
	B. Memeriksa surat pengantar/ rujukan dari Puskesmas/ RS luar/ Klinik/ dokter praktek			
	C. Memeriksa kelengkapan biodata pada formulir pendaftaran pasien baru sesuai identitas pasien (KTP/ eKTP/SIM/PASPOR)			
	D. Menyiapkan dokumen yang diperlukan untuk klaim pembayaran bila pasien asuransi/ jaminan kesehatan			
	E. Menyiapkan Formulir Ringkasan Riwayat Klinik 1. Nomor Rekam Medis 2. Nama Pasien 3. Alamat Pasien 4. Tempat/Tgl Lahir (Umur) 5. Jenis Kelamin 6. Status Keluarga 7. Agama 8. Pekerjaan 9. Dokter Penanggung Jawab			
	F. Membuat kartu Berobat 1. Nama Pasien 2. Nomor RM 3. Jenis Kelamin 4. Tempat/Tgl lahir			

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
	G. Membuat Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) <ol style="list-style-type: none"> 1. Nomor RM 2. Nama Lengkap 3. Jenis Kelamin 4. Tempat/Tgl lahir 5. Nama Ayah 6. Pekerjaan 7. Tanggal Masuk 8. Tanggal Keluar 9. Hasil 10. Dokter yang Merawat 			
	H. Mencatat di Buku Registrasi Rawat jalan			

b. Lembar penilaian instruktur praktikum Registrasi Pasien Lama Rawat Jalan

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksa- nakan (0)	Kurang tepat (1)
II	Pendaftaran Pasien Lama Rawat Jalan			
	A. Sikap Petugas <ol style="list-style-type: none"> 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab 			
	B. Memeriksa surat pengantar/ rujukan dari Puskesmas/ RS luar/ Klinik/ dokter praktek			
	C. Meminta kartu berobat pasien dan melihat nomor rekam medis guna menyiapkan rekam medis pasien			
	D. Menyiapkan dokumen yang diperlukan untuk klaim pembayaran bila pasien asuransi/ jaminan kesehatan			

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak dilaksana- nakan (0)	Kurang tepat (1)
	E. Meng- <i>update</i> Kartu Indeks Utama Pasien			
	F. Mencatat pada buku register pasien rawat jalan			
	G. Membuat bon pinjam rekam medis kemudian diserahkan ke petugas bagian penyimpanan rekam medis			

c. Lembar penilaian instruktur praktikum Registrasi Pasien Rawat Inap

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksana Kan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
III	Registrasi Pendaftaran Pasien Rawat Inap			
	A. Sikap Petugas 1. Ramah 2. Sopan 3. Tertib 4. Penuh Tanggung Jawab			
	B. Memeriksa kelengkapan surat Pengantar Rawat 1. Ada surat pengantar rawat dari dokter RS yang memeriksa pasien 2. Membawa kartu berobat 3. Dikirim oleh dokter poliklinik atau 4. Dikirim oleh dokter IGD			
	C. Memberikan informasi 1. Tempat tidur yang tersedia 2. Jenis ruang rawat dan tarif kelas, spesialisasi dan tindakan 3. Bagaimana cara pembayaran 4. Peraturan selama pasien dirawat			
	D. Menyiapkan rekam medis pasien dengan menghubungi petugas di bagian penyimpanan rekam medis			

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksana Kan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
	E. Memberikan dan menjelaskan formulir General consent dan mengecek kelengkapan formulir tersebut			
	F. Mencatat pada buku register pasien rawat inap			

3. Pengelolaan Rekam Medis

a. Lembar penilaian pembimbing lapangan Kegiatan Indeksing

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
I	Indeks Utama Pasien			
	Membuat Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)			
	1. Nomor RM			
	2. Nama Lengkap			
	3. Jenis Kelamin			
	4. Tempat/Tgl lahir			
	5. Nama Ayah			
	6. Pekerjaan			
	7. Tanggal Masuk			
	8. Tanggal Keluar			
	9. Hasil			
	10. Dokter yang Merawat			
II	Indeks Penyakit			
	1. Membuat Indeks Penyakit Rawat Jalan			
	2. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit Pasien			
	3. Memberi no urut			
	4. Menuliskan NORM			
	5. Memilih jenis kelamin			
	6. Memilih kelompok usia pasien			
	7. Menulis kode klinik			
	8. Menulis tanggal pemeriksaan			
	9. Menulis Diagnosa sekunder			
	10. Menulis operasi kecil bila ada			
	11. Menulis nama dokter			
	12. Memilih asal pasien berdasarkan data Alamat			

No	Aspek yang Dinilai	Pelaksanaan oleh Mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak Dilaksanakan (0)	Kurang Tepat (1)
	<p>A. Membuat Indeks Penyakit Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa sekunder 10. Menuliskan komplikasi 11. Menulis tindakan operasi bila ada 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat <p>B. Jenis Data pada indeks penyakit</p> <p>C. Menyebutkan Diagnosa Utama pasien</p> <p>D. Menyebutkan Komplikasi (Nosokomial) bila ada</p> <p>E. Diagnosa lain bila ada</p>			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak di laksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	<p>C. Membuat indeks penyakit sesuai Konsep International Classification of Deaseas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari Kode ICD 10, diagnosis sesuai kondisi pasien 2. Memberi no urut 3. Memberi no registrasi 4. Menuliskan NORM 5. Memilih jenis kelamin dan menuliskan usia pasien 6. Menulis suku 7. Menuliskan wilayah 8. Menulis tanggal masuk dan tanggal keluar 9. Menulis LOS pasien 10. Memilih digit ke 4(subdivision) 			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak di laksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	11. Menulis digit ke 5 bila ada 12. Menulis manifestasi * 13. Menulis kode morfologi 14. Menulis additional code 15. Menuliskan diagnosa sekunder dengan pilihan comorbit, komplikasi, lain2 16. Menuliskan external cause dengan pilihan utama, digit ke 5, digit ke6) 17. Menuliskan kode tindakan dengan pilihan utama dan lain2 18. Nama dokter dengan pilihan dokter yang merawat, konsulen, bedah, anastesi 19. Hasil perawatan dengan pilihan hidup (sembuh, cacat, clinical care, rujuk) dan meninggal (<48 jam, >48 jam, autopsi 20. Biaya perawatan			
III	Indeks Tindakan			
	Membuat Indeks tindakan/ operasi 1. Mencari Kode ICD 9CM sesuai kode tindakan pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk, operasi dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis operasi lain 10. Menulis Diagnosa utama 11. Menuliskan diagnosa lain 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data alamat 14. Keterangan diisi lain-lain			
IV	Indeks Kematian			

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Dilaksanakan (2)	Tidak di laksanakan (0)	Kurang tepat (1)
	Membuat Indeks Kematian 1. Mencari Kode ICD 10 sesuai kode penyakit Pasien 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk dan keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa sekunder 10. Menuliskan komplikasi 11. Menulis tindakan operasi bila ada 12. Menulis nama dokter 13. Memilih asal pasien berdasarkan data Alamat			

V	Indeks Dokter			
	Membuat Indeks dokter 1. Mencari Kode dokter 2. Memberi no urut 3. Menuliskan NORM 4. Memilih jenis kelamin 5. Memilih kelompok usia pasien 6. Menulis nama ruang/bagian 7. Menulis tanggal masuk, operasi dan Keluar 8. Menulis lama rawat 9. Menulis Diagnosa utama 10. Menuliskan komplikasi 11. Menuliskan tindakan operasi 12. Menulis hasil perawatan dengan pilihan hidup atau mati 13. Memilih asal pasien berdasarkan data Alamat 14. Keterangan diisi lain-lain			

- b. Lembar penilaian Pembimbing Lapangan *Filing* (Penjajaran) Rekam Medis dengan Cara Alfabetik

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Tepat (2)	Kurang tepat (1)	Tidak tepat (0)
I	Ketepatan Penjajaran			
	A. Tepat pada dua Abjad awal nama pertama 1. Abjad pertama nama pasien 2. Abjad kedua nama pasien			
	B. Tepat pada dua Abjad nama berikutnya 1. Abjad pertama nama pasien pada dua abjad berikutnya 2. Abjad kedua nama pasien pada dua abjad Berikutnya			
	C. Menggunakan alat penjajaran yang tepat dan lengkap: 1. Tracer digunakan 2. Tracer diambil sesudah digunakan 3. Bon pinjam ditulis lengkap 4. Bon pinjam dikeluarkan sesudah digunakan 5. Mengisi Buku Ekspedisi saat mengirim RM 6. Mengisi buku ekspedisi saat mengembalikan RM			

- c. Lembar penilaian pembimbing lapangan Penjajaran Rekam Medis secara Penomoran

No	ASPEK YANG DINILAI	Pelaksanaan oleh mahasiswa		
		Tepat (2)	Kurang tepat (1)	Tidak tepat (0)
I	Ketepatan Penjajaran			
	A. Tepat pada Angka Primer 1. digit awal angka primer 2. digit kedua angka primer			
	B. Tepat pada Angka Sekunder 1. digit awal angka primer 2. digit kedua angka primer			

	<p>C Tepat pada Angka tertier</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. digit awal angka tertier 2. digit kedua angka tertier 			
	<p>D. Menggunakan alat penjumlahan yang tepat dan lengkap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tracer digunakan 2. Tracer diambil sesudah digunakan 3. Bon pinjam ditulis lengkap 4. Bon pinjam dikeluarkan sesudah digunakan 5. Mengisi Buku Ekspedisi saat mengirim RM 6. Mengisi buku ekspedisi saat mengembalikan RM 			

LEMBAR KERJA PKL I
TOPIK : PROSEDUR KKPMT I (KARDIOVASKULAR, RESPIRASI, MUSKULOSKELETAL)

1. Lembar penilaian Kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Kardiovaskuler

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem cardiovascular berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			
	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			
	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem cardiovascular berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan			

	dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

Tabel 3.10

2. Lembar penilaian Kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Respirasi

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem respirasi berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			
	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			
	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem respirasi berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka			

	gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksalah laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

3. Lembar penilaian Kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Muskuloskeletal

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem muskuloskeletal berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			
	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			
	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem musculoskeletal			

	berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

4. Lembar penilaian Kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Pencernaan

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem pencernaan berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			
	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			

	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem pencernaan berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksalah laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

5. Lembar penilaian Kodifikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Respirasi

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem respirasi berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			

	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			
	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem respirasi berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksalah laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

6. Lembar penilaian Kodefikasi diagnose berdasarkan ICD-10 dan ICD 9CM Sistem Urinary

No.	TINDAKAN	PENILAIAN PEMBIMBING		
		Dilakukan (1)	Tidak Dilakukan (0)	Kurang tepat (1)
1	Mengkode diagnosis sistem urinary berdasar ICD10			
	a. Menentukan Tentukan Lead – term			
	b. Telusuri di indeks abjad vol. 3.			
	c. Jalankan perintah yang ada, karena ada kemungkinan akan mempengaruhi pilihan			

	code Anda			
	d. Tentukan code yang Anda anggap tepat dan telusuri nomor tersebut di halaman ICD-10 vol 1			
	e. Jalankan perintah yang ada			
	f. Cek kembali istilah diagnoses terkait dengan yang ada tertulis di RM pasien, sama/tidak dengan yang Anda maksud			
	g. Analisis kembali apakah code yang Anda pilih adalah kondisi utama atau komplikasi? Atau simtoma? Atau Comorbidity Atau diagnose sekunder/suplementer atau lain-lain?			
2	Mengkode tindakan sistem urinary berdasar ICD9CM			
	a. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya Penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai			
	b. Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative			
	c. Periksalah laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.			
	d. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya			
	e. Kroscek ke dalam daftar tabulasi			
	f. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi			
	g. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup			

Lampiran 1.

DAFTAR NILAI PRAKTIK KERJA LAPANGAN II DI RUMAH SAKIT

SEMESTER : I
TAHUN AKADEMIK : 2018/ 2019
LAHAN PRAKTEK :
NAMA MAHASISWA/NIM : 1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

POIN PENILAIAN	KOMPONEN	NILAI/ MAHASISWA							
		1	2	3	4	5	6	7	8
KEHADIRAN	A								
	B								
PELAKSANAAN	C								
	D								
	E								
	F								
Total Nilai									
Rata-rata Nilai									

KETERANGAN :

1. Nilai masing-masing kolom maksimal 10
2. Nilai kehadiran, terdiri atas :
 - A= Frekuensi kehadiran, surat ijin/sakit diperhitungkan
 - B= Disiplin kehadiran, ketepatan masuk/pulang sesuai jam RS
3. Nilai pelaksanaan, terdiri atas :
 - C= Kerajinan dan Kerja sama
 - D= Kreativitas
 - E= Etis dan profesional
 - F= Kecakapan
4. Daftar ini diserahkan sebelum/saat presentasi di kampus

Jakarta,
Pembimbing RS

.....

Lampiran 2.

LAPORAN HARIAN PRAKTIK KERJA LAPANGAN

SEMESTER :
TAHUN AKADEMIK :
LAHAN PRAKTEK :
NAMA MAHASISWA :
NIM :

No	Hari/Tanggal/Bulan/Tahun	Kegiatan Mahasiswa	Catatan Pembimbing RS	Paraf Pembimbing RS
1				
2				
3				
4				
5				

Lampiran 3.

FORMULIR BIMBINGAN PKL (PEMBIMBING RS)

SEMESTER :
TAHUN AKADEMIK :
LAHAN PRAKTEK :
NAMA MAHASISWA :
NIM :
NAMA PEMBIMBING RS :

NO.	HARI / TGL	MATERI KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING RS	PARAF
1				
2				
3				
4				
5				

Catatan :

1. Bimbingan pkl minimal 5 (lima) kali. Formulir dapat difotokopi sesuai kebutuhan
2. Form bimbingan antara pembimbing RS dan pembimbing Kampus dibuat terpisah

Lampiran 4.

FORMULIR BIMBINGAN PKL (PEMBIMBING KAMPUS)

SEMESTER :
TAHUN AKADEMIK :
LAHAN PRAKTEK :
NAMA MAHASISWA :
NIM :
NAMA PEMBIMBING RS :

NO.	HARI / TGL	MATERI KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING KAMPUS	PARAF
1				
2				
3				
4				
5				

Catatan :

1. Bimbingan pkl minimal 5 (lima) kali. Formulir dapat difotokopi sesuai kebutuhan
2. Form bimbingan antara pembimbing RS dan pembimbing Kampus dibuat terpisah