



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Yang terhormat,

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

SURAT EDARAN
NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016
TENTANG
PEDOMAN PENYELESAIAN PERMASALAHAN KLAIM INA-CBG
DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan Surat Edaran Nomor HK. 03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional masih ditemukan permasalahan klaim antara Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan BPJS Kesehatan yang mengakibatkan 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 pembayaran klaimnya masih tertunda.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

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 beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
- 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2016 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 435);
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis INA CBG's (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795);
- f. 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 2015 Nomor 15);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

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

1. Untuk 20 (dua puluh) kasus terkait permasalahan koding, 49 (empat puluh sembilan) kasus terkait permasalahan klinis, 3 (tiga) kasus terkait permasalahan administrasi, serta 2 (dua) kasus terkait permasalahan klinis dan mekanisme klaim, 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. Dengan ditetapkannya surat edaran ini maka Surat Edaran Nomor HK. 03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 7 Oktober 2016

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

LAMPIRAN

SURAT EDARAN NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016
TENTANG PEDOMAN PENYELESAIAN PERMASALAHAN
KLAIM INA-CBG DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL

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.

A. PERMASALAHAN KODING

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
1		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 koding kombinasi tanpa mengentri gagal jantung/gagal ginjalnya (Permenkes no. 27 Tahun 2014)
3	Thalasemia (D56.1)			Penagihan Top Up obat kelasi/ Thalasemia (Deferipron 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		Hiperglikemia (R73.9)		Hiperglikemia dicoding terpisah dengan diagnosis utama seperti DM (E10-E14) Dampak : secara nilai klaim tidak ada, kecuai dibalik menjadi diagnosis primer	Hiperglikemi (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			Insisi Peritoneum (54.95)	Tindakan operasi dikoding terpisah-pisah misalnya SC/appendectomy dengan insisi 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)	Repair pada rutin episiotomy saat persalinan normal dikoding dengan 73.6 (bukan kode 75.69)

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
				Dampak: entri tindakan repair perineum (75.69) akan menyebabkan perubahan grouper menjadi O-6-12-I dengan biaya klaim yang lebih tinggi dari grouper persalinan normal	
10			USG pada Kehamilan (88.76/88.79)	Penggunaan kode 88.76 atau 88.79 pada koding USG kehamilan, biasanya pada kasus rawat jalan Dampak: biaya klaim kode 88.76/88.79 lebih tinggi dibandingkan kode 88.78	USG pada kehamilan dapat dikoding menggunakan kode 88.78 (bila terbukti melakukan tindakan USG)
11			WSD dan puncture of lung	Pada kasus-kasus degan pemasangan WSD (34.04) sering disalahgunakan dengan menambah koding puncture of lung (33.93) Dampak: peningkatan biaya karena koding 33.93 akan merubah hasil grouper menjadi lebih tinggi	Koding tindakan WSD adalah 34.04
12			Endotrakeal Tube (96.04)	Pada operasi atau tindakan yang perlu pemasangan endotracheal tube dikoding terpisah	Prosedur yang merupakan bagian dari prosedur utama tidak dapat dikoding
13			Collar Neck	Penggunaan Collar neck dikode Insertion Other Spinal Device (84.59) karena langsung dikode oleh dr. Sp.OT	Tidak perlu dikoding karena Collar neck termasuk alat kesehatan yang dibayar namun tidak menggunakan sistem INA-CBG.
14	DHF pada pasien hamil			Pasien hamil dirawat dr. Sp.PD dengan kasus penyakit dalam (Contoh DHF). Bagaimana diagnosis sekundernya ?	Jika Sp.PD yang merawat : koding diagnosis utama: kode DHF (A91), sedangkan diagnosis sekunder adalah kode "O"
15		Gas Gangrene (A48.0)		Penggunaan Gas Gangrene sebagai diagnosis sekunder, biasanya didiagnosis 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 gangren 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).
16		Kejang		Penggunaan Kejang sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Jika diagnosis Kejang disertai hasil pemeriksaan penunjang (EEG) atau terapi yang sesuai (diazepam, fenitoin, atau valproat) maka dapat dikoding
17	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 (Ekxicion of Lession of other soft tissue) dibandingkan 86.3 (other local exicion or destruction of lession tissue of skin & subcutaneous tissue. Dampak : Biaya koding 83.39 lebih tinggi dari 86.3, RI>RJ	1. Pasien dengan tindakan eksisi <i>soft tissue tumor</i> 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 lokasi nya dalam (<i>deep</i>) b. kode 86.3 untuk STT yang superfisial
18	Penyulit Persalinan	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 seksio sesarea yang menghasilkan proses grouping persalinan vaginal
19			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
20	Kemoterapi Oral			Kemoterapi oral dikoding sebagai kemoterapi	Tindakan kemoterapi menggunakan kode Z51.1

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		

B. PERMASALAHAN KLINIS

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
21			Skingraft	Skin graft ditagihkan pada kasus keloid, sellulitis, dll	Pada kasus Skin graft, tidak dapat dijamin pada yang berhubungan dengan kosmetik Catatan: perhatian penggunaan koding graft, pastikan tindakan graft wajar dilakukan pada pasien (misalnya pada luka/injury yang luas dan dalam), jika hanya luka kecil dikoding skin graft (86.69) perlu dikonfirmasi.
22			Educational Therapy (93.82)	Educational therapy pada konsultasi ke dokter misalnya dokter gizi pada klaim rawat jalan	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
23		Anemia		Penggunaan Anemia sebagai diagnosis sekunder pada beberapa diagnosa utama seperti : persalinan, gagal Ginjal, dll. Menyebabkan peningkatan biaya klaim.	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 terapi utamanya, contoh : pasien kanker payudara yg diradioterapi, pada perjalanannya 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 diagnosa sekunder karena memerlukan pengobatan khusus yg berbeda dari penyakit dasarnya.
				Dampak : Peningkatan Severity Level menjadi II	
24		Leukositosis		Leukositosis dengan penambahan kode D728 sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan saat hasil laboratorium leukosit meningkat walaupun tidak mengikat dan tidak ada terapi spesifik.	Leukositosis (D72.8) yang dimasukkan sebagai diagnosis sekunder bukanlah leukositosis yang disebabkan karena infeksi atau karena pemberian obat-obatan (GCSF, Steroid) dan myeloproliferatif neoplasma (MPN)
				Dampak: peningkatan severity level menjadi II	
25		Malnutrisi Kaheksia (R64)		Penggunaan Malnutrisi dan Kaheksia sebagai diagnosis sekunder	Diagnosis menyertakan bukti klinis (penilaian status gizi, IMT, dll) Termasuk pada kanker stadium lanjut dimasukkan sebagai diagnosa sekunder karena memerlukan penatalaksanaan khusus
				Dampak: peningkatan severity level menjadi II	
26		Gagal Ginjal Akut/AKI (N17)		AKI sebagai diagnosis sekunder, biasanya sering disalahgunakan pada hasil laboratorium ureum kreatinin yang meningkat tidak bermakna	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
				Dampak: peningkatan severity level menjadi III	
27		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)	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 diagnosa kankernya karena hal ini berdampak pada pemberian GCSF pasca kemoterapi sampai leukosit diatas atau sama dengan 5000
				Dampak: peningkatan severity level menjadi III	

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
28		Efusi Pleura (J90-J91)		Penggunaan Efusi Pleura sebagai Diagnosa 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
29		Respiratory Arrest (R09)		Penggunaan Respiratory Arrest sebagai diagnosis sekunder terutama pada kasus yang meninggal Dampak: peningkatan severity level menjadi III	Respiratory arrest dapat ditegakkan 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
30		Pneumonia/ Bronkopneumonia		Penggunaan Pneumonia sebagai diagnosis sekunder tanpa hasil rontgen atau tanda klinis Dampak: meningkat severity level II	Pneumonia dapat didiagnosis berdasarkan pemeriksaan imaging minimal foto thoraks dan atau berdasarkan anamnesis pasien mengeluh batuk produktif disertai dengan perubahan warna sputum (purulensi) atau dari pemeriksaan fisis dapat ditemukan suara nafas tambahan berupa ronki atau suara nafas bronkial
31		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 ditulis sebagai diagnosis sekunder apapun diagnosis primernya karena merupakan komorbid yang harus tetap di pantau selama perawatan
32		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
33		Hemiparese/ Hemiplegia		Penambahan diagnosa hemiplegia/Hemiparese sebagai Diagnosa 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)
34	Vertigo			Vertigo dirawat inapkan	Indikasi vertigo yang dirawat inapkan: 1.Vertigo (R.42) sentral dengan etiologi nya : Stroke (iskemik, 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

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
35	Katarak			penatalaksanaan kasus penderita katarak dan pterigium umumnya dilakukan rawat inap	<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): (1). Untuk operasi katarak dengan SICS (insisi ± 6 mm) maka dilakukan rawat jalan (2) Pasien dilakukan rawat inap dengan tindakan Phacoemulsification dan SICS apabila : a. Ada komplikasi selama operasi (during operation) yang memerlukan pemantauan intensif setelah operasi b. Operasi pada salah satu mata pasien dimana mata yang lain visusnya sudah 0 (buta) atau one eyes. c. Jika ada underlying disease seperti : hipertensi, DM, HbsAG(+), dll</p> <p>Operasi Katarak dengan Teknik ECCE (Ekstra Capsular Cataract Extraction), ICCE (Intra Capsular Cataract Extraction) Indikasi rawat inap Jika: 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) paska operasi</p> <p>Indikasi Secara Umum Rawat Inap pada Operasi katarak : a. Memakai Teknik ECCE (Ekstra Capsular Cataract Extraction) b. Katarak Pediatrik (anak – anak: kongenital, juvenil) c. Katarak Hiper matur d. Katarak dengan gangguan pendengaran, kelainan jiwa/cacat mental dan dengan penyakit sistemik(HHD, Decomp, hipertensi, Diabetes mellitus, HbsAg+) e. Kepatuhan pemakaian Obat f. Katarak dengan komplikasi penyakit mata (contoh: Uveitis, glaukoma) g. Luksasi lensis/subluksasi lensis, katarak dengan iridodialisis, h. Katarak dengan sikatrik kornea i. Zonulysis j. Sinekia anterior/posterior lebih dari 180 derajat > 2 quadran k. Katarak dengan komplikasi intra operatif l. Katarak Grade 5 (Brunescent) m. katarak + Glaukoma n. katarak Post Vitrektomi o. katarak Post Uveitis p. katarak Pada high Myopia q. katarak Traumatika r. Komplikasi Post operatif s. Katarak + Ablatio Retina t. katarak Polaris Posterior u. Pasien 2 yang memerlukan pemeriksaan tambahan Khusus v. pasien tidak kooperatif , baik krn usia muda maupun keadaan psikologis pasien, cemas dll</p>

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
36	Pterigium (H11.0)			penatalaksanaan kasus penderita katarak dan pterigium umumnya dilakukan rawat inap	<p>Rawat Inap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pterigium (H11.0) Grade IV 2. Operasi dengan teknik Graft Conjungtiva, Flap conjungtiva, atau membran amnion baik dengan jahitan atau membran glue 3. Pasien anak-anak atau pasien yang tidak kooperatif yang memerlukan anestesi umum 4. Ada keperluan sistemik yang memerlukan evaluasi baik dibidang mata maupun dari departemen lain 5. Terdapat perdarahan masif atau komplikasi lain yang memerlukan evaluasi lebih lanjut 6. 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>
37	Chalazion (H001)			Chalazion di rawat inapkan Dampak: peningkatan biaya akibat rawat inap	Tindakan ini dilakukan di Rawat jalan kecuali pada anak-anak yang belum kooperatif/ memerlukan Anestesi Umum (GA)
38		Extrapiramidal Syndrom		Pasien Schizoprenia yang dalam pengobatan selalu ditambahkan koding Extrapiramidal Syndrom (G25) Dampak: peningkatan severity level menjadi II	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 diagnosis
39		Hiponatremi		Penambahan kode E871 (Hypo-osmolality and hyponatremia) sebagai diagnosa sekunder, sering disalahgunakan saat hasil laboratorium menurun tidak bermakna Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Kondisi Hiponatremia dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dengan kadar Na < 135 mEq/L
40		Hipokalemia		Penambahan kode E876 (Hypokalemia) sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan pada hasil laboratorium yang menurun tidak bermakna Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Kondisi Hipokalemia dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dengan kadar K < 3,5 mEq/L
41		Hipovolemik Syok		Penggunaan Hipovolemik Syok sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Kondisi Syok Hipovolemik dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan adanya manifestasi klinis dan penatalaksanaan syok hipovolemik yang tercatat dalam rekam medis
42		Epistaxis		Kasus DHF dengan gejala pendarahan didiagnosis sekunder seperti epitaxis, melena Dampak: peningkatan severity level menjadi II	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

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
43	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)	Penegakan diagnosis Dispepsia bisa dengan gejala klinis. Sebelum ada pemeriksaan penunjang seperti endoskopi, diagnosis yang tegak adalah Dispepsia (K30). Jika dilakukan pemeriksaan penunjang, maka diagnosis disesuaikan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang. Indikasi untuk dilakukan endoskopi pada kasus Dispepsia dengan alarm symptom seperti : berat badan menurun, tidak bisa menelan, demam, perdarahan atau ketersediaan sarana dan prasarana.
44		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
45	Gagal Ginjal dg HD	Z49.1		Renal failure yg HD selalu ditambahkan extracorporal dialysis dan dirawat inap	Pasien renal failure dengan HD dapat dirawat inap sesuai indikasi medis yang spesifik (cth. Anemia), bukan atas perbaikan keadaan umum (KU)
46			Endoskopi (45.11)	Penggunaan tindakan Endoskopi di rawat inapkan	Pasien dengan tindakan endoskopi dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
47			Colonoscopy (45.23)	Tindakan Colonoscopy dirawat inapkan (alasan untuk persiapan colonoscopy)	Pasien dengan tindakan kolonoskopi dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
48		Asfiksia		Kode Asfiksia yang dapat meningkatkan severity level adalah P210 (Asfiksia berat) Dampak: peningkatan severity level menjadi II	KRITERIA DIAGNOSIS ASFIKSIA NEONATORUM (UKK Neonatologi - IDAI) : 1. ASFIKSIA BERAT a. Apnea atau megap megap yang membaik 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 pH < 7 atau base deficit ≥ 12 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. FJ <100 X/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 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 pH 7,0 sampai kurang dari 7,35, ATAU c. Skor Apgar 5-6 sampai 5 menit setelah lahir
49		Atrial Fibrilasi (I48 & I64)		Penggunaan Atrial Fibrilasi sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Kondisi Atrial Fibrilasi memang harus dipisahkan sebagai diagnosis sekunder, dan bukti pendukungnya berupa hasil EKG

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
50		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 : 1. Penurunan Tekanan Darah a. TD < 90 mmHg tanpa inotropik, atau b. TD < 80 mmHg dengan inotropik 2. Penurunan Ejection Fraction (EF < 50%)
				Dampak: peningkatan severity level menjadi III	
51		Cardiac Arrest (I46.9)		Penggunaan Cardiac arrest sebagai diagnosis sekunder terutama pada kasus yang meninggal	1. Cardiac arrest dapat terjadi pada semua kasus (tidak hanya penyakit jantung) & ada bukti penatalaksanaan Cardiac Arrest yaitu CPR 2. Cardiac Arrest tidak dapat digunakan pada pasien DOA 3. Koding INA-CBG adalah kode Morbiditas
				Dampak: peningkatan severity level menjadi III	
52			CAG Dan PCI dipisah-pisah waktunya	Kasus Cath dan PCI dipisah episodenya, karena masalah prasarana dan sarana, instruksi manajemen. Tambahkan modus : PCI dipisah berdasarkan jumlah stent yang akan dipasang.	Panduan Praktek Klinis (PPK) Tatalaksana Kasus Penyakit Jantung Koroner - PERKI 2015 : PCI atau CABG : - Intervensi koroner perkutan (PCI) atau CABG elektif dilakukan jika ditemukan bukti iskemik dari pemeriksaan penunjang di atas disertai lesi signifikan berdasarkan pemeriksaan angiografi koroner. - Kriteria lesi signifikan : LM stenosis 50%, LAD stenosis di osteal/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 multipl+F98e 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 Staggering 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.
				Dampak : Pembayaran klaim untuk satu pasien meningkat	
53		Syok saat Operasi (T811)		Penggunaan koding T811 pada diagnosis sekunder , biasanya pada pasien dengan tindakan atau terapi	Tidak masalah sebagai diagnosis sekunder jika memang dalam rekam medis tertulis manifestasi klinis syok yang merupakan komplikasi operasi serta tertulis penatalaksanaan syok tersebut
				Dampak: peningkatan severity level menjadi III	
54			Scleroterapy pada Hemorhoid (49.42)	Kasus Scleroterapi pada hemorhoid oleh Sp.PD dan dirawat inap hanya untuk injeksi obatnya karena obatnya mahal	Pasien dengan tindakan Scleroterapi pada hemorhoid dapat dirawat inap berdasarkan keadaan umum pasien
55			Odontektomi (23.19)	Tindakan Odontektomi di rawat inap	Pasien dengan tindakan odontektomi dapat dirawat inap sesuai dengan keadaan umum pasien, atau jumlah maupun letak gigi

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
56	Hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)	Pulmonary oedema (J81)		Pasien dengan riwayat hemodialisa rutin mengalami efek samping sesak, kemudian pulmonary edema dikoding sebagai diagnosa sekunder dan menyebabkan severity level meningkat menjadi berat (III)	Kriteria Pulmonary Oedema: gejala klinis sesak, takikardi, ronki Ada penatalaksanaan pulmonary oedema yang terekam dalam resume medis dan ada terapi diuretik dan oksigen yang diberikan. Pada kasus HD rutin yang dirawat inap dengan kondisi pulmonary oedema, maka Dx Sekunder Pulmonary Odema dan Dx utama CKD (bukan kontrol HD atau kode Z)
57	Hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)	Ascites (R18)		Pasien dirawat inapkan hanya untuk dilakukan fungsi ascites. Apa kriteria rawat inap untuk tindakan fungsi ascites atau dapat kah sebagai rawat jalan? Tepatkah pengkodingan pada kasus ini? Dampak : peningkatan biaya pada klaim	Kriteria Rawat Inap untuk Ascites adalah Ascites masif, tujuan tindakan Pungsi untuk Terapeutik. Bila terjadi pada kasus CKD, maka diagnosis ascites dapat menjadi diagnosis sekunder dan diagnosis utamanya adalah CKD
58		Imbalance of constituents of food intake (E63.1)		Kecendrungan pasien yang tidak nafsu makan langsung dikode dengan E63.1 (imbalance of constituents food intake). Kapan imbalance of constituents of food intake ditegakkan ? Dampak : peningkatan severity level menjadi sedang (II)	Kode R63.8 (other symptoms and signs concerning food and fluid intake) digunakan untuk intake sulit yakni kelainan yang membutuhkan tindakan khusus diet parenteral, enteral atau parsial baik cairan dan atau nutrisi Kode E63.1 (imbalance of constituents food intake) digunakan untuk Intake sulit yang disertai asesmen gizi oleh dokter yang merawat/dokter ahli gizi/ahli gizi. Bukti malnutrisi, IMT kurang dari 16
59		Insufisiensi renal (N19)		Kode sekunder N19 (insufisiensi renal) dikoding dengan penanganan yang kurang bermakna yaitu istirahat saja. Apakah kriteria penegakan diagnosa Insufisiensi renal ? Dampak : peningkatan severity level	Kriteria penegakan diagnosa Insufisiensi renal: Nilai GFR kurang dari 60 atau nilai creatinin wanita diatas 1,1 dan pria diatas 1,3
60	Typhoid (A01.0)	Urinary Tract Infection, site not specified (N390)		Kode N390 sebagai ISK sering dijadikan dignosa sekunder sedangkan hasil pemeriksaan penunjang masih dalam batas normal. Kapan diagnosa ISK ditegakkan ? Dampak : Menyebabkan kenaikan severity level	Diagnosa ISK dibuat berdasarkan salah satu dari kriteria dibawah ini : 1. Gejala klinis yang khas (minimal satu): sakit kencing, nyeri perut bagian bawah, nyeri tekan suprapubic, anyang-anyangan, nyeri pinggang, nyeri ketok costovertebral angle (CVA) dengan atau tanpa disertai demam dan jumlah lekosit urin lebih dari 10/LPB 2. Kultur urin positif
61		Ventricular fibrillation and flutter (I49.3)	EKG (8952)	Diagnosa sekunder ventrikular fibrilasi selalu dipasangkan dengan diagnosa jantung lain seperti I10 (hypertensi essential), I11, dan I50. Namun tidak ada penggunaan terapi yang spesifik penanganan VF pada pasien tersebut. Dampak : peningkatan severity level klaim menjadi sedang (III)	VF harus disertai dengan diagnosis jantung yang potensial menyebabkan henti jantung dan dilakukan tata laksana sesuai dengan tatalaksana henti Jantung.
62		Non spesifik reactive hepatitis (K75.2)		Penambahan kode K75.2 (non specific reactive hepatitis) sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan pada hasil laboratorium yang SGOT/PT meningkat tidak bermakna. Dampak : peningkatan severity level menjadi sedang (II)	Kriteria diagnosis hepatitis reaktif non spesifik bila SGOT/SGPT diatas nilai normal
63	Gout arthritis (M10.9)		Other local excision or destruction of lesion of ankle joint (80.87)	Pasien dengan Gout arthritis yang dilakukan injeksi artikular tetapi dikoding 80.87 (Other local excision or destruction of ankle joint) dan dirawat inapkan	Kriteria rawat inap untuk pasien Gout Arthritis adalah Gout dengan banyak sendi 3 atau lebih atau Gout Polyarticular atau Gout yang dirawat karena penyakit lain atau gout dengan nyeri hebat VAS ≥ 7 Kode Tindakan untuk injeksi artikular adalah 81.92 (injection of therapeutic substances into joint or ligaments)
64		Phlebitis		Penggunaan Phlebitis sebagai diagnosa sekunder sering disalahgunakan pada kondisi pasien rawat inap yang diinfus Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Phlebitis dapat digunakan sebagai diagnosis sekunder bila dilakukan penatalaksanaan khusus, seperti diantaranya debridement atau pemberian antibiotik

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
65		Septikemia		Penggunaan Septikemia sebagai diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Penggunaan kode Septicaemia (A41.9) adalah untuk kondisi yang sesuai dengan terminologi Sepsis dan terpenuhi kriteria sepsis dan tatalaksana sepsis yaitu hipertermi, hipotermi, tachichardi, tachypnoe dengan hasil laboratorium leukosistosis atau leukopenia
66		Alergi Obat		Penggunaan Alergi obat (T88.7) sebagai Diagnosa sekunder menyebabkan peningkatan biaya klaim Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Alergi obat (T88.7) adalah reaksi lokal atau sistemik akibat pemberian obat oral atau parenteral, atau topikal, inhalasi atau metode pemberian obat lainnya untuk mengobati suatu penyakit, tidak termasuk alergi karena hasil skin test. Alergi obat yang menjadi sebab perawatan saat itu atau yang terjadi pada saat perawatan berlangsung dapat dijadikan diagnosis sekunder. Informasi tersebut dicantumkan pada resume medis pasien saat pulang rawat.
67	Thypoid Fever (A01.0)	DHF (A91)		Thypoid ditambahkan Dengue Fever, sering disalahgunakan pada hasil widal yang meningkat tetapi tidak bermakna ataupun pada hasil trombosit yang menurun tapi tidak bermakna Dampak: peningkatan severity level menjadi II	Diagnosis typhoid dan DHF dapat ditegakkan selama memenuhi kriteria untuk kedua penyakit tersebut.
68	GEA (A09)	Thypoid Fever (A01.0)		kombinasi GEA dengan Thypoid fever, sering disalahgunakan yaitu GEA sebagai diagnosis utama dan thypoid sebagai diagnosis sekunder Dampak: peningkatan severity level menjadi III	Diagnosis GEA dan typhoid dapat ditegakkan selama memenuhi kriteria untuk kedua penyakit tersebut.
69	CKD			Diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) on HD dalam 1 bulan masuk opname 3 kali hanya dapat diacc klaim 1 pelayanan oleh BPS Kesehatan karena dianggap readmisi	CKD dengan komplikasi penyakit lain dapat dirawat inap lebih dari satu kali sesuai dengan indikasi medis

C. PERMASALAHAN ADMINISTRASI

No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
70	Thalasemia (D56.1)	Hemosiderosis		Penggunaan kode Hemosiderosis (E83.1) menyebabkan peningkatan biaya klaim	Klaim rawat jalan Thalasemia Mayor dengan diagnosis sekunder Hemosiderosis (E83.1) yang mendapatkan top up obat kelasi besi diinput sebagai pasien rawat inap (sesuai PMK No. 59/2014) dengan tidak diinputkan semua kode diagnosis sekundernya ke dalam software INA-CBG.
71	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)	Kelas klaim dibayarkan setara dengan kelas 3
72				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

D. PERMASALAHAN KLINIS DAN MENKANISME KLAIM

No	Jenis Pelayanan	Kriteria	Besaran tarif	Aturan Prosedur Pelayanan dan Pengajuan Klaim
73	PET SCAN	<p>a) Penjaminan layanan Pet Scan dilakukan apabila pemeriksaan penunjang radiologi diagnostik dengan CT Scan atau MRI tidak memberikan hasil yang jelas.</p> <p>b) Pemberian rekomendasi Pet Scan diberikan oleh Cancer Board atau tim dokter multidisiplin yang merawat.</p> <p>c) Penggunaan Pet Scan diindikasikan untuk unknown primary tumor atau difficult case. Untuk diagnosis lain diperlukan rekomendasi dari dokter spesialis onkologi.</p>	<p>a) Tarif rawat jalan yang mendapatkan pelayanan PET Scan ditetapkan sebesar Rp.8.000.000,00 (delapan juta rupiah) sebagai tarif Non INA-CBG.</p> <p>b) Tarif rawat inap yang mendapatkan pelayanan PET Scan meliputi tarif INA-CBG dan tarif pelayanan PET SCAN sebesar Rp.8.000.000,00 (delapan juta rupiah).</p>	<p>a) Rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan Pet Scan adalah rumah sakit minimal kelas B</p> <p>b) Pasien melampirkan hasil CT Scan atau MRI sebelumnya</p> <p>c) Pet Scan dilakukan satu kali selama perjalanan penyakit</p> <p>d) Pengajuan klaim Pet Scan pada kasus rawat jalan adalah tarif non INA-CBG (tarif INA-CBG rawat jalan tidak diajukan)</p> <p>e) Pengajuan klaim Pet Scan pada rawat inap dilakukan diluar aplikasi INA-CBG</p>
74	REHABILITASI PSIKOSOSIAL	<p>Pemberian layanan rehabilitasi psikosoial dapat diberikan pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap.</p> <p>a) Layanan rehabilitasi Psikososial pasien rawat inap meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psikofarmaka (Manajemen Pengobatan) - Psikoedukasi (Psychoeducation) - Manajemen Kasus (Case Management) - Latihan Keterampilan Sosial (Social Skill Training) - Latihan Keterampilan Hidup (Life Skill Training) - Terapi Vokasi (Vocational Therapy) - Terapi Occupational (Occupational Therapy) - Dukungan Hidup (life Support) - Spiritual - Contoh Best Practice - Rehabilitasi Kognitif (Cognitive Rehabilitation) - Komunitas Terapeutik (Therapeutic Community) 	<p>a) Untuk pelayanan rawat jalan diklaimkan setiap kali kunjungan mengacu pada tarif INA CBG sesuai dengan peraturan menteri kesehatan yang berlaku.</p> <p>b) Untuk pelayanan rawat inap diklaimkan setiap episode mengacu pada tarif INA CBG sesuai dengan peraturan menteri kesehatan yang berlaku.</p>	<p>Jenis pelayanan rehabilitasi psikososial dan fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan rehabilitasi psikososial terlampir</p>

No	Jenis Pelayanan	Kriteria	Besaran tarif	Aturan Prosedur Pelayanan dan Pengajuan Klaim
		<p>b) Layanan Rehabilitasi Psikososial rawat jalan meliputi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psikoedukasi (Psychoeducation) - Manajemen Kasus (Case Management) - Latihan Keterampilan Sosial (Social Skill Training) - Latihan Keterampilan Hidup (Life Skill Training) - Terapi Vokasi (Vocational Therapy) - Terapi Occupational (Occupational Therapy) - Dukungan Hidup (life Support) - Spiritual - Contoh Best Practice - Rehabilitasi Kognitif (Cognitive Rehabilitation) - Komunitas Terapeutik (Therapeutic Community) <p>c) Kriteria penjaminan pelayanan rehabilitasi psikososial rawat jalan diberikan kepada pasien berdasarkan seleksi sesuai dengan minat dan bakatnya, dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan jiwa berat (Skizofrenia, Depresi, Bipolar, Skizoafektif) - Pasien tidak gelisah (PANSS EC <15) - Pasien bukan retardasi mental sedang dan berat (IQ>55) - Tes fungsi kognitifnya masih cukup baik (MMSE>20) - Keluarga pasien kooperatif - Gejala negatif minimal - Pasien dapat berkomunikasi - Pasien dapat membaca dan menulis, minimal pendidikan SD - Pasien berusia mulai dari 19 th – 50 th <p>d) Kriteria penjaminan pelayanan rehabilitasi psikososial rawat inap ditentukan oleh dokter spesialis jiwa yang menjadi DPJP pasien tersebut.</p>		

MAPPING LAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL, KETENAGAAN DAN SARANA PRASARANA DI FASILITAS LAYANAN KESEHATAN

URAIAN	KLASIFIKASI LAYANAN		
	LAYANAN PRIMER	LAYANAN SEKUNDER	LAYANAN TERSIER
1. JENIS LAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL			
a. Psikofarmaka (manajemen pengobatan)	V	V	V
b. Psikoedukasi	V	V	V
c. Home visit	V	V	V
d. Manajemen kasus			V
e. Latihan Ketrampilan Sosial			V
f. Latihan Ketrampilan hidup			V
g. Terapi Vokasional			V
h. Terapi Okupasional			V
i. Dukungan hidup			V
j. Spiritual			V
k. Rehabilitasi kognitif		V	V
l. Komunitas teraupetik			V
KETENAGAAN			
a. Dokter Umum terlatih	V	V	V
b. Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa		V	V
c. Perawat Jiwa atau terlatih	V	V	V
d. Okupasi Terapis			V
e. Terapis Wicara			V
f. Pekerja Sosial Profesional	V	V	V
g. Psikolog Klinis		V	V
h. Administrasi			V
i. Instruktur Latihan Kerja			V
2. SARANA DAN PRASARANA			
1. Gedung dan Bangunan			V
a. Ruang Kepala Instalasi			V
b. Ruang Kantor staf			V
c. Ruang Periksa	V	V	V
d. Ruang Konsultasi individu	V	V	V
e. Ruang Konsultasi Keluarga	V	v	V
f. Ruang Pertemuan			V
g. Ruang Terapi Kelompok			V
h. Ruang Tata Boga			V
i. Ruang Perpustakaan			V
j. Ruang Kerajinan Tangan			V
k. Ruang Salon			V
l. Ruang Pertukangan			V
m. Ruang Gymnasium/Senam			V

URAIAN	KLASIFIKASI LAYANAN		
	LAYANAN PRIMER	LAYANAN SEKUNDER	LAYANAN TERSIER
1. Gedung dan Bangunan			
n. Ruang Musik			V
o. Ruang Kerohanian Islam			V
p. Ruang Kerohanian Kristen			V
q. Mushola			V
r. Lahan Perkebunan			V
s. Lahan Terapi Kerja			V
t. Ruang Komputer			V
			V
2. Prasarana			V
a. Meja dan kursi kantor untuk petugas			V
b. Meja dan kursi untuk rapat staf			V
c. Meja dan kursi untuk pertemuan pasien			V
d. Komputer			V
e. Laptop			V
f. LCD dan Screenview			V
g. Wireless			V
h. Tape Recorder			V
i. Televisi			V
j. Alat musik			V
k. Alat Pertukangan			V
l. Perlengkapan tataboga			V
m. Perlengkapan tata Rias dan Salon			V
n. Perlengkapan tata busana (mesin jahit, dsb)			V
o. Perlengkapan Perkebunan			V
p. Perlengkapan Terapi Kerja (Cafe, RH Ponsel, RH Cleaning service)			V
q. Perlengkapan Kerajinan Tangan			V
r. Perlengkapan kegiatan Kerohanian (Islam dan Kristen)			V
s. Perlengkapan Perpustakaan			V
t. Lemari Arsip			V
u. Lemari pajangan hasil kegiatan handcraft			V
v. Lemari loker utk peserta daycare			V
w. White board			V