



**Manajemen Aktivitas Fisik dan Kepatuhan Minum Obat untuk Mencegah Terjadinya Hipertensi pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II**

Gracilaria Puspa Sari, Marek Samekto, M. Sakundarno Adi

**Keterlambatan Pengobatan pada Penderita Leptospirosis di Kota Semarang**

Rizki Amalia, Widya Hary Cahyati

**Faktor Risiko Ergonomi pada Karyawan di Pabrik Pembuatan Minuman Kemasan, Indonesia**

Ratih Pramitasari, Wongsu Laohasirwong

**Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Minum Obat Tuberkulosis**

Deny Novani, Agus Suwandono, Djoko Trihadi, M. Sakundarno Adi, Ari Suwondo

***Self Efficacy* dan *Self Motivation* Kader dalam Melakukan *Active Case Finding* untuk Menurunkan Epidemologi Tuberculosis dalam Mewujudkan Target SDGs 2030**

Lenci Aryani, Sri Handayani

**Perbedaan Sistem Pelayanan Medis Dokter dengan Standar INA-CBGs (Studi Kualitatif Pasien Ketuban Pecah Dini di RS X)**

Faik Agiwahyuanto

**Penerapan SMK3 Berdasarkan OHSAS 18001: 2007 di PT. APF Tbk**

Herry Koesyanto, Hadi Setyo Subiyono

**Efektivitas Penggunaan Kartu Menuju Sehat Lansia di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal**

Sylvia Anjani

**Penyebab Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kecamatan Bantul Kabupaten Bantul Yogyakarta**

Maria Yeny Eskawati, Yulian Endarto

**Penerapan Aspek Keselamatan Perkeretaapian pada PT.KAI (Persero) Daop IV Semarang**

Tiarma Lubis, Evi Widowati

|                |                |              |                           |                                |  |
|----------------|----------------|--------------|---------------------------|--------------------------------|--|
| <i>VisiKes</i> | <i>Vol. 16</i> | <i>No. 1</i> | <i>Halaman<br/>1 - 73</i> | <i>Semarang<br/>April 2017</i> | <i>P-ISSN 1412-3746<br/>E-ISSN 2549-6557</i> |
|----------------|----------------|--------------|---------------------------|--------------------------------|--|

Volume 15, Nomor 2, September 2016

**Ketua Penyunting**

Nurjanah, SKM, M.Kes

**Penyunting Pelaksana**

Ratih Pramitasari, SKM, MPH

Fitria Wulandari, SKM, M.Kes

Tiara Fani, SKM, M.Kes

**Penelaah**

Prof. Drs. Achmad Binadja, Apt., MS, Ph.D.

Dr. dr. Sri Andarini Indreswari, M.Kes

Dr. M.G. Catur Yuantari, SKM, M.Kes

Dr. Drs. Slamet Isworo M.Kes

Enny Rachmani SKM, M.Kom

Eti Rimawati, SKM, M.Kes

Suharyo, SKM, M.Kes

**Pelaksana TU**

Sylvia Anjani, SKM, M.Kes

**Alamat Penyunting dan Tata Usaha**

Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No. 5-11 Semarang

Telp/fax. (024) 3549948

email : [visikes@fkes.dinus.ac.id](mailto:visikes@fkes.dinus.ac.id)

website : <http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/index>

VisiKes diterbitkan mulai Maret 2002 Oleh Fakultas Kesehatan  
Universitas Dian Nuswantoro

---

---

## DAFTAR ISI

|   |       |
|---|-------|
| <b>Manajemen Aktivitas Fisik dan Kepatuhan Minum Obat untuk Mencegah Terjadinya Hipertensi pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II</b><br>Gracilaria Puspa Sari, Marek Samekto, M. Sakundarno Adi.....                  | 1-8   |
| <b>Keterlambatan Pengobatan pada Penderita Leptospirosis di Kota Semarang</b><br>Rizki Amalia, Widya Hary Cahyati.....  | 9-15  |
| <b>Faktor Risiko Ergonomi pada Karyawan di Pabrik Pembuatan Minuman Kemasan, Indonesia</b><br>Ratih Pramitasari, Wongsu Laohasirwong.....   | 16-22 |
| <b>Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Minum Obat Tuberkulosis</b><br>Deny Novani, Agus Suwandono, Djoko Trihadi, M. Sakundarno Adi, Ari Suwondo.....  | 23-29 |
| <b><i>Self Efficacy</i> dan <i>Self Motivation</i> Kader dalam Melakukan <i>Active Case Finding</i> untuk Menurunkan Epidemologi Tuberculosis dalam Mewujudkan Target SDGs 2030</b><br>Lenci Aryani, Sri Handayani..... | 30-37 |
| <b>Perbedaan Sistem Pelayanan Medis Dokter dengan Standar INA-CBGs (Studi Kualitatif Pasien Ketuban Pecah Dini di RS X)</b><br>Faik Agiwahyunto.....  | 38-45 |
| <b>Penerapan SMK3 Berdasarkan OHSAS 18001: 2007 di PT. APF Tbk</b><br>Herry Koesyanto, Hadi Setyo Subiyono.....   | 46-52 |
| <b>Efektivitas Penggunaan Kartu Menuju Sehat Lansia di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal</b><br>Sylvia Anjani.....  | 53-58 |
| <b>Penyebab Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kecamatan Bantul Kabupaten Bantul Yogyakarta</b><br>Maria Yeny Eskawati, Yulian Endarto.....   | 59-65 |
| <b>Penerapan Aspek Keselamatan Perkeretaapian pada PT.KAI (Persero) Daop IV Semarang</b><br>Tiarna Lubis, Evi Widowati.....   | 66-73 |

## PERBEDAAN SISTEM PELAYANAN MEDIS DOKTER DENGAN STANDAR INA-CBGs (STUDI KUALITATIF PASIEN KETUBAN PECAH DINI DI RS X)

Faik Agiwahyunto<sup>1✉</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro  
e-mail : faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

### ABSTRACT

*BPJS (Social Insurance Administration Agency) Health will pay the first-level health facilities with capitation. For advanced level referral health facilities, Health BPJS pay package system Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs). INA-CBGs system is a classification of patient care episode that designed to create classes that are relatively homogeneous in terms of resources used and contained patients with similar clinical characteristics. Hospitals will receive payments based on the average amount spent on a group diagnosis.*

*This was qualitative study. The informants were 6, divided into 3 person as main informants and 3 triangulation informant, they were selected by snowball sampling techniques. The in-depth interview data was transcribed in March 2016 then analyzed by the content analysis.*

*Different diagnoses and medical procedures for standard medical services of doctors in hospitals with INA-CBGs standards, for example, premature infarction (KPD) should be performed by Sectio Caesarea (SC) up to 6 hours while INA-CBGs for early SC delivery within 24 hours. The hospital needs to increase the number of coding teams, hospital verifiers, and BPJS officer, and monitor and evaluate doctors, medical records, and hospital internal verifiers by clinical micro system under SIM-RS and coding units.*

*Keywords: medical diagnosis, INA-CBGs, Premature rupture of membranes.*

### PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang No. 40 pada tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pasal 1, mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS, terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (1-2).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dimulai sejak tanggal 1 Januari

2014. Pelaksanaan JKN oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) secara umum bertujuan mempermudah masyarakat dalam upaya mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Di dalam JKN, pembayaran ke RS oleh BPJS Kesehatan menggunakan sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs) dan kapitasi. INA-CBGs adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. Kebijakan

INA-CBGs dan kapitasi menjadi bahan monitoring dan evaluasi pelaksanaan JKN dan BPJS Kesehatan. Akan tetapi, ketentuan ini tidak dibekali dengan informasi perubahan kualitas layanan kesehatan pasca penerapan sistem pembayaran prospektif. Hal ini akan membuat BPJS Kesehatan tidak dapat mengukur potensi kerugian finansial yang diakibatkan implementasi INA-CBGs, setidaknya pada tahun pertama penyelenggaraan JKN. Walaupun belum dapat dibuktikan, namun sistem JKN sudah menunjukkan adanya gejala fraud. Dikhawatirkan kejadian fraud layanan kesehatan akan semakin membesar dan membawa kerugian dalam sistem pembiayaan kesehatan. Fraud (kecurangan) adalah tindakan secara sengaja melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain (3-7).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan sistem pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK). Untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket atau grouping diagnosa penyakit berdasarkan *severity* yaitu Indonesia *Case Base Groups (INA-CBGs)*. Sistem INA-CBGs adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Salah satu contoh dari tindakan fraud pada sistem INA-CBGs adalah pengelompokan diagnosa medis pada pasien dengan diagnosa ketuban pecah dini (KPD), yang seharusnya penanganannya adalah persalinan menggunakan metode Sectio Caesarea (SC) (10-14).

RS X terindikasi mengalami *fraud* pada hal tersebut dengan sistem pelayanan standar INA-CBGs, padahal sebelum diterapkan

BPJS Kesehatan sebagai metode pembayaran pasien, RS X tidak ada permasalahan yang menyangkut hal demikian. SC bisa masuk pada data diagnosa medis baik diagnosa primer maupun sekunder, dan hal itu juga muncul di bagian tindakan medis, padahal menurut keilmuan medis bahwa SC bukan salah satu diagnosa tetapi merupakan tindakan medis persalinan.

Berdasarkan permasalahan yang timbul di rumah sakit tersebut, peneliti merumuskan masalah antara lain menanyakan kepada informan tentang maksud dari konsep INA CBGs tersebut, dokter spesialis yang menangani pasien apakah sesuai dengan kompetensi keilmuan, ataukah dokter yang harus menurut sistem dari INA-CBGs agar semua diagnosa dan tindakan bisa diklaimkan, apakah sering terjadi kesalahan dalam permasalahan diagnosa dan tindakan SC, dan bagaimana peranan dari rekam medik di rumah sakit untuk memasukkan ke sistem grouping tentang diagnosa dan tindakan SC.

Tujuan dari penelitian ini adalah meneliti apakah terjadi sebuah perbedaan diagnosa dan tindakan medis pada standar pelayanan medis dokter spesialis obstetri ginekologi dengan kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) dan tindakan Sectio Caesaria (SC) berdasarkan INA-CBGs, karena panduan teknis keilmuan untuk memutuskan tindakan SC pada pasien KPD berdasarkan peraturan POGI adalah pasien dengan penyulit maksimal 6 jam, tetapi pada peraturan JKN adalah 24 jam.

Berdasarkan kejadian tersebut perlu dilakukan penelitian tentang perbedaan sistem pelayanan medis dokter dengan standar INA-CBGs.

## METODE PENELITIAN

Pendekatan yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian dalam pandangan fenomenologi bermakna memahami peristiwa dalam kaitannya dengan orang dalam situasi tertentu. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, yang bertujuan memper-

oleh gambaran suatu keadaan secara objektif dan menggunakan metode kualitatif yaitu metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (8).

Penelitian ini adalah studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Data dikumpulkan dengan memberikan pertanyaan kepada informan, kemudian digali lebih mendalam pada saat itu. Apabila menemui data yang kurang, maka peneliti melanjutkan diskusi kembali (8).

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan cara : data dikumpulkan melalui wawancara mendalam (in depth interview) kepada informan tenaga kesehatan di RS X. Di dalam transkrip wawancara berisi daftar pertanyaan yang menyangkut variabel penelitian. Untuk menggali data pada informan, maka peneliti memakai metode *Snowball Sampling Method*. *Snowball sampling method* adalah teknik pengambilan sampel dengan bantuan *key-informan*, dan dari key informan inilah akan berkembang sesuai petunjuknya. Dalam hal ini peneliti hanya mengungkapkan kriteria sebagai persyaratan un-

tuk dijadikan sampel informan (8).

Informan penelitian terdiri dari Informan utama dan informan triangulasi. Jumlah informan dalam penelitian kualitatif tidak dapat direncanakan secara pasti karena salah satu tujuannya untuk memperoleh informasi sebanyak-banyaknya, penelitian informan akan berakhir bila sudah terjadi kejenuhan atau pengulangan. Informan utama antara lain 3 orang dokter spesialis yaitu dokter spesialis obstetri ginekologi; dokter spesialis anak; dan dokter umum, sedangkan informan triangulasi terdiri dari 3 orang yaitu Direktur rumah sakit, verifikator internal rumah sakit, dan Ketua Instalasi Rekam Medis dan Koding(8). Setelah data terkumpul semua dari informan, peneliti akan mentranskripsi hasil wawancara mendalam, kemudian akan diolah menggunakan cara analisis data. Metode analisa data yang digunakan adalah dengan metode konten analisis atau kajian isi. Jadi yang diambil sebagai sumber data dalam penelitian adalah isi dari wawancara mendalam, yang dihubungkan dengan panduan wawancara dan permasalahan yang diangkat sebagai tema penelitian(13).

## HASIL

Kotak 1 menunjukkan semua dokter sudah memahami pengertian dan konsep dari INA-CBGs. Apabila sudah memahami konsep

### Kotak 1. Hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan informan triangulasi tentang konsep INA-CBGs

| Tema: Konsep INA-CBGs   |   |
|---|---|
| Informan  | Jawaban   |
| IU 1  | Semua dokter mungkin sudah memahami pengertian dan konsep dari INA-CBGs....   |
| IU 2  | .... dokter dalam menangani pasien sudah sesuai dengan kompetensi masing-masing dan tahu tentang konsep INA-CBGs....    |
| IU 3  | ....dokter tahu tentang INA-CBGs....  |
| IT 1  | ....dokter tahu tentang konsep INA-CBGs....   |
| IT 2  | Dokter tahu tentang konsep INA-CBGs....   |
| IT 3  | Dokter tahu tentang konsep INA-CBGs berdasarkan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs.... |
| Kesimpulan :  |   |
| Para informan mengetahui konsep INA-CBGs yaitu petunjuk teknik bagi koding untuk pemeriksaan dan diagnosis. |   |

Perbedaan Sistem Pelayanan Medis Dokter dengan Standar INA-CBGs... Faik Agiwahyunto

| Diagnosa  |       | Tambah    |
|---|-------|-----------|
| Delivery by emergency caesarean section                         | 082.1 | secondary |
| Single live birth   | Z37.0 | secondary |
| Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours | O42.0 | primary   |

  

| Tindakan                                 |      | Tambah |
|--|------|--------|
| Cesarean section of other specified type | 74.4 |        |

  

Proses CBG Grouper

| Hasil Grouper             |  |
|---------------------------|--|
| Operator/Waktu :          |  |
| Tipe Pasien :             | Rawat Inap   |
| Kode INACBG :             | O-6-12-1   |
| Deskripsi :               | PROSEDUR PERSALINAN VAGINAL DENGAN PROSEDUR SELAIN STERILISASI &/ DILATASI &KURET RINGAN |
| Tipe CBG :                | Group - 6  |
| Tarif :                   | Rp 2.888.100,00  |
| Kode Sub Acute/ Chronic : | None Tariff :Rp. 0,00  |
| Special Procedur :        | None Tariff :Rp. 0,00  |
| Special Prosthesis :      | None Tariff :Rp. 0,00  |
| Special Investigation :   | None Tariff :Rp. 0,00  |
| Special Drug :            | None Tariff :Rp. 0,00  |
| Kelas RS :                | B  |
| Tipe Tarif :              | B / I / RSU  |

Gambar 1. KPD dijadikan sebagai Diagnosa utama dan SC *emergency* menjadi diagnosa kedua serta tindakan SC tipe spesifik dijadikan tindakan.

| Diagnosa  |       | Tambah    |
|---|-------|-----------|
| Delivery by emergency caesarean section                         | 082.1 | primary   |
| Single live birth   | Z37.0 | secondary |
| Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours | O42.0 | secondary |

  

| Tindakan                                 |      | Tambah |
|--|------|--------|
| Cesarean section of other specified type | 74.4 |        |

  

Proses CBG Grouper

| Hasil Grouper             |   |
|---------------------------|---|
| Operator/Waktu :          |   |
| Tipe Pasien :             | Rawat Inap                                |
| Kode INACBG :             | O-6-10-1                                  |
| Deskripsi :               | PROSEDUR OPERASI PEMBEDAHAN CAESAR RINGAN |
| Tipe CBG :                | Group - 6                                 |
| Tarif :                   | Rp 5.309.200,00                           |
| Kode Sub Acute/ Chronic : | None Tariff :Rp. 0,00                     |
| Special Procedur :        | None Tariff :Rp. 0,00                     |
| Special Prosthesis :      | None Tariff :Rp. 0,00                     |
| Special Investigation :   | None Tariff :Rp. 0,00                     |
| Special Drug :            | None Tariff :Rp. 0,00                     |
| Kelas RS :                | B   |
| Tipe Tarif :              | B / I / RSU                               |

Gambar 2. KPD dijadikan sebagai Diagnosa kedua dan SC *emergency* menjadi diagnosa pertama serta tindakan SC tipe spesifik dijadikan tindakan.

**Kotak 2. Hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan informan triangulasi tentang badan khusus untuk menengahi permasalahan antara pihak komite medik dengan dewan direksi untuk mengatasi masalah sistem JKN**

|   |   |
|---|---|
| Tema: Telah dibentuk Clinical Micro System sebagai badan khusus untuk menengahi permasalahan antara pihak komite medik dengan dewan direksi untuk mengatasi masalah sistem JKN  |   |
| Informan  | Jawaban   |
| IU 1  | Perlu dibentuk tim verifikator untuk memverifikasi dari RS dengan membentuk clinical micro system sebelum ke BPJS. Bisa berkonsentrasi untuk memverifikasi Askes, Jam-sostek, Jamkesmas, dan BPJS.... |
| IU 2  | Upcoding ada....  |
| IU 3  | <i>Clinical Micro System</i> sudah dibentuk....   |
| IT 1  | <i>Clinical Micro System</i> dengan Ketua Pak Ari....   |
| IT 2  |   |
| IT 3  | .... Saat ini Pak Ari yang menjadi Ketua <i>Clinical Micro System</i> . <i>Clinical Micro System</i> dibentuk sejak BPJS jalan....  |
| Kesimpulan :<br>Di RS X sudah dibentuk tim verifikator dan Clinical Micro System yang dipimpin dari unsur yang mewakili bagian Rekam Medis, bagian Komite Medik, bagian Pelayanan Medik, dan bagian Pelayanan Non Medik untuk menengahi permasalahan antara pihak komite medik dengan dewan direksi untuk mengatasi masalah sistem JKN. |   |

INA-CBGs yang diterapkan di rumah sakit, maka dokter akan bertindak dalam penanganan pasien lebih berpikir tentang klaim dan pencairannya. Memang semua bentuk biaya pasien ketika dilayani pemeriksaan dan perawatan kesehatan sudah ditanggung dari BPJS Kesehatan, tetapi dokter juga memikirkan hak-nya tentang jasa medis.

Kejadian yang sering terjadi tentang perubahan atau upaya fraud terlihat pada gambar 1 dan 2.

Berdasarkan data di program INA-CBGs tersebut sudah jelas bahwa dengan kasus yang sama terjadi tarif yang berbeda, dan hal tersebut menjadi celah terjadinya upaya fraud di rumah sakit.

Kejadian pengisian data pada program INA-CBGs tersebut merupakan suatu hal yang biasa pada rumah sakit, dimana ujung tombak dari suksesnya klaim adalah pada tenaga rekam medis. Diagnosa primer dan diagnosa sekunder, serta tindakan adalah suatu hal yang sangat riskan, karena ketika terjadi salah pengisian, maka tidak bisa diklaimkan, atau klaim sangat kecil. Contoh

pada gambar 1 dan gambar 2, hanya beda pada diagnosa primer dan sekunder, walaupun sama pada tindakan yang dilakukan, maka hasil grouping akan berbedam ketika hasil grouping berbeda, maka besaran klaim juga akan berbeda.

Pada kotak 2 terlihat di RS X sudah dibentuk tim verifikator dan *Clinical Micro System* dengan Ketua "dr. A" untuk menengahi permasalahan antara pihak komite medik dengan dewan direksi untuk mengatasi masalah sistem JKN.

**PEMBAHASAN**

Konsep INA-CBGs pada RS X sudah dipahami hampir semua petugas medis, terutama dokter yang melayani pasien. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, bahwa Dokter yang menangani pasien sebenarnya sudah sesuai dengan kompetensi masing-masing (sesuai dengan keilmuan). Dokter juga tidak mungkin ceroboh dalam menegakkan diagnosa medis dan memberikan tindakan medis, hal ini dibuktikan dengan dokter selalu mengawalinya dengan pemeriksaan secara



holistik, kemudian memberikan tindakan dan terapi medis pada bagian tubuh pasien yang mengalami abnormalitas saja. Selain itu, dokter juga menuliskannya pada daftar rekam medik untuk dijadikan bukti dan catatan medik. Dokter juga harus menuliskannya pada form BPJS Kesehatan pasien untuk dijadikan bahan klaim rumah sakit ke pihak BPJS Kesehatan, kalau ditolak klaimnya, itu urusannya dari tim koding dan pihak internal manajerial rumah sakit serta verifikator internal rumah sakit.

Untuk permasalahan diagnosa medis di spesialis anak, spesialis obsgin, dan dokter umum, seperti tindakan bedah *Sectio Caesarea* itu bukan suatu diagnosa medis, tetapi merupakan tindakan medis, yang dimana untuk menegakkan dan menjalankan tindakan tersebut harus melalui pemeriksaan dan pertimbangan dari segi medis apapun dan benar diagnosa utama untuk tindakan tersebut. Segala bentuk tindakan medis dan diagnosa medis yang ditegakkan harus sesuai dengan tanda dan gejala pasien, pemeriksaan secara holistik harus dilakukan oleh semua dokter. Penerapan ICD-IX dan ICD-X benar-benar menjadi acuan dokter dan rekam medis untuk penulisan di rekam medis.

Menurut informan triangulasi 1, INA-CBGs adalah urusan dari verifikator dan rekam medik, sedangkan dokter tidak mengurus hal tersebut. Dokter adalah mengurus pasien dan keluhannya. Menurut informan triangulasi 2 yang paling banyak melakukan kesalahan adalah dokter umum dan spesialis. Di bagian Instalasi Rawat Inap (IRNAP). Karena salah kode maka BPJS Kesehatan menolak klaim RS karena dokter spesialis banyak salahnya. Permasalahan yang terjadi pada klaim adalah rata-rata salah dokter. Revisi kode banyak terjadi di Instalasi Rawat Inap (IRNAP). Kejadian yang pernah timbul adalah tidak sinkronnya data dari dokter baik dokter umum dan spesialis dengan data di program grouping INA-CBGs untuk proses klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan.

Pendapat berbeda menurut informan trian-

gulasi 3, bahwa dokter sebetulnya tidak salah hanya BPJS yang salah baca dan tarif masih belum tertata. Fungsi ICD sebagai rujukan terapi dan diagnosa medis di RS ini yaitu mencari kode diagnosa utama. Contohnya *Sectio Caesarea* (SC) dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) jadi diagnosa utama muncul operasi sebagai diagnosa utama Cephalopelvic Dispropotion (CPD) dan Pre Eklampisa Berat (PEB). ICD itu sudah benar karena berdasarkan Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs.

Menurut POGI (Persatuan Dokter Obstetri Ginekologi Indonesia) bahwa pasien dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) maksimal 6 jam itu harus dilakukan tindakan SC (*Sectio Caesarea*), karena dikhawatirkan komplikasi perdarahan, kematian pada ibu dan bayi. Hal itu yang menjadi rujukan pada RS X pada pelayanan SC. Untuk BPJS Kesehatan apapun patologis pada ibu hamil melahirkan dimulai dari KPD, hipertensi, asma, dan presbo atau sungsang wajib dilakukan SC. Untuk memunculkan SC di grouping INA-CBGs, maka pihak RS dan verifikator RS memasukkan SC pada Primary Diagnostic. SC itu sebenarnya bukan diagnosa medis. Itu adalah prosedur atau tindakan medis. SC dengan KPD bukan kaidah koding.

Berdasarkan kejadian tersebut, maka dokter dengan pihak manajerial rumah sakit menyatakan bahwa perlunya suatu penataan kaidah dalam penegakkan diagnosa medis dan tindakan medis dalam satu sistem yaitu pembuatan pathway klinik (*clinical pathway*), karena berdasarkan pengalaman bahwa sudah dibuatnya *clinical pathway* di RS tersebut, tetapi baru 5 buah di SMF Penyakit Dalam, pihak RS banyak diuntungkan. Clinical pathway juga sangat berperan dalam menentukan *unit cost* rumah sakit, sehingga pihak manajerial mudah sekali memetakan mana yang merugi dan mana yang menguntungkan, serta bisa membuat suatu kebijakan keuangan dan tarif yang baru. Sehingga tidak akan merugikan dari berbagai pihak.

Badan khusus penengah permasalahan

an untuk masalah penerapan sistem JKN di rumah sakit. Berdasarkan wawancara mendalam pada informan, bahwa pihak rumah sakit sudah membentuk suatu tim khusus yang menangani permasalahan antara pihak komite medik dengan dewan direksi guna mengatasi masalah sistem JKN, yang bernama Clinical Micro System. Menurut informan triangulasi 1, RS ini perlu membentuk Clinical Micro System yang berguna untuk memverifikasi diagnosa dan tindakan medis dari dokter sebelum ke verifikator BPJS. Menurut informan triangulasi 3, rumah sakit ini sudah melakukannya, dengan solusinya adalah membentuk *Clinical Micro System*. Anggota dari *Clinical Micro System* adalah rekan rekam medis dan koding.

Pada saat diterapkannya BPJS Kesehatan sebagai metode pembayaran, maka pihak RS X langsung membentuk tim khusus yaitu Clinical Micro System atas arahan dari manajerial RS X bersama Komite Medik. Tim Clinical Micro System selain sebagai penengah permasalahan dari dokter dengan BPJS Kesehatan, juga menjaga citra pelayanan kesehatan dokter dan tim medis kepada pasien, karena RS X ini merupakan BLUD. Tim *Clinical Micro System* sendiri langsung dibawah kendali dari Komite Medik bersama Direktur RS, dan badan pengelolanya adalah Unit Asuransi. Hal yang diharapkan adalah meminimalisir kasus yang sering terjadi pada sistem JKN, dimana dokter yang bertugas harus bekerja sesuai dengan ilmu yang dimiliki dan sesuai dengan kompetensinya, yang selalu diukur oleh Komite Medik. Sedangkan, masalah klaim adalah urusan dari manajerial, dan tim medis yang bertugas harus bekerjasama untuk membuat suatu komitmen tentang pelayanan yang memuaskan.

## PENUTUP

Terjadi perbedaan diagnosa dan tindakan medis standard pelayanan medis dokter di RS dengan standard INA-CBGs misalnya Ketuban Pecah Dini (KPD) harus dilakukan *Secutio Caesarea* (SC) maksimal 6 jam sedang-

kan INA-CBGs lebih dari 24 jam.

Hal yang segera dilakukan adalah pembuatan clinical pathway untuk diagnosa tersebut, sehingga didapatkan tindakan yang tepat, serta bisa menghitung angka kebutuhan untuk klaim. Tim *clinical micro system* juga harus segera bertindak untuk menangani masalah tersebut, sehingga benturan antara dokter dengan BPJS Kesehatan tidak terjadi. Serta memberikan usulan kepada pihak JKN untuk merevisi hal tersebut, dan memperbaiki sistem INA-CBGs.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No. 36 Tahun 2009
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional, UU No. 24 Tahun 2011
3. Anonim. Monitoring Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional di 34 Provinsi di Indonesia : 2014 - mid 2015 Jakarta Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015 [cited 2015]. 1:[Available from: <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/>].
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, PERMENKES RI No. 28 Tahun 2014
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, PERMENKES RI No. 71 Tahun 2013
6. Peraturan Pemerintah RI Nomor 85 Tahun 2013 tentang Tata Cara Hubungan antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional, PP RI No. 85 Tahun 2013
7. Anonim. Materi Fraud dalam Pelayanan Kesehatan Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada; 2014 [cited 2015 4 Juli]. 1:[Available from: <http://>]

- course.fk.ugm.ac.id/.
8. Moleong LJ. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya; 2010.
  9. Miles MB dan Huberman AM. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta : Universitas Indonesia Press; 1992.
  10. Trisnantoro, L, Rimawati, dan Hendrarti-ni, Y. *Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional: Aspek Hukum Pidana dan Perdata* Jakarta: Mutu Pelayanan Kesehatan Nasional; 2014 [cited 2015 4 Juli]. Available from: [www.mutupelayanankesehatan.net](http://www.mutupelayanankesehatan.net).
  11. Djasri, H, dan Mardha, GHD. *Solusi Pencegahan Fraud dalam Pelayanan Kesehatan di Era JKN Jakarta: Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia*; 2015 [updated 3 Januari 2015; cited 2015 4 Juli 2015]. 1:[Available from: [www.mardhapost.net/category/coding-dan-case-mix](http://www.mardhapost.net/category/coding-dan-case-mix)].
  12. Djasri, H dan Arini, M. *Fraud Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Era BPJS* Jakarta Universitas Muhammadiyah Yogyakarta; 2014 [cited 2015 4 Juli]. Available from: <http://pascasarjana.umy.ac.id/mmr/>.
  13. Sparrow, MK. *Fraud Control in the Health Care Industry: Assessing the State of the Art*. *Journal of Art*. 1998;1(1):1-7.
  14. Hyman, DA. *HIPAA and Health Care Fraud : An Empirical Perspective*. *Cato Journal*. 2002;22(1).