

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kanker

Kanker adalah sebuah penyakit yang disebabkan oleh gangguan dalam fungsi sel. Selama perjalanan kerusakan itu, sel itu secara progresif mencapai ciri – ciri tertentu yang memungkinkannya untuk tumbuh dan menyerbu jaringan sekitarnya.

Tidak seperti sel normal, sel-sel kanker ini tidak tinggal di satu bagian tubuh tetapi menyebar ke bagian lain. Proses ini disebut metastasis. Pertumbuhan tidak terkendali dan penyebaran sel kanker membuat kanker berbahaya. sel kanker dapat mengganti atau merusak jaringan normal di payudara dan di bagian lain dari tubuh, seperti otak atau tulang (Richard,*et al*, 2009).

B. Kanker Payudara

1. Anatomi payudara

Payudara terdiri dari 3 unsur, yaitu: Kelenjar (pembuat air susu); Saluran kelenjar (yang menyalurkan air susu); Jaringan penunjang payudara (anyaman yang mengikat kelenjar – kelenjar menjadi satu kesatuan sehingga membentuk organ payudara). Kulit payudara merupakan pembungkus seperti bagian tubuh lainnya (Robert, *et al*, 2011).

2. Definisi

Kanker payudara adalah sel kanker yang mengganti atau merusak jaringan normal di payudara. (Robert, *et al*, 2011). Kanker payudara adalah kanker yang menyerang jaringan payudara. Kanker payudara menyebabkan sel dan jaringan payudara berubah bentuk menjadi abnormal dan bertambah banyak secara tidak terkendali (Mardiana, 2004).

3. Etiologi

Sampai saat ini penyebab pasti kanker payudara belum diketahui namun data epidemologik mengisyaratkan bahwa faktor genetik, endokrin dan lingkungan mungkin sangat berperan inisiasi dan/atau promosi pertumbuhan kanker payudara (Suddarth dan Burner , 2003).

a. Genetik

Hampir 5% dari semua pasien kanker payudara memiliki kelainan genetik spesifik yang berperan dalam pembentukan kanker payudara mereka. Para peneliti menemukan gen dengan nama BRC-1 (Breast Cancer 1) dan BRC-2 (Breast Cancer 2). BRC-1 dapat dideteksi pada 1 dari 400 wanita dan mutasi BRC-2 menyebabkan 5% dari kanker payudara yang disebabkan karena faktor keturunan.

Penelitian oleh Metcalfe, *et al*, 2007 membuktikan bahwa pada usia 70 tahun yang memiliki BRCA 1 beresiko 65% berpenyakit kanker payudara dan yang memiliki BRCA 2 beresiko 45% berpenyakit kanker payudara.

b. Lingkungan

Radiasi dalam bentuk terapi radiasi yang intensif pada penderita tuberculosis atau kanker lain diketahui meningkatkan resiko terkena kanker payudara.

c. Endokrin

Banyak faktor yang meningkatkan resiko kanker payudara. Menstruasi yang mulai pada usia terlalu muda, menopause yang datangnya terlambat (usia lebih dari 51 tahun), mempunyai anak pertama di atas usia 30 tahun atau tidak sama sekali mempunyai anak akan meningkatkan resiko terkena kanker payudara. Semua faktor tersebut berhubungan dengan hormon estrogen.

d. Diet

Sejumlah penelitian memperlihatkan bahwa diet tinggi lemak dapat meningkatkan resiko terkena kanker payudara.

e. Alkohol

Beberapa penelitian memperlihatkan adanya hubungan yang bermakna antara intake alkohol dengan resiko kanker payudara. Data additional dari studi prospektif menunjukkan dampak intake alkohol yang berhubungan dengan peningkatan level esterogen.

Penelitian terkini membuktikan bahwa alkohol dapat meningkatkan kemampuan invasif dari sel-sel kanker payudara manusia (Wong, *et al*, 2011).

4. Faktor resiko

Pada wanita faktor resiko yang perlu diperhatikan yaitu:

- a. Umur di atas 30 tahun.
- b. Anak pertama lahir pada usia ibu diatas 35 tahun.
- c. Tidak kawin.
- d. Menarche (haid pertama kali) di bawah 11 tahun.
- e. Menopause terlambat diatas 55 tahun.
- f. Pernah operasi tumor jinak payudara.
- g. Adanya kanker payudara kontralateral.
- h. Operasi ginekologi.
- i. Radiasi dada.
- j. Riwayat keluarga.
- k. Merokok (YLKI, 2008)

5. Jenis – jenis kanker payudara

Kanker payudara dibagi beberapa jenis menurut pertumbuhannya meluas atau tidak. Jenis – jenis itu yaitu:

- a. *Carsinoma in situ* atau *carcinoma non-invasive*

Kanker atau *carsinoma in situ* yang berarti kanker masih terbatas pada jaringan atau lobulus mana ia mulai. Belum menyebar ke jaringan sekitar payudara atau ke organ lainnya. Ada dua jenis *carsinoma* payudara di situ:

- 1) *Lobular carcinoma in situ (LCIS)*. Atau disebut juga *lobular neoplasia*, LCIS adalah kanker yang terbatas pada lobules.

2) *Ductal carcinoma in situ (DCIS)*. Sel-sel kanker hanya di dinding duktus. Dokter mengobati DCIS dengan operasi dan kadang-kadang radioterapi, yang biasanya dapat menyembuhkan kanker. Jika DCIS tidak diobati, kemungkinan akan tumbuh menjadi kanker invasif.

b. *Carcinoma infiltrating* atau *carcinoma invasive*

Kanker payudara invasif adalah kanker yang menyebar dari jaringan asal dan lobules sampai ke jaringan payudara lainnya. Dibeberapa kasus, penyebarannya sampai ke dalam atau dekat pembuluh limpa. Ada beberapa macam kanker payudara invasif :

1) *Invasive Ductal carcinoma*. Sebanyak 80% dari kasus kanker payudara adalah *invasive ductal carcinoma*. Kanker karsinoma bermula dari duktal tapi lalu menyebar sampai ke jaringan lemak payudara. Di dalam jaringan lemak, kanker dapat menyebar sampai ke bagian – bagian tubuh melalui pembuluh limpa atau pembuluh darah. Ada 4 macam *invasive ductal carcinoma* :

a) *Medullary cancer*. Tumor memiliki tepi yang jelas terpisah dari jaringan payudara normal, juga memiliki sel-sel kekebalan di tepi tumor. Kanker meduler bisa sulit untuk dibedakan dari kanker duktal invasif umum. Dokter spesialis kanker payudara yang paling yakin jika kanker meduler sangat jarang dan harus diperlakukan sebagai kanker duktal invasif.

b) *Tubular carcinoma*. Wanita dengan kanker payudara jenis ini memiliki prognosis yang lebih baik karena kanker ini cenderung menyebar keluar dari payudara dari pada kanker yang ukurannya sama.

c) *Metaplastic tumor* adalah jenis paling aneh dari kanker duktal invasif. Tumor ini mencakup sel-sel yang biasanya tidak ditemukan pada payudara, seperti sel-sel kulit atau tulang.

d) *Colloid carcinoma*, atau disebut dengan *mucinous carcinoma*. Ini juga jenis aneh lain dari kanker duktal invasif. Ini tersusun

dari sel yang memproduksi lender. *Colloid carcinoma* memiliki prognosis yang lebih baik dan metastatis yang pelan dari pada kanker invasif umum yang sama ukurannya.

- 2) *Invasive lobular carcinoma*. Sekitar 10 – 15 % dari kanker payudara invasif adalah kanker lobular invasif. Kanker invasive ini memulai di dalam lobular dan menyebar ke jaringan lemak dari payudara. Seperti kanker duktal invasif, kanker ini dapat menyebar meluas dari payudara ke bagian tubuh lain.
- 3) *Mixed tumors*, tumor campuran mengandung berbagai jenis sel, seperti kanker duktal invasif dikombinasikan dengan kanker lobular invasif. Tumor campuran biasanya diperlakukan sebagai kanker duktal invasif.
- 4) *Inflammatory breast cancer*. Disebut dengan *abbreviation_IB*. Di penyakit ini, sel-sel kanker telah menyebar ke saluran simpul limpha di kulit payudara. Kulit payudara yang sakit berwarna merah, terasa hangat, dan memiliki tampilan kulit jeruk. Payudara yang sakit juga dapat menjadi lebih besar, kencang, lembut, atau gatal. Kanker payudara inflamasi sering salah pada tahap awal dengan infeksi. Ia memiliki kesempatan yang lebih tinggi dari menyebarkan dan prognosis yang lebih buruk dari kanker lobular invasif umum atau kanker duktal invasif (Robert, *et al*, 2011).

6. Gejala kanker payudara

Menurut Handoyo (1998) gejala dan tanda kanker payudara adalah:

- a. Benjolan yang tidak nyeri
Benjolan tersebut mula – mula kecil, semakin lama semakin besar, lalu melekat pada kulit dan menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada puting susu.
- b. Erosi atau eksema puting susu
Kulit atau puting susu tadi menjadi tertarik kedalam (retraksi), berwarna merah muda atau kecoklat – coklatan sampai menjadi edema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk (*peau d'orange*), mengkerut

atau timbul borok (ulkus) pada payudara. Borok itu makin lama makin besar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara, sering berbau busuk, dan mudah berdarah.

c. Perdarahan

Perdarahan terjadi kalau sudah ada metastase ke tulang.

d. Timbul pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.

Berupa bengkak (edema) pada lengan, dan penyebaran kanker keseluruh tubuh.

e. Payudara nyeri saat menstruasi.

7. Grade

Menurut Robert (2011) grade atau tingkatan payudara terdiri dari 3 (tiga) tingkatan. Pada grade I sel kanker pada payudara terlihat seperti sel normal dibanding sel disekitarnya, tetapi mengalami pertumbuhan yang tidak wajar. Pada grade II sel kanker telah menunjukkan sel kanker lebih cepat dalam pertumbuhan dibanding sel kanker grade I. Pada grade III sel kanker sudah tidak terlihat seperti sel normal, sel kanker ini agresif dan cepat menyebar ke bagian payudara lain bahkan ke organ sekitarnya.

Tingkat kanker membantu memprediksi apakah pasien memiliki kanker yang lebih atau kurang agresif. Secara umum, kelas yang lebih rendah menunjukkan kanker yang mungkin kurang menyebar.

8. Terapi kanker payudara

a. Operasi

Kebanyakan pasien kanker payudara akan mendapatkan pembedahan. Ada dua tipe pembedahan untuk menghilangkan tumor di jaringan payudara : *Lumpectomy* dan *mastectomy*. Jika wanita dengan *lymph node* mendapatkan pembedahan disebut *lymphadenectomy*. *Lumpectomy*, benjolan di daerah payudara akan dibuang dengan sedikit jaringan payudara yang normal disekitarnya. Jika ditemukan sel – sel kanker di tepi luar dari jaringan akan dibuang (Robert, *et al*, 2011). *Mastectomy*, Tujuan dari mastektomi profilaksis

untuk mencegah kanker payudara, sehingga menghilangkan potensi untuk penyebaran metastasis dan kematian. (Hartmann, *et al.* 2011)

Sentinel lymph node biopsy. Substansi radioaktif di celupkan atau di suntikkan sampai ke kelenjar getah bening. Pencelupan mengikuti garis kelenjar getah bening pada payudara. Digunakan untuk menentukan stadium kanker payudara. *Axillary lymph node dissection.* Dibutuhkan pada wanita dengan noda getah bening yang sangat ganas. Di pembedahan ini, semua kelenjar getah bening di ketiak di hilangkan. Cara ini dapat membersihkan kanker jika kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening (Robert, *et al.*, 2011).

b. Radioterapi

Menggunakan sorotan sinar energi tinggi untuk membunuh sel kanker. Ini dibutuhkan untuk membunuh semua sel di sekitar sel kanker setelah pembedahan. Radioterapi dengan penambahan inhibitor COX-2 NS-398 benar-benar mencegah radiasi-peningkatan invasi sel kanker (Paquette, 2011).

c. Terapi sistemik

Kanker payudara yang mampu menyebar ke bagian lain dari tubuh. Dokter menggunakan obat untuk memperlakukan sel kanker yang menyebar ke payudara dan jaringan disekitarnya. Seperti kemoterapi dan terapi hormone. Beberapa obat seperti pil ditelan dan beberapa obat di suntikkan ke tubuh dengan jarum. Terapi sistemik banyak dilakukan setelah pembedahan (Robert, *et al.*, 2011).

Chemotherapy. Kemoterapi adalah pengobatan menggunakan obat untuk membunuh sel kanker. Digunakan tablet atau intravena. Obat terdistribusi melalui darah untuk membunuh sel kanker diseluruh tubuh. Kadang kemoterapi digunakan sebagai terapi sampingan untuk mempermudah menghilangkan kanker. Kemoterapi digunakan untuk menyusutkan tumor dengan ukuran lebih dari 5 cm yang tak bisa dengan pembedahan (Robert, *et al.*, 2011).

Tabel 1. Tabel obat sistemik kanker payudara

Generic Name	Brand name	Drug class
Early stage		
Anastrozole	Arimidex	Selective nonsteroidal aromatase inhibitor
Cepecitabine	Xeloda	Antimetabolite
Carboplatin	Paraplatin	Platinum alkylating agent
Cyclophosphamide	Cytoxan	Alkylating agent
Docetaxel	Taxotere	Microtubule inhibitor
Doxorubicin	Adriamycin	Antineoplastic anthracycline
Epirubicin	Ellence	Antineoplastic anthracycline
Exemestane	Aromasin	Irreversible steroidal aromatase inactivator
Fluorouracil	5-FU	Antimetabolite
Letrozole	Femara	Competitive nonsteroidal aromatase inhibitor
Paclitaxel	Taxol	Microtubule inhibitor
Tamoxifen	Nolvadex Istubal Valodex	Nonsteroidal antiestrogen
Trastuzumab	Herceptin	Anti-human HER2 monoclonal antibody
Late stage		
Anastrozole	Arimidex	Selective nonsteroidal aromatase inhibitor
Bevacizumab	Avastin	Anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) antibody
Carboplatin	Paraplatin	Platinum alkylating agent
Capecitabine	Xeloda	Antimetabolite
Cisplatin	Platinol	Platinum alkylating agent
Cyclophosphamide	Cytoxan	Alkylating agent
Docetaxel	Taxotere	Microtubule inhibitor
Doxorubicin	Adriamycin	Antineoplastic anthracycline
Doxorubicin injection	Doxil	Antineoplastic anthracycline
Epirubicin	Ellence	Antineoplastic anthracycline
Etoposide	VePesid	Topoisomerase II inhibitor
Exemestane	Aromasin	Irreversible steroidal aromatase inactivator
Fluorouracil	5-FU	Antimetabolite
Fulvestrant	Faslodex	Estrogen receptor antagonist
Gemcitabine	Gemzar	Antimetabolite: Pyrimidine antagonist
Ixabepilone	Ixempra	Microtubule inhibitor
Lapatinib	Tykerb	Inhibitor of intracellular kinase domain of epidermal growth factor receptor (EGFR) and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)
Paclitaxel	Taxol	Microtubule inhibitor
Tamoxifene	Nolvadex Istubal	Nonsteroidal anti estrogen
Toremifene	Fareston	Nonsteroidal anti estrogen
Trastuzumab	Herceptin	Anti-human HER2 monoclonal antibody
Vinblastine	-	Microtubule inhibitor; Vinca alkaloid

Sumber : Breast Cancer NCCN Guidelines for Patient, Version 2, 2011. Robert W. et.al .

Pasien kanker payudara dengan HER2-positif kanker payudara diberi terapi adjuvant transzumab memberi kesembuhan secara keseluruhan, menurunkan resiko kematian secara signifikan (Yin, *et al*, 2011). Obat antiestrogen dapat menghentikan efek dari estrogen pada pertumbuhan sel kanker. Bekerja dengan memblok reseptornya. Tamoxifen adalah obat antiestrogen terbanyak yang digunakan untuk wanita premenopouse dengan kanker payudara ganas. Inhibitor aromatase bekerja dengan memblok protein penghasil estrogen di wanita postmenopouse. Obat ini tidak dapat menghentikan ovarium dari wanita postmenopouse membuat estrogen. Obat yang termasuk inhibitor aromatase yaitu: anastrozole; letrozole; dan exemestane (Robert, *et al*, 2011).

Terapi dengan anastazole memberikan peningkatan yang signifikan dalam kelangsungan hidup pasien kanker payudara setelah dilakukan operasi. Anastazole memberikan tingkat kekambuhan yang lebih rendah dan tingkat kematian yang lebih rendah dibanding tamoxifen (Fujiwara, *et al*, 2011).

C. Jamkesmas

1. Definisi

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin (Depkes RI, 2008).

2. Tujuan dan sasaran

a. Tujuan Penyelenggaraan JAMKESMAS

1) Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2) Tujuan Khusus:

- a) Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- b) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- c) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

b. Sasaran

Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2008).

3. Kepesertaan

Peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk penduduk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Yang selanjutnya disebut

peserta jamkesmas, yang terdaftar dan memiliki kaertu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan (Depkes RI,2011).

Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi :

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan dengan keputusan Bupati/Walikota mengacu pada:
 - 1) Data masyarakat miskin sesuai dengan data BPS 2008 dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang telah lengkap dengan nama dan alamat yang jelas (*by name by address*).
 - 2) Sisa kuota: total kuota dikurangi data BPS 2008 untuk kabupaten/kota setempat yang ditetapkan sendiri oleh kabupaten/kota setempat lengkap dengan nama dan alamat (*byname by address*) yang jelas.
- b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
- c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasarakatan serta Rumah Tahanan Negara.
- e. Ibu hamil dan melahirkan serta bayi yang dilahirkan (sampai umur 28 hari) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Tata laksana pelayanan mengacu pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

- f. Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur RS sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.

Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak termasuk dalam keputusan Bupati/Walikota maka jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas (Depkes RI, 2011).

4. Pelaksanaan pelayanan

Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi: pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) kelas III dan pelayanan gawat darurat.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

a. Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas. Untuk peserta gelandangan, pengemis, anak/orang terlantar dan masyarakat miskin penghuni panti sosial, menunjukkan surat rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat.

b. Pelayanan Tingkat Lanjut

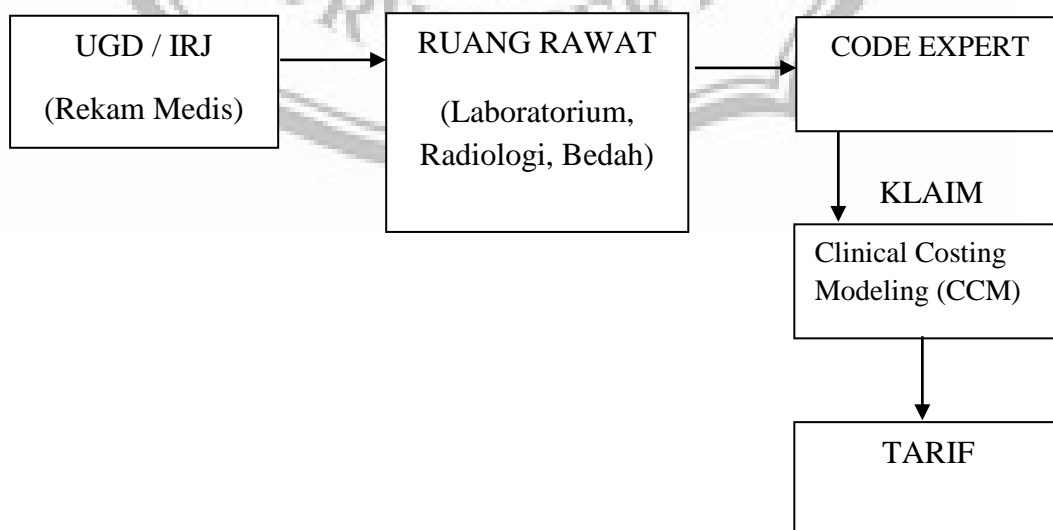
Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari puskesmas dan jaringannya ke FASKES tingkat lanjutan secara berjenjang dengan membawa kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.

Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, dan lain-lain, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan. Untuk kasus kronis lainnya seperti kasus gangguan jiwa, kusta, kasus paru dengan komplikasi, kanker, surat rujukan dapat berlaku selama 3 bulan. Pertimbangan pemberlakuan waktu surat rujukan (1 atau 3 bulan) didasarkan pada pola pemberian obat.

Untuk pelayanan obat dalam program Jamkesmas mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1455/Menkes/SK/X/2010, tanggal 4 Oktober 2010 tentang Formularium Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Dalam keadaan tertentu, bila memungkinkan RS bisa menggunakan formularium RS.

Obat hemophilia, onkologi (kanker) dan thalassaemia (HOT) dapat diklaimkan terpisah di luar paket INA-CBGs. Ketentuan obat HOT mengacu pada formularium Jamkesmas atau bila obat tersebut tidak ada dalam formularium Jamkesmas disetarakan dengan obat yang ada dalam formularium Jamkesmas.

Pelayanan Pasien Dengan Tarif Paket INA-DRG/ CBG's



Gambar 1, Alur pelayanan Pasien Jamkesmas dengan tarif paket INA-DRG/CBG's.

5. Tarif Paket INA-CBGs

SISTEM INA-CBG'S adalah kependekan dari Indonesia Case Base Group's. SISTEM INA-CBG'S adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia.

Sistem Casemix INA-CBG'S adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien² dengan karakteristik klinik yang sejenis. Case Base Groups (CBG's), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis.

INA-CBG'S merupakan kelanjutan dari aplikasi INA-DRG yang lisensinya yang berakhir setelah dikeluarkannya SURAT EDARAN MENKES No IR.03.01/I/5707/10 tentang Surat edaran lisensi Grouper INA-CBGs pada tanggal 30 September 2010. Aplikasi INA-CBG'S, lebih real dibandingkan dengan INA-DRG karena menekankan pendekatan prosedur dibanding diagnosa, sementara aplikasi INA-CBG'S lebih mengedepankan diagnosa dibandingkan prosedur.

Dalam pelaksanaan Case Mix INA-CBGs, peran koding sangat menentukan, dimana logic software yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD 10 untuk menentukan diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBGs ditentukan oleh Diagnosis dan Prosedur. Kesalahan penulisan diagnosis akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosis dalam kaidah CBGs, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta. Diagnosa penyerta terdiri dari Komplikasi dan Komorbiditas (Kemenkes RI,2010).

6. Pendanaan

Pendanaan Jamkesmas merupakan jenis belanja bantuan sosial bersumber dari APBN Kementerian Kesehatan. Dana belanja bantuan sosial sebagaimana dimaksud adalah dana yang dimaksudkan untuk mendorong pencapaian program dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas serta bukan bagian dari dana yang ditransfer ke Pemerintah Kabupaten/Kota sehingga pengaturannya tidak melalui mekanisme APBD, dan dengan demikian tidak langsung menjadi pendapatan daerah. Sumber dana berasal dari APNBN sektor Kesehatan Tahun Anggaran (Depkes RI, 2011).

Pemerintah daerah melalui APBD berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah masing-masing meliputi antara lain:

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam pertanggungjawaban kepesertaan Jamkesmas.
- b. Biaya transportasi rujukan dari rumah sakit yang merujuk ke pelayanan kesehatan lanjutan serta biaya pemulangan pasien menjadi tanggung jawab Pemda asal pasien.
- c. Biaya transportasi petugas pendamping pasien yang dirujuk.
- d. Dukungan biaya operasional manajemen Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi/Kabupaten/Kota.
- e. Biaya lain-lain di luar pelayanan kesehatan, sesuai dengan spesifik daerah dapat dilakukan oleh daerahnya (Depkes RI, 2011)