



RMIK
POLTEKKES BSI



JAMSOSTEK
PT. Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Persero)



BPJS
Ketenagakerjaan

 **Manulife**

MODUL PRAKTIKUM

**SISTEM PEMBIAYAAN PELAYANAN
KESEHATAN
SEMESTER 5**



**PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA**

TAHUN AKADEMIK 2023/2024

MODUL PRAKTIKUM
SISTEM PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN
SEMESTER 5



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA
TAHUN AKADEMIK 2023/2024

IDENTITAS MAHASISWA

NAMA :.....

NIM :.....

KELOMPOK :.....

VISI MISI DAN TUJUAN

PROGRAM STUDI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

A. Visi

Menjadi Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang Unggul khususnya berbasis elektronik yang dijiwai nilai moral dan berdaya saing global pada tahun 2030

B. Misi

Menyelenggarakan kegiatan pendidikan tenaga kesehatan yang unggul sesuai dengan perkembangan teknologi dalam pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang terampil, kompeten, yang dijiwai nilai moral dan berdaya saing tinggi di tingkat nasional maupun internasional.

Melaksanakan kegiatan penelitian dalam bidang rekam medis dan informasi kesehatan yang menghasilkan produk berbasis teknologi dalam pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

Melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang mampu memberdayakan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat pada bidang rekam medis dan informasi kesehatan yang berbasis teknologi.

Melaksanakan dan mengembangkan kerjasama yang berkelanjutan di bidang rekam medis dan informasi kesehatan untuk mendukung kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di tingkat nasional maupun internasional.

C. Tujuan

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis dan Informasi Kesehatan yang bertaqwah kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis dan Informasi Kesehatan yang berpengetahuan, terampil, dan beretika di bidang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengerti dan memahami sistem pembiayaan pada sarana pelayanan kesehatan serta kelebihan dan kelebihan dari masing-masing sistem pembiayaan.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengerti dan memahami konsep dasar teori dan pembentukan Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs).

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengerti dan memahami serta menjelaskan sistem kendali biaya dan mutu.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengerti dan memahami serta dapat menggunakan software INA-CBGs.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengidentifikasi kendala INA-CBGs dan menjelaskan alur klaim dan INA-CBGs.

Menghasilkan Ahli Madya Perekam Medis yang mengerti dan memahami pelaporan, alur pelaporan serta pemanfaatan dari pelaporan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, puji syukur atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Modul Sistem Pembiayaan Pada Sarana Pelayanan Kesehatan.

Dengan adanya Modul Sistem Pembiayaan Pada Sarana Pelayanan Kesehatan kami harapkan dapat menjadi acuan dan merupakan acuan dan merupakan bahan praktik dalam perkuliahan Sistem Pembiayaan Pada Sarana Pelayanan Kesehatan Dengan modul ini kami berharap kegiatan praktikum akan lebih mudah dan memicu mahasiswa untuk belajar mandiri dengan mengambil dari berbagai sumber yang berkaitan dengan rekam medis.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan banyak terima kasih kepada Ketua Jurusan Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Bhakti Setya Indonesia atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk membuat Modul Praktikum ini. Tidak lupa juga kami sampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong/menyemangati untuk segera menyelesaikan modul ini.

Akhir kata, kami menyadari sepenuhnya bahwa modul ini tentu punya banyak kekurangan. Untuk itu saran dan masukan yang sifatnya membangun untuk lebih baiknya modul ini sangat kami harapkan.

Yogyakarta, 5 Maret 2023

Penyusun

TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Mahasiswa wajib datang 15 menit sebelum mulai praktikum.
2. Mahasiswa wajib berpakaian seragam, rapi, bersepatu serta bertingkah laku sopan.
3. Mahasiswa wajib mengikuti pre-test dan post-test.
4. Mahasiswa wajib menandatangani daftar hadir praktikum.
5. Mahasiswa harus menjaga semua peralatan yang dipakai selama praktikum, bila ada kerusakan atau hilang, kelompoknya bertanggung jawab untuk menggantinya.
6. Mahasiswa wajib menjaga kebersihan dan kerapian ruang praktikum.
7. Mahasiswa wajib menjaga ketenangan selama praktikum.
8. Mahasiswa tidak diperbolehkan bermain *handphone* atau *gadget* lainnya selama praktikum berlangsung.
9. Mahasiswa tidak diperbolehkan menerima tamu sewaktu praktikum.
10. Mahasiswa tidak diperbolehkan merokok di ruang praktikum.
11. Mahasiswa dilarang membawa senjata tajam.
12. Mahasiswa wajib membuat laporan praktikum.
13. Mahasiswa yang tidak mematuhi peraturan akan dikeluarkan dari ruang praktikum dan dianggap gagal mengikuti praktikum.
14. Mahasiswa yang melanggar aturan akan dikenakan sanksi sesuai dengan beratnya pelanggaran.
15. Tata tertib ini harap diperhatikan dan wajib ditaati.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	1
Identitas Mahasiswa	2
Visi Misi Program Studi	3
Kata Pengantar	6
Tata Tertib Praktikum	7
Daftar Isi	8
Perencanaan Pembelajaran	9
Materi 1. Sistem Pembiayaan Kesehatan	10
Materi 2. Konsep Dasar INA-CBGs	28
Materi 3. Aplikasi E-Klaim INA-CBGs	39
Materi 4. Koding INA-CBGs Rawat Jalan	49
Materi 5. Koding INA-CBGs Rawat Inap	64
Materi 6. Kendala Coding dalam INA-CBGs	78
Materi 7. Clinical Pathway	87
Materi 8. Pelaporan INA-CBGs dan Pemanfaatan	105
Materi 9. Fraud	113
Materi 10. Asuransi	127

PERENCANAAN PEMBELAJARAN

A. Nama Mata Kuliah :

B. Kode/SKS :

C. Semester :

D. Deskripsi Modul :

E. Tujuan Modul:

F. Garis Besar Mata Ajaran:

G. Alat dan Bahan:

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 1
SISTEM PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Biaya kesehatan adalah masukan finansial yang diperlukan dalam rangka memproduksi pelayanan kesehatan baik promotif maupun kuratif-rehabilitatif. Semua kegiatan tersebut merupakan suatu kesinambungan yang perlu dilaksanakan guna mencapai tujuan kesehatan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Masukan finansial, berupa dana dari pemerintah maupun dari masyarakat kemudian dihitung per unit pelayanan. Jumlah uang yang dibelanjakan untuk memproduksi satu unit atau kelompok unit pelayanan merupakan biaya produksi pelayanan kesehatan. Sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah dan swasta. Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lainnya.

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu membedakan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang diterapkan pada sarana pelayanan kesehatan dan memahami kelebihan serta kekurangan pada masing-masing sistem pembiayaan.

B. Dasar Teori

1. Pengertian

Berdasarkan kamus besar Bahasa Indonesia, Biaya diartikan sebagai uang yang dikeluarkan untuk mengadakan (mendirikan, melakukan, dan sebagainya) sesuatu; ongkos; belanja; pengeluaran. Pembiayaan diartikan sebagai segala sesuatu yang berhubungan dengan biaya. Sehingga dapat diartikan sistem pembiayaan kesehatan merupakan sistem yang mengatur tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan biaya kesehatan.

Sistem Pembayaran di fasilitas pelayanan kesehatan ada dua, yaitu:

a. Retrospektif

Pembayaran retrospektif sesuai namanya dalam pembiayaan kesehatan berarti bahwa besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar, misalnya perusahaan majikan pasien, ditetapkan setelah pelayanan diberikan. Berikut pembayaran retrospektif:

- 1) *Fee for service*
- 2) Besaran biaya dan jumlah biaya yg harus dibayarkan oleh pembayar ditetapkan setelah pelayanan diberikan
- 3) Pembayaran per jasa pelayanan (JPP)

b. Prospektif

Pembayaran Prospektif secara umum adalah pembayaran pelayanan kesehatan yang harus dibayar, besaran biayanya sudah ditetapkan dari awal sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Berikut adalah macam-macam jenis pembayaran pelayanan kesehatan dengan sistem Prospektif, yaitu:

Cara pembayaran kepada Rumah Sakit

1) Anggaran global

Merupakan cara pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau suatu badan asuransi kesehatan nasional dimana rumah sakit mendapat dana untuk membiayai seluruh kegiatannya untuk masa satu tahun. Alokasi dan ke rumah sakit tersebut diperhitungkan dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan tahun sebelumnya, kegiatan lain yang diperkirakan akan dilaksanakan dan kinerja rumah sakit tersebut. Manajemen rumah sakit mempunyai keleluasaan mengatur dana anggaran global tersebut untuk gaji dokter, belanja operasional, pemeliharaan rumah sakit dan lain-lain. Beberapa ketentuan:

- a) Dana diberikan dari pusat kepada RS
- b) Dana sepenuhnya dikelola oleh RS
- c) Keberhasilan pengendalian dana tergantung dari RS memberikan toleransi kepada pengeluaran yang melebihi batas (*overspending*)

- d) Sebaliknya jika terjadi pengeluaran yang lebih kecil (*underspending*)
- e) Anggaran cadangan, dapat diajukan dalam jangka waktu berjalan.

Upaya Keberhasilan Pembayaran Global tergantung mekanisme dalam menentukan besarnya anggaran, jika dapat meningkatkan efisiensi berarti cara pembayaran ini menguntungkan.

Untuk dapat meningkatkan efisiensi maka indikatornya:

- a) LOS (length of stay)
- b) Biaya per kasus (*cost per case*)

Ini harus diimbangi status kesehatan pasien

Kelemahan:

- a) Rumah Sakit yang baik adalah Rumah Sakit yang dapat menekan biaya perawatan”
- b) Orientasi RS lebih pada manajemen anggaran, sehingga pelayanan kesehatan menjadi pilihan sekunder.

2) Pembayaran per diem

Pembayaran per diem merupakan pembayaran yang dinegosiasi dan disepakati di depan yang didasari pada pembayaran per hari perawatan, tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit. Satuan biaya per hari sudah mencakup kasus apapun dan biaya keseluruhan, misalnya biaya

ruangan, jasa konsultasi/visite dokter, obat-obatan, tindakan medis dan pemeriksaan penunjang lainnya. Sebuah rumah sakit yang efisien dapat mengendalikan biaya perawatan dengan memberikan obat yang paling *cost-effective*, pemeriksaan laboratorium hanya untuk jenis pemeriksaan yang benar-benar diperlukan, memiliki dokter yang dibayar gaji bulanan dan bonus, serta berbagai penghematan lainnya, akan mendapatkan keuntungan. Adapun ketentuannya:

- a) Pembayaran yang diterima oleh Rumah Sakit dengan jumlah tetap per hari.
- b) Dibayar secara *reimbursement*

Kelemahan

- a) Tidak mendorong Rumah Sakit untuk meningkatkan jumlah pelayanan per hari pasien.
 - b) Mendorong Rumah Sakit untuk memperpanjang lama tinggal pasien ◻ pemasukan tinggi
 - c) Mendorong memasukan pasien dengan penyakit ringan untuk dilakukan rawat inap.
 - d) Rawan menimbulkan biaya tinggi dan memberikan pelayanan yang tidak perlu
- 3) Penggantian berdasarkan kelompok diagnosis terkait (DRGs)
- Pembayaran berdasarkan kelompok diagnosis (DRGs), atau kombinasi kasus (*Case mix*), dilaksanakan pada tahun 1983

di Rumah Sakit Medicare di US. Setiap kasus didanai berdasarkan kelompok diagnosis dengan harga tetap. Rumah Sakit boleh menghentikan perjanjian DRGs nya (karena mahal) tetapi tidak bisa merubah harga DRGs yang sudah ditetapkan

Penyusunan sistem DRGs menyangkut 2 kegiatan:

- a) Mengelompokan diagnosis kedalam DRGs yg terpisah.
- b) Menentukan biaya bagi masing-masing DRGs

Komponen biaya untuk menyusun DRGs:

- a) Lama tinggal untuk masing-2 DRGs
- b) Biaya *per diem*
- c) Perkiraan biaya pelayanan pendukung

Cara mengurangi biaya DRGs:

- a) Mengurangi harga-harga input
- b) Memperpendek lama tinggal
- c) Mengurangi intensitas pelayanan yang diberikan (penunjang yang tidak diperlukan)
- d) Memperbaiki efisiensi produksi

Keterangan

Point 2 dan 3 keputusan nya melibatkan staf medis

Keunggulan:

Selama satu kasus terletak dalam suatu DRGs maka tarif penggantinya akan tetap, tidak peduli pelayanan yang

diberikan. Akibatnya mendorong Rumah Sakit untuk mencoba menghindari kasus kasus mahal

- 1) Kapitasi dan persentase pendapatan
 - a) Pembayaran Rumah Sakit di muka berdasarkan per-anggota perbulan.
 - b) Pembayaran dapat bervariasi berdasarkan pada umur/jenis kelamin
 - c) Yang dibayarkan di Rumah Sakit berdasarkan persentase tertentu dari premi yang dibayarkan

Keuntungan

Rumah sakit dapat membuat anggaran berdasarkan anggaran tahun lalu, dengan melihat trend penyulitnya. Rumah sakit menjadi mitra penuh dalam mengontrol utilisasi, misalnya penggunaan kamar operasi dsb

Jaminan Sosial Nasional

Asas dan Tujuan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional

- a) Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- b) Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.
- c) Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia merupakan asas yang bersifat idil.

- d) Tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Prinsip Penyelenggaraan

- a) Kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial;
- b) Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta;
- c) Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta;
- d) Keberhati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib ;
- e) Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan;
- f) Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah NKRI;

- g) Kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap;
- h) Dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial;
- i) Hasil pengelolaan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

- a) Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK)
- b) Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)
- c) Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)
- d) Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES)
- e) BJSN lain
 - Kepesertaan dan Iuran
 - a) Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.

- b) Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada BPJS
- c) BPJS wajib memberikan informasi tentang hak dan kewajiban kepada peserta untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.
- d) Setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti.

Pengelola Dana Jaminan Sosial

- a) Dikelola dan dikembangkan oleh BPJS secara optimal dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- b) BPJS mengelola pembukuan sesuai dengan akuntansi yang berlaku.
- c) Subsidi silang antar program dengan membayarkan manfaat suatu program dari dana program lain tidak diperkenankan.
- d) Peserta berhak setiap saat memperoleh informasi tentang akumulasi iuran dan hasil pengembangannya serta manfaat dari jenis program jaminan hari tua, jaminan pensiunan, dan jaminan kematian.

- e) BPJS wajib memberikan informasi akumulasi iuran berikut hasil pengembanganya kepada setiap peserta jaminan hari tua, jaminan pensiunan, dan jaminan kematian.

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu mengetahui sistem pembiayaan sarana pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Peraturan terkait jaminan kesehatan di Indonesia
5. Lembar Kerja

No Kebijakan	Kebijakan JKN

Materi Diskusi	Hasil Diskusi

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa membedakan antara retrospektif dan prospektif serta memberikan masing-masing contohnya
2. Mahasiswa menjelaskan secara singkat mengenai jaminan kesehatan yang saat ini berlaku di Indonesia
6. Mahasiswa mendiskusikan tentang kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan Jaminan Kesehatan di Indonesia

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Komputer/laptop		
4	Peraturan terkait jaminan kesehatan di Indonesia		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa membentuk kelompok 4 kelompok terdiri dari 4 atau 5 orang		
2	Setiap kelompok mencari informasi terkait perbedaan sistem pembiayaan retrospektif dan sistem pembiayaan prospektif		
3	Setiap kelompok menjelaskan secara jelas mengenai jaminan kesehatan yang saat ini berlaku di Indonesia		
4	Setiap kelompok mendiskusikan tentang kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan Jaminan Kesehatan di Indonesia		

5	Pada akhir sesi, masing-masing kelompok menunjukkan hasil kegiatan praktikumnya kepada dosen pengampu mata kuliah/fasilitator		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya sudah paham	
Tahap Kerja Kelompok 1	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 5 tahap kerja dengan baik	
Tahap Kerja Kelompok 2	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 5 tahap kerja dengan baik	
Tahap Kerja Kelompok 3	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 5 tahap kerja dengan baik	
Tahap Kerja Kelompok 4	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 5 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Hatta,2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, UI Press

Menkes, 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun 2014*, Jakarta

Menkes 2005, *Kep.Menkes RI No.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit*

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 2
KONSEP DASAR INA-CBGs



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

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 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBGs sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik.

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu mengetahui konsep dasar *Indonesia Case Base Group* (INA-CBGs) dan proses awal terbentuknya sistem ini serta alur INA-CBGs

B. Dasar Teori

1. Sistem Casemix

Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. Grouper ini dibentuk dengan diawali proses pengumpulan data yang dilakukan oleh rumah sakit. Pada awalnya rumah sakit melakukan pengumpulan diagnosis pasien, baik diagnosis utama maupun diagnosis sekunder atau diagnosis penyerta. Dari pengumpulan data tersebut kemudian dilakukan pengolahan sehingga pada akhirnya terbentuk suatu sistem.

Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :

Keterangan:

- a. Digit ke-1 merupakan CMG (Casemix Main Groups)
- b. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
- c. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
- d. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan severity level

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

- a. Case-Mix Main Groups (CMGs)
 - 1) Adalah klasifikasi tahap pertama
 - 2) Dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z)
 - 3) Berhubungan dengan sistem organ tubuh
 - 4) Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ
 - 5) Terdapat 30 CMGs dalam UNU Grouper (22 Acute Care CMGs, 2 Ambulatory CMGs, 1 Subacute CMGs, 1 Chronic CMGs, 4 Special CMGs dan 1 Error CMGs)
 - 6) Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220.
 - 7) CMGs yang ada dalam INA-CBGs terdiri dari :

No	Case-Mix Main Groups (CMG)	CMG Codes
1	Central nervous system groups	G
2	Eye and adnexa groups	H
3	Ear, nose, mouth & throat groups	U
4	Respiratory system groups	J
5	Cardiovascular system groups	I
6	Digestive system groups	K
7	Hepatobiliary & pancreatic system groups	B
8	Musculoskeletal system & connective tissue groups	M

9	Skin, subcutaneous tissue & breast groups	L
10	Endocrine system, nutrition & metabolism groups	E
11	Nephro-urinary system groups	N
12	Male reproductive system groups	V
13	Female reproductive system groups	W
14	Deliveries groups	O
15	Newborns & neonates groups	P
16	Haemopoetic & immune system groups	D
17	Myeloproliferative system & neoplasms groups	C
18	Infectious & parasitic diseases groups	A
19	Mental health & behavioral groups	F
20	Substance abuse & dependence groups	T
21	Injuries, poisonings & toxic effects of drugs groups	S
22	Factor influencing health status & other contacts with health services groups	Z
23	Ambulatory groups-episodic	Q
24	Ambulatory groups-package	QP
25	Sub-acute groups	SA
26	Special procedures	DD
27	Special drugs	YY
28	Special investigations I	II
29	Special investigations II	IJ

30	Special prosthesis	RR
31	Chronic groups	CD
32	Errors CMGs	X

2. Case Base Groups (CBG's)

- a. Prosedur rawat inap (Group-I)
- b. Prosedur Besar Rawat Jalan (Group-2)
- c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan (Group-3)
- d. Rawat Inap Bukan Prosedur (Group-4)
- e. Rawat Jalan Bukan Prosedur (Group-5)
- f. Rawat Inap Kebidanan (Group-6)
- g. Rawat Jalan kebidanan (Group-7)
- h. Rawat Inap Neonatal (Group-8)
- i. Rawat Jalan Neonatal (Group-9)
- j. Error (Group-0)

3. Kode CBG's

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

4. Severity Level

Sub-group keempat merupakan resource intensity level yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan 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)

5. Tahap Pengaplikasian INA-CBGs

Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan proses grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari rekam medis. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktivasi software INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta rasionalisasinya. Bagi rumah sakit yang ingin melakukan aktivasi aplikasi INA-CBGs dapat mengunduh database rumah sakit sesuai dengan data rumah sakit di website <https://inacbg.kemkes.go.id/> Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari rekam medis.

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 Data Center

Kementerian Kesehatan RI

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu menjelaskan alur INA-CBGs, konsep dasar INA-CBGs dan Install dan seting aplikasi INA-CBGs

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Juknis aplikasi INA-CBGs
5. Lembar Kerja

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan download aplikasi INA-CBGs di website <https://inacbg.kemkes.go.id/>

2. Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis e-klaim di website

<https://inacbg.kemkes.go.id/>

3. Mahasiswa melakukan proses instalasi aplikasi INA-CBGs

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Komputer/laptop		
4	Juknis aplikasi INA-CBGs		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa melakukan download aplikasi INA-CBGs		
2	Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis e-klaim		
3	Mahasiswa melakukan instalasi aplikasi INA-CBGs		
4	Mahasiswa melakukan setting awal aplikasi INA-CBGs		
5	Mahasiswa melakukan uji coba awal aplikasi INA-CBGs		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak meleakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-4 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 5 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2016, *Peraturan Menteri Kesehatan No 76 tahun 2016*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 3
APLIKASI E-KLAIM INA-CBGs



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

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 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 Data Center

Kementerian Kesehatan RI

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami dan dapat mengoperasikan aplikasi INA-CBGs

B. Dasar Teori

1. Aplikasi E-Klaim

Aplikasi E-Klaim v5 yang dimiliki oleh rumah sakit hanya bisa diakses oleh rumah sakit yang bersangkutan dan pihak lain tidak dapat mengakses untuk tujuan privasi dan keamanan data rumah sakit. 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 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 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI yang menyatakan bahwa fasilitas Kesehatan 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:

- a. Bagi fasilitas Kesehatan (faskes) yang belum memiliki kode registrasi

- 1) Fasilitas kesehatan terlebih dahulu melakukan pengurusan kode registrasi secara online melalui website: yankes.kemkes.go.id di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI serta untuk jalur komunikasi silahkan email ke infomonev.yankes@gmail.com untuk proses pembuatan kode rumah sakit bagi rumah sakit yang belum memiliki sebelumnya
 - 2) Setelah mendapat kode registrasi fasilitas Kesehatan diwajibkan menginformasikan kepada Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan untuk dapat dimasukkan dalam aplikasi E-Klaim INA-CBG melalui email inacbg5@yahoo.com untuk selanjutnya database rumah sakit akan diberikan kepada faskes melalui balasan email untuk mendownload pada link yang akan diberikan atau berkunjung ke website inacbg.kemkes.go.id pada menu download.
 - 3) Aplikasi E-Klaim INA-CBG versi 5 dapat diperoleh dengan cara:
 - Mengunduh secara online melalui website inacbg.kemkes.go.id pada menu download
 - Dapat menyalin dari faskes terdekat yang telah memiliki aplikasi INA-CBG versi 5 secara gratis
- b. Bagi faskes yang telah memiliki kode registrasi dan pihak lain yang memerlukan

- 1) Aplikasi E-Klaim INA-CBG versi 5 hanya bisa digunakan oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk melayani peserta JKN.
- 2) Bagi faskes yang telah memiliki kode registrasi, namun belum terdaftar dalam database INA-CBG versi 5 (setelah melakukan instalasi aplikasi dan melakukan setup data rumah sakit tidak ditemukan data rumah sakit yang bersangkutan) dapat mengikuti langkah pada huruf b poin 1 diatas
- 3) Untuk Mendapatkan aplikasi dapat mengikuti langkah pada huruf c diatas

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

- a. 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.
- b. Data regionalisasi faskes sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- c. Apabila ada ketidaksesuaian mengenai point nomor 1 & 2 tersebut diatas, faskes diwajibkan untuk melakukan pembaharuan (updating) data ke Sekretariat Tim Tarif INA-CBG melalui email inacbg5@yahoo.com.

- d. Database hasil updating akan diupload melalui website inacbg.kemkes.go.id, dan rumah sakit dapat mendownload setelah mendapat feedback dari sekretariat NCC melalui email.
- e. Setiap pembaharuan informasi mengenai sistem INA-CBG dan pendukung nya akan dipublikasikan dalam website inacbg.kemkes.go.id. Pertanyaan dan pemecahan masalah mengenai aplikasi INA-CBG 5.0 dapat di email ke inacbg5@yahoo.com pada Subject email diberi judul sebagai berikut dengan melampirkan data pendukung seperti SK Kenaikan Kelas , screenshot permasalahan, SK Perubahan Nama dll
 - 1) Perihal Updating Kelas ☐ UPDATE_KELAS_NAMA RS_KDRS
 - 2) Perihal Penyesuaian Regionalisasi ☐ UPDATE_REG_NAMA RS_KDRS
 - 3) Perihal Pemecahan Masalah Lain ☐ LAIN2_APLIKASI_NAMA RS_KDRS

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu memahami dan mengoperasikan aplikasi INA-CBGs

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop

4. Aplikasi INA-CBGs
5. Lembar Kerja

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis e-klaim di website
<https://inacbg.kemkes.go.id/>
2. Mahasiswa melakukan akses aplikasi INA-CBG
3. Mahasiswa melakukan setting awal aplikasi INA-CBG
4. Mahasiswa mengoperasikan fitur-fitur dalam aplikasi INA-CBG

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Komputer/laptop		
4	Juknis aplikasi INA-CBG		
5	Aplikasi INA-CBG		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa melakukan akses aplikasi INA-CBG		
2	Setiap mahasiswa melakukan setting awal aplikasi INA-CBG		
3	Mahasiswa mengoperasikan fitur-fitur aplikasi INA-CBG		
4	Mahasiswa membuat laporan terkait aplikasi INA-CBG		
	Sikap		
1	Teliti		

2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2019, *Petunjuk teknis aplikasi e-klaim (aplikasi INA-CBG V53*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM

Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 4

CODING INA-CBGs RAWAT JALAN



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

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 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (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 rekam 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.

H. Kompetensi

Mahasiswa mampu melakukan coding diagnosa dan tindakan pada aplikasi INA-CBGs sesuai peraturan yang berlaku pada pasien rawat jalan

I. Dasar Teori

1. Koding

Koding merupakan 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 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.

2. Aturan Penulisan Diagnosis

- Diagnosis bersifat informatif agar bisa diklasifikasikan pada kode ICD-10 yang spesifik

Contoh penulisan diagnosis:

- ✓ Karsinoma sel transisional pada trigonum kandung kemih
- ✓ Apendisitis akut dengan perforasi
- ✓ Katarak Diabetik, *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
- ✓ Perikarditis Meningokokus
- ✓ Luka bakar derajat tiga di telapak tangan

- b. 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 diagnosa utama
- c. Diagnosis untuk kondisi multipel seperti cedera multipel, gejala sisa (sekuele) multipel dari penyakit atau cedera sebelumnya, atau kondisi multipel yang terjadi pada penyakit *human immunodeficiency virus* (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 ditulis dengan asal-usulnya.

Contoh :

- ✓ Septum hidung bengkok karena fraktur hidung di masa kanak-kanak
 - ✓ Kontraktur tendon Achilles karena efek jangka panjang dari cedera tendon
- d. Jika terjadi sekuele multipel yang pengobatan atau pemeriksannya tidak difokuskan pada salah satu dari kondisi sekuele multiple

tersebut, maka bisa ditegakkan diagnosa sequelae multipel. Contoh: “*sequelae cerebrovascular accident (CVA)*” atau “*sekuele fraktur multiple*

3. 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 :

- a. 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.
- b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
- c. 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:

- a. 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)

- b. 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 indeks sebagai *Lead Term*.
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
- d. 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.
- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
- f. 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
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori
- h. Tentukan Kode.

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 asterik 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 asterik, 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.

- 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.

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.

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)

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 ‘*sequelae 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.

J. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu melakukan entry data rawat jalan ke dalam aplikasi INA-CBGs dan membuat rekap datanya

K. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Aplikasi INA-CBGs
5. Lembar Kerja

L. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis e-klaim di website <https://inacbg.kemkes.go.id/>

2. Mahasiswa melakukan proses entry data rawat jalan kedalam aplikasi INA-CBGs berdasarkan kasus yang diberikan

M. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Komputer/laptop		
4	Juknis aplikasi INA-CBGs		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis INA-CBGs		
2	Setiap mahasiswa melakukan pengecekan data yang diterima		
3	Mahasiswa melakukan entry data INA-CBGs kasus rawat jalan		
4	Mahasiswa membuat rekapan data entry data INA-CBGs kasus rawat jalan		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 5 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

N. Daftar Pustaka

Menkes, 2016, *Peraturan Menteri Kesehatan No 76 tahun 2016*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 5
CODING INA-CBGs RAWAT INAP



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

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 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (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 rekam 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.

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu melakukan coding diagnosa dan tindakan pada aplikasi INA-CBGs sesuai peraturan yang berlaku pada pasien rawat jalan

B. Dasar Teori

1. Koding

Koding merupakan 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 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.

2. Aturan Penulisan Diagnosis

- Diagnosis bersifat informatif agar bisa diklasifikasikan pada kode ICD-10 yang spesifik

Contoh penulisan diagnosis:

- ✓ Karsinoma sel transisional pada trigonum kandung kemih
- ✓ Apendisitis akut dengan perforasi
- ✓ Katarak Diabetik, *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
- ✓ Perikarditis Meningokokus
- ✓ Luka bakar derajat tiga di telapak tangan

- b. 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 diagnosa utama
- c. Diagnosis untuk kondisi multipel seperti cedera multipel, gejala sisa (sekuele) multipel dari penyakit atau cedera sebelumnya, atau kondisi multipel yang terjadi pada penyakit *human immunodeficiency virus* (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 sequelae harus ditulis dengan asal-usulnya.

Contoh:

- ✓ Septum hidung bengkok karena fraktur hidung di masa kanak-kanak
 - ✓ Kontraktur tendon Achilles karena efek jangka panjang dari cedera tendon
- d. Jika terjadi sekuele multipel yang pengobatan atau pemeriksannya tidak difokuskan pada salah satu dari kondisi sekuele multiple

tersebut, maka bisa ditegakkan diagnosa sequelae multipel. Contoh: “*sequelae cerebrovascular accident (CVA)*” atau “sekuele fraktur multiple

3. 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:

- a. 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.
- b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
- c. 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:

- a. 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)
- b. 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*.
 - c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
 - d. 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.
 - e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
 - f. 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
 - g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori
 - h. Tentukan Kode.

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 asterik 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 asterik, 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.

- 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.

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.

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)

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.

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu melakukan entry data rawat inap ke dalam aplikasi INA-CBGs dan membuat rekap datanya

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Aplikasi INA-CBGs
5. Lembar Kerja

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis e-klaim di website <https://inacbg.kemkes.go.id/>
2. Mahasiswa melakukan proses entry data rawat inap kedalam aplikasi INA-CBGs berdasarkan kasus yang diberikan

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
----	--------------------	----	-------

	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Komputer/laptop		
4	Juknis aplikasi INA-CBGs		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa melakukan download petunjuk teknis INA-CBGs		
2	Setiap mahasiswa melakukan pengecekan data yang diterima		
3	Mahasiswa melakukan entry data INA-CBGs kasus rawat inap		
4	Mahasiswa membuat rekapan data entry data INA-CBGs kasus rawat inap		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2016, *Peraturan Menteri Kesehatan No 76 tahun 2016*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 6
KENDALA CODING INA-CBG



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Penggantian biaya pada pelayanan kesehatan dari perusahaan asuransi atau penanggung jawab pemberian pasien merupakan aliran dana konstan yang dapat diandalkan. Hal ini diibaratkan seperti aliran darah yang membuat praktik medis dan fasilitas kesehatan tetap hidup. Setiap gangguan pada aliran tersebut memiliki efek yang hampir sama seperti pasien yang berdarah. Saat aliran melambat, praktik medis atau fasilitas kesehatan perlahan dapat mati.

Penggantian biaya tidak dibayarkan bila asuransi menolak klaim atau menunda pemrosesannya. Umumnya kesalahan koding dan billing adalah alasan utama mengapa hal ini terjadi. Terkadang beberapa kesalahan yang seharusnya tidak terjadi menyebabkan perusahaan asuransi menahan penggantian sampai penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim yang benar.

A. Kompetensi

Mahasiswa mempu mengidentifikasi kendala-kendala dalam melakukan koding INA CBG's

B. Dasar Teori

1. Pengertian koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembayaran prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Koding dalam INA-CBGs menggunakan ICD-10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD-9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien. Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

a. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Terdiri dari 3 volume dan 21 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.

Untuk penggunaan lebih lanjut ICD-10 lihat buku manual penggunaan ICD-10 volume 2 yang diterbitkan oleh WHO, rumah sakit diharapkan dapat menyediakan buku tersebut.

- b. ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification)

ICD-9-CM digunakan untuk pengkodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti CTScan, MRI, dan USG. ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun dalam tabel dan Index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab.

2. Kendala Koding ICD-10 dan ICD 9CM

- a. Diagnosis dan atau tidak ditulis
- b. Diagnosis dan atau tindakan tidak lengkap
- c. Tulisan dokter tidak terbaca
- d. Singkatan tidak standar
- e. Prosedur tidak dilakukan tetapi di koding
- f. Prosedur dilakukan tetapi tidak dikoding
- g. Salah koding

3. Kendala aplikasi INA-CBG

Dalam penggunaan aplikasi INACBG ini kadang ditemui error atau kendala yang membuat aplikasi tidak berjalan sebagaimana mestinya, antara lain:

- a. Tarif INA-CBG tidak keluar
- b. Database INA-CBG rusak
- c. Setelah melakukan proses *grouping* terjadi *error*

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu:

- 1. Mahasiswa mengetahui dan memahami kendala dalam koding INA-CBG
- 2. Mahasiswa mengetahui dan memahami solusi kendala koding INA-CBG

D. Alat dan Bahan Praktiku

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Aplikasi E-klaim INA-CBG

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan identifikasi jenis kendala dalam koding INA-CBG
2. Mahasiswa melakukan identifikasi solusi mengatasi kendala koding INA-CBG

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Aplikasi E-Klaim		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa akses aplikasi E-Klaim		
2	Mahasiswa melakukan koding penyakit dan tindakan dari data yang disediakan		
3	Mahasiswa melakukan identifikasi kendala koding INA-CBG		
4	Mahasiswa melakukan identifikasi solusi untuk mengatasi kendala koding INA-CBG		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standar praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak melakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2019, *Petunjuk Teknis Aplikasi E-Klaim v5.3* , Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 7
CLINICAL PATHWAY



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Clinical Pathway adalah suatu cara untuk menstandarisasikan praktik klinis dan umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Pelayanan medis yang terstandarisasi akan memudahkan fasilitas pelayanan kesehatan menyeragamkan pelayanan tenaga medis dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan. Dengan adanya clinical pathway fasilitas pelayanan kesehatan dapat melakukan efisiensi pelayanan tanpa mengurangi kualitas yang diberikan kepada pasien karena jenis pemeriksaan, jenis tindakan dan pengobatan yang diberikan telah merujuk kepada panduan klinis yang sesuai dengan standar. Untuk dapat memenuhi hal ini, fasilitas kesehatan dapat melakukan tindakan berupa pengaturan ketepatan kompetensi dan kewenangan masing-masing tenaga kesehatannya, penerapan standar pelayanan, penerapan pedoman pelayanan klinis, penerapan clinical pathway, penerapan audit klinis, dan penetapan prosedur klaim yang benar dan sesuai aturan.

A. Kompetensi

Mahasiswa mengetahui penerapan clinical pathway dalam pelayanan kesehatan dan mampu membandingkan dengan dokumen rekam medis

B. Dasar Teori

1. Pengertian *Clinical Pathway*

- a. *Clinical pathway* Suatu alat untuk mendapatkan perawatan yang terkoordinasi dan hasil yang prima dalam suatu rentang waktu tertentu dengan menggunakan sumber daya yang tersedia
- b. Suatu metodologi untuk suatu pembuatan keputusan yang saling menguntungkan dan pengorganisasian pelayanan untuk suatu kelompok pasien dalam suatu jangka waktu tertentu
- c. Suatu rancangan penatalaksanaan multidisiplin klinis terbaik untuk suatu kelompok pasien dengan diagnosis tertentu yang dapat membantu koordinasi dan memberikan kualitas pelayanan yang prima
- d. Suatu alat audit untuk manajemen dan klinis, dimulai sejak kegiatan pasien saat mendaftar dan berakhir saat pasien dinyatakan sembuh dan boleh pulang ke rumah. Ia menyatukan rencana pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan terapi lain seperti terapi; gizi, fisioterapi dan kejiwaan
- e. *Clinical pathway* bukan merupakan standar pelayanan atau pengganti penilaian klinis atau pengganti perintah dokter, melainkan suatu dokumen yang terintegrasi untuk memudahkan

proses perawatan pasien dan mengefektifkan pelayanan klinis dan finansial dengan menggabungkan pendekatan tim dan klinis

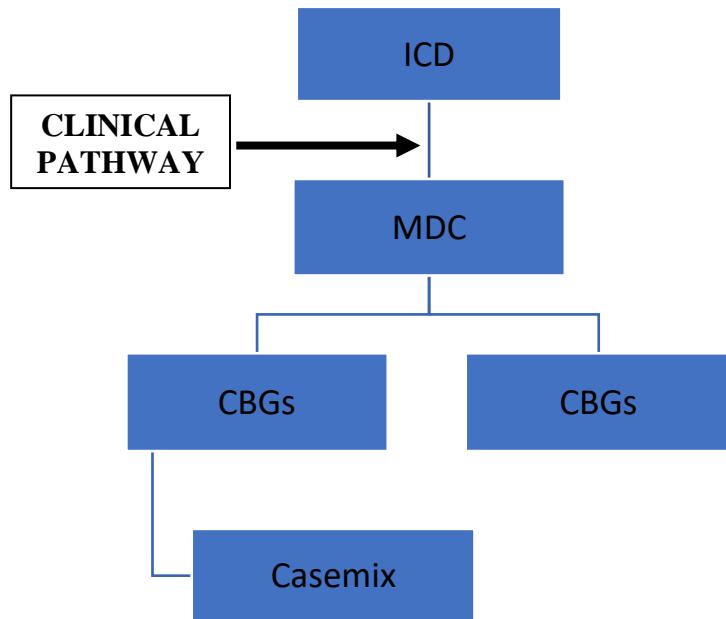
2. Dasar hukum *Clinical Pathway*

- a. UU no 23/1992 tentang kesehatan UU 36 th 2009
- b. UU no. 29/2004 tentang praktik kedokteran
- c. Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit
- d. KepMenkes RI No.436/1993 tentang berlakunya standar pelayanan rs dan SPM rumah sakit
- e. PerMenkes RI No.920 Menkes/Per/XII/1996 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan RS Swasta dibidang medik
- f. KepMenkes RI No.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman audit medis di RS KepMenkes RI No. 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis.

3. Empat komponen *Clinical Pathway*

- a. *Timeline*
- b. Kategori pelayanan, aktivitas dan intervensinya
- c. Kriteria hasil jangka menengah dan jangka Panjang
- d. Variasi pencatatan

Hubungan *Clinical Pathway* dengan *Casemix*



Penjelasan:

- a. Klasifikasi penyakit dalam ICD-10 dapat dikelompokkan kembali Kategori Diagnosis Utama (*Major Diagnostic Category*) selanjutnya dikelompokkan menjadi beberapa kelompok diagnosis terkait Diagnosis Related Groups
- b. Pengembangan CBG's untuk menciptakan *framework* yang efektif untuk memonitor penggunaan pelayanan dalam rumah sakit. Sementara itu tujuan awal pembuatan CBG's adalah untuk menggabungkan casemix dengan kebutuhan sumber daya
- c. CBG's dan Clinical Pathway cikal bakal dari Casemix yang merupakan sistem klasifikasi pasien yang dikombinasikan dengan jenis penyakit yang dibutuhkan dengan biaya selama perawatan

Clinical Pathway adalah suatu table waktu yang dikembangkan oleh tim multidisiplin yang berisi langkah-langkah tindakan yang akan dijalani

pasien, mulai masuk RS sampai dengan keluar RS. Clinical Pathway merupakan suatu perangkat bantu yang berbasis bukti ilmiah untuk mengurangi variasi dan memperbaiki luaran pelayanan klinik. 2 hal mendasar dari suatu *clinical pathway*:

- a. Tipe pelayanan yang diberikan
- b. Kerangka waktu pelayanan tersebut diberikan

Tujuan pemberlakuan suatu *clinical pathway* menurut Luttman, 2002 adalah:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan medis dengan proses pelayanan yang lebih terstandarisasi dan terkoordinasi dengan baik
- b. Meningkatkan mutu dokumentasi
- c. Meningkatkan pengukuran proses dan luaran pelayanan klinis
- d. Meningkatkan koordinasi antara tim yang terlibat dalam proses pelayanan medis

4. Di sini akan dibahas langkah-langkah dalam membuat clinical pathway yang mungkin dapat berguna bagi rumah sakit.

- a. Menentukan Topik

Topik yang dipilih terutama yang bersifat *high volume, high cost, high risk* dan *problem prone*. Dapat pula dipilih kasus-kasus yang mempunyai *gap* yang besar antara biaya yang dikeluarkan dengan tarif INA CBG's yang telah ditetapkan.

- b. Menunjuk koordinator (penasehat multidisiplin)

Koordinator utama bertugas sebagai fasilitator, sehingga tidaklah harus memahami *clinical pathway* secara konten. Sebelum

menunjuk koordinator, terlebih dahulu dikumpulkan anggota yang berasal dari berbagai disiplin yang terlibat dalam pemberi pelayanan pasien. Tim multidisiplin tersebut wajib menyampaikan *item-item* pelayanan yang diberikan kepada pasien berdasarkan SOP kepada masing-masing tim profesi dan mengikuti rangkaian rapat dalam kelanjutan membuat *clinical pathway*.

c. Menentukan Pemain Kunci

Pemain kunci adalah siapa saja yang terlibat dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien. Misal, pemain kunci dalam pemberian pelayanan kepada pasien Apendisitis Akut tanpa komplikasi adalah dokter umum, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anestesi, perawat, dan ahli gizi.

Langkah Penyusunan CP

- 1) Menentukan topik
- 2) Menentukan koordinator/penasehat multidisiplin
- 3) Menetapkan pemain kunci
- 4) Kunjungan lapangan
- 5) Pencarian literature
- 6) Customer Focus Group
- 7) Telaah PPK
- 8) Analisis casemix
- 9) Penetapan disain *clinical pathway*
- 10) Pengukuran proses dan *outcome*

11) Sosialisasi dan edukasi

d. Melakukan Kunjungan Lapangan

Setelah menentukan anggota dalam penyusunan *clinical pathway*, maka selanjutnya dilakukan kunjungan lapangan untuk mencari pedoman praktik klinis (PPK), misalnya dalam bentuk SPO atau SPM dan SAK (Standar Asuhan Keperawatan). Kunjungan lapangan dilakukan agar dapat menilai sejauh mana pelayanan yang didapatkan oleh pasien. Juga menilai hambatan yang terjadi di bangsal dalam menjalankan SOP atau SPM sehingga dapat dibuat rekomendasi dalam menyusun *clinical pathway*.

Dalam mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya, dapat pula dilakukan dengan melakukan *benchmarking* terhadap penerapan *clinical pathway* di tempat lain. Perlu diingat bahwa, *clinical pathway* untuk kasus dengan diagnosis yang sama yang diterapkan di rumah sakit lain belum tentu dapat serta-merta diterapkan di rumah sakit kita. Hasil *benchmarking* perlu dipadukan dengan kemampuan manajerial dan SDM RS serta kondisi-kondisi lain yang terkait.

e. Mencari Literatur

Dalam mencari literatur dapat mencari *best practice* dalam skala nasional yaitu PNPK, adapun sumber-sumber *guideline/jurnal penelitian internasional* dan disesuaikan dengan kemampuan masing-masing rumah sakit. *Evidence Based Medicine* diperlukan

bilamana PNPK belum/ tidak dikeluarkan oleh organisasi profesi ybs.

f. Melaksanakan *Customer Focus Group*

Langkah ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan pelanggan disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit sehingga, kesenjangan antara harapan dan pelayanan yang didapatkan pasien dapat diketahui dan dapat diperbaiki.

g. Telaah Pedoman Praktik Klinis (PPK)

Langkah awal dalam tahap ini adalah melakukan revisi PPK (SPM dan SAK), namun jika sebelumnya rumah sakit belum mempunyai PPK, maka PPK harus dibuat, karena tidak ada *clinical pathway* tanpa adanya PPK. Berdasarkan Permenkes. No 1438 tahun 2010, *clinical pathway* bersifat sebagai pelengkap PPK. Menurut Permenkes tersebut, PPK harus di-review setiap 2 tahun sekali, sehingga secara tidak langsung pembuatan *clinical pathway* dapat meningkatkan kepatuhan *review* PPK.

h. Analisis *casemix*

Dalam pengembangan *clinical pathway*, perlu dilakukan mengumpulkan aktivitas-aktivitas untuk dikaitkan dengan besarnya biaya, untuk mencegah adanya Fraud. Dalam hal ini perlu dilakukan identifikasi LoS suatu diagnosis, biaya per-kasus, penggunaan obat apakah sudah sesuai dengan formularium nasional, maupun tes penunjang diagnostik suatu penyakit.

i. Menetapkan Desain *Clinical Pathway* serta Pengukuran Proses dan *Outcome*

Dalam menetapkan desain, hal yang terpenting adalah beberapa informasi yang harus ada dalam *clinical pathway*, yaitu kolom pencatatan informasi tambahan, variasi, kolom tanda tangan, serta kolom verifikasi dari bagian rekam medis. Kemudian, ditetapkanlah item-item aktivitas dari masing-masing penyakit sesuai dengan literatur yang telah dipilih dan disesuaikan dengan keadaan rumah sakit. Item aktivitas ini sebaiknya mudah dimengerti, sehingga meningkatkan kepatuhan dalam menjalankannya.

j. Sosialisasi dan Edukasi

Tahap terakhir dalam membuat *clinical pathway* adalah, melakukan sosialisasi dan edukasi kepada para pengguna, dalam hal ini berbagai profesi yang berhubungan langsung pada pasien. Dalam tahap awal dapat dilakukan uji coba penerapan *clinical pathway* yang telah disusun guna mendapatkan *feedback* untuk mendapatkan bentuk yang *user friendly* serta konten yang sesuai dengan kondisi di lapangan dalam rangka mencapai kepatuhan penerapan *clinical pathway* yang lebih optimal. Sosialisasi *clinical pathway* ini harus dilakukan intensif minimal selama 6 bulan.

Perlu ditekankan bahwa *clinical pathway* adalah “*alat*.” Efektifitas dalam kendali mutu dan kendali biaya amat tergantung pada *user* yang menerapkannya. Sehingga, perlu disusun

strategi sedemikian rupa agar alat tersebut diterapkan sebagaimana mestinya dalam kepatuhan maupun ketepatan penggunaannya.<http://pascasarjana.ums.ac.id>

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa dapat mengetahui pengertian *clinical pathway (CP)*
2. Mahasiswa mengetahui dasar hukum CP
3. Menjelaskan alur dari *clinical pathway (CP)*
4. Mahasiswa mengetahui penerapan *clinical pathway (CP)*

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Formulir *Clinical Pathway*
5. Berkas rekam medis dengan kasus sesuai *Clinical Pathway*

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan analisis *Clinical Pathway* berkas rekam medis dengan menggunakan table *Clinical Pathway*
2. Mahasiswa mempresentasikan hasil analisis dan melakukan diskusi

Contoh formulir *Clinical Pathway*

CLINICAL PATHWAYS bagian RSUD ..... .....(Nama Penyakit)						
Tahun 201						
Nama Pasien		Umur	Berat Badan Kg	Tinggi Badan Cm		Nomor RM
Diagnosa Awal Aktivitas Pelayanan		Kode ICD 10:		Rencana rawat:		Hari
	R. Rawat:	Tgl/Jam Masuk:	Tgl/Jam Keluar:	Lama Rwt: .....hari	Kelas:	Tarif/hr (Rp):
	Hari Rawat 1 Hari sakit:.....	Hari Rawat 2 Hari sakit:.....	Hari rawat 3 Hari sakit:.....	Hari rawat 4 Hari sakit:.....	Hari rawat 5 Hari sakit:.....	Biaya (Rp):
Diagnosis						
• Penyakit Utama.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
• Penyakit Penyerta.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
• Komplikasi.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Assasmen Klinis:						
• Pemeriksaan Dokter.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
• Konsultasi.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Pemeriksaan Penunjang						
Tindakan						
Obat Obatan • •	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nutrisi	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mobilisasi	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hasil (Outcome)						
• • •
Pendidikan/ Rencana	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Varians	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jumlah Biaya:						
Nama Perawat	Diagnosa Akhir Utama	Kode ICD 10	Jenis Tindakan •		Kode ICD - CM	
Nama Dokter	Penyerta ..... .....	.....	•		.....
		•		
Nama Pelaksana Verifikasi: Komplikasi .....		.....	•		.....

C. ...			
7. Nutrisi (enteral, parenteral, diet, pembatasan carian, makanan tambahan, dsb)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
8. Kegiatan (aktifitas, toileting, pencegahan jatuh)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
9. Konsultasi dan komunikasi tim (rujuk ke spesialis atau unit lain, jadwal konfrensi tim)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
10. Konseling psikososial (kepastian dan kenyamanan bagi pasien/keluarga)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
11. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
12. Rencana discharge (penilaian outcome pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)			
a. ...			
b. ...			
c. ...			
Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan
Variasi pelayanan yang diberikan	Tanggal	Alasan	Tanda-tangan

Lembar Kerja

Materi Diskusi	Hasil Diskusi

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Formulir <i>Clinical Pathway</i>		
4	Berkas rekam medis		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa menyiapkan Formulir <i>Clinical Pathway</i>		
2	Mahasiswa menyiapkan dokumen rekam medis dengan kasus sesuai <i>Clinical Pathway</i>		
3	Mahasiswa melakukan analisis <i>Clinical Pathway</i> berkas rekam medis dengan menggunakan tabel <i>Clinical Pathway</i>		
4	Mahasiswa mempresentasikan hasil analisis <i>Clinical Pathway</i>		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak meleakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

UU no 23/1992 tentang kesehatan \sqcap uu 36 th 2009
UU no. 29/2004 tentang praktik kedokteran
Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit
KepMenkes RI No.436/1993 tentang berlakunya standar pelayanan rs dan
SPM rumah sakit
PerMenkes RI No.920 Menkes/Per/XII/1996 tentang Upaya Pelayanan
Kesehatan RS Swasta di bidang medik
KepMenkes RI No.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman audit medis
di RS
KepMenkes RI No. 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal
Staf Medis.

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 8
PEMANFAATAN DAN PELAPORAN DATA INA-CBGS



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Pengolahan data dan informasi rumah sakit harus dilakukan secara responsif, inovatif, efektif, efisien agar mampu memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat. Sistem informasi juga diperlukan untuk menghasilkan value added bagi pelanggan terutama dalam kemudahan mendapatkan informasi layanan yang disediakan. Dukungan informasi yang memadai dapat mengurangi ketidakpastian dan risiko pengambilan keputusan yang salah arah. Untuk memastikan bahwa data dapat diolah dengan baik sehingga menghasilkan informasi yang berguna, tepat dan akurat serta dapat diakses oleh semua pihak yang terlibat dalam penyediaan layanan kesehatan yang baik, dibutuhkan bantuan infrastruktur teknologi informasi dan komunikasi (TIK).

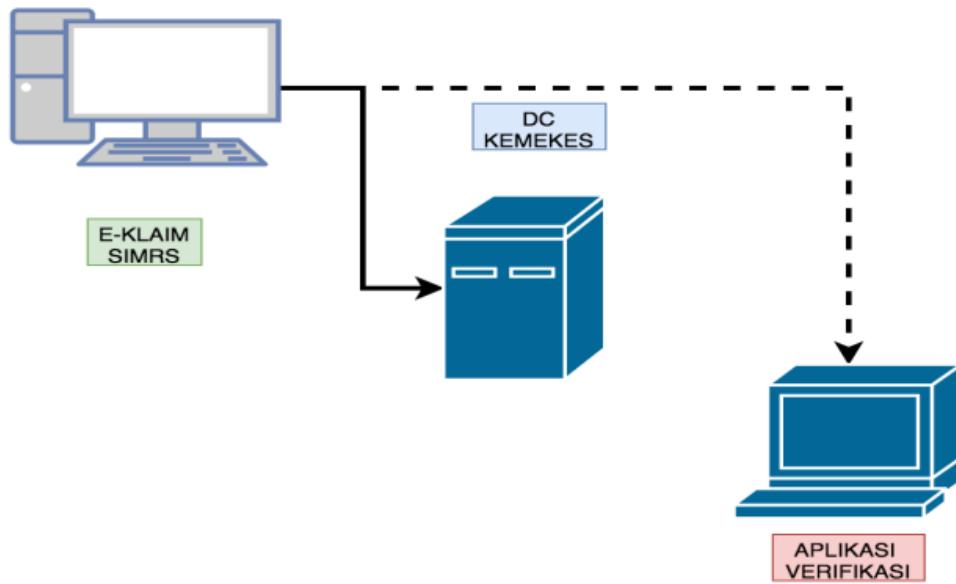
Informasi merupakan aktivita (asset) penting suatu rumah sakit dalam meningkatkan efisiensi dan efektifitas pekerjaan. Oleh karena itu pemanfaatan teknologi informasi bertujuan untuk mengintegrasikan sistem informasi dari berbagai subsistem dan mengolah informasi yang diperlukan sebagai pengambilan keputusan. Selain itu sistem teknologi informasi merupakan sistem komputerisasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendukung kinerja dan memperoleh informasi secara cepat, tepat dan akurat.

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu melakukan pelaporan dengan aplikasi INA-CBG dan mampu melakukan analisa data klaim INA-CBG

B. Dasar Teori

1. Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
2. Fasilitas Kesehatan wajib menerapkan *Utilization Review* secara berkala dan berkesinambungan.
3. BPJS Kesehatan melakukan pelaksanaan *utilization review* dengan mengukur pemanfaatan pelayanan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost*.
4. BPJS Kesehatan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melakukan evaluasi dan umpan balik.
5. BPJS Kesehatan melakukan tindak lanjut atas hasil evaluasi dan umpan balik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam rangka pengendalian biaya pelayanan kesehatan.
6. Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme pelaporan, *Utilization Review* ditetapkan dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan (Peraturan BPJS No.1, 2014)



Gambar 2. Alur Pengiriman Data Online INA-CBG

Data Individual Klaim yang akan terlihat pada menu laporan individual untuk digunakan proses klaim adalah data dengan status final dan terkirim ke Data Center Kemkes sehingga faskes WAJIB mengirimkan data individual klaim langsung melalui aplikasi E-klaim v5 tanpa terlebih dahulu menunggu proses verifikasi. Apabila ada revisi klaim, dapat dilakukan editing dan langsung dikirimkan kembali dan akan mengupdate data sebelumnya (tidak double data selama tidak ada perubahan pada nomer SEP)

Faskes pernah mengirimkan dengan server atau PC yang lain sebelumnya atau dikarenakan terblokir secara otomatis oleh data center karena data individual klaim yang dikirimkan tidak lengkap, sehingga perlu dilakukan pembukaan akses data center

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa dapat melakukan pengolahan data klaim INA-CBGs
2. Mahasiswa dapat mengetahui pemanfaatan dari pelaporan INA CBGs

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Petunjuk teknis E-klaim
5. Data txt klaim INA-CBG

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa mengambarkan alur data pelaporan INA-CBG
2. Mahasiswa melakukan pengolahan data txt hasil klaim INA-CBG

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Petunjuk teknis E-Klaim		
4	Data txt klaim INA-CBG		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa menyiapkan data txt klaim INA-CBG		
2	Mahasiswa melengkapi atribut data txt klaim INA-CBG		
3	Mahasiswa melakukan analisis data txt klaim INA-CBG		
4	Mahasiswa mempresentasikan hasil analisis data klaim INA-CBG		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak meleakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2019, *Petunjuk Teknis Aplikasi INA-CBG v53*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 9
FRAUD



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ada perubahan metode pembayaran pelayanan kesehatan. Mulanya, pembayaran pelayanan kesehatan sebagian besar dilakukan dengan metode pembayaran retrospektif yang berarti pembayaran dilakukan oleh pasien setelah pelayanan selesai diberikan. Pembayaran seperti ini sering dilakukan oleh pasien yang tidak memiliki kepesertaan asuransi atau badan penjamin pembiayaan kesehatan lain. Selanjutnya, dengan diberlakukannya JKN oleh pemerintah yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan, masyarakat secara bertahap mulai mengenal metode pembayaran prospektif yang berarti pembayaran kesehatan dilakukan di awal sebelum pelayanan diberikan. Karena pembayaran diterima dan dikelola di awal sebelum pelayanan kesehatan diberikan, hal ini memberikan peluang terciptanya kecurangan dan penyalahgunaan sumber daya kesehatan yang ada.

Salah satunya adalah terjadinya tindak kecurangan (fraud). Pencegahan kecurangan (fraud) menjadi salah satu bagian penting dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Salah satu dampak kecurangan itu adalah terganggunya sistem pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan karena dana yang dibayar untuk memberikan manfaat kepada peserta menjadi sangat besar. Jika hal ini terus terjadi maka pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan akan terganggu. Bahkan, sustainabilitas program JKN/KIS yang tengah berjalan menjadi terancam.

A. Kompetensi

Mahasiswa mampu megetahui potensi atau terjadinya fraud dalam pelayanan kesehatan

B. Dasar Teori

1. Pengertian

Istilah fraud secara umum sudah sejak lama dikenal sebagai bentuk kecurangan. Akan tetapi, arti secara spesifiknya masih belum begitu jelas. Oleh karena itu, beberapa ahli mencoba untuk mendefinisikan arti dari fraud.

Kecurangan (fraud) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

The Institute of Internal Auditor (2005) mendefinisikan fraud sebagai suatu perbuatan yang melawan hukum yang dilakukan oleh individu, baik di dalam maupun di luar organisasi, dengan adanya niat kesengajaan, yang bertujuan untuk menguntungkan individu atau organisasi tertentu dan mengakibatkan adanya kerugian pihak lain. Selanjutnya, *The Institute of Internal Auditor* bersama-sama dengan *The American Institute of Certified Public Accountants dan Association of Certified Fraud Examiners (2008)*, mendefinisikan fraud berupa setiap tindakan yang disengaja atau perbuatan yang salah yang dirancang untuk memperdaya orang lain sehingga korban menderita kerugian dan pelaku memperoleh keuntungan. Fraud juga dapat berarti penipuan yang dilakukan oleh satu pihak kepada pihak yang lain yang

dengan sengaja menyembunyikan keadaan sebenarnya dan menyebabkan pihak lain menderita kerugian (Hall, 2011).

Dari beberapa pengertian tersebut, tindakan kecurangan yang dapat dikategorikan sebagai fraud mempunyai beberapa elemen di antaranya:

- a. adanya pernyataan atau data baik tertulis maupun tidak tertulis yang menunjukkan adanya penyimpangan;
- b. pengelabuan atau penipuan dengan memanfaatkan ketidaktahuan dan/atau kelalaian korban sehingga korban bertindak sesuai kehendak pelaku;
- c. adanya niat sengaja untuk melakukan tindakan kecurangan untuk mencapai tujuan pelaku;
- d. adanya unsur penyembunyian fakta yang sebenarnya dan pelanggaran hukum atau aturan yang berlaku; dan
- e. adanya keuntungan yang diperoleh pelaku dan kerugian yang diderita oleh korban.

2. Fraud di era Jaminan Kesehatan Nasional

Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan dapat dilakukan oleh:

- a. Peserta

Tindakan kecurangan JKN yang dilakukan peserta meliputi:

- 1) membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas(memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- 2) memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan;
- 3) memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung;
- 4) memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar;
- 5) melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan Klaim palsu;
- 6) memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali; dan/atau
- 7) melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain angka 1 sampai dengan angka 6.

b. BPJS Kesehatan

Tindakan kecurangan JKN yang dilakukan petugas BPJS meliputi:

- 1) melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan Klaim yang palsu;
- 2) memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin;

- 3) menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi;
 - 4) membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan; dan/atau
 - 5) melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain angka 1 sampaidengan angka 4.
- c. Fasilitas Kesehatan atau pemberi layanan kesehatan

Tindakan kecurangan JKN yang dilakukan pemberi layanan kesehatan meliputi:

- 1) Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
 - a) memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b) memanipulasi Klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi;
 - c) menerima komisi atas rujukan ke FKRTL;
 - d) menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan;
 - e) melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; dan/atau
 - f) tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf e.

- 2) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
- a) penulisan kode diagnosis yang berlebihan/upcoding;
 - b) penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*;
 - c) klaim palsu/*phantom billing*;
 - d) penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills*;
 - e) pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation*;
 - f) rujukan semu/*selfs-reerrals*;
 - g) tagihan berulang/*repeat billing*;
 - h) memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay*;
 - i) memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge*;
 - j) membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services*;
 - k) melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value*;
 - l) penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care*;
 - m) melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment*;
 - n) menambah panjang waktu penggunaan ventilator;
 - o) tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit*;
 - p) tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*;
 - q) admisi yang berulang/*readmisi*;

- r) melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu;
 - s) meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - t) tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf s.
- 3) Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/upcoding diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
- 4) Penjiplakan Klaim dari pasien lain/cloning merupakan Klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari Klaim pasien lain yang sudah ada.
- 5) Klaim palsu/phantom billing merupakan Klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
- 6) Penggelembungan tagihan obat dan alkes/inflated merupakan Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.
- 7) Pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation* merupakan Klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam Episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam

bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai Klaim lebih besar pada satu Episode perawatan pasien.

- 8) Rujukan semu/*selfs-reerrals* merupakan Klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
- 9) Tagihan berulang/repeat billing merupakan Klaim yang diulang pada kasus yang sama.
- 10) Memperpanjang lama *perawatan/prolonged length of stay* merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap
- 11) Memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge* merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya.
- 12) Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services* merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.
- 13) Melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value* merupakan Klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis.
- 14) Penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care* merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.

- 15) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment* merupakan Klaim atas tindakan yang tidak diperlukan.
 - 16) Menambah panjang waktu penggunaan ventilator merupakan Klaim yang lebih besar akibat penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan.
 - 17) Tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit* merupakan Klaim atas kunjungan pasien palsu.
 - 18) Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures* merupakan Klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan.
 - 19) Admisi yang berulang/readmisi merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu Episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu Ep
- d. Penyedia obat dan alat kesehatan
- Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan penyedia obat dan alat kesehatan meliputi:
- 1) Tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 2) melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam e-catalog dengan harga tidak sesuai dengan e-catalog; dan
 - 3) melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain angka 1 dan angka 2
- e. Pemangku kepentingan lainnya

Pemangku kepentingan lainnya sebagaimana dimaksud merupakan semua pihak yang melakukan dan/atau berkontribusi terjadinya Kecurangan (fraud).

C. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan memhami pengertian dan contoh fraud dalam pelayanan kesehatan
2. Melakukan analisa potensi fraud menggunakan data txt klaim INA-CBG

D. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Petunjuk teknis E-klaim
5. Data txt klaim INA-CBG

E. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan pengolahan data txt hasil klaim INA-CBG
2. Mahasiswa melakukan analisa data txt klaim INA-CBG untuk mengetahui potensi terjadinya fraud

F. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Petunjuk teknis E-Klaim		
4	Data txt klaim INA-CBG		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa menyiapkan data txt klaim INA-CBG		
2	Mahasiswa melengkapi atribut data txt klaim INA-CBG		
3	Mahasiswa melakukan analisis data txt klaim INA-CBG untuk melihat potensi terjadinya fraud		
4	Mahasiswa mempresentasikan hasil analisis data klaim INA-CBG		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak meleakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-3 tahap kerja dari 4 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 4 tahap kerja dengan baik	

G. Daftar Pustaka

Menkes, 2015, *Pencegahan kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta

Menkes, 2019, *Pencegahan dan Penanganan Kecurangan serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*, Jakarta

MODUL PRAKTIKUM
Sistem Pembiayaan Kesehatan

MATERI 10
ASURANSI



PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BHAKTI SETYA INDONESIA

DESKRIPSI MATERI

Asuransi kesehatan merupakan salah satu jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para nasabah asuransi tersebut apabila mereka mengalami gangguan kesehatan atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan oleh perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat jalan dan rawat inap.

Permintaan pengisian asuransi merupakan bagian dari kegiatan Unit/ Bagian Rekam medis yang mana masuk yang masuk dalam sub unit/bagian korespondensi/surat menyurat yang meliputi kegiatan permintaan isian asuransi untuk mengajukan klaim asuransi pasien, pembuatan surat keterangan kelahiran, surat keterangan Imunisasi, Surat keterangan bebas narkoba, permintaan fotocopy hasil pemeriksaan penunjang, dan lain-lain yang diperlukan pasien baik untuk tindaklanjut pengobatan maupun kelengkapan klaim asuransi dan administrasi lainnya. Klaim asuransi bisa diajukan secara individu maupun oleh instansi pelayanan kesehatan. Klaim asuransi secara individu biasanya dilakukan bila asuransi pasien tersebut belum atau tidak bekerja sama dengan instansi pelayanan kesehatan yang telah digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut, sedangkan instansi pelayanan kesehatan sebagai provider pelayanan kesehatan akan menagihkan biaya pelayanan pasien-pasien ke asuransi yang sudah melakukan MoU atau bekerjasama pelayanan baik asuransi swasta maupun BPJS Kesehatan.

H. Kompetensi

Mahasiswa mampu megetahui proses dan alur pengajuan klaim asuransi

I. Dasar Teori

1. Pengertian Asuransi

Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada Tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada Tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum pihak ketiga yang mungkin akan diderita Tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang Tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk penggantian kepadanya karena suatu kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak tent1.Rawat Jalan

Asuransi rawat jalan meliputi biaya dokter, diagnosis/pemeriksaan laboratorium dan obat. Besarnya biaya yang ditanggung biasanya ditentukan dengan limit maksimum untuk masing-masing komponen per kunjungan/per tahun dan frekuensi maksimum kunjungan dalam satu tahun. Pembatasan juga dapat diberlakukan dengan

mewajibkan rujukan dokter umum sebelum kunjungan ke dokter spesialis, atau pertanggungan hanya diberikan bila pelayanan kesehatan dilakukan oleh penyedia layanan yang terdaftar. Asuransi rawat jalan biasanya hanya merupakan manfaat tambahan dari asuransi rawat inap. Dengan kata lain, harus menjadi satu dengan asuransi rawat inap.

Asuransi rawat inap meliputi biaya rawat inap di rumah sakit, yang meliputi biaya kamar, jasa dokter, obat-obatan, laboratorium/penunjang diagnostik, pembedahan, dll. Penggolongan asuransi rawat inap biasanya dilakukan berdasarkan kelas kamar

2. Klaim Asuransi

Apakah yang dimaksud dengan klaim, Anda pernah dengar tentang klaim? Klaim menurut kamus KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) adalah Nomina (kata benda) yang artinya tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu atau pernyataan tentang suatu fakta atau kebenaran sesuatu.

Secara umum ada 3 sistem pembayaran klaim asuransi kesehatan, yaitu:

a. Klaim asuransi kesehatan dengan sistem reimbursement.

Reimbursement adalah penggantian biaya (klaim). Sistem reimbursement mengharuskan pemegang polis asuransi kesehatan menanggung biaya medis dari uang pribadi terlebih dahulu dan kemudian biaya tersebut ditagihkan ke perusahaan asuransi kesehatan

dengan melampirkan kuitansi pembayaran yang diterima dari pihak rumah sakit.

b. Klaim asuransi kesehatan dengan sistem cashless (gesek kartu).

Sistem klaim ini paling banyak digunakan saat ini. Saat nasabah asuransi sakit, ia hanya perlu menunjukkan kartu peserta asuransi (biasanya berbentuk seperti kartu ATM) ke rumah sakit provider untuk membayar biaya rumah sakit sesuai dengan plafon yang ditetapkan.

Proses klaimnya adalah saat Anda menunjukkan kartu anggota asuransi kepada pihak rumah sakit. Semua pembiayaan pengobatan di rumah sakit atau klinik menjadi tanggungan perusahaan asuransi yang nantinya akan ditagih pihak rumah sakit. Pengurusan tagihan klaim dilakukan rumah sakit ke perusahaan asuransi yang bersangkutan.

Sistem cashless memberikan kemudahan proses klaim tanpa perlu uang muka. Hal ini cocok bagi Anda yang merantau atau bekerja jauh dari keluarga atau yang tidak siap dengan dana darurat/cadangan. Namun, kekurangannya adalah tidak semua rumah sakit bekerja sama dengan asuransi yang Anda ikuti. Hal ini cukup merepotkan mana kala Anda tinggal di lokasi yang jauh dari rumah sakit provider asuransi tersebut.

c. Klaim asuransi kesehatan dengan sistem santuna

Sistem klaim asuransi kesehatan berikutnya adalah model santunan. Tidak peduli Anda berobat di rumah sakit mana, sakitnya apa, dan habis biaya berapa banyak jika menggunakan sistem santunan

ini, perusahaan asuransi akan memberikan santunan harian selama Anda dirawat di rumah sakit. Besarnya santunan biasanya telah disepakati dalam polis antara Anda dan perusahaan asuransi. Proses klaim untuk mendapatkan santunan membutuhkan sejumlah dokumen yang harus Anda lampirkan, seperti formulir klaim asuransi, kuitansi pengobatan, diagnosis sakit, dan sejumlah dokumen lainnya

3. Contoh Formulir Asuransi

Manulife Financial

PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
Wisma Manulife Indonesia, Jl. Pegangsaan Timur No. 1 A
Jakarta 10320, Tel. : (62) 21.2303223, Fax. : (62) 21.2303352
E-mail: gih_cs_id@manulife.com

FORMULIR KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT DAN PEMBEDAHAN ASURANSI KUMPULAN

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.
2. Semua kwitansi asli, perincian perawatan, copy resep dan pemeriksaan penunjang lainnya harap dilampirkan.

BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGGUNG (diisi oleh peserta yang meng-klaim)

Pemegang Polis :	Nomor Polis :
Nama Karyawan :	Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan :
Jabatan :	Nama Pasien :
Tanggal Lahir : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tanggal Lahir : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nomor Sertifikat : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nomor Sertifikat : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

Apakah ini merupakan dokumen susulan ? Ya Tidak

Apakah klaim ini juga diajukan kepada perusahaan asuransi lain? Ya Tidak
Nama Perusahaan Asuransi :

Alamat lengkap :

Nomor Polis : No. Telp.:

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena : kecelakaan sakit
Berikan gambaran secara singkat dengan jelas mengenai kejadian/gejala beserta waktu/tanggalnya.
.....

Apakah sebelum perawatan ini Anda pernah menderita penyakit yang sama ?
 Tidak
 Ya, sebutkan Nama Dokter :
Alamat lengkap :

Tanggal berobat :
Jika pasien (Anda) adalah karyawan, kapan (tanggal-bulan-tahun) anda terakhir kali masuk bekerja ?
.....

Bila pengajuan klaim ini disetujui, maka pembayaran akan dilakukan melalui :
transfer ke nomor rekening
Bank
A/n

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar dan dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan pasien untuk memberitahukan kepada Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan pasien. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di , tanggal

Dibuat oleh,

(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)
Jabatan :

(tanda tangan, nama jelas)
Karyawan / Keluarga Karyawan

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / RESUME MEDIS (diisi oleh dokter yang merawat)

<p>Nama pasien : Apakah pasien dirawat inap? <input type="radio"/> Ya. Indikasi rawat inap; <input type="radio"/> Tidak. Jika pasien tidak dirawat inap, apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Masuk UGD, pukul Keluar UGD, pukul Tindakan yang dilakukan? </p>	<p>Tanggal perawatan : s/d Gejala pada saat masuk rumah sakit : Tanggal gelaja pertama kali diketahui : Pasien pertama kali berobat sehubungan dengan penyakit tersebut : <ul style="list-style-type: none"> • Tanggal : • Nama dokter : • Alamat lengkap : </p>
<p>Penyakit ini terjadi karena / tergolong : <input type="radio"/> kecelakaan <input type="radio"/> congenital (bawaan) <input type="radio"/> pekerjaan pasien <input type="radio"/> kejadian <input type="radio"/> lain-lain (.....)</p>	
<p>Riwayat Penyakit Dahulu (Sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, nama dokter yang merawat dan pengobatan yang diberikan) : </p>	
<p>Kelainan-kelainan yang ditemukan pada pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang : </p>	
<p>Diagnosa penyakit : Obat-obatan yang diberikan : Nama tindakan/pembedahan : Keadaan pada waktu pulang : <input type="radio"/> membaik <input type="radio"/> pulang paksa</p>	
<p>Kapan pasien diminta kontrol kembali ? : Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya : 1. 2. 3. 4. 5.</p>	
<p>Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa jawaban-jawaban yang telah saya berikan di atas telah lengkap dan benar.</p>	
<p>Nama Dokter : Spesialisasi : <input type="radio"/> Dokter Umum <input type="radio"/> Dokter Ahli (.....) Rumah Sakit : Alamat :</p>	
<p>Nomor Telepon :</p>	

Ditandatangani di , tanggal



BUMIPUTERA

Klaim - 03

Asuransi Jiwa Bersama BUMIPUTERA 1912
Wisma Bumiputera Lantai 1B - 21
Jl. Jend. Sudirman Kav. 75, Jakarta 12910
Telepon : (021) 2512154, 2512157
Telex : 65219, 65470 BPMLIC IA, Telecopier : 2512172
Tromol Pos 4586/KBY, 1235LKT, Alamat Kawat : BUMIPUTERA JKT
Website : www.bumiputera.com
Email : bp1912@bumiputera.com

Nomor : /APP/Klaim/ Jakarta,

Yang terhormat TS. dr.

Hal : Penjelasan Riwayat Perawatan

Dengan hormat.

Seshubungan dengan dirawatnya Tertanggung dari polis AJB Bumiputera 1912, No. Polis
maka dengan ini kami minta bantuan TS. untuk memberikan keterangan mengenai perawatan dari :

Nama : Umur :
Alamat :

Perlu kami sampaikan bahwa permintaan penjelasan ini sesuai dengan persetujuan / pernyataan dari
Tn./Ny. dalam surat perjanjian sebelum masuk asuransi, yakni "Untuk
memastikan sebab kematian, saya setuju jika dokter memeriksa lebih lanjut (termasuk diotopsi) apabila
diperlukan oleh yang berwajib." (Surat Permintaan Asuransi Jiwa halaman 4.)
Untuk memudahkan TS, di bawah ini kami sediakan formulir untuk diisi.

Demikian harap maklum dan atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Dokter Penasihat Medis

Dengan ini saya dokter :
Alamat :
menerangkan dengan sesungguhnya bahwa telah meninggal di : pada tanggal :
RS/Klinik/
Nama pasien : tgl. masuk :
Alamat : tgl. keluar :
Dirawat di ruang/kelas : No. Register :
Sebab meninggal :

RIWAYAT PENYAKIT :

1. Riwayat penyakit selama dalam perawatan :

.....

2. Dirujuk dari Rumah Sakit/Klinik/Dokter :

Alamat :
Tanggal/Bulan/Tahun :

3. Riwayat Pengobatan sebelum masuk Rumah Sakit

Diderita Sejak

.....

Demikian harap maklum

20

Salam Sejawat,



EMPLOYEE BENEFIT DEPARTMENT
PT. ASURANSI AIA INDONESIA
Bank Panin Senayan 2nd Floor
Jl. Jend. Sudirman, Senayan, Jakarta 10270
Phone : (021) 5721388
Fax. : (021) 5741738

GROUP HOSPITAL & SURGICAL BENEFIT CLAIM FORM
FORMULIR KLAIM ASURANSI KELOMPOK RUMAH SAKIT & PEMBEDAHAN

Instructions/Petunjuk :

1. This form is to be completed by the Insured Employee/Member and the Attending Physician.
Formulir ini diisi oleh Karyawan/Tertanggung dan Dokter.
2. Claim for hospital and surgical expenses should be submitted within twenty days after the date of leaving the hospital.
Klaim Asuransi Kelompok Rumah Sakit & Pembedahan harus diserahkan dalam waktu 20 hari setelah tanggal keluar dari rumah sakit.
3. Original itemized bills and receipts for the claimed expenses must be attached.
Kwitansi-kwitansi asli pengeluaran yang terperinci untuk klaim ini harus dilampirkan.
4. No benefit is payable for the items and conditions listed under "EXCLUSIONS" in the Policy.
Benefit tidak akan dibayarkan untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan di dalam Polis.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE INSURED EMPLOYEE/MEMBER
DIISI OLEH KARYAWAN/TERTANGGUNG

Name of Policyholder/Group <i>Nama Pemegang Polis</i>		Group Policy No. <i>No. Polis</i>
Name of Insured Employee/Member <i>Nama Karyawan/Tertanggung</i>		Certificate No. <i>No. Sertifikat</i>
Name of Claimant (i.e. Patient) if other than Insured Employee/Member <i>Nama Penuntut (Pasien) jika bukan Karyawan/Tertanggung</i>		Relationship to Insured Employee/Member <i>Hubungan dengan Karyawan/Tertanggung</i>
Age Last Birthday <i>Umur</i>	Sex <i>Jenis kelamin</i>	Occupation or Duties of Claimant <i>Jabatan/Pekerjaan Penuntut</i>
Are you making any other insurance or compensation claim as a result of this hospitalization? <i>Apakah anda mengajukan tuntutan penggantian kepada asuransi lain untuk perawatan rumah sakit ini?</i>		Name of Insurance Company/Type of Compensation <i>Nama Perusahaan Asuransi/Jenis Penggantian</i>
<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>		
Has the claimant had any prior treatment for this condition? <i>Apakah penuntut pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini?</i>		Name and address of doctor who treated claimant previously : <i>Nama dan alamat dokter yang merawat penuntut sebelumnya.</i>
<input type="checkbox"/> Yes. If so, when : <i>Jika ya, bilamana</i>		<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
If hospitalization was the result of an accident, give date and a brief description of the accident : <i>Jika perawatan adalah akibat dari kecelakaan, sebutkan tanggal dan uraian ringkas terjadinya kecelakaan :</i>		
Authorization to Consult Physician, Hospital or Clinic Surat Kuasa untuk Menghubungi Dokter, Rumah Sakit atau Klinik		
I hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history, to the PT. ASURANSI AIA INDONESIA. A photostatic copy of this authorization shall have the full effect of the original authorization. <i>Dengan ini saya memberi kuasa setiap dokter, rumah sakit atau klinik, oleh siapa dan dimana saya telah diperiksa atau dirawat karena sebab apapun, untuk memberikan keterangan-keterangan lengkap tentang itu termasuk riwayat medis sebelumnya, kepada PT. ASURANSI AIA INDONESIA. Foto copy dari surat kuasa ini akan berlaku seperti aslinya.</i>		
Signature of Claimant 18 years of age & over <i>Tanda tangan Penuntut 18 tahun/lebih</i>		Signature of Insured Employee/Member <i>Tanda tangan Karyawan/Tertanggung</i>
		Date Signed <i>Tanggal ditandatangani</i>

PART B - TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN
DILISI OLEH DOKTER

Name of Patient <i>Nama Pasien</i>	Age <i>Usia</i>	Sex <i>Jenis Kelamin</i>
<p>What was the diagnosis which resulted in hospitalization? <i>Sebutkan diagnosa penyakit pasien sehingga dirawat</i></p>		
<p>Cause and pathology (if applicable) of the above diagnosis. <i>Dari diagnosa penyakit di atas sebutkan sebab dilakukannya pemeriksaan patologi/lab. (jika ada).</i></p>		
<p>If surgical operation was involved, please give type of the operation. <i>Jika dilakukan operasi, jelaskan jenis operasinya:</i></p>		
<p>Is condition congenital? <i>Apakah kondisi/penyakit bawaan?</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i> </div>		
<p>If condition is due to pregnancy, please give approximate date of commencement of pregnancy : <i>Jika kondisinya disebabkan oleh kehamilan; sebutkan tanggal permulaan kehamilan :</i></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <i>M / D / Y</i> </div>		
<p>Period of confinement in hospital <i>Lama perawatan di Rumah Sakit</i></p> <p>From <i>Dari</i> _____ To <i>Sampai</i> _____</p> <p style="text-align: center;"><i>M / D / Y</i></p> <p>Name and Address of hospital <i>Nama dan Alamat Rumah Sakit & Stempel RS</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Physician's Signature <i>Tanda tangan dokter</i></p> <p>Qualification <i>Keahlian</i></p> <p>Address <i>Alamat</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

For AIA Use

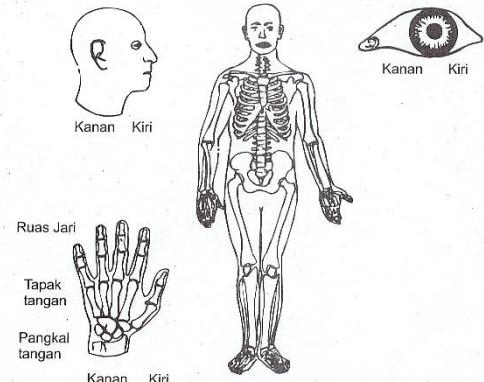
Claim No. <i>No. Klaim</i>	Date of Receipt <i>Tanggal diterima</i>
-------------------------------	--

PT. ASURANSI AIA INDONESIA

A Member of **AIG** American International Group, Inc.

SURAT KETERANGAN DOKTER

 Formulir
Jamsostek
3b

<i>Dengan ini saya, dokter</i>		BENTUK K.K. 4	<i>(khusus untuk akibat kecelakaan kerja)</i>		
Nama					
Jabatan			Kode Pos	No. Telepon	
<i>Menerangkan dengan sesungguhnya :</i>					
1. Nama Tenaga Kerja					No. KPJ :
Alamat dan Nomor Telepon				Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tempat dan Tanggal Lahir					
Jenis Pekerjaan/Jabatan					
Unit/Bagian Perusahaan					
2. Nama Perusahaan					NPP :
Alamat dan Nomor Telepon				Kode Pos	No. Telepon :
Jenis Usaha					
Nomor Pendaftaran (Bentuk K.K.1)					
Nomor Akte Pengawasan					
3. Kecelakaan pada tanggal					
4. Pemeriksaan pada tanggal					Jam :
5. Dari hasil pemeriksaan didapatkan :					
a. Keadaan, tempat dan ukuran luka-lukanya					
b. Diagnosis					
c. Perlu <input type="checkbox"/> dirawat <input type="checkbox"/> berobat jalan sambil bekerja <input type="checkbox"/> berobat jalan tidak berkerja					
6. Tindakan Medis yang dilakukan					
7. Setelah hasil pengobatan :					
<input type="checkbox"/> Sembuh tanpa cacat <input type="checkbox"/> Cacat anatomic akibat kehilangan anggota badan jelaskan (tunjukkan juga pada gambar) <input type="checkbox"/> Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi anggota badan yang cacat tsb% terbilang (.....) <input type="checkbox"/> Memerlukan prothese/orthese					
8. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan		<input type="checkbox"/> Biasa	<input type="checkbox"/> Ringan	<input type="checkbox"/> Tidak dapat bekerja sama sekali	
terhitung tanggal					
9. Lamanya perawatan/Pengobatan		dari tanggal	s/d tanggal		
10. Diberikan istirahat		dari tanggal	s/d tanggal		
11. Tanggal meninggal dunia					
Dibuat oleh dokter		<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Puskesmas	<input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Dokter Swasta
Alamat					

Dibuat dengan sesungguhnya,

Nama dan tanda tangan dokter pemeriksa

Jabatan

Tanggal

Manulife Financial

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

Head Office : Wisma Manulife Indonesia, Jl. Pegangsaan Timur 1A, Jakarta 10320, Customer Contact Center : (62) 21 2355 9999, Facsimile : (62) 21 2355 9900
E-mail : Claim_id@manulife.com http://www.manulife-indonesia.com

FORMULIR KLAIM MANFAAT PERTANGGUNGAN - ASURANSI INDIVIDU LIVING CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebaran kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
- Untuk Klaim Hospital Benefit & Hospital Cash Plan (HCP) : Kwitansi asli (kecuali HCP) & perinciannya wajib dilampirkan For Hospital Benefit & Hospital Cash Plan (HCP) Claims : original receipt (except HCP) & details should be attached.
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan. / Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.
- Untuk klaim Waiver of Premium, ada tambahan formulir. / There is an additional form For Waiver of Premium claim.
- Pengajuan klaim dan pembayaran manfaat tidak dilakukan biaya apapun, kecuali yang termasuk dalam ketentuan polis No charge for claim submission & benefit payment except those stated in the policy condition.
- Berikan tanda silang (X) pada jenis klaim yang diajukan. / Mark (X) for type of claim submitted.

Hospital Benefit Hospital Cash Plan Disability Dread Disease Lain-lain / Others : _____

KETERANGAN PEMEGANG POLIS & TERTANGGUNG / DATA OF POLICY HOLDER & INSURED

Nomor Polis / Policy Number	_____
Nama Pemegang Polis / Name of the Policyholder	_____
Nama Tertanggung / Name of Insured	_____
Telepon / Telephone	Ktr / Off : _____ Rmh / Res : _____ HP / Cellphone : _____
Faksimili / Facsimile	_____ E-mail : _____
Nama Pasien / Name of the Patient	_____
Tgl. Lahir; Usia / Date of Birth; Age	_____ tahun / year
Jenis Kelamin / Sex	<input type="radio"/> Laki-laki / Male <input type="radio"/> Perempuan / Female
Hub. dgn, Tertanggung / Relationship with	<input type="radio"/> Anak / Child <input type="radio"/> istri / Wife <input type="radio"/> Suami / Husband <input type="radio"/> Diri Sendiri / Self the Insured <input type="radio"/> Lain-lain / Others : _____
Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / Hospitalized due to : <input type="radio"/> Sakit / Illness <input type="radio"/> Kecelakaan / Accident <input type="radio"/> Lain-lain / Others : _____	
Tanggal / Date	_____ Waktu / Time : _____
Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri / Please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet. _____	
Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the patient insured by other insurance companies? <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No	
Nama Perusahaan Asuransi / Name of Insurer	Nomor Polis / Policy Number : _____
Apabila klaim disetujui, pembayaran akan di transfer ke / If the claim payment is approved, the payment will be transferred to :	
Mata Uang / Currency	<input type="radio"/> Rupiah <input type="radio"/> US\$
Nama / Name	_____
Bank / Bank	_____
Cabang / Branch	_____
No. Rekening / Account Number	_____
Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis tanda tangan diatas materai. Biaya transfer dalam US\$, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung Penerima / The payment should be paid to Policyholder. If not, please sign in with stamp duty. Transfer fee in US\$ that is charged by Bank of Company and Bank Receiver, will be borne by Receiver.	
Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada seluruh Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai hubungan dengan saya, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaankesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya. I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.	
PEMEGANG POLIS / POLICY HOLDER PASIEN/WALI (PATIENT/GUARDIAN)	
Tempat & Tanggal Place & Date	Tandatangan & Nama Signature & Name
Tandatangan & Nama Signature & Name	

FORM-CLM-RIDER/1-2

01 Maret 2006

SURAT KETERANGAN DOKTER/ ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Nama Pasien / <i>Name of the Patient</i> Tanggal Lahir; Usia / <i>Date of Birth ; Age</i> Jenis Kelamin / <i>Sex</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> tahun / <i>year</i> <input type="radio"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="radio"/> Perempuan / <i>Female</i> </div> </div>	
Tanggal Perawatan / <i>Date of hospitalization</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> Hari <small>to</small> <small>days</small> </div> </div>		
Anamnesa ; Riwayat Penyakit <i>History of the disease</i>		
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh pasien / <i>The date of the symptoms or complaints occurred the first time on</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) </div> </div>		
Tanggal pertama kali konsultasi <i>Date of first consultation</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) </div> </div>		
Nama dan alamat dokter yang merujuk <i>Name and address of referral Doctor</i>		
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan <i>Physical examination result, (lab X-ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc)</i>		
Diagnosa, atau dugaan diagnosa <i>Diagnose or Pre diagnose</i>		
Penyebab diagnosa tersebut <i>Underlying Disease</i>		
Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut / <i>The date of Underlying Disease</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) </div> </div>		
Terapi atau Tindakan <i>Therapy or Treatment</i>		
Diagnosa di atas berhubungan dengan <i>The Diagnose above is related to</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>Penyakit Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> <input type="radio"/> Neurosa <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> <input type="radio"/> Psikosa <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Kelainan Bawaan Sejak Lahir / <i>Congenital Anomaly</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Kehamilan / <i>Pregnancy</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Kecelakaan / <i>Accident</i> : <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> </p> <p>Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b & c <i>if "Yes", please answer a, b & c :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah menimbulkan cacat / gangguan fungsi secara tetap ? / <i>Caused permanent deformity / dysfunction ?</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Bila "YA", berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya <i>If "Yes" what is the percentage of the permanent deformity/dysfunction</i> <input type="text"/> % Perkirakan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan <i>Estimation of time for recovery</i> <input type="text"/> Tahun / <i>Year</i> <input type="text"/> Bulan / <i>Month</i> </div> </div>		
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been consulted / hospitalized before ?</i>		
a. Tanggal / <i>Date</i> b. Diagnosa / <i>Diagnose</i> c. Nama Dokter / <i>Name of Doctor</i> d. Nama Rumah Sakit / <i>Name of Hospital</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Bila "YA", jawab pertanyaan a, b, c & d. <i>If "YES", please answer a, b, c & d</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> Hari <small>to</small> <small>days</small> </div> </div> </p> </div> </div>		
<p style="color: red; font-size: 0.8em;"> <i>Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. / I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.</i> </p>		
Nama Dokter / <i>Name of Doctor</i> : _____ Nama Rumah Sakit / <i>Name of Hospital</i> : _____ Alamat Rumah Sakit / <i>Address of Hospital</i> : _____		
<small>Tempat & Tanggal Place & Date</small>	<small>Tandatangan & Nama Dokter Signature & Name of Doctor</small>	<small>Cap Rumah Sakit Stamp of Hospital</small>

FORMULIR PERAWATAN MEDIS

Teman sejawaat yang terhormat,
Untuk melengkapi data klaim Asuransi Kesehatan, mohon kiranya TS mengisi formulir yang akan kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya
mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan. Terima kasih atas kerjasamanya.

Hormat Kami, TS

Dr.
Medical Advisor

PERNYATAAN PESERTA ASURANSI

Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT Equity Financial Solution untuk mendapatkan dan menyimpan segala keterangan/catatan medis dan lainnya dari Idinku/rumah sakit atau pihak yang memberikan pelayanan medis kepada saya/tertanggung lainnya sesuai ketentuan Polis. Saya memerlukan bahwa biaya yang timbul sehubungan pelayanan dan/atau perlengkapan kesehatan yang tidak disantun dan/atau biaya yang melebihi batas santunan serta saya tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku sehubungan dengan timbulnya biaya tersebut.

20

V Tanda Tangan Peserta/Pasien

DATA PESERTA ASURANSI

Nama Peserta	:	Nama Pasien	:
No. Peserta	:	Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nama Perusahaan	:	Tanggal Lahir:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Status	<input type="checkbox"/> Pegawai <input type="checkbox"/> Istri/Suami <input type="checkbox"/> Anak		

INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN

Rumah Sakit/Klinik/Dr. :	Tanggal Masuk :	Tanggal Keluar :
Kelas :		Ruang :
Jenis Pelayanan Medis :	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan : <input type="checkbox"/> Dr. Umum <input type="checkbox"/> Dr. Spesialis	<input type="checkbox"/> Rawat Inap : <input type="checkbox"/> Dr Gigi

Anamnesa

A. Keluhan Utama :
B. Keluhan Tambahan :
C. Riwayat Penyakit :

Kelainan-kelainan yang ditemukan

A. Pemeriksaan Fisik :
B. Laboratorium :
C. Pemeriksaan Penunjang Lain :

Lain-lain

Diagnosa Kerja :
Pengobatan/Tindakan :
Anjuran Sesuai Diagnosa Kerja :

20

Mohon lampirkan rincian biaya.

Tanda Tangan & Cap Stempel Dokter yang merawat

J. Tujuan Praktikum

Tujuan dari praktik ini adalah mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mengetahui proses pengajuan klaim asuransi
2. Mahasiswa mengetahui proses pengisian data klaim asuransi

K. Alat dan Bahan Praktikum

1. Modul praktikum
2. Alat untuk mencatat (alat tulis)
3. Komputer/laptop
4. Formulir asuransi
5. Berkas rekam medis

L. Kegiatan Praktikum

1. Mahasiswa melakukan pengisian formulir asuransi rawat jalan
2. Mahasiswa melakukan pengisian formulir asuransi rawat inap

M. Penilaian

No	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
	Persiapan alat		
1	Modul perkuliahan		
2	Alat untuk mencatat (alat tulis)		
3	Formulir asuransi		
4	Berkas rekam medis		
	Tahap Kerja		
1	Mahasiswa menyiapkan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap		
2	Mahasiswa mengisi formulir asuransi rawat jalan		

3	Mahasiswa mengisi formulir asuransi rawat inap		
	Sikap		
1	Teliti		
2	Sistematis		
3	Objektif		

FORMAT PENILAIAN PEMERIKSAAN

Skala penilaian	0	1	2	3	Nilai
Persiapan	Tidak menyiapkan alat	Bila alat yang disiapkan 75% sesuai standar praktikum	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum namun penggunaannya belum paham	Bila alat yang disiapkan sudah sesuai standart praktikum dan penggunaannya sudah paham	
Tahap Semua Mahasiswa	Tidak meleakukan semua tahapan kerja	Hanya melakukan 1 tahap kerja dari 3 tahap yang harus dilakukan	Hanya melakukan 1-2 tahap kerja dari 3 tahap yang harus dilakukan	Melakukan semua tahap atau 3 tahap kerja dengan baik	

N. Daftar Pustaka

Menkes, 2018, *Manajemen Informasi Kesehatan, Sistem Kliam dan Asuransi Pelayanan Kesehatan*, Jakarta