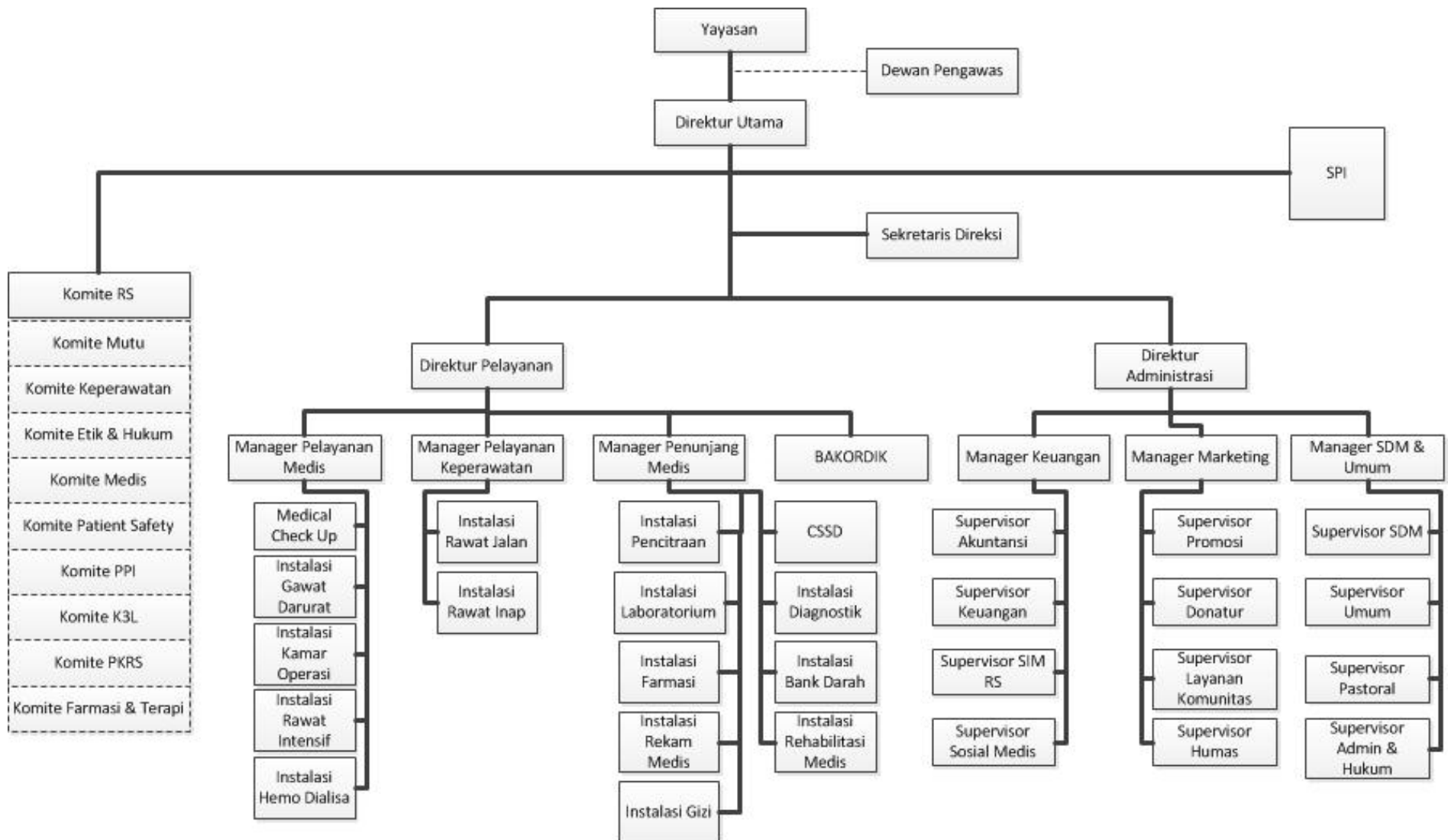


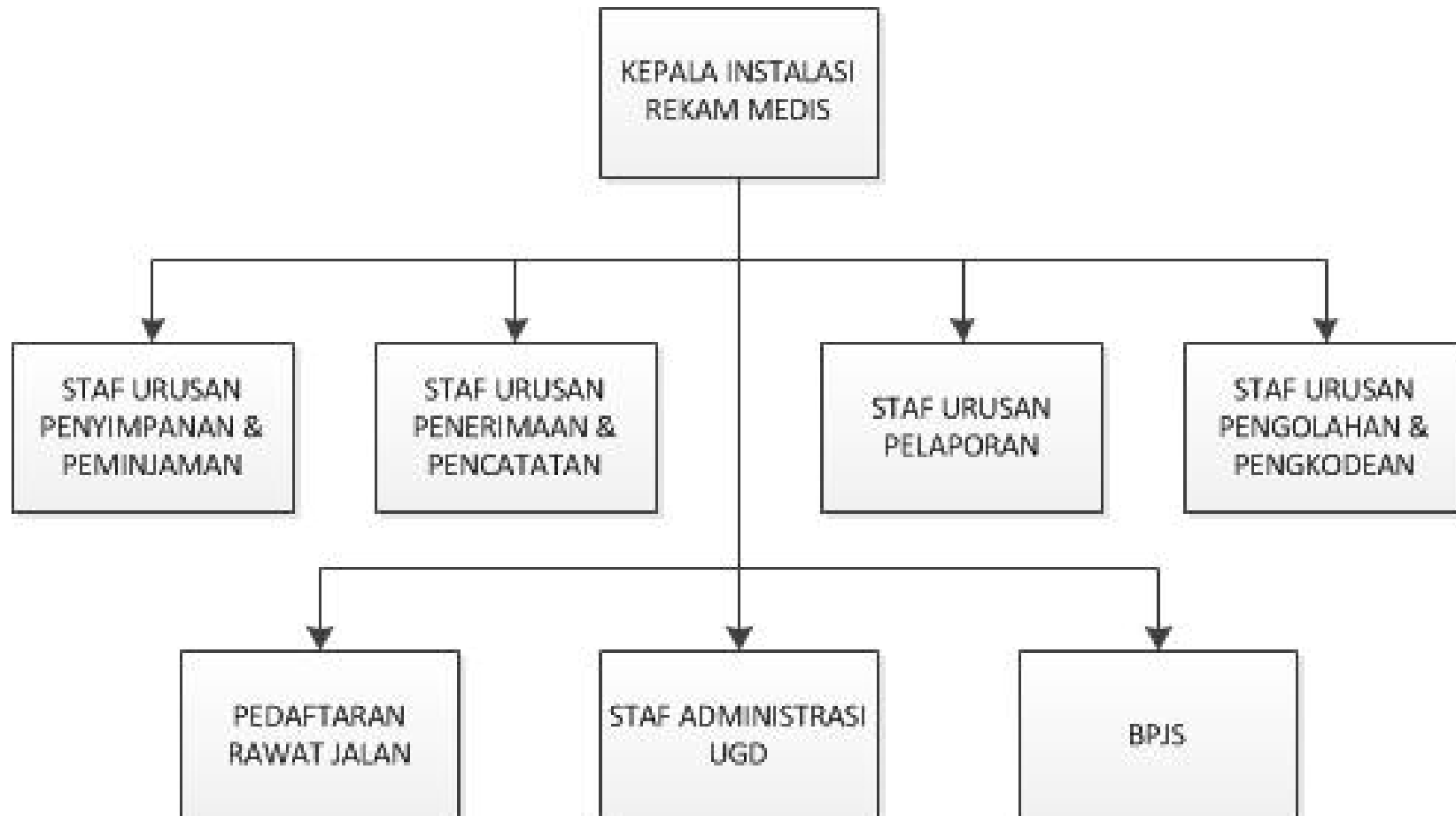
## **Lembar Pertanyaan**

1. Bagaimana struktur organisasi di Rumah Sakit Atma Jaya?
2. Bagaimana Pengkodean diagnosis di Rumah Sakit Atma Jaya terutama pada Kasus Kebidanan Bayi Bru Lahir dengan Gangguan?
3. Adakah Kendala dalam pengkodean tersebut?
4. Adakah Standar Prosedur Operasional dalam pemberian kode penyakit?
5. Adakah petugas khusus yang melakukan Analisis Kualitatif?

## Struktur Organisasi Rumah Sakit Atma Jaya



## Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Atma Jaya



<b>RUMAH SAKIT ATMA JAYA</b>  Pluit Raya No.2, Kecamatan Penjaringan Jakarta Utara	<b>KODEFIKASI PENYAKIT/ MASALAH KESEHATAN DAN SEBAB LUAR</b>		
	No. Dokumen  RM/010	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan Oleh, Direktur Utama  (dr. Marcia Marimba,MM)	
<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan kegiatan penterjemahan/penyandian penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar yang telah ditetapkan oleh dokter menjadi kode alphanumeric untuk kepentingan statistik.		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan bagi petugas Bagian Rekam Medis dalam mengerjakan kodefikasi penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar, agar terdapat kesatuan bahasa pada pelaksanaannya dan menghasilkan suatu bentuk pengelompokkan data yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes RI No. 269/MenKes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis</li> <li>2. Keputusan Dirjen Yan.Med.No. HK. 00.05.1.4.00744</li> <li>3. Penggunaan Buku ICD X</li> <li>4. Penggunaan singkatan dan symbol</li> <li>5. Singkatan, symbol dan tanda peringatan</li> <li>6. Petunjuk teknis kodefikasi</li> <li>7. Kodefikasi dilaksanakan berdasarkan penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar yang ditetapkan oleh dokter</li> <li>8. Hal-hal yang menyimpang dari ketentuan ICD - X dapat dilakukan atas kesepakatan bersama secara tertulis</li> </ol>		
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjadikan resume medis sebagai sumber acuan penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar untuk kodefikasi morbiditas dan sertifikat medis penyebab kematian untuk kodefikasi kematian.</li> <li>2. Memastikan penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar dengan memperhatikan lembaran-lembaran lain dalam rekam medis.</li> <li>3. Menetapkan / menyimpulkan penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar yang akan digunakan sebagai dasar penetapan nomor kode</li> <li>4. Jika terdapat simbol, singkatan dan tanda khusus dalam penulisan diagnosis, maka petugas harus melihat Daftar Singkatan Diagnosis. Penggunaan simbol, singkatan dan tanda khusus pada penulisan diagnosis yang tidak ada dalam Daftar Singkatan Diagnosis, maka petugas harus melakukan konfirmasi dengan dokter yang bersangkutan dan menambahkannya pada Daftar Singkatan Diagnosis.</li> <li>5. Menetapkan lead term dan modifier untuk pencarian dalam buku ICD - X volume 3</li> </ol>		

<b>RUMAH SAKIT ATMA JAYA</b>  Pluit Raya No.2, Kecamatan Penjaringan Jakarta Utara	<b>KODEFIKASI PENYAKIT/ MASALAH KESEHATAN DAN SEBAB LUAR</b>		
	No. Dokumen  RMIK/010	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh, Direktur Utama  (dr. Marcia Marimba,MM)	
	6. Membaca dan memperhatikan tanda-tanda yang tercantum di bawah lead term, termasuk “cross-reference” (see - see also) 7. Melakukan konfirmasi kode yang telah ditemukan dari volume 3 pada buku ICD - X volume 1 8. Menggunakan ICD – X volume 2 sebagai petunjuk apabila terdapat dua kondisi utama yang terekam di dalam rekam medis 9. Menetapkan nomor kode penyakit/masalah kesehatan dan sebab luar 10. Mencantumkan nomor kode tersebut pada rekam medis sesuai dengan tempat yang telah disediakan.		
<b>UNIT TERKAIT</b>	–		

RUMAH SAKIT ATMA JAYA  Pluit Raya No.2, Kecamatan Penjaringan Jakarta Utara	KODEFIKASI OPERASI/TINDAKAN		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
			1/2
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh, Direktur Utama  (dr. Marcia Marimba,MM)	
<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan kegiatan penterjemahan/penyandian tindakan/operasi yang telah ditetapkan oleh dokter menjadi kode numeric untuk kepentingan statistik.		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan bagi petugas Bagian Rekam Medis dalam mengerjakan kodifikasi tindakan/operasi agar tercapai kesatuan bahasa pada pelaksanaannya dan menghasilkan suatu bentuk pengelompokan data yang akurat dan dapat dipertanggung- jawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis</li> <li>2. Penggunaan Buku ICD X/ICOPIM</li> <li>3. Penggunaan singkatan dan simbol</li> <li>4. Singkatan, symbol dan tanda peringatan</li> <li>5. Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis di RS. Santo Borromeus</li> <li>6. Petunjuk Teknis Kodifikasi</li> <li>7. Kodifikasi dilaksanakan berdasarkan tindakan/operasi yang ditetapkan oleh dokter</li> <li>8. Hal-hal yang menyimpang dari ketentuan ICOPIM dapat dilakukan atas kesepakatan bersama secara tertulis</li> </ol>		
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdasarkan informasi yang tercantum dalam rekam medis, petugas Bagian Rekam Medis (Coder) menetapkan/ menyimpulkan tindakan/operasi yang akan digunakan sebagai dasar penetapan nomor kode</li> <li>2. Menetapkan jenis tindakan/operasi untuk pencarian pada lembaran Index halaman 1-1 s/d halaman 1-139 dalam buku ICOPIM</li> <li>3. Untuk meyakinkan kebenaran penetapan nomor kode, petugas Bagian Rekam Medis (Coder) melakukan konfirmasi pada lembaran pengelompokan tindakan/operasi dalam buku ICOPIM</li> <li>4. Penetapan nomor kode tindakan/operasi</li> </ol>		

<b>RUMAH SAKIT ATMA JAYA</b>  Pluit Raya No.2, Kecamatan Penjaringan Jakarta Utara	<b>KODEFIKASI OPERASI/TINDAKAN</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR TETAP</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh, Direktur Utama  (dr. Marcia Marimba,MM)	
	5. Selanjutnya setelah penetapan nomor kode dianggap tepat, petugas Bagian Rekam Medis (Coder) mencantumkan nomor kode tersebut pada rekam medis sesuai dengan tempat yang telah disediakan.		
<b>UNIT TERKAIT</b>	-		

**Tabel 4.1**  
**Diagnosis Bayi Baru Lahir dengan Gangguan pada Rekam Medis pasien**  
**Rawat Inap Kebidanan di Rumah Sakit Atma Jaya**

No	No Rekam Medis	Diagnosis	Kode Awal RS	Kode menurut ICD-10
1	285807	Jaundice Fisiologis	P03.4	P59.9
2	284751	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
3	285133	Neonatal Hiperbilirubinemia	P59.9	P59.0
4	284145	Neonatal Hiperbilirubinemia	P59.9	P59.0
5	284461	Meconium Aspiration Syndrome	P36.9	P24.0
6	289167	Jaundice Fisiologis	P03.4	P59.9
7	288504	Dehydration	P07.3	P74.1
8	285168	Neonatal Pneumonia	P24.0	P23.9
9	284790	Hypothermia	P36.9	P80.0
10	285076	Dehydration	P07.3	P74.1
11	285143	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
12	289582	Bronchopneumonia Neonatal	P03.1	P24.9
13	291182	Jaundice Fisiologis	P03.4	P59.9
14	291413	Intra Uteri Growth Retardation	P03.4	P05.9
15	290602	Respiratory Distress Syndrome	P36.9	P22.0
16	292010	Intra Uteri Growth Retardation	P36.9	P05.9
17	285449	Low Birth Weight 1150g	P07.1	✓
18	289948	Jaundice Fisiologis	P59.9	✓
19	289956	Hypothermia	P03.4	P80.9
20	274300	Infeksi Saluran Kemih	P39.9	P39.3
21	293686	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
22	284689	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
23	291685	Jaundice Fisiologis	P03.4	P59.9
24	286561	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
25	289735	Early Onset Sepsis	P36.9	✓
26	289936	Neonatal Hiperbilirubinemia	P59.9	P59.0
27	277329	Hypothermia	P36.9	P80.9
28	291355	Early Onset Sepsis	P36.9	✓
29	291865	Jaundice Fisiologis	P59.9	✓
30	292969	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
31	292964	Hypothermia	P03.4	P80.0
32	290367	Neonatal Hiperbilirubinemia	P03.4	P59.0
33	294751	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
34	291459	Early Onset Sepsis	P36.9	✓
35	274792	Transient Tachypnoea of Newborn	P22.1	✓
36	274792	Jaundice Breast Milk Inhibitor	P59.3	✓
37	273393	Early Onset Sepsis	P36.9	✓
38	273690	Transient Tachypnoea of Newborn	P36.9	P22.1
39	275428	Erb's Palsy Dextra	P14.0	✓
40	268836	Neonatal Diarrhoea	P78.3	✓
41	270008	Transient Neonatal Depression	P36.9	P91.4
42	271781	Jaundice Breast Milk Inhibitor	P59.3	✓
43	271289	Transient Tachypnoea of Newborn	P07.3	P22.1





**Tabel 4.2**  
**Jumlah Ketepatan Kode Diagnosis Bayi Baru Lahir dengan Gangguan Tabel 4.2**  
**Jumlah Ketepatan dan Persentasi Keakuratan Kode Diagnosis Bayi Baru**  
**Lahir dengan Gangguan pada Rekam Medis pasien Rawat Inap Kebidanan**  
**di Rumah Sakit Atma Jaya**

No	Kode	Diagnosis	Tepat	Kurang Tepat	Jumlah
1	P22.1	Transient Tachypnoea of Newborn	8	2	10
2	P59.9	Jaundice Fisiologis	2	4	6
3	P59.0	Neonatal Hiperbilirubinemia	0	4	4
4	P80.9	Hypothermia	0	4	4
5	P36.9	Early Onset Sepsi	4	0	4
6	P47.1	Dehydration	0	2	2
7	P23.9	Neonatal Pneumonia	0	1	1
8	P05.9	Intra Uteri Growth Retardation	0	2	2
9	P24.9	Bronchopneumonia Neonatal	0	1	1
10	P24.0	Meconium Aspiration Syndrome	0	1	1
11	P78.3	Neonatal Diarrhoea	1	0	1
12	P22.0	Respiratory Disstress Syndrome	0	1	1
13	P07.1	Low Birth Weight	1	0	1
14	P39.3	Infeksi Saluran Kemih	0	1	1
15	P59.3	Jaundice Breast Milk Inhibitor	2	0	2
16	P14.0	Erb's Palsy Dextra	1	0	1
17	P91.4	Transient Neonatal Deppression	0	1	1
Total			19	24	43
Persentase			44,18%	55,81%	100%

**CORE CURRICULUM FOR MORBIDITY CODERS**

No.	Kelompok Pengetahuan	Tujuan	Materi
1	Ilmu Pengetahuan Biomedik	Untuk membangun pemahaman tentang pengetahuan klinik mulai dari struktur dan fungsi tubuh manusia, patofisiologi, diagnosa dan perawatan serta terapi farmasi yang memungkinkan dalam perawatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terminologi medis</li> <li>✓ Anatomi fisiologi</li> <li>✓ Patofisiologi/Proses Penyakit</li> <li>✓ Farmakologi</li> </ul>
2	<i>Legal Issue</i>	Untuk memperkenalkan isu legal dan etik yang dapat diterapkan untuk informasi kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prinsip privasi dan kerahasiaan</li> <li>✓ Pelepasan informasi</li> <li>✓ Etika profesi</li> </ul>
3	Struktur dan Isi Data Perawatan Kesehatan	Untuk memperkenalkan komponen umum dari isi, kegunaan dan struktur data perawatan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Isi dari rekam kesehatan</li> <li>✓ Persyaratan dokumentasi</li> <li>✓ Data rekaman perawatan kesehatan</li> <li>✓ Sumber dokumen</li> </ul>
4	Kegunaan Umum Data Morbiditas	Untuk menjelaskan tujuan pengumpulan data morbiditas dan bagaimana penggunaannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tujuan koding</li> <li>✓ Hasil statistik</li> <li>✓ Indeks penyakit rumah sakit</li> <li>✓ Perencanaan dan evaluasi program dan pelayanan kesehatan</li> <li>✓ Penelitian kesehatan</li> <li>✓ Register penyakit</li> <li>✓ Pendidikan kesehatan</li> <li>✓ <i>Reimbursement</i></li> </ul>
5	Kegunaan Spesifik Data Morbiditas	Untuk memperkenalkan kegunaan spesifik dari kodefikasi data morbiditas dan informasi kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Quality Assurance</i></li> <li>✓ <i>Monitoring</i></li> <li>✓ Pengambilan keputusan pelayanan kesehatan</li> <li>✓ Analisa tren dan situasi kesehatan</li> <li>✓ Penyakit khusus</li> <li>✓ Penyebab penyakit dan cedera</li> <li>✓ Kesehatan masyarakat</li> <li>✓ Penelitian medis</li> <li>✓ Perencanaan pelayanan dan</li> </ul>

			<p>program kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investigasi kasus penyakit</li> </ul>
6	Pengguna Data Morbiditas	Untuk menjelaskan kelompok dan <i>stakeholders</i> yang menggunakan data morbiditas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Providers</i> (Rumah Sakit)</li> <li>✓ Pihak ketiga (Pemerintahan, Asuransi)</li> <li>✓ Pembuatan kebijakan</li> <li>✓ Peneliti</li> <li>✓ Pendidik dan mahasiswa</li> </ul>
7	<i>Healthcare Delivery Systems</i>	Untuk memberikan kesadaran organisasi, pembayaran dan pemberian pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Standar akreditasi</li> <li>✓ Pembayaran dan <i>Reimbursement</i></li> <li>✓ Organisasi kesehatan</li> </ul>
8	<i>ICD</i>	Untuk membangun pemahaman mengenai ICD, pengetahuan dan kemampuan untuk mendapatkan kode diagnosa yang valid	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Nomenclature and Classification</i></li> <li>✓ Konteks Internasional</li> <li>✓ Standarisasi</li> <li>✓ Sejarah klasifikasi</li> <li>✓ Struktur klasifikasi</li> <li>✓ Mengembangkan mekanisme klasifikasi</li> </ul>
9	Bagaimana Untuk Mengkode	Untuk memberikan instruksi detail dan pengalaman untuk mengaplikasikan peraturan kodefikasi dan pemberian kode	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bagaimana menggunakan setiap volume dalam ICD</li> <li>✓ Peraturan kodefikasi dan instruksi ICD</li> <li>✓ Panduan kodefikasi</li> <li>✓ Definisi kondisi utama, diagnosa tambahan</li> <li>✓ Latihan kodefikasi</li> </ul>
10	<i>Quality Assurance</i>	Untuk meningkatkan kesadaran tentang berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas data pengkodean dan menjelaskan teknik untuk meyakinkan kualitas data	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kualitas sumber dokumen</li> <li>✓ Proses <i>query</i></li> <li>✓ Editing dan validasi</li> <li>✓ Berurutan, lengkap dan akurat</li> <li>✓ <i>Clinical Coding Audit</i></li> </ul>

Sumber: Hasil terjemahan oleh peneliti dari situs resmi *IFHIMA*

## **PROSES AUDIT PENGKODEAN KLINIS**

1. Langkah Pertama :

Menyediakan beberapa sampel rekam medis kasus kebidanan yang mula-mula telah dipilih diagnosa utamanya untuk dikode oleh *Coder A*.

2. Langkah Kedua :

Aturan yang dipakai, diagnosa yang dipilih beserta kodenya yang telah ditetapkan oleh *Coder A* dari sampel rekam medis kasus kebidanan yang telah dipilih, dikumpulkan dan diliput pada formulir khusus. Contoh formulir dapat dilihat pada langkah keempat.

3. Langkah Ketiga :

*Coder B* memilih aturan untuk pengkodean klinis dan kemudian mengkode ulang sampel rekam medis kasus kebidanan yang sebelumnya telah dikode *Coder A*.

4. Langkah Keempat :

*Coder B* memasukan aturan yang dipakai, diagnosa utama yang dipilih dan kode ICD-10 yang telah ditetapkan pada formulir pengumpulan data. Contoh formulir pengumpulan data :

No	NO CM	Coder A			Coder B			Coder C			Kesimpulan		
		R	U	K	R	U	K	R	U	K	R	U	K

Keterangan Tabel :

- R : Peraturan yang dipilih *coder* untuk menentukan diagnosa utama sesuai ketentuan yang dibuat dalam ICD-10 tentang kodefikasi morbiditas.
- U : Diagnosa utama yang dipilih *coder*.
- K : Kode ICD-10 hasil pengkodean klinis *coder*.

5. Langkah Kelima :

*Coder B* membandingkan aturan, diagnosa utama dan kode diagnosa utama yang Ia ditetapkan dengan yang sebelumnya telah ditetapkan *Coder A* pada sampel yang sama.

6. Langkah Keenam :

*Coder B* mendiskusikan eror dengan *Coder A*. Eror yang dimaksudkan adalah apabila muncul ketidaksesuaian aturan, diagnosa utama dan kode ICD-10 yang dipilih *Coder A* dan *Coder B* dari sampel rekam medis yang sama. Jika tidak ada perselisihan kode yang tidak bisa diputuskan maka proses berlanjut ke langkah kesembilan.

7. Langkah Ketujuh :

Sampel rekam medis yang menimbulkan perbedaan kode antara *Coder A* dan *Coder B* dikode ulang oleh *Coder C* dimana *Coder C* menetapkan aturan, memilih diagnosa utama dan kemudian mengkode diagnosa utama.

8. Langkah Kedelapan :

Keputusan (hasil kode) yang dibuat oleh *Coder C* dijelaskan kepada *Coder A* dan *Coder B*.

9. Langkah Kesembilan :

*Coder B* menyimpulkan hasil akhir.

**Klasifikasi *Coder* :**

*Coder A* : Petugas Kodefikasi 1 di Rumah Sakit Atma Jaya

*Coder B* : Petugas Kodefikasi 2 di Rumah Sakit Atma Jaya

*Coder C* : Kepala Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Atma Jaya

**Sumber:** Terjemahan Peneliti dari Buku *Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices* oleh WHO 2013.