



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.92, 2017

KEMENKES.
Pencabutan.

Jamkesmas.

INA-CBG.

Pedoman.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 76 TAHUN 2016

TENTANG

PEDOMAN *INDONESIAN CASE BASE GROUPS* (INA-CBG)

DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional telah ditetapkan tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;
 - b. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-BG's) perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, sehingga perlu disempurnakan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
4. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1790);

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN *INDONESIAN CASE BASE GROUPS* (INA-CBG) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Pasal 1

Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan acuan bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA-CBG dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Pasal 2

Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 3

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-BG's) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 4

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan dan mempunyai daya laku surut sejak tanggal 26 Oktober 2016.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 27 Desember 2016

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 10 Januari 2017

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 76 TAHUN 2016
TENTANG
PEDOMAN *INDONESIAN CASE BASE
GROUPS* (INA-CBG) DALAM
PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL

PEDOMAN *INDONESIAN CASE BASE GROUPS* (INA-CBG)
DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan diperoleh dengan dilakukannya pembayaran oleh penyelenggara asuransi kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta, yang bertujuan untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi dengan tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services* (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi dan *case based payment*.

Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospektif.

Tabel 1. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

PIHAK	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kurang kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses Klaim Lebih Cepat	
Pasien	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih <i>Provider</i> dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
Pembayar	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan <i>provider</i>	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	Memerlukan monitoring Pasca Klaim
	Mendorong peningkatan sistem informasi	

Tabel 2. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

PIHAK	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
		meningkatkan risiko keuangan

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia- Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI, dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Kemudian, dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai 1 Januari 2014, sistem INA-CBG kembali digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

B. Tujuan

Tujuan dari Sistem pembiayaan prospektif adalah :

1. mengendalikan biaya kesehatan
2. mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
3. membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan
4. mempermudah administrasi klaim
5. mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (*cost containment*)

C. Pengertian

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment* (casemix), dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Beberapa pengertian terkait sistem INA-CBG sebagai metode pembayaran kepada FKRTL dalam pelaksanaan JKN :

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
4. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
5. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) meliputi klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
6. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
7. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
8. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan kesehatan komprehensif yang meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kesehatan darurat medis, pelayanan penunjang dan atau pelayanan kefarmasian.

9. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur.
10. Sumber daya adalah segala dukungan berupa material, tenaga, pengetahuan, teknologi dan/atau dukungan lainnya yang digunakan untuk menghasilkan manfaat dalam pelayanan kesehatan.

BAB II

PENYELENGGARAAN PEMBAYARAN INA-CBG

A. Ketentuan Umum

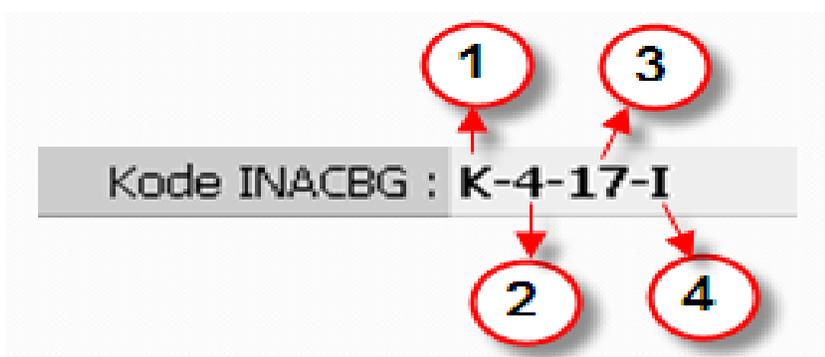
Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL tersebut perlu memahami konsep implementasi INA-CBG dalam program JKN.

Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus.

B. Struktur Kode INA-CBG

Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 Revisi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM Revisi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :

Gambar 1
Struktur Kode INA-CBG



Keterangan :

1. Digit ke-1 (alfabetik) : menggambarkan kode CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*)
3. Digit ke-3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. Digit ke-4 (romawi): menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus

Struktur Kode INA-CBG terdiri atas :

1. *Case-Mix Main Groups* (CMG)

Adalah klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A sampai Z) yang disesuaikan dengan ICD 10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG yaitu :

Tabel 3. *Casemix Main Groups (CMG)*

NO	Deskripsi Kode CMG	Kode CMG
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth & throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary & pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system & connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue & breast Groups</i>	L
10	<i>Endocrine system, nutrition & metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns & Neonates Groups</i>	P

NO	Deskripsi Kode CMG	Kode CMG
16	<i>Haemopoetic & immune system Groups</i>	D
17	<i>Myeloproliferative system & neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious & parasitic diseases Groups</i>	A
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse & dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status & other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Sub-Acute Groups</i>	SF
24	<i>Special Procedures</i>	YY
25	<i>Special Drugs</i>	DD
26	<i>Special Investigations</i>	II
27	<i>Special Prosthesis</i>	RR
28	<i>Chronic Groups</i>	CF
29	<i>Errors CMGs</i>	X

2. Case Group

Adalah sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, yang dilabelkan dengan angka 1 (satu) sampai dengan 9 (sembilan).

Tabel 4. Group Tipe Kasus dalam INA-CBG

GRUP	TIPE KASUS
1	Prosedur Rawat Inap
2	Prosedur Besar Rawat Jalan
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan
4	Rawat Inap Bukan Prosedur
5	Rawat Jalan Bukan Prosedur
6	Rawat Inap Kebidanan
7	Rawat Jalan kebidanan
8	Rawat Inap Neonatal
9	Rawat Jalan Neonatal

0	Error
---	-------

3. *Case Type*

Adalah sub-group ketiga yang menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

4. *Severity Level*

Adalah sub-group keempat yang menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahannya kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

- a. "0" - untuk rawat jalan
- b. "I" - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- c. "II" - Sedang" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan *mild* komplikasi dan komorbiditi)
- d. "III" - Berat" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan *major* komplikasi dan komorbiditi)

Tabel 5. Contoh kode INA-CBG

Tipe Layanan	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG
Rawat Inap	I - 4 - 10 - I	Infark Miocard Akut (Ringan)
	I - 4 - 10 - II	Infark Miocard Akut (Sedang)
	I - 4 - 10 - III	Infark Miocard Akut (Berat)
Rawat Jalan	Q - 5 - 18 - 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q - 5 - 35 - 0	Infeksi Akut

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBG bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbidity).

C. Tarif INA-CBG

Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

Penghitungan tarif INA-CBG berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN.

Tarif INA-CBG yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

1. Pengelompokan Tarif INA-CBG

Pengelompokan tarif INA-CBG dilakukan berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) yang didapatkan dari perhitungan total biaya dari sejumlah rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

Berikut adalah kelompok Tarif INA-CBG tahun 2016 :

- a. Tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
- b. Tarif Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, dan Rumah Sakit Kanker Dharmais
- c. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas A
- d. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas B
- e. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas C
- f. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas D

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas serta FKRTL selain rumah sakit, maka tarif INA-CBG yang digunakan setara dengan kelompok tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

2. RS Khusus

Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Dalam program JKN, berlaku perbedaan pembayaran kepada RS Khusus untuk pelayanan yang sesuai kekhususannya dan pelayanan di luar kekhususannya, dimana :

- a. Untuk pelayanan di luar kekhususan yang diberikan oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Rumah Sakit Kanker Dharmais, berlaku kelompok tarif INA-CBG Rumah Sakit Pemerintah kelas A.
- b. Untuk pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus di luar kekhususannya, berlaku kelompok tarif INA-CBG satu tingkat lebih rendah dari kelas rumah sakit yang ditetapkan.

Dalam implementasi INA-CBG, yang dinyatakan sebagai pelayanan sesuai kekhususannya adalah jika kode diagnosis utama sesuai dengan kekhususan rumah sakit. Dalam hal kode diagnosis yang sesuai kekhususannya merupakan kode asterisk dan diinput sebagai diagnosis sekunder maka termasuk ke dalam pelayanan sesuai kekhususannya.

Daftar kode diagnosis untuk pelayanan yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit, sebagaimana terlampir.

Contoh 1 :

RS Jiwa ABC, status kepemilikan RS adalah pemerintah, dengan Penetapan kelas RS adalah kelas A.

1) Pasien 1

Diagnosis Utama : Schizophrenia Paranoid (F20.0)

Diagnosis Sekunder : Thyphoid Fever (A01.0)

Maka, pengajuan klaim pasien 1 menggunakan Tarif Rumah Sakit Pemerintah Kelas A

2) Pasien 2

Diagnosis Utama : Thyphoid Fever (A01.0)

Diagnosis Sekunder : Schizophrenia Paranoid (F20.0)

Maka, pengajuan klaim pasien 2 menggunakan Tarif Rumah Sakit Pemerintah Kelas B

3) Pasien 3

Diagnosis Utama : Thyphoid Fever (A01.0)

Diagnosis Sekunder : -

Maka, pengajuan klaim pasien 3 menggunakan Tarif Rumah Sakit Pemerintah Kelas B

Contoh 2 :

RS Jiwa XYZ, status kepemilikan RS adalah pemerintah, dengan Penetapan kelas RS adalah kelas B.

Diagnosis Utama : Demensia pada Alzheimer's

Diagnosis Sekunder : -

Dikode G30.9† sebagai diagnosis utama dan F00.9* sebagai diagnosis sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (*) tidak diinput ke dalam aplikasi INA-CBG.

Maka, pengajuan klaim menggunakan Tarif Rumah Sakit Pemerintah Kelas B Pemerintah.

Dalam peraturan Menteri ini, daftar kode diagnosis untuk pelayanan yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit, diperuntukkan bagi:

1. RS Khusus Kanker
2. RS Khusus Jantung dan Pembuluh Darah
3. RS Khusus Jiwa
4. RS Khusus Paru
5. RS Khusus Kusta
6. RS Khusus Ortopedi
7. RS Khusus Mata
8. RS Khusus Telinga, Hidung, dan Tenggorokan (THT)
9. RS Khusus Gigi dan Mulut

Daftar kode diagnosis untuk pelayanan yang sesuai dengan kekhususan rumah sakit, sebagaimana terlampir.

Selain RS Khusus tersebut di atas, berlaku kelompok tarif INA-CBG sesuai dengan kelas rumah sakit yang ditetapkan untuk pelayanan sesuai kekhususan dan diluar kekhususan.

3. Pembayaran Tambahan (*Top Up*)

Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBG untuk kasus-kasus tertentu yang masuk dalam *Special CMG*, meliputi :

- a. *Special Procedure*
- b. *Special Drugs*
- c. *Special Investigation*
- d. *Special Prosthesis*
- e. *Subacute cases*
- f. *Chronic cases*

Special CMG atau special group pada tarif INA-CBG saat ini dibuat untuk mengurangi resiko keuangan rumah sakit. Top up pada special CMG diberikan untuk beberapa obat, alat, prosedur, pemeriksaan penunjang serta beberapa kasus penyakit subakut dan kronis. Besaran nilai pada tarif special CMG tidak dimaksudkan untuk mengganti biaya yang keluar dari alat, bahan atau kegiatan yang diberikan kepada pasien, namun merupakan tambahan terhadap tarif dasarnya.

Special CMG untuk *Special Drugs, Prosthesis, Procedures, dan Investigations*

Tabel 6. Daftar *Special CMG*

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
1	DD-01-I	Streptokinase	I-4-10-I I-4-10-II I-4-10-III	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I23.3	-
2	DD-02-II	Deferiprone (Rawat Inap)	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
3	DD-03-II	Deferoksamin (Rawat Inap)	D-4-13-I D-4-13-II D-4-13-III	D56.1	-
4	DD-04-II	Deferasirox	D-4-13-I	D56.1	-

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
		(Rawat Inap)	D-4-13-II D-4-13-III		
5	DD-05-II	Human Albumin for Septicaemia	A-4-10-I A-4-10-II A-4-10-III	A02.1, A20.7, A22.7, A39.1, A39.2, A39.3, A39.4, A39.8, A39.9, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, A42.7, B37.7, R57.1	-
6	DD-06-II	Anti Hemofilia Factor	D-4-11-I	D66, D67	-
7	DD-07-II	Deferiprone	Q-5-44-0	D56.1	-
8	DD-08-II	Deferoksamin	Q-5-44-0	D56.1	-
9	DD-09-II	Deferasirox	Q-5-44-0	D56.1	-
10	DD-10-II	Anti Hemofilia Factor	Q-5-44-0	D66, D67	

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
11	DD-11-II	Human Albumin for Burn	S-4-16-I S-4-16-II S-4-16-III	T20.3, T20.7, T21.3, T21.7, T22.3, T22.7, T23.3, T23.7, T24.3, T24.7, T25.3, T25.7, T29.3, T29.7, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9	-
12	DD-11-II	Human Albumin for Burn	L-1-20-I L-1-20-II L-1-20-III	T20.3, T20.7, T21.3, T21.7, T22.3, T22.7, T23.3, T23.7, T24.3, T24.7, T25.3, T25.7, T29.3, T29.7, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9	85.82, 85.83, 85.84, 85.85, 86.60, 86.61, 86.62, 86.63, 86.65, 86.66, 86.67, 86.69, 86.70, 86.71, 86.72, 86.73, 86.74, 86.75, 86.91, 86.93

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
13	RR-01-II	Subdural Grid Electrode	G-1-10-I G-1-10-II G-1-10-III	-	02.93
14	RR-02-II	Cote Graft	I-1-03-I I-1-03-II I-1-03-III	-	35.81
15	RR-03-III	TMJ Prothesis	M-1-60-I M-1-60-II M-1-60-III	-	76.5
16	RR-04-III	Hip Implant/Knee Implant	M-1-04-I M-1-04-II M-1-04-III	-	81.51, 81.52, 81.53, 81.54, 81.55
17	RR-05-III	Prostesis Evar/Tevar	I-1-20-I I-1-20-II I-1-20-III	-	39.71, 39.73
18	YY-01-II	Hip Replacement/Knee Replacement	M-1-04-I M-1-04-II M-1-04-III	-	81.51, 81.52, 81.53, 81.54, 81.55
19	YY-02-III	PCI	I-1-40-I I-1-40-II I-1-40-III	-	36.06, 36.07
20	YY-03-III	Keratoplasty	H-1-30-I H-1-30-II H-1-30-III	-	11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.69
21	YY-04-III	Pancreatectomy	B-1-10-I B-1-10-II	-	52.51, 52.52,

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
			B-1-10-III		52.53, 52.59, 52.6
22	YY-05-III	Repair of Septal Defect of Heart with Prosthesis	I-1-06-I I-1-06-II I-1-06-III	-	35.50, 35.51, 35.52, 35.53, 35.55
23	YY-06-III	Stereotactic Surgery & Radiotherapy	C-4-12-I C-4-12-II C-4-12-III	Z51.0	92.21, 92.22, 92.23, 92.24, 92.25, 92.26, 92.27, 92.28, 92.29, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39
24	YY-07-III	Torakotomi	J-1-30-I J-1-30-II J-1-30-III	-	34.02, 34.03
25	YY-08-III	Lobektomi/Bilobektomi	J-1-10-I J-1-10-II J-1-10-III	-	32.41, 32.49
26	YY-09-III	Vitrectomy	H-1-30-I H-1-30-II H-1-30-III	-	14.71, 14.72, 14.73, 14.74
27	YY-10-III	Phacoemulsification	H-2-36-0	-	13.41
28	YY-11-III	Microlaringoscopy	J-3-15-0	-	31.41,

NO	KODE SPECIAL CMG	DESKRIPSI SPECIAL CMG	KODE GROUP INA-CBG	KODE DIAGNOSIS (ICD 10)	KODE PROSEDUR (ICD-9-CM)
					31.42, 31.44
29	YY-12-III	Cholangiograph	B-3-11-0	-	51.10, 51.11, 51.14, 51.15, 52.13
30	II-01-III	Nuclear Medicine	Z-3-17-0	-	92.05, 92.15
31	II-02-III	MRI	Z-3-16-0	-	88.92, 88.93, 88.97
32	II-03-III	Diagnostic and Imaging Procedure of Eye	H-3-13-0	-	95.12

Special CMG untuk Subacute dan Chronic

Special CMG subakut dan kronis diperuntukkan untuk kasus-kasus Psikiatri dan Kusta dengan ketentuan lama hari rawat (LOS) di FKRTL sebagai berikut :

- Fase Akut : 1 sampai dengan 42 Hari
 Fase Subakut : 43 sampai dengan 103 Hari
 Fase Kronis : 104 sampai dengan 180 Hari

Dalam hal pasien mendapatkan perawatan lebih dari 180 hari, maka diklaimkan satu episode dengan fase kronis.

Special CMG subakut dan kronis berlaku di semua FKRTL yang memiliki pelayanan psikiatri dan kusta serta memenuhi kriteria lama hari rawat sesuai ketentuan diatas. Penghitungan tarif *special CMG* subakut dan kronis menggunakan rumus sebagai berikut :

- Fase Akut : Tarif Paket INA-CBG
 Fase Subakut : Tarif Paket INA-CBG + Tarif Subakut
 Fase Kronis : Tarif Paket INA-CBG + Tarif Subakut + Tarif Kronis

Perangkat yang akan digunakan untuk melakukan penilaian pasien subakut dan kronis dengan menggunakan WHO-DAS (*WHO – Disability Assesment Schedule*) versi 2.0 yaitu instrumen yang digunakan untuk mengukur disabilitas. Instrumen ini dikembangkan oleh Tim Klasifikasi, Terminologi, dan standar WHO di bawah *The WHO/National Institutes of Health (NIH) Joint Projecton Assesment of Classification of Disability*.

Dalam konteks INA-CBG :

- 1) Versi yang digunakan adalah versi 2.0, yang mengandung 12 (duabelas) variabel penilaian (s1-s12) dengan skala penilaian 1 (satu) sampai dengan 5 (lima), sehingga total skor maksimal 60 (enam puluh)
- 2) Tidak digunakan sebagai dasar untuk pemulangan pasien tetapi sebagai dasar untuk menghitung *Resource Intensity Weight* (RIW) pada fase subakut dan kronis bagi pasien psikiatri dan pasien kusta
- 3) Penilaian/*assessment* dilaksanakan pada awal fase subakut (hari ke-43) dan awal fase kronis (hari ke-104) yang dihitung sejak hari pertama pasien masuk.
- 4) Penilaian dilakukan dengan metode wawancara langsung (*interview*) dan/atau observasi oleh psikiater atau dokter ahli lainnya, dokter umum, maupun perawat yang terlatih.
- 5) Lembar penilaian ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dengan mencantumkan nama jelas (Perangkat WHO-DAS terlampir)
- 6) Salinan lembar hasil *scoring* WHO-DAS yang telah ditandatangani oleh DPJP dilampirkan sebagai bahan pendukung pengajuan klaim.
- 7) Petugas administrasi klaim atau koder melakukan input hasil scoring WHO-DAS berupa angka penilaian awal masuk pada periode sub akut dan kronis ke dalam aplikasi INA-CBG pada kolom ADL, selanjutnya aplikasi INA-CBG akan melakukan penghitungan tarif secara otomatis.

BAB III KODING INA-CBG

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*).

Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan koding morbiditas.

Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9-CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama.

Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat.

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Aturan penulisan diagnosis adalah sebagai berikut :

1. Diagnosis bersifat informatif agar bisa diklasifikasikan pada kode ICD yang spesifik.

Contoh penulisan diagnosis :

- Karsinoma sel transisional pada trigonum kandung kemih
 - Appendisitis akut dengan perforasi
 - Katarak Diabetikum, *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
 - Perikarditis Meningokokus
 - Luka bakar derajat tiga di telapak tangan
2. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama.
 3. Diagnosis untuk kondisi multipel seperti cedera multipel, gejala sisa (sekuele) multipel dari penyakit atau cedera sebelumnya, atau kondisi multipel yang terjadi pada penyakit *human immunodeficiencyvirus* (HIV), jika salah satu kondisi yang jelas lebih berat dan lebih banyak menggunakan sumber daya dibandingkan dengan yang lain dicatat sebagai diagnosis utama dan yang lainnya sebagai diagnosis sekunder. Jika tidak ada satu kondisi yang menonjol, maka digunakan 'fraktur multipel' atau 'penyakit HIV yang menyebabkan infeksi multipel sebagai diagnosis utama dan kondisi lainnya sebagai diagnosis sekunder. Jika suatu episode perawatan ditujukan untuk pengobatan atau pemeriksaan gejala sisa (sekuele) suatu penyakit lama yang sudah tidak diderita lagi, maka diagnosis sekuele harus ditullis dengan asal-usulnya.

Contoh :

- Septum hidung bengkok karena fraktur hidung di masa kanak-kanak
- Kontraktur tendon Achilles karena efek jangka panjang dari cedera tendon

4. Jika terjadi sekuele multipel yang pengobatan atau pemeriksaannya tidak difokuskan pada salah satu dari kondisi sekuele mutipel tersebut, maka bisa ditegakkan diagnosis sekuele multipel. Contoh: “sekuele *cerebrovaskuler accident (CVA)*” atau “sekuele fraktur multipel”.

A. ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) 10 Revisi Tahun 2010

ICD 10 revisi Tahun 2010 terdiri dari 3 volume dan 22 bab dengan rincian sebagai berikut :

1. *Volume 1* merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
2. *Volume 2* merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
3. *Volume 3* merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam *Tabular List*.

Langkah – langkah koding menggunakan ICD 10 :

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21 (*Section I Volume 3*). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II Volume 3*)
2. Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau eponym dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.

4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“see” dan “see also”) yang ditemukan dalam index
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada *Volume* 1 karena tidak terdapat dalam Index
7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih, dibawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori

Contoh :

- E10 *Insulin-dependent diabetes mellitus*

Includes : diabetes (mellitus) :

- *Brittle*
- *juvenile-onset*
- *ketosis-prone*
- *type 1*

Excludes : diabetes mellitus (in) :

- *malnutrition-related (E12.-)*
- *neonatal (P70.2)*
- *pregnancy, childbirth and the puerperium (O24.-)*

glycosuria:

- *NOS (R81)*
- *renal (E74.8)*

impaired glucose tolerance (R73.0)

postsurgical hypoinsulinaemia (E89.1)

- N18 *Chronic Renal Failure*

Includes : chronic uraemia

diffuse sclerosing glomerulonephritis

Excludes : chronic renal failure with hypertension (I12.0)

8. Tentukan Kode.

Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan

diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).

Dalam hal koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP, maka koder menggunakan *Rule* MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama ('re-seleksi').

Aturan koding dalam ICD 10 :

a. Jika dalam ICD 10 terdapat catatan "*Use additional code, if desired, to identify specified condition*" maka kode tersebut dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.

b. *Pengkodean sistem dagger (†) dan asterisk (*)*

Jika diagnosis utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk maka yang dikode sebagai diagnosis utama adalah kode dagger, sedangkan kode asterisk sebagai diagnosis sekunder. Namun jika diagnosis sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk, maka kode tersebut menjadi diagnosis sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (*) tidak diinput di dalam aplikasi INA-CBG.

Contoh :

Diagnosis Utama : Pneumonia measles

Diagnosis Sekunder : -

Dikode *measles complicated by pneumonia* (B05.2†) sebagai diagnosis utama dan *pneumonia in viral disease classified elsewhere* (J17.1*) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Perikarditis Tuberkulosa

Diagnosis Sekunder : -

Dikode *tuberculosis of other specified organs* (A18.8†) sebagai diagnosis utama dan *pericarditis in bacterial disease classified elsewhere* (I32.0*) sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : DM Type II
Diagnosis Sekunder : Arthritis pada penyakit Lyme
Dikode DM Type II (E11.9) sebagai diagnosis utama, *Lyme disease* (A69.2†) sebagai diagnosis sekunder dan *arthritis in Lyme disease* (M01.2*) sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : Anemia
Diagnosis Sekunder : Ca Mammae
Dikode Ca Mammae (C50.9†) sebagai diagnosis utama dan anemia (D63.0*) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Anemia
Diagnosis Sekunder : Kronik Renal Failure
Dikode Kronik Renal Failure (N18.9†) sebagai diagnosis utama, anemia (D63.8*) sebagai diagnosis sekunder.

- c. Pengkodean dugaan kondisi, gejala, penemuan abnormal, dan situasi tanpa penyakit

Jika pasien dalam episode rawat, koder harus hati-hati dalam mengklasifikasikan Diagnosis Utama pada Bab XVIII (Kode R) dan XXI (Kode Z).

Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga Rules MB3 dan MB5).

Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan untuk diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Contoh :

Diagnosis Utama : Dugaan neoplasma ganas serviks –

setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan didapatkan hasil bukan neoplasma ganas serviks

Diagnosis Sekunder : -

Dikode observasi dugaan neoplasma ganas (Z03.1) sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Infark miokardium - ternyata bukan

Diagnosis Sekunder : -

Dikode observasi dugaan infark miokardium (Z03.4) sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Epistaxis berat

Diagnosis Sekunder : -

Pasien dirawat satu hari. Tak ada laporan prosedur atau pemeriksaan.

Dikode Epistaxis (R04.0). Ini bisa diterima karena pasien jelas dirawat hanya untuk kondisi darurat.

d. Pengkodean kondisi multiple

Jika kondisi multiple dicatat di dalam kategori berjudul “Multiple ...”, dan tidak satu pun kondisi yang menonjol, kode untuk kategori “Multiple ...”, harus dipakai sebagai kode diagnosis utama, dan setiap kondisi lain menjadi kode diagnosis sekunder.

Pengkodean seperti ini digunakan terutama pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan sekuele.

Contoh :

Diagnosis Utama : HIV disease resulting in multiple infections

Diagnosis Sekunder : HIV disease resulting in candidiasis
HIV disease resulting in other viral infections

Dikode *HIV disease resulting in multiple infections* (B20.7) sebagai diagnosis utama, *HIV disease resulting in candidiasis* (B20.4) dan

HIV disease resulting in other viral infections (B20.3) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Multiple fraktur of femur

Diagnosis Sekunder : Fraktur of shaft of femur

Fraktur of lower of end of femur

Dikode *multiple fraktur of femur* (S72.7) sebagai diagnosis utama, *fraktur of shaft of femur* (S72.3) dan *Fraktur of lower of end of femur* (S72.4) sebagai diagnosis sekunder.

e. Pengkodean kategori kombinasi

ICD menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan diwakili oleh satu kode.

Contoh :

Diagnosis Utama : Gagal ginjal

Diagnosis Sekunder : Penyakit ginjal hipertensi

Dikode Penyakit ginjal hipertensi dengan gagal ginjal (I12.0)

Contoh :

Diagnosis Utama : Glaukoma karena peradangan mata

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Glaukoma akibat peradangan mata (H40.4) sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Obstruksi usus

Diagnosis Sekunder : Hernia inguinalis kiri

Dikode Hernia inguinalis unilateral, dengan obstruksi, tanpa gangren (K40.3)

Contoh :

Diagnosis Utama : Katarak diabetes tergantung insulin

Diagnosis Sekunder : Hipertensi

Spesialisasi : Oftalmologi

Dikode Diabetes tergantung insulin dengan komplikasi mata (E10.3†) sebagai diagnosis utama dan katarak diabetes (H28.0*) serta Hipertensi (I10) sebagai diagnosis sekunder.

f. Pengkodean sekuele kondisi tertentu

ICD menyediakan sejumlah kategori yang berjudul “*sequelae of ...*” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) yang digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak didapatkan lagi, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati. Namun, kode yang diutamakan sebagai diagnosis utama adalah kode yang sesuai dengan bentuk sekuele itu. Kode “*sequelae of*” dapat ditambahkan sebagai kode tambahan.

Jika terdapat sejumlah sekuele spesifik namun tidak ada yang lebih menonjol dalam hal kegawatan dan penggunaan sumber daya, boleh digunakan “*Sequelae of ...*” sebagai diagnosis utama, yang kemudian dikode pada kategori yang sesuai. Perhatikan bahwa kondisi penyebab bisa dinyatakan dengan istilah ‘**old**’ (lama), ‘**no longer present**’ (tidak terdapat lagi), dan sebagainya, begitu pula kondisi yang diakibatkannya bisa dinyatakan sebagai ‘*late effect of*’ (efek lanjut), atau ‘*sequela of*’. Tidak diperlukan interval waktu minimal.

Contoh :

Diagnosis Utama : Dysphasia akibat infark otak lama

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Dysphasia (R47.0) sebagai diagnosis utama, ‘*sequelae of cerebral infarction*’ (I69.3) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama :

Osteoarthritis sendi panggul akibat fraktur lama panggul karena kecelakaan kendaraan bermotor 10 tahun yang lalu

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Other post-traumatic coxarthrosis (M16.5) sebagai diagnosis utama, 'sequelae of fracture of femur' (T93.1) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Efek lanjut poliomielititis

Diagnosis Sekunder :

Dikode Sequelae of poliomyelitis (B91) sebagai diagnosis utama karena informasi lain tidak tersedia.

Contoh :

Diagnosis Utama : Epilepsi akibat abses lama otak.

Spesialisasi : Neurologi

Dikode Epilepsi, tidak dijelaskan (G40.9) sebagai diagnosis utama. Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system (G09) sebagai diagnosis sekunder.

g. Pengkodean kondisi-kondisi akut dan kronis

Jika Diagnosis Utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD menyediakan kategori atau subkategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, tapi tidak untuk gabungannya, kategori kondisi akut harus digunakan sebagai Diagnosis Utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kolesistitis akut dan kronis

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Acute cholecystitis (K81.0) sebagai diagnosis utama, chronic cholecystitis (K81.1) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Penggawatan akut bronkitis kronis obstruktif.

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation (J44.1) sebagai diagnosis utama karena disini terdapat kode gabungan akut dan kronis.

h. Pengkodean kondisi pasca-prosedur dan komplikasinya

Pada Bab XIX (T80-T88) tersedia kategori untuk komplikasi yang berhubungan dengan operasi dan prosedur lain, contohnya infeksi luka operasi, komplikasi mekanis benda-benda implantasi, syok, dan lainnya. Kondisi tertentu yang terjadi setelah prosedur (misalnya pneumonia, embolisme paru) tidak dianggap sebagai kondisi tersendiri sehingga dikode seperti biasa, namun bisa diberi kode tambahan dari Y83-Y84 untuk menunjukkan hubungannya dengan suatu prosedur.

Jika kondisi dan komplikasi ini dicatat sebagai Diagnosis Utama, perlu dilakukan rujukan ke 'modifier' atau 'qualifier' pada Indeks Alfabet untuk pemilihan kode yang tepat.

Contoh :

Diagnosis Utama : Hipotiroidisme sejak tiroidektomi 1 tahun yang lalu.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Kedokteran umum

Dikode Hipotiroidisme pasca-bedah (E89.0) sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Perdarahan berlebihan setelah pencabutan gigi.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Kedokteran gigi

Dikode Perdarahan akibat suatu prosedur (T81.0) sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Psikosis pasca-bedah setelah operasi plastik.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Psikiatri

Dikode Psikosis (B91) sebagai diagnosis utama

- i. Dalam hal koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama ('re-seleksi') yaitu sebagai berikut :

- 1) Rule MB1 (Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai diagnosis sekunder).

Ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama, atau masalah insidental, tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti, relevan dengan pengobatan yang diberikan dan/atau spesialisasi perawatan, tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka reseleksi kondisi yang berarti tersebut sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Sinusitis akut.

Diagnosis Sekunder : Karsinoma endoserviks

Hipertensi

Prosedur : Histerektomi total

Spesialisasi : Ginekologi

Pasien di rumah sakit selama tiga minggu

Dikode Karsinoma endoserviks (C53.0) sebagai diagnosis utama, sinusitis akut dan Hipertensi sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Arthritis rematoid

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus

Hernia femoralis terpuntir

Arteriosklerosis generalisata

Pasien di rumah sakit selama tiga minggu

Prosedur : *Herniorrhaphy*

Spesialisasi : Bedah umum

Dikode Strangulated femoral hernia (K41.3) sebagai diagnosis utama, Arthritis rematoid, Diabetes melitus, dan arteriosklerosis generalisata sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Epilepsy

Diagnosis Sekunder : Otomikosis

Spesialisasi : Telinga, hidung dan tenggorok

Dikode Otomikosis (B36.9† dan H62.2 *) sebagai diagnosis utama dan epilepsy sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kegagalan jantung kongestif

Diagnosis Sekunder : Fraktur leher femur karena jatuh dari tempat tidur waktu dirawat

Prosedur : Fiksasi fraktur internal

Spesialisasi : Penyakit Dalam 1 minggu, transfer ke ortopedi untuk fraktur

Pasien di rumah sakit selama empat minggu

Dikode Fraktur leher femur (S72.0) sebagai diagnosis utama, kegagalan jantung kongestif sebagai diagnosis sekunder.

- 2) Rule MB2 (Beberapa kondisi Dicatat sebagai Diagnosis Utama).

Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, dan menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada asuhan pasien, pilihlah kondisi tersebut. Jika tidak, pilih kondisi yang sesuai dengan spesialisasi yang menangani.

Contoh :

Diagnosis Utama : Katarak

Meningitis stafilokokus

Penyakit jantung iskemik.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Neurologi

Pasien di rumah sakit selama lima minggu

Dikode Meningitis stafilokokus (G00.3) sebagai diagnosis utama, Katarak dan Penyakit jantung iskemik sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : Bronkitis obstruktif kronis
Hipertrofi prostat
Psoriasis vulgaris

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Dokter Ahli Kulit

Dikode Psoriasis vulgaris (L40.0) sebagai diagnosis utama, Bronkitis obstruktif kronis dan hipertrofi prostat sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : Gastritis kronis
Keganasan sekunder di nodus limfe axilla
Karsinoma mammae

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Mastektomi

Dikode Neoplasma ganas mammae (C50.9) sebagai diagnosis utama, Gastritis kronis dan keganasan sekunder di nodus limpe axilla sebagai diagnosis sekunder

- 3) Rule MB3 (Kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati).

Jika suatu gejala atau tanda (pada umumnya diklasifikasikan pada Bab XVIII), atau suatu masalah yang bisa diklasifikasikan pada Bab XXI, dicatat sebagai diagnosis utama, dan merupakan tanda, gejala atau masalah dari kondisi yang telah didiagnosis sebagai diagnosis sekunder dan telah dirawat, maka pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Hematuria

Diagnosis Sekunder : Varises vena tungkai
Papilomata dinding belakang
kandung kemih

Pengobatan : Eksisi diatermi papillomata

Spesialisasi : Urologi

Dikode Papilomata dinding belakang kandung kemih (D41.4) sebagai diagnosis utama, Hematuria dan Varises vena tungkai sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Koma

Diagnosis Sekunder : Penyakit jantung iskemik

Otosklerosis

Diabetes mellitus, insulin dependent

Spesialisasi : Endokrinologi

Perawatan : Penentuan dosis insulin yang tepat

Dikode Diabetes mellitus, insulin dependent (E10.0) sebagai diagnosis utama, Koma disebabkan oleh diabetes mellitus, sehingga digunakan kode kombinasi. Penyakit jantung iskemik dan Otosklerosis sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : Kejang demam

Diagnosis Sekunder : Anemia

Tidak ada informasi terapi

Dikode Kejang demam (R56.0) sebagai diagnosis utama. Anemia dikode sebagai diagnosis sekunder. Rule MB3 tidak dapat berlaku karena diagnosis utama bukan gejala yang mewakili diagnosis sekunder.

4) Rule MB4 (Kespesifikan).

Jika diagnosis yang tercatat sebagai diagnosis utama menguraikan suatu kondisi secara umum, sedangkan suatu istilah yang bisa memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk kondisi tersebut tercatat

sebagai diagnosis sekunder, maka pilihlah yang diagnosis sekunder tersebut sebagai diagnosis utama.

Contoh :

Diagnosis Utama : Cerebrovascular accident

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus

Hipertensi

Perdarahan otak

Dikode Perdarahan otak (I61.9) sebagai diagnosis utama, Diabetes melitus dan Hipertensi sebagai diagnosis sekunder, dan *Cerebrovascular accident* tidak dikoding.

Contoh :

Diagnosis Utama : Penyakit jantung kongenital

Diagnosis Sekunder : Defek septum ventrikel

Dikode Ventricular septal defect (Q21.0) sebagai diagnosis utama dan penyakit jantung kongenital tidak dikoding

5) Rule MB5 (Diagnosis alternatif).

Jika suatu gejala atau tanda dicatat sebagai diagnosis utama dan disebabkan oleh suatu kondisi atau diagnosis sekunder, maka pilihlah gejala tersebut sebagai diagnosis utama. Jika dua kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnostik untuk diagnosis utama, pilihlah kondisi pertama yang tercatat.

Contoh :

Diagnosis Utama : Sakit kepala karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : -

Sakit kepala sebagai diagnosis utama dikode R51.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kolesistitis akut atau pankreatitis akut

Diagnosis Sekunder : -

Kolesistitis akut sebagai diagnosis utama dikode K81.0.

Contoh :

Diagnosis Utama : Gastroenteritis akibat infeksi atau

keracunan makanan

Diagnosis Sekunder : -

Infectious gastroenteritis sebagai diagnosis utama dikode A09.

j. Petunjuk untuk bab-bab spesifik

Berikut ini adalah beberapa petunjuk untuk bab-bab spesifik dimana masalah mungkin timbul pada saat memilih kode diagnosis utama. Pedoman dan *Rule* umum berlaku untuk semua bab kecuali jika dalam petunjuk untuk bab-bab spesifik dibawah ini menyatakan lain.

1) Bab I Penyakit Infeksi dan Penyakit

B20-B24 Penyakit human immunodeficiency virus (HIV)

Seorang pasien dengan sistem imun yang rusak akibat penyakit HIV kadang-kadang memerlukan pengobatan untuk lebih dari satu penyakit pada satu periode perawatan, misalnya infeksi mycobacterium dan cytomegalovirus. Kategori dan subkategori terdapat pada blok ini untuk penyakit HIV dengan berbagai penyakit yang ditimbulkannya. Pilihlah Kode subkategori yang sesuai untuk diagnosis utama sebagaimana dipilih oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).

Jika diagnosis utama yang dicatat adalah penyakit HIV dengan multiple penyakit penyerta, maka subkategori .7 dari B20-B22 harus dikode. Kondisi-kondisi yang bisa diklasifikasikan pada dua subkategori atau lebih harus dikode pada subkategori .7 pada kategori yang relevan (misalnya B20 atau B21). Subkategori B22.7 harus digunakan apabila terdapat kondisi yang bisa diklasifikasikan pada dua kategori atau lebih pada B20-B22. Kode tambahan dari dalam blok B20-B24 digunakan sebagai diagnosis sekunder.

jika kondisi yang berhubungan jelas muncul lebih dahulu daripada infeksi HIV, maka kode kombinasi tidak boleh digunakan dan *Selection Rules* harus diikuti.

Contoh :

Diagnosis Utama : Penyakit HIV dan sarkoma Kaposi

Diagnosis Sekunder : -

Penyakit HIV yang menyebabkan Sarkoma Kaposi sebagai diagnosis utama dikode B21.0.

Contoh :

Diagnosis Utama : Toxoplasmosis dan cryptococcosis pada pasien HIV

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Penyakit HIV yang menyebabkan infeksi ganda (B20.7) sebagai diagnosis utama, penyakit HIV yang menyebabkan penyakit infeksi dan parasit lain (B20.8) dan penyakit HIV yang menyebabkan mikosis lain (B20.5) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Penyakit HIV dan kandidiasis

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Penyakit HIV yang menyebabkan kandidiasis (B20.4) sebagai diagnosis utama

Contoh :

Diagnosis Utama : Penyakit HIV dengan pneumonia *Pneumocystis carinii*, limfoma Burkitt dan kandidiasis mulut.

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Penyakit HIV yang menyebabkan penyakit ganda (B22.7) sebagai diagnosis utama, penyakit HIV yang menyebabkan pneumonia *Pneumocystis carinii* (B20.6), penyakit HIV yang menyebabkan limfoma Burkitt (B21.1), dan penyakit HIV yang menyebabkan kandidiasis (B20.4) sebagai diagnosis sekunder.

Dalam koding INA-CBG menggunakan kode 4 karakter untuk Subkategori pada B20-B23. Penentuan penggunaan subkategori 4-karakter pada B20-B23 atau kode penyebab ganda adalah untuk mengidentifikasi kondisi yang lebih spesifik.

2) Bab II Neoplasma

Cara mengkode pada kasus neoplasma, harus menggunakan catatan pengantar Bab II di Volume 1 dan Pendahuluan Volume 3 ICD 10 tahun 2010 tentang pemberian kode dan penggunaan deskripsi morfologis sebagai rujukan.

Kasus neoplasma baik primer atau sekunder (metastasis) yang merupakan fokus perawatan, harus dicatat dan dikode sebagai diagnosis utama.

Dalam hal diagnosis utama yang dicatat oleh dokter adalah neoplasma primer yang sudah tidak terdapat lagi, maka diagnosis utama adalah neoplasma lokasi sekunder, komplikasi saat ini, atau keadaan yang bisa dikode pada Bab XXI yang merupakan fokus pengobatan atau pemeriksaan saat ini. Sedangkan untuk riwayat neoplasma primer yang ada pada Bab XXI digunakan sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Karsinoma prostat

Diagnosis Sekunder : Bronkitis kronis

Prosedur : Prostatektomi

Neoplasma ganas prostat sebagai diagnosis utama dikode C61.

Contoh :

Diagnosis Utama : Karsinoma mammae - dibuang dua tahun yang lalu

Diagnosis Sekunder : Karsinoma sekunder paru-paru

Prosedur : Bronkoskopi dengan biopsi

Dikode Neoplasma ganas paru-paru (C78.0) sebagai diagnosis utama, riwayat neoplasma mammae (Z85.3) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kanker bladder telah dibuang
- dirawat untuk pemeriksaan follow-up dengan cystoscopy.

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Cystoscopy

Dikode Pemeriksaan follow-up pasca operasi neoplasma ganas (Z08.0) sebagai diagnosis utama, riwayat neoplasma ganas saluran urin (Z85.5) sebagai diagnosis sekunder.

C80 digunakan sebagai kode diagnosis utama hanya jika dokter dengan jelas mencatat neoplasma ganas tanpa penjelasan lokasinya.

C97 digunakan hanya jika dokter mencatat sebagai diagnosis utama terdiri dari dua atau lebih neoplasma ganas primer yang independen, tanpa ada yang lebih menonjol. Neoplasma ganas yang lebih rinci dikode sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Carcinomatosis

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Neoplasma ganas tanpa penjelasan mengenai lokasinya (C80).

Contoh :

Diagnosis Utama : Multiple myeloma dan adenokarsinoma prostat primer

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Neoplasma ganas primer yang independen dengan lokasi multipel (C97) sebagai diagnosis utama, multiple myeloma (C90.0) dan neoplasma ganas prostat (C61) sebagai diagnosis sekunder.

3) Bab IV Penyakit Endokrin, nutrisi, dan metabolisme

E10-E14 Diabetes Mellitus

Pemilihan subkategori yang tepat dari daftar yang berlaku bagi seluruh kategori ini didasarkan pada diagnosis utama yang tercatat. Subkategori “.7” hanya digunakan sebagai

diagnosis jika berbagai komplikasi diabetes dicatat sebagai diagnosis utama tanpa mengutamakan salah satu di antaranya. Untuk masing-masing komplikasi dikode sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Gagal ginjal akibat
glomerulonefrosis diabetes

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Diabetes Melitus, tidak dijelaskan, dengan komplikasi ginjal (E14.2† dan N08.3 *).

Contoh :

Diagnosis Utama : Diabetes Melitus tergantung
insulin dengan nefropati, gangren, dan katarak.

Diagnosis Sekunder : -

Dikode IDDM dengan komplikasi ganda (E10.7) sebagai diagnosis utama, IDDM dengan nefropati (E10.2† dan N08.3*), IDDM dengan komplikasi sirkulasi perifer (E10.5), dan IDDM dengan katarak (E10.3† dan H28.0*) sebagai diagnosis sekunder

4) Bab VII: Penyakit-penyakit mata dan adnexa

H54.- Kebutaan dan pandangan berkurang

Kode ini tidak digunakan sebagai diagnosis utama jika penyebabnya teridentifikasi, kecuali jika episode perawatan adalah untuk kebutaan itu sendiri. Ketika penyebab teridentifikasi maka kode H54.- digunakan sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kebutaan karena Katarak

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Katarak (H26.9) sebagai diagnosis utama, dan Kebutaan H54.9 sebagai diagnosis sekunder

- 5) Bab XV: Kehamilan, melahirkan, dan puerperium
- a) O08 Komplikasi setelah abortus, kehamilan ektopik dan kehamilan mola.

Kode-kode ini tidak digunakan sebagai diagnosis utama, kecuali jika fokus perawatan adalah untuk mengobati komplikasinya, contohnya komplikasi dari abortus sebelumnya. Kode tersebut digunakan sebagai diagnosis sekunder pada kategori O00-O02 untuk mengidentifikasi komplikasi terkait atau pada kategori O03-O07 untuk memberikan rincian yang lebih lengkap tentang komplikasinya.

Perhatikan bahwa istilah inklusi yang disediakan pada subkategori O08 harus disebut ketika menetapkan subkategori karakter keempat pada O03-O07.

Contoh :

Diagnosis Utama : Ruptura kehamilan ektopik tuba dengan syok.

Diagnosis Sekunder: -

Spesialisasi : Ginekologi.

Dikode Ruptura kehamilan ektopik tuba (O00.1) sebagai diagnosis utama. Syok setelah abortus, kehamilan ektopik dan kehamilan mola (O08.3) sebagai sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Aborsi incomplete dengan perforasi uterus

Diagnosis Sekunder: -

Spesialisasi : Ginekologi

Dikode Aborsi incomplete dengan komplikasi lain dan tidak spesifik (O06.3) sebagai diagnosis utama. Kerusakan organ panggul dan jaringan berikut aborsi dan kehamilan ektopik dan molar (O08.6) sebagai diagnosis sekunder

Contoh :

Diagnosis Utama : Diseminasi intravaskular koagulasi karena aborsi dua hari yang lalu di fasilitas kesehatan lain

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Ginekologi

Dikode Perdarahan berlebihan atau tertunda karena aborsi dan kehamilan ektopik dan molar (O08.1). Kode lain tidak diperlukan karena aborsi dilakukan pada episode perawatan sebelumnya.

b) O80-O84 Melahirkan

Penggunaan kode-kode ini untuk diagnosis utama terbatas pada kasus-kasus ketika informasi yang tercatat dalam rekam medis hanya mengenai kelahiran atau cara kelahiran. Kode-kode O80-O84 digunakan

sebagai diagnosis sekunder untuk menunjukkan cara atau jenis kelahiran.

Contoh :

Diagnosis Utama : Kehamilan.

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Kelahiran dengan forseps rendah

Dikode Kelahiran dengan forseps rendah (O81.0) sebagai diagnosis utama, karena tidak ada informasi lain tersedia dan *outcome delivery* (Z37.-) dikode sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Melahirkan

Diagnosis Sekunder : Kegagalan percobaan persalinan

Prosedur : Seksio Sesar

Dikode Kegagalan percobaan persalinan (O66.4) sebagai diagnosis utama. Seksio Sesar yang tidak dijelaskan (O82.9) dan *outcome delivery* (Z37.-) dikode sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Melahirkan anak kembar.

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Kelahiran spontan

Dikode Kehamilan kembar (O30.0) sebagai diagnosis utama. Kehamilan ganda, semua spontan (O80.9) dan outcome delivery (Z37.-) dikode sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Hamil cukup bulan, melahirkan janin mati 2800gr

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Kelahiran spontan

Dikode Perawatan ibu dengan kematian dalam rahim (O36.4) karena penyebab spesifik kematian janin tidak bisa ditentukan sebagai diagnosis utama. Kelahiran normal dan outcome delivery (Z37.-) dikode sebagai diagnosis sekunder.

- c) O98-O99 Penyakit ibu yang bisa diklasifikasikan di tempat lain, tapi mempersulit kehamilan, melahirkan, dan puerperium

Subkategori yang tersedia disini harus lebih diutamakan untuk Kondisi Utama daripada kategori di luar Bab XV, Jika pada kondisi ini dinyatakan mempersulit kehamilan, diperberat oleh kehamilan, atau merupakan alasan perawatan obstetri. Kode yang relevan dari bab-bab lain digunakan sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Toxoplasmosis.

Diagnosis Sekunder : Kehamilan

Spesialisasi : Klinik perawatan antenatal beresiko tinggi

Dikode Penyakit protozoa yang mempersulit kehamilan, kelahiran, dan puerperium (O98.6) sebagai diagnosis utama, B58.9 (toxoplasmosis, tidak dijelaskan) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : KPD

Diagnosis Sekunder : Persalinan SC

Anemia

Spesialisasi : Obgyn

Dikode KPD (O42.1) sebagai diagnosis utama, Persalinan SC (O82.9), Anemia (O99.0), dan Anemia (D64.9) sebagai diagnosis sekunder.

6) Bab XIX Cedera, Keracunan, dan Konsekuensi Lain Tertentu dari Penyebab Eksternal

Jika tercatat injuri multipel dan tidak ada di antaranya yang dipilih sebagai diagnosis utama, maka pilihlah kode kategori yang tersedia untuk pernyataan injuri multipel sebagai berikut :

- a) Sejenis di daerah tubuh yang sama (biasanya karakter keempat '.7' pada S00-S99)
- b) Tidak sejenis, tapi di daerah tubuh yang sama (biasanya karakter keempat '.7' pada kategori terakhir masing-masing blok, seperti S09, S19, S29, dan seterusnya)
- c) Sejenis, tapi tidak di daerah tubuh yang sama (T00-T05).

Perhatikan pengecualian berikut :

- a) Untuk cedera internal yang dicatat bersama dengan hanya cedera permukaan dan/atau luka terbuka, maka pilih cedera internal sebagai diagnosis utama. Cedera permukaan diinput sebagai diagnosis sekunder
- b) Untuk fraktur tulang tengkorak dan muka yang berhubungan dengan cedera intrakranium, maka pilih kode cedera intrakranium sebagai diagnosis utama.
- c) Untuk perdarahan intrakranium yang tercatat bersama cedera lain yang hanya di kepala, maka pilih kode perdarahan intrakranium sebagai diagnosis utama.
- d) Untuk fraktur yang tercatat dengan luka terbuka hanya di lokasi yang sama, maka pilih kode fraktur sebagai diagnosis utama.

Ketika kategori cedera ganda digunakan, maka kode untuk setiap cedera bisa digunakan sebagai kode tambahan. Pada kasus dengan pengecualian di atas, sebagai tambahan pada

kode diagnosis utama, maka cedera yang berhubungan bisa diidentifikasi baik dengan kode tambahan :

- a) 0 untuk cedera tertutup
- b) 1 untuk cedera terbuka

Contoh :

Diagnosis Utama : Cedera kandung kemih dan urethra.

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Cedera ganda organ pelvis (S37.7) sebagai diagnosis utama. cedera kandung kencing (S37.2) dan cedera urethra (S37.3) sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Luka terbuka intrakranium dengan perdarahan otak.

Diagnosis Sekunder : -

Dikode Perdarahan otak akibat trauma (S06.8). luka terbuka kepala (tempat tidak dijelaskan) atau dengan menambahkan angka 1 (luka intrakranium terbuka) pada kode S06.8 (S06.81) sebagai diagnosis utama, Luka terbuka intrakranium (S01.9) sebagai diagnosis sekunder.

T90-T98 Sekuele cedera, keracunan, dan akibat penyebab eksternal lain

Kode-kode ini tidak untuk diagnosis utama, kalau bentuk kondisi sisa telah tercatat. Untuk mengkode kondisi sisa, T90-T98 digunakan sebagai diagnosis sekunder.

B. ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*) revisi Tahun 2010.

ICD-9-CM terdiri dari 3 *volume*. Namun yang digunakan untuk mengkode tindakan/prosedur adalah *volume* 3.

Langkah – langkah koding menggunakan ICD-9-CM adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi tipe pernyataan prosedur/tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-9-CM *Alphabetical Index*.
2. Tentukan *Lead Term* Untuk prosedur/tindakan.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk di bawah kata kunci.

4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index :
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada Tabular List.
7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan Kode

Aturan dalam koding ICD-9-CM :

1. Kata –*See, see also* (lihat juga)

Jika ada pernyataan (*see, see also*) di belakang pernyataan tindakan/prosedur, maka harus melihat juga pernyataan tindakan yang dimaksud.

Contoh :

Atherectomy coronary

Atherectomy

- *Cerebrovasculas –see Angioplasty*
- *Coronary –see Angioplasty coronary 36.09*

Dikode *Angioplasty coronary 36.09*

Contoh :

Catheterization –see also Insertion,

- *Catheter arteriovenous 39.93*
- *Artery 38.91*

Maka harus dilihat juga *Insertion*.

2. Kata *omit code* (tidak dikoding)

Jika ada pernyataan *omit code* pada Indeks Alfabet maka prosedur tersebut adalah bagian dari kode prosedur lain yang berhubungan dan tidak dikode.

Contoh :

Craniotomy 01.24

- *as operative approach – omit code fetal 73.8*
for decompression of fracture 02.02
reopening of site 01.23

Contoh :

Laparatomy NEC 54.19
as operative approach --omit code
exploratory (pelvic) 54.11

Contoh :

Laminectomy (decompression)
(for exploration) 03.09
as operative approach --omit code

3. Kata *Code also* (dikoding juga)

Jika ada pernyataan *code also* dibawah pernyataan tindakan/prosedur maka harus dikoding.

Contoh :

42.69 Antesternal anastomosis of esophagus dengan gastrostomy
Code also any synchronous :
esophagectomy (42.40 – 42.42)
gastrostomy (43.1)

Dikode *antesternal anastomosis of esophagus (42.69)* dan *other gastrostomy (43.19)*

4. Kata *Exclude* (tidak termasuk)

Jika ada pernyataan *Exclude* dibawah pernyataan tindakan/prosedur maka harus dikoding yang lain sesuai dengan petunjuk exclude

Contoh :

Simple excision of lymphatic struture (40.2)
Exclude : biopsy of lyphatic structure (40.11)

5. Kata *Includes* (termasuk)

Jika ada pernyataan “*includes*” dibawah pernyataan tindakan/prosedur maka pernyataan tindakan tersebut termasuk bagian atau contoh tindakan tersebut :

35.2 *Replacement of heart valve*

Includes : *Excision of heart valve with replacement*

Code also cardiopulmonary bypass (extracorporeal circulation) (heart-lung)
(39.61)

C. Aturan Koding Lainnya yang Berlaku Untuk INA-CBG

1. Dalam hal bayi lahir dengan tindakan persalinan menggunakan kode P03.0 – P03.6 maka dapat diklaimkan terpisah dari klaim ibunya.

2. Kontrol Ulang

Dalam hal pasien yang datang untuk kontrol ulang di rawat jalan dengan diagnosis yang sama pada kunjungan sebelumnya, ditetapkan sebagai diagnosis utama menggunakan kode “Z” dan diagnosis sekunder dikode sesuai penyakitnya.

Contoh :

Pasien datang ke rumah sakit untuk kontrol Hipertensi.

Diagnosis Utama : Kontrol Ulang

Diagnosis Sekunder : Hipertensi

Dikode kontrol ulang (Z09.8) sebagai diagnosis utama dan Hipertensi (I10) sebagai diagnosis sekunder.

3. Terapi Berulang

Dalam hal pasien yang datang untuk mendapatkan terapi berulang di rawat jalan seperti rehabilitasi medik, rehabilitasi psikososial, hemodialisa, kemoterapi dan radioterapi ditetapkan sebagai diagnosis utama menggunakan kode “Z” dan diagnosis sekunder dikode sesuai penyakitnya.

Contoh :

Pasien datang ke RS untuk dilakukan kemoterapi karena Ca. Mammae.

Diagnosis Utama : Kemoterapi

Diagnosis Sekunder : Ca. Mammae

Dikode kemoterapi (Z51.1) sebagai diagnosis utama dan Ca. Mammae (C50.9) sebagai diagnosis sekunder.

4. Pengkodean untuk persalinan :
 - a. Bila terdapat penyulit atau komplikasi maka penyulit atau komplikasi menjadi diagnosis utama
 - b. Metode persalinan (O80.0-O84.9) sebagai diagnosis sekunder
 - c. *Outcome* persalinan (Z37.0 – Z37.9) sebagai diagnosis sekunder

5. Pengkodean Neoplasma :
 - a. Pasien yang dirawat hanya untuk kemoterapi maka menggunakan kode Z51.1 sebagai diagnosis utama dan neoplasma menjadi diagnosis sekunder
 - b. Pasien yang dirawat hanya untuk radioterapi maka menggunakan kode Z51.0 sebagai diagnosis utama dan neoplasma menjadi diagnosis sekunder
 - c. Pasien yang datang ke rawat jalan dan mendapatkan obat kemoterapi oral, menggunakan kode Z51.1 sebagai diagnosis utama.
 - d. Pasien dengan riwayat neoplasma ganas menggunakan kode Z85.0 – Z85.9
 - e. Pasien yang menjalani pemeriksaan neoplasma karena riwayat keluarga dengan neoplasma ganas menggunakan kode Z80.0 – Z80.9
 - f. Pasien yang dirawat untuk mengatasi anemia yang terkait dengan neoplasma dan perawatan hanya untuk anemia, maka yang menjadi diagnosis utama adalah neoplasma sedangkan anemia pada neoplasma (D63.0) menjadi diagnosis sekunder.

6. Penggunaan kode Z29.0 Isolasi digunakan untuk kasus orang yang datang ke rumah sakit untuk melindungi dirinya dari lingkungannya atau untuk isolasi individual setelah melakukan kontak dengan penyakit menular.

7. Pasien yang telah melahirkan di FKTP, namun dirujuk oleh dokter untuk melakukan tubektomi interval di FKRTL maka dikode Sterilization (Z30.2) sebagai diagnosis utama.

8. Pengkodean Thalasemia :
 - a. Pasien Thalasemia Mayor adalah pasien yang mempunyai diagnosis utama maupun sekunder mempunyai kode ICD-10 yaitu D56.1
 - b. Jika pasien Thalasemia Mayor pada saat kontrol ulang diberikan obat kelasi besi (Deferipone, Deferoksamin, dan Deferasirox) maka diinputkan sebagai rawat jalan dengan menggunakan kode D56.1 sebagai diagnosis utama
9. Pemasangan infus pump hanya menggunakan kode 99.18
10. *Educational therapy* menggunakan kode 94.42

D. Episode

Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi/pemeriksaan dokter dan atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan satu kali klaim.

Pada sistem INA-CBG ada 2 episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap, dengan beberapa kriteria di bawah ini :

1. Episode rawat jalan

Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.

Ketentuan tambahan terkait dengan episode rawat jalan yaitu :

- a) Pada pemeriksaan penunjang yang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama yaitu pemeriksaan penunjang yang sesuai indikasi medis memerlukan persiapan khusus dan atau kendala kapasitas pelayanan penunjang maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- b) Pasien yang mendapatkan pemeriksaan penunjang dan hasil

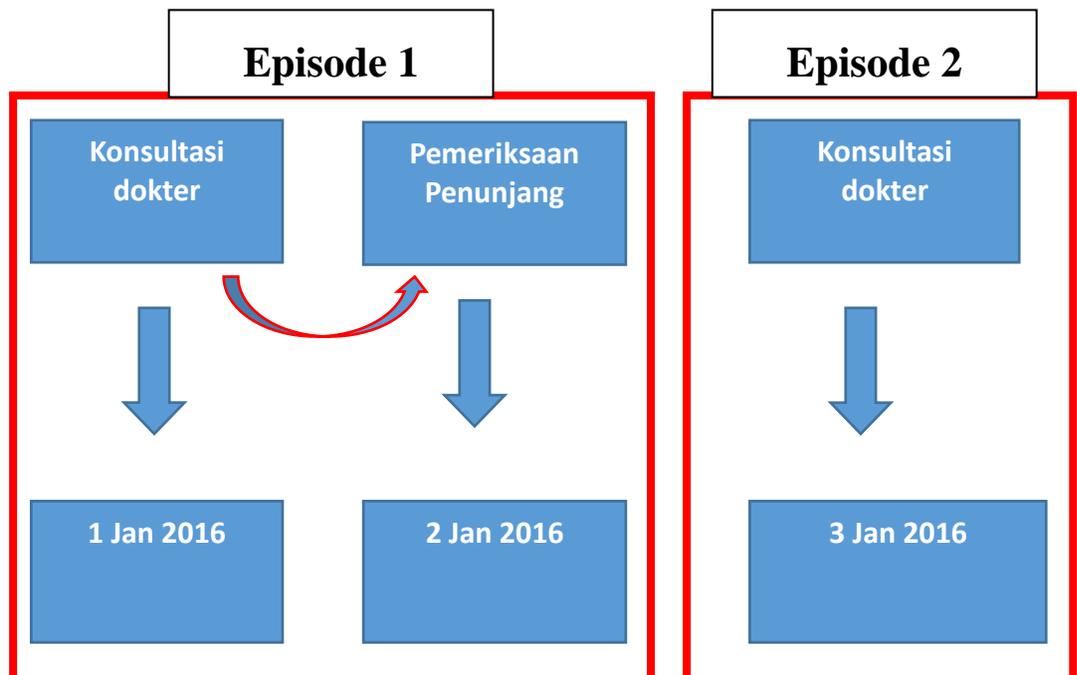
pemeriksaan tersebut tidak dapat diselesaikan pada hari yang sama akan mendapatkan pelayanan konsultasi dokter lanjutan dan merupakan episode baru.

Contoh A :



Pasien A berkunjung ke dokter pada tanggal 1 Januari 2016 dan dilakukan pemeriksaan penunjang kemudian konsultasi ke dokter kembali pada hari yang sama, maka rangkaian tersebut adalah satu episode.

Contoh B :

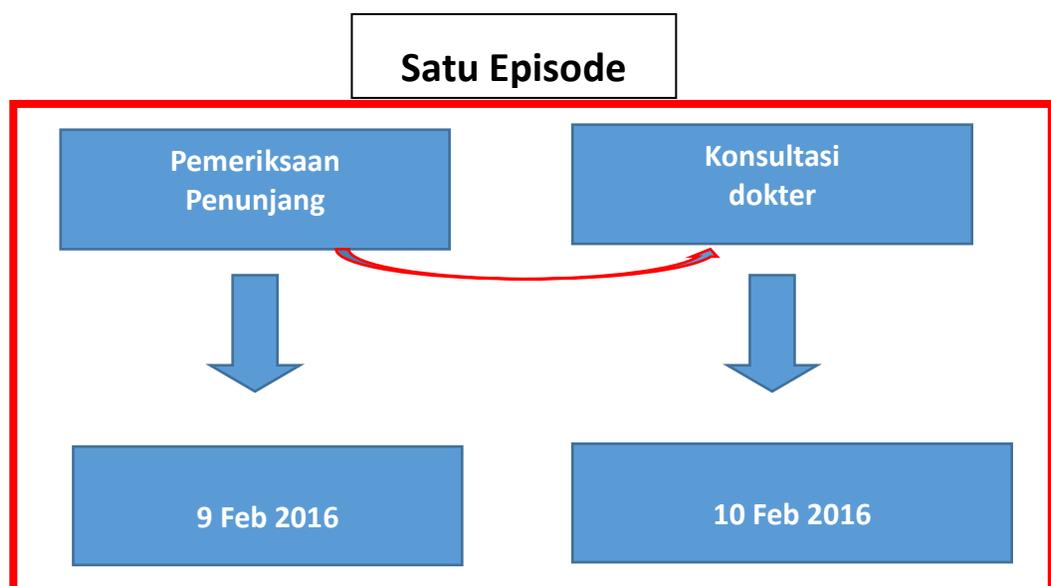


Pasien B datang ke rumah sakit tanggal 1 Januari 2016 karena

pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama, sehingga pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 2 januari 2016. Pada tanggal 3 januari 2016 pasien datang kembali untuk konsultasi ke dokter dengan membawa hasil pemeriksaan penunjangnya. Maka episode pelayanan pasien B adalah 2 episode yaitu sebagai berikut :

- (1) Episode pertama tanggal 1 januari 2016 dan 2 januari 2016 terdiri dari konsultasi dokter dan pemeriksaan penunjang
- (2) Episode kedua tanggal 3 januari 2016 untuk konsultasi dokter

Contoh C :



Pasien C (pasien lama) datang ke rumah sakit pada tanggal 9 Februari 2016 untuk dilakukan pemeriksaan penunjang. Pada tanggal 10 Februari 2016 pasien datang kembali untuk konsultasi ke dokter. Maka episode pelayanan pasien C adalah satu episode yaitu tanggal 10 Februari 2016 yang terdiri dari pemeriksaan penunjang dan konsultasi dokter

- c) Dalam hal pelayanan berupa prosedur atau terapi yang berkelanjutan di pelayanan rawat jalan seperti radioterapi, kemoterapi, rehabilitasi medik, rehabilitasi psikososial, transfusi

darah, dan pelayanan gigi, episode yang berlaku adalah per satu kali kunjungan.

- d) Pasien yang datang ke rumah sakit mendapatkan pelayanan rawat jalan pada satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, terdiri dari satu atau lebih diagnosis, dimana diagnosis satu dengan yang lain saling berhubungan atau tidak berhubungan, dihitung sebagai satu episode.
- e) Pelayanan IGD yang kurang dari 6 jam dan/atau belum mendapatkan pelayanan rawat inap, termasuk dalam satu episode rawat jalan.
- f) Pasien datang kembali ke rumah sakit dalam keadaan darurat pada hari pelayanan yang sama, maka keadaan darurat tersebut dianggap sebagai episode baru walaupun dengan diagnosis yang sama.
- g) Pasien yang datang ke IGD dan pada hari yang sama datang kembali ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan, maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- h) Untuk pasien mendapatkan pelayanan rawat inap kurang dari 6 jam yang selanjutnya dirujuk, maka ditetapkan sebagai episode rawat jalan.

2. Episode Rawat Inap

Satu episode rawat inap adalah satu rangkaian perawatan mulai tanggal masuk sampai keluar rumah sakit termasuk perawatan di ruang rawat inap, ruang intensif, dan ruang operasi.

Ketentuan tambahan terkait dengan episode rawat inap yaitu :

- a. Pelayanan rawat inap yang menjadi kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka pelayanan tersebut sudah termasuk dalam satu episode rawat inap.
- b. Pelayanan IGD lebih dari 6 jam, telah mendapatkan pelayanan rawat inap dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap termasuk satu episode rawat inap.
- c. Dalam hal pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap yang lama perawatan kurang dari 6 jam dan pasien meninggal termasuk satu episode rawat inap.
- d. Dalam hal pasien dirawat inap dan mendapat rencana operasi :

- 1) Pasien batal operasi atas alasan medis dan harus dilakukan rawat inap atas kondisi tersebut maka ditagihkan sebagai rawat inap dengan diagnosis yang menyebabkan batal operasi
- 2) Pasien batal operasi atas alasan medis namun dapat dilakukan terapi rawat jalan atau pulang maka dapat ditagihkan sebagai rawat inap dengan kode diagnosis Z53.0
- 3) Pasien batal operasi atas alasan kurangnya persiapan operasi oleh FKRTL maka tidak dapat ditagihkan.

E. Tugas dan Tanggung Jawab

Untuk mendapatkan hasil grouper yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat. Berikut tugas dan tanggung jawab dari dokter dan koder.

1. Dokter

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.

2. Koder

Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter.

BAB IV APLIKASI INA-CBG

Aplikasi INA-CBG merupakan aplikasi yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada 1 Januari 2014. Aplikasi ini sebelumnya juga telah digunakan dalam program jaminan Kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah seperti JAMKESMAS pada tahun 2010 dengan versi sebelumnya.

Aplikasi INA-CBG pertama kali dikembangkan dengan versi 1.5 yang berkembang sampai dengan saat ini menjadi versi 5 dengan pengembangan pada beberapa hal diantaranya :

1. Interface
2. Fitur
3. Grouper
4. Penambahan variable
5. Tarif INA-CBG
6. Modul Protokol Integrasi dengan SIMRS serta BPJS
7. Rancang bangun Pengumpulan data dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan RI

Pada Aplikasi ini yang akan digunakan pada tahun 2016 telah mengalami perubahan yang cukup signifikan baik dari segi interface maupun rancang bangun alur pengiriman data.

Aplikasi INA-CBG sampai saat ini telah digunakan oleh rumah sakit, balai dan klinik yang melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Rumah sakit, balai dan klinik yang akan menggunakan aplikasi ini diwajibkan memiliki kode registrasi yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Kode registrasi adalah kode bagi Fasilitas Kesehatan (faskes) yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI yang menyatakan bawah faskes telah terdaftar di Kementerian Kesehatan. Aplikasi INA-CBG diberikan secara gratis oleh Kementerian Kesehatan kepada faskes atau pihak lain yang memerlukan sesuai dengan kegunaannya. Persyaratan dan tatacara mendapatkan aplikasi INA-CBG adalah sebagai berikut :

1. Bagi faskes yang belum memiliki kode registrasi
 - a. Faskes terlebih dahulu melakukan pengurusan kode registrasi secara online melalui website : yankes.kemkes.go.id di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
 - b. Setelah mendapat kode registrasi, faskes diwajibkan menginformasikan kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan untuk dapat dimasukkan dalam aplikasi INA-CBG melalui email aplikasi.inacbg@gmail.com atau dapat langsung diserahkan ke Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan untuk selanjutnya database faskes akan diberikan melalui email atau diberikan secara langsung kepada faskes.
 - c. Aplikasi INA-CBG versi 5 dapat diperoleh dengan cara :
 - 1) Mengunduh secara online melalui website inacbg.kemkes.go.id pada menu **download**
 - 2) Sekretariat Tim Tarif INA-CBG di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Lantai 14, Gdg. Prof. Suyudi Kementerian Kesehatan RI.
 - 3) Dapat menyalin dari faskes terdekat yang telah memiliki aplikasi INA-CBG versi 5 secara gratis

- 4) Tata cara instalasi dan operasional aplikasi dapat diunduh melalui website inacbg.kemkes.go.id pada menu **download**
2. Bagi faskes yang telah memiliki kode registrasi dan pihak lain yang memerlukan
 - a. Bagi faskes yang telah memiliki kode registrasi, namun belum terdaftar dalam database INA-CBG versi 5 (setelah melakukan instalasi aplikasi dan melakukan setup data faskes, namun tidak ditemukan data faskes yang bersangkutan) dapat mengikuti langkah pada huruf b poin 1 diatas.
 - b. Untuk mendapatkan aplikasi dapat mengikuti langkah pada huruf c diatas.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum faskes dapat menggunakan aplikasi INA-CBG versi 5 adalah melakukan pengecekan data setup faskes pada aplikasi dengan kondisi faskes yang bersangkutan, beberapa hal sebagai berikut :

1. Data Tarif faskes yang tertera dalam aplikasi sudah sesuai dengan kelas faskes yang bersangkutan, dapat dilihat pada bagian kanan atas. Kelas tarif INA-CBG faskes disesuaikan dengan SK Penetapan Kelas sesuai dengan peraturan yang berlaku.
2. Data regionalisasi faskes sesuai dengan peraturan yang berlaku
3. Apabila ada ketidaksesuaian mengenai 2 point tersebut diatas, faskes diwajibkan untuk melakukan pembaharuan (*updating*) data ke Sekretariat Tim Tarif INA-CBG melalui email aplikasi.inacbg@gmail.com atau datang langsung ke Sekretariat Tim Tarif INA-CBG.
4. Database hasil *updating* akan diupload melalui website inacbg.kemkes.go.id dan faskes dapat mendownload setelah mendapatkan *feedback* dari Sekretariat Tim Tarif INA-CBG melalui email.

Setiap pembaharuan informasi mengenai sistem INA-CBG dan pendukungnya akan dipublikasikan dalam website inacbg.kemkes.go.id.

Pertanyaan dan pemecahan masalah mengenai aplikasi INA-CBG versi 5 dapat diemail ke aplikasi.inacbg@gmail.com pada **Subject** email diberi judul sebagai berikut :

- Perihal Updating database → **UPDATE_KELAS_NAMA_RS_KDRS**
- Perihal Penyesuaian Regionalisasi → **UPDATE_REG_NAMA_RS_KDRS**
- Perihal Pemecahan Masalah Lain → **LAIN2_APLIKASI_NAMA_RS_KDRS**

Contoh :

UPDATE_AP_RS NCC_123456

Mohon pada badan email dapat diberikan informasi sebagai berikut :

- a. Kode faskes
- b. Nama faskes (HURUF BESAR)
- c. Alamat faskes (HURUF BESAR)
- d. Kabupaten/Kota (HURUF BESAR)
- e. Propinsi (HURUF BESAR)
- f. Kelas faskes
- g. Regional pada tarif INA-CBG

BAB V
PENUTUP

Dalam metode pembayaran INA-CBG, terjadi perubahan cara pandang dan perilaku dalam pengelolaan rumah sakit serta pelayanan terhadap pasien. Rumah sakit harus memulai perubahan cara pandang dari pola pembayaran *fee for service* ke pembayaran dari mulai tingkat manajemen rumah sakit, dokter dan seluruh karyawan rumah sakit.

Seluruh komponen dalam rumah sakit harus bisa bekerja sama untuk melakukan upaya efisiensi dan mutu pelayanan. dan memiliki komitmen untuk melakukan efisiensi karena inefisiensi di salah satu bagian rumah sakit akan menjadi beban seluruh komponen rumah sakit.

Dalam proses pembentukan tarif INA-CBG dilakukan pengumpulan data keuangan secara agregat sehingga analisa kecukupan tarif juga harus menggunakan data agregat, tidak bisa lagi melihat kasus per kasus yang rugi atau untung, yang perlu dilihat adalah secara agregat pendapatan rumah sakit, hal ini dikarenakan dalam tarif INA-CBG yang terdiri dari 1.075 group tarif berlaku sistem subsidi silang antar group yang ada.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK