



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Yang terhormat,

1. Para Direktur/Kepala Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
2. Direktur Utama BPJS Kesehatan
3. Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI)
4. Para Ketua Perhimpunan/Organisasi Profesi Dokter Spesialis di seluruh Indonesia

**SURAT EDARAN
NOMOR HK.03.03/MENKES/63/2016**

TENTANG

**PEDOMAN PENYELESAIAN PERMASALAHAN KLAIM INA-CBG
DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terutama pada proses klaim INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), masih terdapat perbedaan pendapat untuk beberapa kasus antara pihak FKRTL dengan BPJS Kesehatan yang menyebabkan terjadinya penundaan ataupun permasalahan dalam pembayaran klaim INA-CBG.

Surat Edaran ini berisikan Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG yang merupakan hasil analisis dan keputusan bersama yang telah disepakati oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan/Organisasi Profesi Dokter Spesialis terkait, dan ditujukan untuk menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan serta FKRTL dalam menyelesaikan sejumlah kasus yang pembayarannya klaimnya masih tertunda.

Mengingat ketentuan :

- a. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

- b. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
- c. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 15);
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis INA CBG's (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795);

Berdasarkan hal tersebut di atas, bersama ini disampaikan sebagai berikut:

- 1. Untuk 36 (tiga puluh enam) kasus terkait permasalahan klinis dan 21 (dua puluh satu) kasus terkait permasalahan koding serta 1 (satu) kasus terkait permasalahan administrasi, penyelesaian didasarkan pada pedoman penyelesaian sebagaimana terlampir.
- 2. Pedoman penyelesaian sebagaimana dimaksud pada angka 1 berlaku untuk kasus-kasus sebagaimana terlampir, sejak Surat Edaran ini ditetapkan dan yang telah dinyatakan sebagai kasus pending klaim.

- 3 -

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Januari 2016



LAMPIRAN

Dalam pedoman ini terdapat sejumlah kasus yang menjadi permasalahan terkait proses coding INA-CBG maupun terkait hal-hal yang ditetapkan oleh klinisi di FKRTL. Daftar permasalahan tercantum pada kolom Diagnosis/Prosedur, dengan penjelasan permasalahan yang lebih rinci pada kolom Perihal, sedangkan kolom Kesepakatan berisikan hasil kesepakatan sejumlah pihak terkait yang harus dijadikan pedoman dalam proses penatalaksanaan maupun proses klaim INA-CBG.

NO	Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder		
1	HIV	Candidiasis (B37)	Pada kasus-kasus HIV ditambahkan kode candidiasis (B.37)	Pada kasus HIV tidak dapat dikoding sendiri-sendiri/terpisah tetapi dikoding dengan kode kombinasi, jadi seharusnya B20.4 dan B.37 tidak dikoding
2	Hipertensi (I10-I15)		1. Koding Hipertensi disertai dengan kode CHF 2. Koding Hipertensi disertai kode RF Dampak: Peningkatan severity level	Diagnosis hipertensi dan gagal jantung atau dan gagal ginjal hanya dapat dikoding dengan satu coding kombinasi tanpa mengentri gagal jantung/gagal ginjalnya (Permenkes no. 27 Tahun 2014)
3	Thalasemia (D56.1)		Penagihan Top Up obat kelasi/ Thalasemia (Deferipiron dan Deferoxsamin) dalam sebulan lebih dari 1x	Top up klaim obat kelasi (pada klaim rawat inap) hanya dapat dikoding 1x sebulan (sesuai Permenkes No.59 tahun 2014)
4	Hiperglykemia (R73.9)		Hiperglykemia dicoding terpisah dengan diagnosis utama seperti DM (E10-E14) Dampak : secara nilai klaim tidak ada, kecuali dibalki menjadi diagnosis primer	Hiperglykemi (R73.9) tidak dapat menjadi diagnosa utama jika ada diagnosa lain yang lebih spesifik
5		Tonsilektomi dengan Kauter-Faring (28.2 dan 29.39)	Tonsilektomi selalu dikoding dengan kauter faring Dampak: peningkatan biaya akibat perubahan grouping	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
6		Appendectomy dengan laparotomi (47.0+54.1)	Tindakan operasi yang membuka lapisan perut dikoding terpisah dengan kode tindakan utama	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
7		Herniotomi dengan laparotomi (53.9+54.1)	Dampak: Meningkatkan biaya, hasil grouping berbeda atau bertambah	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
8		Inisisi Peritoneum (54.95)	Tindakan operasi dikoding terpisah-pisah misalnya SC/appendectomy dengan inisisi peritoneum Dampak: meningkatkan biaya,hasil grouping berbeda atau bertambah	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
9		Repair Perineum (75.69)	Persalinan normal sering dikoding dengan lacerasi perineum dengan tindakan repair perineum (75.69) Dampak: entri tindakan repair perineum (75.69) akan menyebabkan perubahan grouper menjadi O-6-12I dengan biaya klaim yang lebih tinggi dari grouper persalinan normal	Repair pada rutin episiotomy saat persalinan normal dikoding dengan 73.6 (bukan kode 75.69)

Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
NO	Utama	Sekunder	Prosedur	
10			USG pada Kehamilan (88.76/88.79)	Penggunaan kode 88.76 atau 88.79 pada coding USG kehamilan, biasanya pada kasus rawat jalan Dampak: biaya klaim kode 88.76/88.79 lebih tinggi dibandingkan kode 88.78
11			WSD dan puncture of lung	Pada kasus-kasus dengan pemasangan WSD (34.04) sering disalahgunakan dengan menambah coding puncture of lung (33.93) Dampak: peningkatan biaya karena koding 33.93 akan merubah hasil grouper menjadi lebih tinggi
12			Endotrakeal Tube (96.04)	Pada operasi atau tindakan yang perlu pemasangan endotracheal tube dikoding terpisah
13		Skingraft	Skin graft ditagihkan pada kasus keloid, cellulitis, dll	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
14		Educational Therapy (93.82)	Educational therapy pada konsultasi ke dokter misalnya dokter gizi pada klaim rawat jalan	Pada kasus Skin graft, tidak dapat dijamin pada yang berhubungan dengan kosmetik Catatan: perhatian penggunaan coding graft, pastikan tindakan graft wajah dilakukan pada pasien (misalnya pada luka/injury yang luas dan dalam), jika hanya luka kecil dikoding skin graft (86.69) perlu dikonfirmasi.
15		Collar Neck	Penggunaan Collar neck dikode Insertion Other Spinal Device (84.59) karena langsung dikode oleh dr. Sp.OT	1. Episode sesuai dengan aturan episode rawat jalan, educational therapy bukan untuk konsultasi gizi 2. Pelayanan poli gizi adalah yang dilakukan oleh dokter spesialis gizi klinik
16	DHF pada pasien hamil		Pasien hamil dirawat dr. Sp.PD dengan kasus penyakit dalam (Contoh DHF). Diagnosa sekundernya bagaimana??	Tidak perlu dikoding karena Collar neck termasuk alat kesehatan yang dibayar namun tidak menggunakan sistem INA-CBG.
17	Kelas rawat		Peserta yang dirawat inap di ruangan IGD atau ruang non kelas seperti ruang observasi/peralihan/ruangan kemoterapi, klaim ditagihkan sesuai hak kelas peserta (kelas 1-3)	Jika Sp.PD yang merawat : coding diagnosis utama: kode DHF (A91), sedangkan diagnosis sekunder adalah kode "O" Kelas klaim dibayarkan setara dengan kelas 3

NO	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan	
	Utama	Sekunder	Prosedur			
18	Anemia			Penggunaan Anemia sebagai diagnosis sekunder pada beberapa diagnosa utama seperti : persalinan, gagal Ginjal, dll. Menyebabkan peningkatan biaya klaim. Dampak : Peningkatan Severity Level menjadi II	Anemia pada persalinan: 1. Standar Diagnosis Anemia dapat menggunakan standar WHO 2. jika terdapat bukti klinis (lab) anemia tetap dicoding Anemia sebagai diagnosis sekunder adalah anemia yang disebabkan oleh : 1. Komplikasi penyakit utamanya (dimana terapi anemia berbeda dengan perjalananannya timbul anemia maka anemia tersebut dapat dimasukkan diagnosa sekunder dan stadium lanjut, dll) yang memerlukan transfusi darah dan eritropoetin harus dimasukkan 2. Anemia gravis (dibawah 8) pada penyakit kronik (gagal ginjal kronik, kanker kedalam diagnosis sekunder karena memerlukan pengobatan khusus yg berbeda dari penyakit dasarnya).	
19	Leukositosis			Leukositosis dengan penambahan kode D728 sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan saat hasil laboratorium leukosit meningkat walaupun tidak mengikat dan tidak ada terapi spesifik. Dampak: peningkatan severity level menjadi II	 Penggunaan Malnutrisi dan Kaheksia sebagai diagnosis sekunder Dampak: peningkatan severity level menjadi II AKI sebagai diagnosis sekunder, biasanya sering disalahgunakan pada hasil laboratorium ureum kreatinin yang meningkat tidak bermakna Dampak: peningkatan severity level menjadi III	 Leukositosis (D72.8) yang dimasukkan sebagai diagnosis sekunder bukanlah leukositosis yang disebabkan karena infeksi atau karena pemberian obatan (GCSF, Steroid) dan myeloproliferatif neoplasma (MPN)
20	Malnutrisi Kaheksia (R64)			Penggunaan Malnutrisi dan Kaheksia sebagai diagnosis sekunder Dampak: peningkatan severity level menjadi II	 Diagnosis menyertakan bukti klinis (penilaian status gizi, IMT, dll) Termasuk pada kanker stadium I lanjut dimasukkan sebagai diagnosis sekunder karena memerlukan penatalaksanaan khusus	
21	Gagal Ginjal Akut/AKI (N17)			AKI sebagai diagnosis sekunder, biasanya sering disalahgunakan pada hasil laboratorium ureum kreatinin yang meningkat tidak bermakna Dampak: peningkatan severity level menjadi III	 Kriteria Diagnosis Gagal Ginjal Akut (N17.9) : 1. Terjadi peningkatan/penurunan kadar kreatinin serum sebanyak $\geq 0,3$ mg/dl 2. Terjadi penurunan jumlah urin $\leq 0,5$ ml/Kg/Jam dalam 6 jam	
22	Leukopenia- Agranulositosis (D70)			Kode Agranulositosis sebagai diagnosis sekunder, biasanya disalahgunakan pada hasil laboratorium leukosit yang menurun tetapi tidak bermakna (misalnya pada pasien-pasien kemoterapi juga dikoding D70 karena leukopeni) Dampak: peningkatan severity level menjadi III	 1. Dalam penegakan diagnosis perlu mencantumkan bukti medis (hasil lab) 2. Diagnosis leukopenia (D70) pada pasien kanker adalah leukosit dibawah 3000 dan harus dituliskan diluar diagnosis kankernya karena hal ini berdampak pada pemberian GCSF pasca kemoterapi sampai leukosit diatas atau sama dengan 5000	
23	Gas Gangrene (A48.0)			Penggunaan Gas Gangrene sebagai diagnosis sekunder, biasanya didiagnosa gangrene dikoding gas gangrene Dampak: peningkatan severity level menjadi III	 1. Penegakan diagnosis Gas Gangrene : pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya krepitasi dibawah kulit dan mukosa atau pada foto rontgen didapatkan adanya gas dilokasi gangrene 2. Sesuai kaidah ICD jika gangrene saja dapat dikode R02, Sedangkan pada kasus DM, Gas Gangrene dikode A48.0 dan gangrene DM diberi kode E10-E14 (sesuai dengan jenis DM) dengan digit terakhir .5 (contoh Gangrene DM Tipe 2 di kode E11.5).	

Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
NO	Utama	Sekunder	Prosedur	
24	Efusi Pleura (J90-J91)		Penggunaan Efusi Pleura sebagai Diagnosis sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi III	Efusi Pleura dapat didiagnosis sekunder bila hasil pemeriksaan imaging (foto thoraks, USG, CT scan) menunjukkan gambaran efusi atau/ dan bila dilakukan proof punksi keluar cairan
25	Respiratory Arrest (R09)		Penggunaan Respiratory Arrest sebagai diagnosis sekunder terutama pada kasus yang meninggal Dampak: peningkatan severity level menjadi III	Respiratory arrest dapat dipegakkan sebagai diagnosis sekunder bila : (1). Terdapat usaha resusitasi dan atau pemakaian alat bantu nafas (2). Bila terkait dengan diagnosis primer (3). Merupakan perjalanan penyakit primer
26	Pneumonia/ Bronkopneumonia		Penggunaan Pneumonia sebagai diagnosis sekunder tanpa hasil rontgen atau tanda klinis Dampak: meningkat severity level II	Pneumonia dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan imaging minimal foto thoraks dan berdasarkan anamnesis didapatkan keluhan batuk produktif yang disertai dengan perubahan warna sputum (purulensi) dan dari pemeriksaan fisik didapatkan suara nafas tambahan berupa ronki atau suara nafas bronkial
27	TB Paru (A15)		Penambahan kode TB Paru sebagai sekunder pada pasien dengan TB Paru yang sedang pengobatan OAT rutin Dampak: peningkatan severity level menjadi II	TB Paru (A15-A19) tetap diltulis sebagai diagnosis sekunder apapun diagnosis primernya karena merupakan komorbid yang harus tetap di pantau selama perawatan
28	Disfagia (R13)		Disfagia pada kasus tonsilitis, tonsilektomi, dll Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Diagnosis sekunder Disfagia (R13) dapat dikoding bersama dengan Prosedur Tonsilektomi (28.2) pada kondisi sebagai berikut : (1). Pasien Anak (2). Terdapat gizi kurang akibat gangguan menelan dimana berat badan kurang dibanding usia atau IMT menurut usia
29	Kejang		Penggunaan Kejang sebagai Diagnosis sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Jika diagnosis Kejang disertai hasil pemeriksaan punjang (EEG) atau terapi yang sesuai (diazepam, fenitoin, atau valproat) maka dapat di coding
30	Hemiparesis/ Hemiplegia		Penambahan diagnosis hemiplegia/Hemiparesis sebagai Diagnosis utama maupun sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: Sebagai diagnosis sekunder peningkatan severity level menjadi II, sebagai diagnosis utama atau ditukar dengan stroke akan meningkatkan biaya dan severity level III	Tidak ada masalah sebagai diagnosis sekunder jika memang di rekam medis pada catatan perawatan dituliskan klinis hemiparesis (G81.9)
31	Vertigo		Indikasi vertigo yang dirawat inapkan: 1. Vertigo (R.42) sentral dengan etiologi nya : Stroke (isikemik, hemoragik), infeksi akut dan kronik, trauma kepala, tumor intraserebral dengan peningkatan tekanan intra kranial 2. Vertigo perifer dengan muntah-muntah hebat sehingga dapat menyebabkan terjadi hiponatremia / hipokalemia / hipoglikemia / insufisiensi renal	Vertigo dirawat inapkan

NO	Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder		
32	Katarak			<p>Operasi Katarak dengan Teknik Phacoemulsification: Untuk operasi katarak dengan Phacoemulsification (insisi ± 3 mm) maka pasien katarak tanpa penyulit dilakukan di rawat jalan</p> <p>Operasi Katarak dengan Teknik SICS (Small Incision Cataract Surgery):</p> <p>(1). Untuk operasi katarak dengan SICS (insisi ± 6 mm) maka dilakukan rawat jalan</p> <p>(2) Pasien dilakukan rawat inap dengan tindakan Phacoemulsification dan SICS apabila :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ada komplikasi selama operasi (during operation) yang memerlukan pemantauan intensif setelah operasi pasien dimana mata yang lain visusnya sudah 0 (buta) atau one eye. b. Operasi pada salah satu mata pasien dimana mata yang lain visusnya sudah 0 (buta) atau one eye. c. Jika ada underlying disease seperti : hipertensi, DM, HbsAG(+), dll <p>Operasi Katarak dengan Teknik ECCE (Ekstra Capsular Cataract Extraction), ICCE (Intra Capsular Cataract Extraction)</p> <p>Indikasi rawat inap Jika:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Insisi dilakukan lebih kurang 9 mm b. Waktu operasi lebih lama dibandingkan operasi dengan teknik Phaco c. Untuk menghindari / meminimalkan resiko infeksi, prolaps isi bola mata (iris, vitreous) pasca operasi <p>Indikasi Secara Umum Rawat Inap pada Operasi katarak :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memakai Teknik ECCCE (Ekstra Capsular Cataract Extraction) b. Katarak Pediatric (anak – anak kongenital, juvenil) c. Katarak Hipermatur d. Katarak dengan gangguan pendengaran, kelainan jiwa/cacat mental dan dengan penyakit sistemik HHD, Decomp, hipertensi, Diabetes mellitus, HBsAg+) e. Kepatuhan pemakaian Obat penyakit mata (contoh: Uveitis, glaukoma) f. Katarak dengan komplikasi katarak dengan iridodialisis, Zonulysis g. Luksasi lentis/subluxasi lentis, Sinekia anterior/posterior lebih dari 180 derajat>2 quadran h. Katarak dengan sikatrik kornea i. Katarak Grade 5 (Brunescence) j. Katarak + Glaukoma k. katarak Post Vitrektomi l. katarak Post Uveitis m. katarak Pada high Myopia n. katarak Traumatika o. Kompiliasi Post operatif Katarak + Ablatio Retina p. katarak Polaris Posterior q. Pasien2 yang memerlukan pemeriksaan tambahan Khusus r. pasien tidak kooperatif , baik krn usia muda maupun keadaan psikologis pasien, cemas dll

No	Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder		
33	Pterigium (H11.0)		penatalaksanaan kasus penderita katarak dan pterigium umumnya dilakukan rawat inap	<p>Rawat Inap:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pterigium (H11.0) Grade IV Operasi dengan teknik Graft Conjungtiva, Flap conjungtiva, atau membran amnion baik dengan jahitan atau membran glue Pasien anak-anak atau pasien yang tidak kooperatif yang memerlukan anestesi umum Ada keperluan sistemik yang memerlukan evaluasi baik dibidang mata maupun dari departemen lain Terdapat perdarahan masif atau komplikasi lain yang memerlukan evaluasi lebih lanjut Transportasi sulit atau Jauh dari tempat pelayanan <p>Rawat jalan: Operasi Pterigium (H11.0) tanpa penyulit (Kondisi seperti yang diindikasikan pada Rawat Inap) dan dikerjakan dengan Bare Sklera</p> <p>Tindakan ini dilakukan di Rawat jalan kecuali pada anak-anak yang belum kooperatif/ memerlukan Anestesi Umum (GA)</p>
34	Chalazion (H001)		Chalazion di rawat inapkan Dampak: peningkatan biaya akibat rawat inap	<p>Pasien Schizoprenia yang dalam pengobatan selalu ditambahkan coding Extrapiramidal Syndrom (G25)</p> <p>Dampak: peningkatan severity level menjadi II</p> <p>Penambahan kode E871 (Hypo-osmolality and hyponatremia) sebagai diagnosa sekunder, sering disalahgunakan saat hasil laboratorium menurun tidak bermakna</p> <p>Dampak: peningkatan severity level menjadi II</p> <p>Penambahan kode E876 (Hypokalemia) sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan pada hasil laboratorium yang menurun tidak bermakna</p> <p>Dampak: peningkatan severity level menjadi II</p> <p>Kondisi Hiponatremia dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dengan kadar Na < 135 mEq/L</p>
35	Extrapiramidal Syndrom			<p>1. Skala penilaian Gejala Ekstrapiramidal syndrom (G25.9) yang ditetapkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (terlampir pada Lampiran II) digunakan sebagai panduan diagnosis Ekstrapiramidal Syndrom untuk dokter dan dapat dipergunakan sebagai verifikasi bersama verifikator.</p> <p>2. Skala penilaian gejala Ekstrapiramidal syndrom yang di tetapkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (terlampir pada Lampiran II) dipergunakan sebagai verifikasi bersama verifikator jika terjadi keraguan dianosis</p>
36	Hiponatremi			
37	Hipokalemia			<p>Kondisi Hipokalemia dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dengan kadar K < 3.5 mEq/L</p>
38	Hipovolemik Syok		Penggunaan Hipovolemik Syok sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klinik Dampak: peningkatan severity level menjadi II	<p>Kondisi Syok Hipovolemik dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan adanya manifestasi klinis dan penatalaksanaan syok hipovolemik yang tercatat dalam rekam medis</p>
39	Epistaxis		Kasus DHF dengan gejala pendarahan didiagnosisk sekunder seperti epitaxis, melena Dampak: peningkatan severity level menjadi II	<p>Kondisi perdarahan yang terjadi pada kasus DHF harus dinyatakan sebagai diagnosis sekunder karena hal tersebut penting dalam menentukan penatalaksanaan selanjutnya, dan bukti pendukungnya adalah adanya penatalaksanaan perdarahan dalam rekam medis</p>

NO	Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder		
40	Dispepsia		Penggunaan dispepsia sebagai diagnosis primer, sering disalahgunakan untuk menggantikan diagnosis saluran pencernaan yang lebih spesifik seperti gastritis, peptic ulcer Dampak: peningkatan biaya dengan kode dispepsia (lebih tinggi daripada dengan kode gastritis, dll)	Dispepsia tetap menjadi diagnosis utama selama belum ada kondisi yang lebih spesifik berdasarkan hasil pemeriksaan endoskop (cth. gastritis)
41		Volume Depletion (E86)	GE dirawat inap atas dasar volume depletion/dehidrasi Dampak: koding volume depletion pada diagnosis tidak mempengaruhi severity level klaim	GE dapat dirawat inap atas dasar volume depletion/dehidrasi, dan bukti pendukungnya adalah adanya penatalaksanaan terapi cairan
42	Gagal Ginjal dg HD	Z49.1	Renal failure yg HD selalu ditambahkan extracorporeal dialysis dan dirawat inap	Pasien renal failure dengan HD dapat dirawat inap sesuai indikasi medis yang spesifik (cth. Anemia), bukan atas perbaikan keadaan umum pasien
43		Endoskopi (45.11)	Penggunaan tindakan Endoskopi di rawat inapkan	Pasien dengan tindakan kolonoskopi dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
44		Colonoscopy (45.23)	Tindakan Colonoscopy dirawat inapkan (alasan untuk persiapan colonoskopi)	Pasien dengan tindakan kolonoskopi dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
45	Asfiksia		KODE ASFIKSIA YANG DAPAT MENINGKATKAN SEVERITY LEVEL ADALAH P210 (ASFIKSIA BERAT) Dampak: peningkatan severity level menjadi II	<p>KRITERIA DIAGNOSIS ASFIKSIA NEONATORUM (UKK Neonatologi - IDAI)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASFIKSIA BERAT <ol style="list-style-type: none"> a. Apnea atau megap megap yang membahik setelah resusitasi minimal dengan 3 siklus ventilasi tekanan positif, ATAU b. Pemeriksaan analisis gas darah dari arteri umbilikal menunjukkan asidosis metabolik atau mixed yang berat dengan $\text{pH} < 7$ atau base deficit $\geq 12 \text{ mmol/L}$, ATAU c. Ada manifestasi gangguan neurologis (misal: kejang, koma, tonus otot jelek), ATAU d. Ada keterlibatan multi organ (misal: ginjal, jantung, paru, hati, usus), ATAU e. $\text{FJ} < 100 \text{ X}/\text{menit}$ saat lahir dan cenderung menurun atau tetap, ATAU f. skor Apgar 0-3 sampai 1 menit ATAU < 5 sampai 5 menit setelah lahir 2. ASFIKSIA RINGAN/SEDANG <ol style="list-style-type: none"> a. Bayi bernapas spontan setelah resusitasi maksimal dengan 2 siklus ventilasi tekanan positif, ATAU b. Pemeriksaan analisis gas darah dari arteri umbilikal menunjukkan asidosis metabolik atau mixed dengan $\text{pH} 7,0$ sampai kurang dari 7,35, ATAU c. Skor Apgar 5-6 sampai 5 menit setelah lahir
46	Atrial Fibriliasi (I48 & I64)		Penggunaan Atrial Fibrilasi sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Kondisi Atrial Fibrilias memang harus dipisahkan sebagai diagnosis sekunder, dan bukti pendukungnya berupa hasil EKG

Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
NO	Utama	Sekunder	Prosedur	
47	Syok Kardiogenik (R57)		Penggunaan Syok kardiogenik sebagai diagnosis sekunder terutama pada pasien jantung yang meninggal	Kondisi Syok Kardiogenik dapat menjadi diagnosis sekunder terutama pada pasien penyakit jantung dengan bukti tertulisnya kriteria klinis dalam rekam medis berupa : <ol style="list-style-type: none"> Penurunan Tekanan Darah <ol style="list-style-type: none"> TD < 90 mmHg tanpa inotropik, atau TD < 80 mmHg dengan inotropik Penurunan Ejection Fraction (EF < 50%)
48	Cardiac Arrest (I46.9)		Penggunaan Cardiac arrest sebagai diagnosis sekunder terutama pada kasus yang meninggal Dampak: peningkatan severity level menjadi III	<ol style="list-style-type: none"> Cardiac arrest dapat terjadi pada semua kasus (tidak hanya penyakit jantung) & ada bukti benatalaksanaan Cardiac Arrest yaitu CPR Cardiac Arrest tidak dapat digunakan pada pasien DOA Koding INA-CBG adalah kode Morbiditas
49	CAG Dan PCI dipisah-pisah waktunya		Kasus Cath dan PCI dipisah episodenya, karena masalah prasarana dan sarana, instruksi manajemen. Tambah modus : PCI dipisah berdasarkan jumlah stent yang akan dipasang.	<p>Panduan Praktek Klinis (PPK) Tatajaksana Kasus Penyakit Jantung Koroner PERKI 2015 :</p> <p>PCI atau CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi koroner perkutian (PCI) atau CABG elektif dilakukan jika ditemukan bukti iskemik dari pemeriksaan punjang di atas disertai lesi signifikan berdasarkan pemeriksaan angiografi koroner. - Kriteria lesi signifikan : LM stenosis 50%, LAD stenosis di ostial/proksimal >50%, LAD stenosis di mid-distal > 70%, LCx stenosis > 70%, dan RCA stenosis >70%. - Pada lesi-lesi non signifikan yang dijumpai bukti adanya iskemia yang luas memerlukan pemeriksaan menggunakan FFR (flow fraction ration). Nilai FFR <0,8 menunjukkan lesi signifikan. Pada tempat yang tidak memiliki fasilitas FFR maka pemeriksaan iskemik stress test dapat membantu apakah lesi sebagai penyebab iskemik. - Indikasi CABG : Lesi multiple stenosis (> 2 pembuluh koroner) dengan atau tanpa diabetes mellitus. - Pada kasus-kasus multivessel disease dimana CABG mempunyai risiko tinggi (Fraksi ejeksi rendah atau pembuluh distal kurang baik untuk grafting) maka dapat dilakukan PCI selektif dan bertahap (selective and Staging PCI) dengan mempertimbangkan kondisi klinis pasien, lama radiasi, jumlah zat kontras dan lama tindakan. - PCI lanjutan dapat dikerjakan dalam kurun waktu 1-3 bulan kemudian jika kondisi klinis stabil. - PCI lanjutan harus dipercepat jika terdapat keluhan bermakna.
50	Kemoterapi Oral		Kemoterapi oral dikoding sebagai kemoterapi	Tindakan kemoterapi menggunakan kode Z51.1
51	Syok saat Operasi (T811)		Penggunaan koding T811 pada diagnosis sekunder , biasanya pada pasien dengan tindakan atau terapi Dampak: peningkatan severity level menjadi III	Tidak masalah sebagai diagnosis sekunder jika memang dalam rekam medis tertulis manifestasi klinis syok yang merupakan komplikasi operasi serta tertulis penatalaksanaan syok tersebut
52	Cimino (39.27)		Indakan Cimino dirawat inapkan atau ditagihkan sebagai rawat inap	Pasien dengan tindakan cimino dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien

NO	Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder		
53	Soft Tissue Tumor	Eksisi (83.39)	1. Pasien dirawat inapkan 1 hari 2. Penentuan Eksisi massa soft tissue tumor, biasa disalahgunakan selalu dikoding 83.39 (Excision of other soft tissue) dibandingkan 86.3 (other local excision or destruction of lesion tissue of skin & subcutaneous tissue). Dampak : Biaya koding 83.39 lebih tinggi dari 86.3, RI>RJ	1. Pasien dengan tindakan eksisi soft tissue tumor dapat dirawat inap : a. sesuai dengan indikasi medis pasien b. dengan narkose umum 2. Penggunaan kode berdasarkan lokasi STT : a. kode 83.39 untuk STT yang lokasinya dalam (deep) b. kode 86.3 untuk STT yang superfisial
54		Sclerotherapy pada Hemoroid (49.42)	Kasus Scleroterapi pada hemoroid oleh Sp.PD dan dirawat inapkan hanya untuk injeksi obatnya karena obatnya mahal.	Pasien dengan tindakan Scleroterapi pada hemoroid dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
55		Odontektomi (23.19)	Tindakan Odontektomi di rawat inapkan	Pasien dengan tindakan odontektomi dapat dirawat inap sesuai dengan keadaan umum pasien, atau jumlah letak gigi
56	Penyulit Persalinan SC	Persalinan SC (O82)	Kode O82 digunakan sebagai diagnosis utama jika penyulit persalinan adalah kode O42.0 dan O42.1	Kode O82 digunakan sebagai diagnosis utama jika ada penyulit dalam persalinan, seperti contohnya O42.0 & O42.1 dengan tindakan seksi sesareo yang menghasilkan proses grouping persalinan vaginal
57		Pemasangan infus pump (99.18)	Pemasangan infus pump menggunakan kode 99.18 hanya untuk kasus persalinan	Pemasangan infus pump menggunakan kode 99.18 untuk semua kasus
58			Beberapa prosedur yang diberikan dalam pelayanan diinputkan ke dalam software INA-CBG menyebabkan perubahan grouping dan tarif menjadi turun, maka prosedur-prosedur yang menurunkan tarif tidak diinput hanya untuk kasus persalinan	Beberapa prosedur yang diberikan dalam pelayanan diinputkan ke dalam software INA-CBG menyebabkan perubahan grouping dan tarif menjadi turun, maka prosedur-prosedur yang menurunkan tarif tidak diinput untuk semua kasus