



Potensi *Medical Error* Pada Pelaksanaan Tarif INA-CBG's

Irma Zaimatuddunia^{a,1}

^a Universitas Islam Sultan Agung, Indonesia

¹ dr.irmazaimatuddunia@yahoo.com;

**email korespondensi* : dr.irmazaimatuddunia@yahoo.com

INFORMASI ARTIKEL

Sejarah Artikel

Diserahkan

2024-08-26

Diterima

2024-08-27

Dipublikasikan

2024-08-30

Kata Kunci:

INA-CBG's; *Medical Error*; Tarif

ABSTRAK

Health planning and financing is one of the factors that affect the occurrence of medical errors. Currently, the National Health Insurance system uses INA-CBG's rates which have a tertiary understanding of packages from all components in hospitals related to medical and non-medical services. Hospital treatment rates often exceed INA-CBG's tariff packages, this causes hospitals to have to carry out efficiency in shared lines, this is very risky because it can affect the quality of service when the efficiency includes matters related to patients. So from these problems, the author conducted research with the aim of discussing the potential for medical errors in the implementation of INA-CBG's tariffs. Then from the results of the study, it is known that medical error is a very important factor. In the problem, not all of them are caused by medical personnel in the hospital, but there is intervention from the management



This is an open-access article under the [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) license.

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi yang paling berisiko tinggi terkait kejadian *medical error* terutama di ruang operasi dikarenakan beragam tindakan diadakan di ruang operasi. Aksentuasi angka *medical error* dalam bidang medis bisa memaksimalkan mutu pelayanan dan meminimalisir biaya perawatan. Pencegahan angka kematian yang hampir mencapai 100 ribu orang menyebabkan kerugian sebesar \$9 miliar per tahunnya.¹

Medical error atau disebut juga dengan kesalahan medis adalah hasil yang tidak diharapkan akibat tindakan medis berbahaya atau tidak berbahaya yang bisa dicegah demi pasien serta lingkungan medis lain. *Medical error* dapat berbentuk diagnosis yang tidak lengkap atau tidak akurat, terapi serta tindakan medis yang lain. *Medical error* bisa terjadi akibat dari kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis, prosedur yang baru, pasien kasus khusus atau rumit, faktor pasien atau dikarenakan faktor dokumentasi serta komunikasi.²

¹ Indiati Viera Wardhani Sri Andarini, 'HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS: PROSES PELAYANAN OPERASI DI RUMAH SAKIT', *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15.04 (2012), doi:10.22146/jmpk.v15i04.5165.

² Helmi, 'Medical Error di Rumah Sakit, Salah Siapa?', *detikHealth* <<https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-1621448/medical-error-di-rumah-sakit-salah-siapa>> [accessed 17 February 2025].

Malpraktek medis adalah penyebab *medical error* di rumah sakit di seluruh Indonesia.³ Di Indonesia, kasus dokter yang di duga telah melakukan kelalaian medik (malpraktek) dalam kurun waktu enam tahun (2006-2012) sebanyak 182 kasus. Kelalaian medik tersebut harus dibuktikan dengan sidang oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dan Pengadilan. Laporan MKDKI menunjukkan bahwa selama ini kelalaian medik yang telah terjadi, menyebabkan perizinan praktek dari 29 dokter telah dicabut secara sementara. Dari 182 kasus kelalaian medik di seluruh Indonesia tersebut, ada 60 kasus yang disebabkan dokter umum, 49 kasus disebabkan dokter bedah, 33 kasus disebabkan dokter kandungan, serta 16 kasus disebabkan dokter spesialis anak dan kasus lain.⁴

Dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2019, MKDKI mendapat 193 pengaduan tentang dugaan malpraktek. Dari jumlah tersebut, sebanyak 34 dokter telah diberikan sanksi secara tertulis, 6 dokter diharuskan mengikuti program pendidikan kembali, dan yang paling berat, sebanyak 27 dokter telah dicabut surat tanda registrasi mereka yang secara langsung mengakibatkan surat izin praktek mereka tidak berlaku.⁵

Dari data diatas selama era Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) didapatkan peningkatan jumlah laporan pengaduan dugaan malpraktek bagi dokter khususnya dan tenaga kesehatan (Nakes) lain umumnya. Beberapa kasus yang viral di media sosial juga meningkat karena pasien lebih berani berpendapat di dunia maya. Angka kekerasan verbal dan fisik pada tenaga kesehatan juga semakin meningkat.

Berdasarkan laporan ke MKDKI, faktor kelelahan dokter dalam melayani pasien dengan jumlah yang banyak dan minimnya sarana menyebabkan peningkatan potensi terjadinya kesalahan atau kelalaian petugas medis maupun nakes lain.⁶ Waktu komunikasi yang minim dan kurangnya pemahaman masyarakat mengenai kesehatan membuat sering terjadi miskomunikasi antara dokter, nakes dan pasien atau keluarga.⁷

Sejak diberlakukannya BPJS pada januari 2014 jumlah pasien di fasilitas kesehatan semakin meningkat, hal ini mengakibatkan beban kerja nakes khususnya dokter semakin meningkat. Aturan-aturan BPJS baik dari segi administrasi maupun regulasi yang sering mengalami perubahan dengan segala tuntutan dari segi peningkatan mutu pelayanan juga menimbulkan peningkatan beban kerja yang cukup signifikan bagi seluruh Sumber Daya Manusia (SDM) di fasilitas kesehatan. Rumah sakit dan faskes lain harus patuh terhadap regulasi yang dibuat untuk mendapatkan pembayaran klaim yang sudah ditentukan berdasarkan tarif INA CBG's. Jika tidak, maka BPJS akan menunda pembayaran walaupun tindakan atau pelayanan sudah dilakukan.

Dari semua kelebihan dalam system CBGs yang diterapkan di Indonesia masih ada kekurangan dalam pengimplementasiannya. Keterlambatan BPJS melakukan pembayaran yang di klaim oleh rumah sakit menjadikan suatu permasalahan cash flow. Selain itu tarif INA-CBGs yang terlalu rendah menjadi salah satu faktor rumah sakit mengalami defisit yang berdampak kepada bagian

³ Nila Kasuma, Armasastra Bahar, and Hilaire Tegan, 'Law and Medical Disciplinary Sanctions: Enhancing Medical Practice and Health Quality in Indonesia', *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, 21.4 (2018).

⁴ SG Wibisono, 'Sampai Akhir 2012, Terjadi 182 Malpraktek', *Tempo.Co*, 2013.

⁵ kebijakankesehatanindonesia, 'Ketua MKDKI: Kami Tak Mengenal Istilah Malpraktek' <<https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/167-ketua-mkdki-kami-tak-mengenal-istilah-malpraktek>> [accessed 17 February 2024].

⁶ Rikinkumar S. Patel and others, 'Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review', *Behavioral Sciences*, 8.11 (2018), p. 98, doi:10.3390/bs8110098.

⁷ Michael B. Rothberg and others, 'The Relationship Between Time Spent Communicating and Communication Outcomes on a Hospital Medicine Service', *Journal of General Internal Medicine*, 27.2 (2012), pp. 185-89, doi:10.1007/s11606-011-1857-8.

pelayanan. Berdasarkan permasalahan tersebut maka banyak juga rumah sakit yang lebih memilih untuk menangani kasus-kasus yang lebih menguntungkan dan memilih memberikan rujukan pada kasus-kasus yang memerlukan tindakan lebih lanjut ke rumah sakit yang lebih besar. Kebanyakan rumah sakit cenderung akan mengutamakan pasien yang membayar secara mandiri dari pada pasien yang tercover oleh asuransi yang menggunakan metode fee for service karena mempertimbangkan persolan INA-CBGs tersebut. Akibatnya rumah sakit milik daerah maupun pemerintah menjadi pilihan terakhir sehingga penumpukan pasien tidak dapat dihindari. Hal inilah yang mendasari adanya diskriminasi pasien BPJS.⁸

Begitu juga dengan peralatan dan obat-obatan, rumah sakit cenderung akan memilih yang harganya disesuaikan dengan tarif yang ada. Salah satu hal yang mengakibatkan tingginya tarif perawatan rumah sakit lebih besar dari pada tarif INA-CBG's yaitu tindakan medis dalam dokumen rekam medis.⁹

Dari sisi sumber daya manusia (SDM) fasilitas kesehatan tentu saja akan melakukan efisiensi baik dalam hal jumlah maupun pembayaran ke tenaga kesehatan dan non kesehatan. Hal ini tentu saja akan mempengaruhi mutu layanan secara keseluruhan. Efisiensi ini lebih berbahaya lagi jika dikaitkan dengan pengaruh efisiensi tersebut ke potensi terjadinya *medical error*, karena kesembuhan pasien tidak hanya tergantung dari dokter atau tenaga kesehatan yang melayani akan tetapi juga obat-obatan, alat kesehatan dan sarana lain yang dibutuhkan untuk menunjang kesembuhan pasien. Siapa yang akan disalahkan jika terjadi *medical error* pada kasus tersebut. Kasus malpraktek selalu ditujukan kepada dokter atau tenaga kesehatan (nakes) padahal kita ketahui faktor kesembuhan sangat dipengaruhi oleh banyak hal termasuk sarana kesehatan yang memadai dan berkualitas.

Potensi *medical error* dalam pelaksanaan tarif INA-CBG's dapat terjadi karena sistem pembayaran berbasis paket ini membatasi biaya pelayanan kesehatan berdasarkan kelompok diagnosis dan prosedur tertentu. Dengan keterbatasan tarif yang ditetapkan, terdapat kemungkinan tenaga medis atau fasilitas kesehatan melakukan efisiensi yang berlebihan guna menekan biaya operasional, yang dapat berdampak pada penurunan kualitas pelayanan. Selain itu, risiko *medical error* juga meningkat akibat beban kerja yang tinggi pada tenaga medis, kurangnya pemeriksaan tambahan yang dianggap tidak tercover oleh INA-CBG's, serta kemungkinan kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur yang dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam penanganan pasien. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme pengawasan yang ketat serta peningkatan kualitas manajemen layanan kesehatan agar sistem INA-CBG's tetap dapat berjalan efektif tanpa mengorbankan keselamatan pasien.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif untuk mengidentifikasi dan menganalisis potensi *medical error* dalam pelaksanaan tarif INA-CBG's.¹⁰ Pendekatan ini bertujuan untuk menggali informasi secara mendalam mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap *medical error* akibat kebijakan tarif berbasis paket dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sumber Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari Data Sekunder dari Studi Kepustakaan terkait *medical error* dan sistem tarif INA-CBG's.

⁸ Dita Anggraeni, 'Pembangunan Kesehatan Akibat Tarif INA-CBGs Yang Tak Kunjung Naik', 2022.

⁹ Faik Agiwahyunto, 'TINJAUAN TARIF INA-CBGs PADA PASIEN KASUS INFARK MIOKARD AKUT DI RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG BULAN JANUARI-JUNI TAHUN 2018', *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4.3 (2019), pp. 76–82, doi:10.31943/afiasi.v4i3.65.

¹⁰ Amiruddin Amiruddin and Asikin Zainal, *Pengantar Metode Penelitian Hukum* (Raja Grafindo Persada).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 *Medical Error* Di Bidang Kesehatan

Medical error atau yang artinya kesalahan medis dapat terjadi di mana saja dalam sistem perawatan kesehatan di rumah sakit, klinik, pusat operasi, kantor dokter, panti jompo, apotek, dan rumah pasien serta dapat menimbulkan konsekuensi serius. Kesalahan dapat melibatkan obat-obatan, pembedahan, diagnosis, peralatan, atau laporan laboratorium.

Medical error adalah akibat dari kegagalan sistem dan proses yang mengakibatkan kesalahan atau eror. Institut Kedokteran mendefinisikan *medical error* sebagai kegagalan tindakan yang direncanakan.¹¹ Sebagian besar *medical error* tidak disebabkan langsung oleh kesalahan manusia, tetapi lebih sering disebabkan oleh kesalahan sistem dan kondisi kesehatan yang menyebabkan kesalahan atau kesalahan tenaga kesehatan.¹² Keselamatan pasien akan selalu dikaitkan dengan kejadian *medical error*, seperti kejadian tidak diharapkan, kejadian potensial cedera, dan kejadian hampir cedera.

Medical error adalah kegagalan dari proses yang direncanakan, dan kesalahan sekecil apa pun dapat disebut *medical error*.¹³ Pemahaman yang hanya terbatas pada kesalahan pengobatan terlalu sempit dan mengecualikan kesalahan seperti salah identitas, salah penulisan hasil laboratorium, rekam medis tidak lengkap, kurang berhasil mendidik pasien yang ceroboh, penulisan resep atau rekam medis yang tidak terbaca, ketidakcocokan infus dengan perintah dokter yang bertanggung jawab, dll. Sementara situasi ini dapat menyebabkan cedera pasien, baik ringan atau serius, jika tidak dilaporkan dan dibiarkan terus, suatu saat akan menimbulkan risiko keselamatan dan cedera yang lebih besar dan lebih serius bagi pasien. Jadi, harus ada kesamaan persepsi tentang apa itu *medical error* atau insiden keselamatan pasien.¹⁴

Insiden keselamatan pasien atau *medical error* dapat terjadi jika terdapat permasalahan kondisi atau penggunaan fasilitas yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien. Salah satu penelitian terdahulu menuliskan bahwa Sarana dan prasarana Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciracas juga berpotensi besar menimbulkan *medical incident error*.¹⁵

3.2 Potensi *Medical Error* pada Pelaksanaan Tarif INA-CBG's

Tarif INA-CBG's adalah tarif paket yang mencakup seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan medis maupun non medis. Perhitungan tarif INA-CBG dihitung berdasarkan akumulasi atau penggabungan kode diagnostik dan kode prosedur atau tindakan ke dalam kode INA-CBG's yang standar tarifnya telah ditetapkan oleh pemerintah.¹⁶

¹¹ Barry P. Chaiken and Donald L. Holmquest, 'Patient Safety: Modifying Processes to Eliminate Medical Errors', *Nursing Outlook*, 51.3 (2003), pp. S21–24, doi:10.1016/S0029-6554(03)00097-6.

¹² Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, ed. by Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson (National Academies Press (US), 2000) <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>> [accessed 17 February 2025].

¹³ Mohammad Mohammadi and others, 'A Study of the Validity and Reliability of the Questionnaire Entitled "Physicians' Approach to and Disclosure of Medical Errors and the Related Ethical Issues"', *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12 (2019), p. 2.

¹⁴ Mohammadi and others, 'A Study of the Validity and Reliability of the Questionnaire Entitled "Physicians' Approach to and Disclosure of Medical Errors and the Related Ethical Issues"'.
¹⁵ Nursalam Nursalam, *Manajemen Keperawatan* (Salemba Medika, 2011).

¹⁶ Putu Gede Wawan Swandayana and Sastrawan Sastrawan, 'Analysis of the Difference between INA-CBG Rates and Hospital Rates for Outpatient and Inpatient Services at FKRTL Provider BPJS Kesehatan Mataram City', *Prisma Sains: Jurnal Pengkajian Ilmu Dan Pembelajaran Matematika Dan IPA IKIP Mataram*, 9.2 (2021), p. 246, doi:10.33394/j-ps.v9i2.4350.

¹⁶ Putu Gede Wawan Swandayana and Sastrawan Sastrawan, 'Analysis of the Difference between INA-CBG Rates and Hospital Rates for Outpatient and Inpatient Services at FKRTL Provider BPJS Kesehatan Mataram City', *Prisma Sains: Jurnal Pengkajian Ilmu Dan Pembelajaran Matematika Dan IPA IKIP Mataram*, 9.2 (2021), p. 246, doi:10.33394/j-ps.v9i2.4350.

Besar atau kecilnya tarif INA-CBG's yang tertera pada sistem ditentukan oleh diagnosis dan prosedur tindakan medis, kesalahan dalam memberikan kode diagnosis dan kode tindakan juga dapat mempengaruhi terkait besar atau kecilnya tarif INA-CBG's yang muncul. Hal-hal yang mengakibatkan tingginya tarif perawatan rumah sakit lebih besar dari pada tarif INA-CBG's yaitu ketepatan diagnosa utama, diagnosa sekunder belum dituliskan dan tindakan medis dalam dokumen rekam medis, *length of stay* atau lama perawatan yang lebih panjang dari perkiraan, harga obat pasien lebih mahal serta tidak sesuai dalam aturan formularium nasional 2013, pemakaian alat kesehatan yang belum tercatat di sistem, pengulangan tindakan pada pasien dan belum tercatatnya biaya pemeriksaan penunjang dalam sistem.¹⁷

Penelitian ini hanya mereview cacatan rekam medis dikarenakan keterbatasan waktu dan sulitnya bahan materi terkait. Penelitian sebelumnya oleh Warsi et al. terkait Analisis Jalur Faktor Perubahan Tarif INA-CBGs untuk Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit, menyatakan bahwa,¹⁸ faktor paling signifikan yang melatarbelakangi kesalahan kode diagnosis dan perubahan *diagnosis related groups* (DRGs) adalah rendahnya kualitas pendokumentasian rekam medis. Dalam penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit di New York disebutkan bahwa keakuratan data yang dituliskan dokter di rekam medis sangat mempengaruhi hasil pengkodean.¹⁹

INA-CBG's adalah singkatan dari *Indonesian Case Base Groups*, sebuah aplikasi yang digunakan oleh rumah sakit kesehatan sekunder dan tersier untuk mengajukan klaim pembayaran kepada BPJS-Kesehatan atas layanan kesehatan yang telah mereka berikan kepada peserta BPJS-Kesehatan. INA-CBG's adalah metode pembayaran untuk perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus yang relatif sama. Sebelum pembayaran dilakukan oleh BPJS-Kesehatan ke rumah sakit, klaim yang diajukan diverifikasi. Proses verifikasi dilakukan untuk menilai keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan, serta kelengkapan dokumen pendukung. Rekam medis pasien merupakan dokumen penting dalam proses ini. BPJS-Kesehatan tidak dapat melakukan pembayaran atas klaim yang tidak sah, tidak memenuhi syarat, dan/atau tidak lengkap, yang akan dikembalikan ke rumah sakit, sehingga mengakibatkan pembayaran tertunda. Tujuan penilaian klaim adalah menilai biaya layanan medis yang diklaim, mengevaluasi manfaat anggota asuransi, dan mencegah penipuan baik yang disengaja maupun tidak disengaja.

Klaim yang tertunda terutama terkait dengan catatan medis yang tidak lengkap dan tidak akurat. Rekam medis merupakan dokumen penting dalam verifikasi klaim karena data yang tertulis dalam catatan tersebut digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk menilai keabsahan dan kelayakan klaim. Selain itu, rekam medis menjadi dasar untuk melakukan pembayaran ke fasilitas kesehatan. Pembayaran yang tertunda berpotensi mengganggu keuangan rumah sakit dan kualitas perawatan yang mereka berikan kepada pasien. Rekam medis yang tidak lengkap dan tidak akurat disebabkan oleh faktor alur rekam medis yang tumpang tindih atau bolak-balik. Contohnya, pasien kembali ke rumah setelah persetujuan dokter. Kemudian, saat pasien pulang, pihak rumah sakit harus segera membuat berkas klaim pasien. Dari alur proses diatas, klaim pasien dibawa oleh unit rekam medis ke unit verifikasi dan keuangan. Proses pengajuan klaim ini biasanya memakan waktu 20 hari. Hal ini disebabkan adanya

¹⁷ Swandayana and Sastrawan, 'Analysis of the Difference between INA-CBG Rates and Hospital Rates for Outpatient and Inpatient Services at FKRTL Provider BPJS Kesehatan Mataram City'.

¹⁸ Warsi Maryati, Novita Yuliani, and Justika Ani Ismayani, 'Path Analysis Factors of Changes in Rates of INA-CBGs for Inpatients at Hospitals', *International Proceedings The 2nd ISMoHIM 2020*, 2020.

¹⁹ Veronica Retno Setyaningsih, Mahendro Prasetyo Kusumo, and Arlina Dewi, 'THE QUALITY CONTROL OF INA-CBG'S CODING AS A CAUSE OF NEGATIVE CLAIM AT BAGAS WARAS KLATEN HOSPITAL | Setyaningsih | PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL' (UMY, 2017) <<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/2817>> [accessed 17 February 2025].

faktor aliran atau bolak-balik antara rekam medis dan unit verifikasi. Kemudian, klaim diteruskan ke unit keuangan dan dilanjutkan lagi ke unit rekam medis.²⁰

Rekam medis meliputi dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengisian rekam medis membantu dalam tertib administrasi dan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk mencapai hal tersebut, di rumah sakit, rekam medis diisi oleh dokter dan perawat sesuai dengan hasil kegiatan medis yang telah dilakukan; oleh karena itu, catatan dan dokumen medis harus diisi secara lengkap untuk menghasilkan informasi yang akurat dan berkelanjutan.²¹

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan informasi pada berkas rekam medis dengan ketepatan kode diagnosis penyakit pada berkas rekam medis rawat inap.²² Perilaku dokter dalam pengisian rekam medis dan resume medis masih banyak yang tidak sesuai aturan, penggunaan singkatan, penulisan yang tidak terbaca, dan ketidakkonsistenan penulisan.²³ Catatan tidak lengkap dalam rekam medis, terutama dalam laporan operasi.²⁴ Ketika dokumentasi dokter tidak jelas atau tidak lengkap dalam bagan, maka akan membuat kegagalan untuk menetapkan kode berdasarkan apa yang didokumentasikan dalam bagan dan dapat menyebabkan kesalahan pengkodean karena pengkodean dapat menjadi tidak akurat dengan detail yang hilang. Jika pengkode bukan staf klinis, kemungkinan salah interpretasi dapat ditemukan karena kurangnya pengetahuan medis di bidang tertentu, yang selanjutnya dapat menghasilkan kode yang salah.²⁵ Kesalahan dalam dokumentasi adalah bentuk kesalahan administrasi yang paling umum. Dari kesalahan ini, 2,4% diklasifikasikan berpotensi serius dan 10,3% berpotensi signifikan.²⁶ Salah satu dasar dalam menegakkan diagnosis di rumah sakit adalah kelengkapan rekam medis, karena rekam medis adalah naskah atau berkas yang memuat catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan penyakit lain kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain sebagai alat bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum kepada pasien pemberi pelayanan kesehatan yaitu dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, pengelola, dan pemilik sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis juga berguna dalam hal keuangan yaitu segala pelayanan

²⁰ Yahya Marpaung and others, 'Application of Failure Mode and Effects Analysis in Managing Medical Records for Accuracy of INA-CBGs Health Insurance Claims in a Tertiary Hospital in Indonesia', *Perspectives in Health Information Management*, 19.3 (2022), p. 1g.

²¹ Salmah Alaydrus and Gatot Suharto, 'PERBANDINGAN KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS ANTARA DOKTER SPESIALIS DI PAVILIUN GARUDA DAN RESIDEN DI BANGSAL PENYAKIT DALAM RSUP Dr. KARIADI SEMARANG PERIODE AGUSTUS 2010' (unpublished other, Faculty of Medicine, 2011) <<http://eprints.undip.ac.id/37190/>> [accessed 17 February 2025].

²² Yulfa Yulia and others, 'Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 Dan RM L-8 Dengan Keakuratan Pengkodean Diagnosis Appendic Pada Rekam Medis Rawat Inap Di RS. TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2021', *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 6.1 (2023), pp. 43-51, doi:10.31983/jrmik.v6i1.9192.

²³ Cicih Opitasari and Atik Nurwahyuni, 'The Completeness and Accuracy of Clinical Coding for Diagnosis and Medical Procedure on the INA-CBGs Claim Amounts at a Hospital in South Jakarta', *Health Science Journal of Indonesia*, 9.1 (2018), pp. 14-18, doi:10.22435/hsji.v9i1.464.

²⁴ Maryati, Yuliani, and Ismayani, 'Path Analysis Factors of Changes in Rates of INA-CBGs for Inpatients at Hospitals'.

²⁵ S. Sodzi-Tetty and others, 'Challenges in Provider Payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: A Case Study of Claims Management in Two Districts', *Ghana Medical Journal*, 46.4 (2012), pp. 189-99.

²⁶ Desak Ketut Ernawati, Ya Ping Lee, and Jeffery David Hughes, 'Nature and Frequency of Medication Errors in a Geriatric Ward: An Indonesian Experience', *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 10 (2014), pp. 413-21, doi:10.2147/TCRM.S61687.

yang diterima oleh pasien apabila sudah lengkap akan dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar oleh pasien. Selain itu, jenis dan jumlah kegiatan pelayanan yang dicatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya fasilitas pelayanan Kesehatan.²⁷

Menurut Depkes RI tahun 2008, sebagian besar rumah sakit di Indonesia yang menerapkan sistem casemix/INA-CBG's belum dapat membuat diagnosa yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum melakukan coding dengan baik. Apabila informasi yang terdapat pada dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi informasi data dan laporan, keakuratan tarif INA-CBG's yang selama ini digunakan sebagai metode pembayaran Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, dan pelayanan kesehatan PNS yang diselenggarakan oleh BPJS di Indonesia. Jika coder salah dalam menentukan kode diagnosa, maka besaran pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentu akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan pihak rumah sakit diuntungkan dengan selisih tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara Jamkesmas dan pasien.²⁸

Menurut penelitian Widayanti (2016), tingkat ketidakcocokan kode diagnostik rawat jalan pada rekam medis rawat jalan dan software INA CBG's mencapai 22%. Selama ini yang terjadi dalam pembiayaan kesehatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan adalah dengan *Fee-for-Service* (FFS), yaitu penyedia layanan kesehatan memungut biaya kepada pasien untuk setiap jenis pelayanan yang diberikan. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai tarif di rumah sakit. Biaya ditentukan setelah layanan selesai. Dengan sistem *fee for service*, kemungkinan terjadinya moral hazard oleh pihak rumah sakit relatif lebih besar, karena sejak awal tidak ada kesepakatan antara pihak rumah sakit dengan pasien, mengenai standar biaya dan standar lama rawat inap. Sistem INA-CBG's mengantisipasi hal-hal seperti itu terus terjadi, dengan rumah sakit INA-CBG's dituntut untuk memberikan standar pelayanan, dan yang terpenting tidak mengejar keuntungan.²⁹

Sosialisasi dalam pengajuan resume medis adalah penting. Ketidaklengkapan penulisan rekam medis pasien pada lembar resume disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dokter terkait peraturan lembar resume medis yang berlaku.³⁰ Penelitian sebelumnya menunjukkan adanya pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit Dr. RM Djoelham Binjai terjadi karena adanya ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan pengisian item dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses input, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara

²⁷ Ratih Pratiwi Sari, 'PERBANDINGAN BIAYA RIIL DENGAN TARIF PAKET INA-CBG'S DAN ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BIAYA RIIL PADA PASIEN DIABETES MELITUS RAWAT INAP JAMKESMAS DI RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA', *JURNAL ILMIAH BISNIS dan KEUANGAN*, 4.1 (2016) <<http://journal.stiei-kayutangi-bjm.ac.id/index.php/jibk/article/view/197>> [accessed 17 February 2025].

²⁸ Nurzara Anggar Widayanti, SKM MM Ibnu Mardiyoko, and SKM M. Kes (Epid) Yuli Kusumawati, 'Hubungan Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Rawat Jalan Dan Software INA CBGs Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I' (unpublished s1, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2016) <<https://eprints.ums.ac.id/45701/>> [accessed 17 February 2025].

²⁹ Widayanti, Ibnu Mardiyoko, and Yuli Kusumawati, 'Hubungan Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Rawat Jalan Dan Software INA CBGs Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I'.

³⁰ 'DOCTOR BEHAVIOR IN FILLING THE MEDICAL RESUME SHEET IN BAGAS WARAS HOSPITAL, KLATEN', *Universitas Muhammadiyah Semarang*, 2017: Proceeding International Seminar of Occupational Health and Medical Sciences (I-SOCMED) 2017 " (2017) <<https://>>.

verifikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan.³¹ Pengisian rekam medis pasien yang kurang tepat atau tidak lengkap, seperti adanya ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, maka terapi yang diberikan tidak sesuai dengan diagnosa yang ada yang telah ditetapkan oleh dokter penanggung jawab pasien.

Singkatnya, dalam hal ini potensi *medical error* pada tarif INA-CBG's yaitu ketidaklengkapan pencatatan rekam medis, diagnosis yang tidak akurat karena harus mengacu kepada tarif INA-CBG's, pemberian terapi dan tindakan yang tidak maksimal karena disesuaikan dengan tarif INA-CBG. Kinerja tenaga Kesehatan juga akan terpengaruh karena efisiensi pembiayaan oleh Rumah sakit sering berdampak pengurangan/tertundanya pembayaran/insentif.

4. KESIMPULAN

Kesalahan medis atau *medical error* terus menjadi perhatian utama dalam kedokteran selama dekade terakhir. *Medical error* memiliki kepentingan ekonomi dan dapat berkontribusi pada efek samping yang serius bagi pasien. *Medical error* mengacu pada peristiwa yang dapat dicegah akibat interaksi perawatan kesehatan, apakah peristiwa tersebut membahayakan pasien atau tidak.

Penelitian ini mengungkapkan bahwa *medical error* menjadi faktor penting, tidak sepenuhnya ditangani oleh praktisi medis dan keperawatan, yang tidak diprioritaskan oleh pihak manajemen rumah sakit. Potensi *medical error* yang bisa terjadi pada pelaksanaan tarif INA CBG's selama era BPJS dalam penelitian ini yaitu cacatan rekam medis.

Prosedur operasi standar (SOP) adalah pedoman dalam melaksanakan pekerjaan agar sesuai dengan standar. SOP berlaku untuk setiap entitas, dan harus menjadi domain penting dari sistem manajemen yang efektif untuk membantu mengembangkan sistem yang transparan, menerapkan tindakan pencegahan kesalahan, dan memfasilitasi tindakan korektif.

Staf medis harus dididik tentang penyebab *medical error*. Meskipun masih memungkinkan untuk mengalokasikan dana untuk memperbaiki tantangan infrastruktur terkait praktik medis yang aman, setiap rumah sakit harus memulai penerapan penuh tujuan keselamatan pasien sesuai dengan Undang-Undang Kementerian Kesehatan No. 1691 Tahun 2011.

Tindakan yang dilakukan pihak rumah sakit untuk mengantisipasi kerugian akibat penerapan sistem INA-CBGs adalah dengan melakukan pemantauan secara berkala untuk menghindari *medical error* dalam rekam medis yang dapat merugikan pihak rumah sakit. Berdasarkan temuan tersebut, direkomendasikan agar rumah sakit melakukan kajian utilisasi pelayanan kesehatan, serta menghitung unit cost yang sesuai untuk setiap jenis pelayanan. Rumah sakit perlu melakukan pengendalian mutu pelayanan dengan memperhatikan diagnosis dan tindakan serta pengobatan yang diberikan, sehingga tidak terjadi pelayanan yang tidak perlu. Namun juga harus memperhatikan kualitas peralatan medis dan obat-obatan yang bermutu dan sesuai kebutuhan pasien. Evaluasi penerapan sistem INA_CG's harus selalu dilakukan oleh pemerintah, perbaikan bila terjadi kelemahan harus segera dilakukan agar tidak mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.

³¹ Wayan Ary Santiasih, Asyiah Simanjorang, and Beni Satria, 'ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI', *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 7.2 (2022), pp. 1381-94, doi:10.33143/jhtm.v7i2.1703.

DAFTAR PUSTAKA

Agiwahyunto, Faik, 'TINJAUAN TARIF INA-CBGS PADA PASIEN KASUS INFARK MIOKARD AKUT DI RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG BULAN JANUARI-JUNI TAHUN 2018', *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4.3 (2019), pp. 76-82, doi:10.31943/afiasi.v4i3.65

Alaydrus, Salmah, and Gatot Suharto, 'PERBANDINGAN KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS ANTARA DOKTER SPESIALIS DI PAVILIUN GARUDA DAN RESIDEN DI BANGSAL PENYAKIT DALAM RSUP Dr. KARIADI SEMARANG PERIODE AGUSTUS 2010' (unpublished other, Faculty of Medicine, 2011) <<http://eprints.undip.ac.id/37190/>> [accessed 17 February 2025]

Amiruddin, Amiruddin, and Asikin Zainal, *Pengantar Metode Penelitian Hukum* (Raja Grafindo Persada)

Andarini, Indiaty Viera Wardhani Sri, 'HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS: PROSES PELAYANAN OPERASI DI RUMAH SAKIT', *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15.04 (2012), doi:10.22146/jmpk.v15i04.5165

Anggraeni, Dita, 'Pembangunan Kesehatan Akibat Tarif INA-CBGs Yang Tak Kunjung Naik', 2022

Chaiken, Barry P., and Donald L. Holmquest, 'Patient Safety: Modifying Processes to Eliminate Medical Errors', *Nursing Outlook*, 51.3 (2003), pp. S21-24, doi:10.1016/S0029-6554(03)00097-6

'DOCTOR BEHAVIOR IN FILLING THE MEDICAL RESUME SHEET IN BAGAS WARAS HOSPITAL, KLATEN', *Universitas Muhammadiyah Semarang*, 2017: Proceeding International Seminar of Occupational Health and Medical Sciences (I-SOCMED) 2017 " (2017) <<https://>>

Ernawati, Desak Ketut, Ya Ping Lee, and Jeffery David Hughes, 'Nature and Frequency of Medication Errors in a Geriatric Ward: An Indonesian Experience', *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 10 (2014), pp. 413-21, doi:10.2147/TCRM.S61687

Helmi, 'Medical Error di Rumah Sakit, Salah Siapa?', *detikHealth* <<https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-1621448/medical-error-di-rumah-sakit-salah-siapa>> [accessed 17 February 2025]

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, ed. by Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson (National Academies Press (US), 2000) <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>> [accessed 17 February 2025]

Kasuma, Nila, Armasastra Bahar, and Hilaire Tegnau, 'Law and Medical Disciplinary Sanctions: Enhancing Medical Practice and Health Quality in Indonesia', *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, 21.4 (2018)

kebijakankesehatanindonesia, 'Ketua MKDKI: Kami Tak Mengenal Istilah Malpraktek' <<https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/167-ketua-mkdki-kami-tak-mengenal-istilah-malpraktek>> [accessed 17 February 2024]

Marpaung, Yahya, Werry Darta Taifur, Nur Afrainin Syah, and Yusirwan Yusuf, 'Application of Failure Mode and Effects Analysis in Managing Medical Records for Accuracy of INA-CBGs Health Insurance Claims in a Tertiary Hospital in Indonesia', *Perspectives in Health Information Management*, 19.3 (2022), p. 1g

Maryati, Warsi, Novita Yuliani, and Justika Ani Ismayani, 'Path Analysis Factors of Changes in Rates of INA-CBGs for Inpatients at Hospitals', *International Proceedings The 2nd ISMoHIM 2020*, 2020

Mohammadi, Mohammad, Bagher Larijani, Seyed Mahmoud Tabatabaei, Saharnaz Nedjat, Masud Yunesian, and Fatemeh Sadat Nayeri, 'A Study of the Validity and Reliability of the Questionnaire Entitled "Physicians' Approach to and Disclosure of Medical Errors and the Related Ethical Issues"', *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12 (2019), p. 2

Nursalam, Nursalam, *Manajemen Keperawatan* (Salemba Medika, 2011)

Opitasari, Cicih, and Atik Nurwahyuni, 'The Completeness and Accuracy of Clinical Coding for Diagnosis and Medical Procedure on the INA-CBGs Claim Amounts at a Hospital in South Jakarta', *Health Science Journal of Indonesia*, 9.1 (2018), pp. 14–18, doi:10.22435/hsji.v9i1.464

Patel, Rikinkumar S., Ramya Bachu, Archana Adikey, Meryem Malik, and Mansi Shah, 'Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review', *Behavioral Sciences*, 8.11 (2018), p. 98, doi:10.3390/bs8110098

Rothberg, Michael B., John R. Steele, John Wheeler, Ashish Arora, Aruna Priya, and Peter K. Lindenauer, 'The Relationship Between Time Spent Communicating and Communication Outcomes on a Hospital Medicine Service', *Journal of General Internal Medicine*, 27.2 (2012), pp. 185–89, doi:10.1007/s11606-011-1857-8

Santiasih, Wayan Ary, Asyiah Simanjorang, and Beni Satria, 'ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI', *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 7.2 (2022), pp. 1381–94, doi:10.33143/jhtm.v7i2.1703

Sari, Ratih Pratiwi, 'PERBANDINGAN BIAYA RIIL DENGAN TARIF PAKET INA-CBG'S DAN ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BIAYA RIIL PADA PASIEN DIABETES MELITUS RAWAT INAP JAMKESMAS DI RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA', *JURNAL ILMIAH BISNIS dan KEUANGAN*, 4.1 (2016) <<http://journal.stiei-kayutangi-bjm.ac.id/index.php/jibk/article/view/197>> [accessed 17 February 2025]

Setyaningsih, Veronica Retno, Mahendro Prasetyo Kusumo, and Arlina Dewi, 'THE QUALITY CONTROL OF INA-CBG'S CODING AS A CAUSE OF NEGATIVE CLAIM AT BAGAS WARAS KLATEN HOSPITAL | Setyaningsih | PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL' (UMY, 2017) <<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/2817>> [accessed 17 February 2025]

Sodzi-Tettey, S., M. Aikins, J. K. Awoonor-Williams, and I. A. Agyepong, 'Challenges in Provider Payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: A Case Study of Claims Management in Two Districts', *Ghana Medical Journal*, 46.4 (2012), pp. 189–99

Swandayana, Putu Gede Wawan, and Sastrawan Sastrawan, 'Analysis of the Difference between INA-CBG Rates and Hospital Rates for Outpatient and Inpatient Services at FKRTL Provider BPJS Kesehatan Mataram City', *Prisma Sains : Jurnal Pengkajian Ilmu Dan Pembelajaran Matematika Dan IPA IKIP Mataram*, 9.2 (2021), p. 246, doi:10.33394/j-ps.v9i2.4350

Wibisono, SG, 'Sampai Akhir 2012, Terjadi 182 Malpraktek', *Tempo.Co*, 2013

Widayanti, Nurzara Anggar, SKM MM Ibnu Mardiyoko, and SKM M. Kes (Epid) Yuli Kusumawati, 'Hubungan Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Rawat Jalan Dan Software INA CBGs Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I' (unpublished s1, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2016) <<https://eprints.ums.ac.id/45701/>> [accessed 17 February 2025]

Yulia, Yulfa, Oktamianiza Oktamianiza, Kalasta Ayunda Putri, Deni Maisa Putra, Ramadhani Ramadhani, and Ayunda Sandony, 'Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 Dan RM L-8 Dengan Keakuratan Pengkodean Diagnosis Appendic Pada Rekam Medis Rawat Inap Di

RS. TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2021', *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 6.1 (2023), pp. 43–51, doi:10.31983/jrmik.v6i1.9192