

Templat SPO Audit Klaim JKN Pra-Kirim untuk Rumah Sakit

Kerangka prosedur yang dapat diadaptasi rumah sakit untuk memeriksa berkas klaim rawat jalan dan rawat inap sebelum dikirim ke BPJS Kesehatan.

UNTUK

Direktur, Wadir Pelayanan, Wadir Keuangan, Kabag Rekam Medis, Kepala Casemix

DI DALAM DOKUMEN

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 01 Ringkasan untuk direksi | 07 Titik kontrol tenggat |
| 02 Dasar hukum | 08 Indikator pemantauan |
| 03 Tujuan dan ruang lingkup | 09 Lembar pengesahan SPO |
| 04 Peran dan tanggung jawab | 10 Kekeliruan yang perlu dihindari |
| 05 Alur audit pra-kirim | 11 Bagaimana MedMinutes membantu |
| 06 Daftar periksa berkas dan koding | |

Pedoman INA-CBG yang berlaku (Permenkes 26/2021) sendiri mencatat bahwa permasalahan pengodean antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit mengakibatkan dispute dan pending klaim, sehingga pembayaran tertunda. Dokumen ini memberi rumah sakit kerangka Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk memeriksa berkas klaim sebelum dikirim: alur langkah, daftar periksa, titik kontrol tenggat, indikator pemantauan, dan lembar pengesahan yang Anda isi sendiri. Setiap ketentuan yang dikutip di sini merujuk langsung ke teks resmi peraturan dan surat edaran yang berlaku.

ISI DOKUMEN

- | | |
|------------------------------------|--|
| 01 Ringkasan untuk direksi | 06 Daftar periksa berkas dan koding |
| 02 Dasar hukum | 07 Titik kontrol tenggat |
| 03 Tujuan dan ruang lingkup | 08 Indikator pemantauan |
| 04 Peran dan tanggung jawab | 09 Lembar pengesahan SPO |
| 05 Alur audit pra-kirim | 10 Kekeliruan yang perlu dihindari |
| | 11 Bagaimana MedMinutes membantu |

01

Ringkasan untuk direksi

- Pemeriksaan sebelum kirim menyoroti penyebab yang oleh Permenkes 26/2021 dikaitkan dengan dispute dan pending klaim: permasalahan pengodean.
- Klaim yang melewati 6 bulan sejak pelayanan selesai tidak dapat diajukan kembali (Perpres 82/2018 Pasal 77), jadi tenggat perlu dijaga di tingkat SPO, bukan hanya diingat.
- Tenggat berita acara (10 hari) dan pembayaran (15 hari) di Pasal 76 dihitung dalam hari, bukan hari kerja.
- Sejak klaim bulan pelayanan Agustus 2026, klaim elektronik berbasis RME dapat mulai dilaksanakan oleh rumah sakit yang siap; mulai klaim bulan pelayanan Juni 2027, PDF tidak lagi dipakai sebagai dasar verifikasi kecuali kondisi tertentu.
- Templat ini tidak memuat angka target. Rumah sakit menetapkan sendiri target dan batas waktu internalnya.

02

Dasar hukum

Peraturan	Tentang	Yang relevan	Status
Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018	Jaminan Kesehatan	Pasal 76: klaim kolektif periodik dan lengkap, berita acara 10 hari, pembayaran 15 hari, denda 1% per bulan. Pasal 77: batas pengajuan 6 bulan. Pasal 78: BPJS Kesehatan dapat meminta ringkasan rekam medis	Berlaku, diubah terakhir oleh Perpres 59/2024
Permenkes Nomor 26 Tahun 2021	Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	Tugas dokter, koder, dan verifikator; aturan koding ICD-10 dan ICD-9-CM Versi Tahun 2010; episode, readmisi, fragmentasi	Berlaku; mencabut Permenkes 76/2016
Permenkes Nomor 3 Tahun 2023	Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	Pasal 49: kewajiban input seluruh komponen pelayanan pada E-Klaim INA-CBG	Berlaku; mencabut Permenkes 52/2016 beserta perubahannya
Permenkes Nomor 16 Tahun 2019	Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan	Lampiran Bab II: memanipulasi diagnosis dan/atau tindakan untuk meningkatkan besaran klaim termasuk jenis kecurangan di FKRTL. Lampiran Bab III: pencegahan oleh FKRTL antara lain penetapan prosedur internal untuk pengajuan klaim	Berlaku; mencabut Permenkes 36/2015
Permenkes Nomor 24 Tahun 2022	Rekam Medis	Pasal 19 input data klaim; Pasal 23 audit mutu internal; Pasal 29–30 keamanan dan hak akses; Pasal 31 tanda tangan elektronik; Pasal 32 kerahasiaan	Berlaku; mencabut Permenkes 269/2008
SEB Kemenkes HK.02.02/D/2431/2026, Kemendagri 400.5/8030/Dukcapil, BPJS Kesehatan 01 Tahun 2026, BSSN 43 Tahun 2026	Percepatan Implementasi RME Terintegrasi SATUSEHAT dalam Pengelolaan Klaim JKN	Butir 2: TTE Tersertifikasi untuk dokumen RME pendukung klaim; butir 5–6: tahap implementasi	Ditetapkan 30 Juli 2026

Pedoman INA-CBG yang berlaku

Permenkes 76/2016 sudah dicabut oleh Permenkes 26/2021 Pasal 4. Pastikan SPO, materi pelatihan coder, dan dokumen dispute klaim rumah sakit Anda tidak lagi merujuk peraturan lama itu.

03

Tujuan dan ruang lingkup

Tujuan SPO. Memastikan setiap berkas klaim JKN yang dikirim rumah sakit lengkap, kodenya sesuai resume medis dan aturan koding yang berlaku, serta diajukan dalam tenggat, sehingga risiko pending dan dispute berkurang.

Ruang lingkup. Klaim JKN rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjut, mulai dari pasien selesai dilayani sampai klaim dibayar atau pending ditindaklanjuti. Klaim di luar JKN tidak termasuk.

Prinsip yang dipegang SPO ini:

- Kode berasal dari apa yang ditulis dokter. Permenkes 26/2021 menetapkan bahwa sumber data koding adalah resume medis, dan bila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis.
- Koder tidak menebak. Bila menemukan kesulitan atau ketidaksesuaian dengan aturan umum pengodean, koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter.
- Satu episode, satu klaim. Permenkes 26/2021 menyatakan untuk setiap episode hanya dapat dilakukan satu kali klaim.
- Data pasien hanya bergerak lewat kanal yang ditetapkan rumah sakit. Hak akses mengikuti kebijakan pimpinan (Permenkes 24/2022 Pasal 30), dan isi rekam medis wajib dijaga kerahasiaannya (Pasal 32).

04

Peran dan tanggung jawab

Nama jabatan di bawah dapat disesuaikan dengan struktur rumah sakit Anda. Yang penting, setiap langkah punya pemilik yang jelas.

Peran	Tanggung jawab dalam SPO	Rujukan
DPJP	Menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan/prosedur; membuat resume medis lengkap, jelas, dan spesifik; menjawab klarifikasi coder	Permenkes 26/2021, Lampiran Bab I huruf C
Coder (Perekam Medis dan Informasi Kesehatan)	Mengode diagnosis dengan ICD-10 Versi Tahun 2010 dan prosedur dengan ICD-9-CM Versi Tahun 2010 dari rekam medis; input data klaim	Permenkes 26/2021 Bab I huruf C; Permenkes 24/2022 Pasal 13 dan 19

Peran	Tanggung jawab dalam SPO	Rujukan
Verifikator internal	Memeriksa ulang kelengkapan dan kesesuaian kode sebelum kirim; mencatat temuan	Ditetapkan rumah sakit
Kepala casemix	Menyetujui batch klaim untuk dikirim; memantau tenggat dan indikator; memimpin tindak lanjut pending	Ditetapkan rumah sakit
Unit keuangan	Mencocokkan pembayaran dengan klaim yang diajukan; memantau jatuh tempo pembayaran	Ditetapkan rumah sakit
Tim IT	Menjaga hak akses, integrasi SIMRS-E-Klaim, dan kesiapan tanda tangan elektronik	Permenkes 24/2022 Pasal 29–31

Verifikator internal bukan verifikator BPJS

Permenkes 26/2021 menyebut tugas verifikator BPJS Kesehatan: memverifikasi kelengkapan berkas dan kesesuaian diagnosis serta tindakan di resume medis dengan ICD-10 dan ICD-9-CM Versi Tahun 2010. SPO ini meminjam cara pandang itu agar pemeriksaan internal mendahului pemeriksaan BPJS.

05

Alur audit pra-kirim

Kolom "batas internal" diisi rumah sakit sesuai kapasitas. Angka tenggat dari peraturan dicantumkan terpisah di bagian titik kontrol tenggat.

- Pasien selesai dilayani.** DPJP melengkapi resume medis: diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan/prosedur. Batas internal: [isi, mis. jam/hari setelah pulang].
- Berkas diterima unit rekam medis atau casemix.** Petugas memeriksa kelengkapan administrasi dan dokumen pendukung dengan daftar periksa A. Berkas tidak lengkap dikembalikan ke unit asal lewat sistem internal rumah sakit, bukan lewat pesan pribadi. Batas internal: [isi].
- Koding.** Coder mengode dari resume medis, dan membuka berkas rekam medis bila perlu. Bila ada ketidaksesuaian dengan aturan pengodean, coder mengajukan klarifikasi ke DPJP. Bila klarifikasi tidak berhasil, coder memakai rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali diagnosis utama, sesuai Permenkes 26/2021.
- Input ke E-Klaim.** Seluruh komponen pelayanan, termasuk jenis pelayanan, biaya pelayanan, dan obat, diinput secara komprehensif (Permenkes 3/2023 Pasal 49).
- Verifikasi internal.** Verifikator internal memeriksa berkas dengan daftar periksa B. Rumah sakit menetapkan cakupannya: seluruh berkas, kelompok berisiko, atau sampel. Tulis pilihannya di SPO.
- Koreksi.** Temuan dikembalikan ke coder atau DPJP. Perbaikan data dilakukan oleh pemegang hak akses. Permenkes 24/2022 Pasal 30 ayat (6) membatasi perbaikan data oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan dan petugas administrasi, termasuk Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, paling lama 2x24 jam sejak data diinput; kesalahan data administratif yang diketahui setelah itu

diperbaiki dengan persetujuan Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dan/atau pimpinan (ayat 7). Koreksi selalu mengikuti pemeriksaan dan tindakan yang benar-benar tercatat, bukan kode yang diinginkan.

7. **Tanda tangan dokumen klaim.** Pastikan resume medis dan ringkasan pulang yang dipakai sebagai kelengkapan klaim ditandatangani sesuai tahap implementasi SEB 30 Juli 2026 yang berlaku bagi rumah sakit Anda (lihat catatan di bawah).
8. **Persetujuan kirim.** Kepala casemix menyetujui batch. Klaim diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap (Perpres 82/2018 Pasal 76 ayat 1). Catat tanggal pengajuan.
9. **Pantau berita acara kelengkapan.** Catat tanggal berita acara kelengkapan berkas dari BPJS Kesehatan dan hitung jatuh tempo pembayaran (lihat bagian tenggat).
10. **Tindak lanjut pending dan dispute.** Setiap klaim pending dicatat di register: alasan, pemilik tindakan, tanggal selesai. Perbaiki mengikuti langkah 3 sampai 8, lalu diajukan kembali sesuai mekanisme BPJS Kesehatan yang berlaku.
11. **Rekonsiliasi pembayaran.** Unit keuangan mencocokkan pembayaran dengan klaim yang disetujui dan mencatat keterlambatan.
12. **Evaluasi berkala.** Kepala casemix melaporkan indikator ke direksi. Temuan berulang dijadikan bahan pelatihan DPJP dan coder, serta masukan bagi audit mutu rekam medis oleh tim reviu (Permenkes 24/2022 Pasal 23).

TTE wajib untuk dokumen klaim

SEB 30 Juli 2026 butir 2 menyatakan seluruh dokumen RME, termasuk resume medis dan ringkasan pulang, yang digunakan sebagai kelengkapan pendukung pengajuan klaim JKN wajib ditandatangani secara elektronik menggunakan TTE Tersertifikasi oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan berwenang yang tervalidasi NIK Dukcapil. Permenkes 24/2022 Pasal 31 tetap berbunyi rekam medis elektronik "dapat" dilengkapi tanda tangan elektronik. Selama masa transisi, rumah sakit yang belum siap masih diperkenankan mengajukan klaim dengan dokumen pendukung format PDF (butir 5).

06

Daftar periksa berkas dan koding

Daftar ini adalah titik awal. Sesuaikan dengan jenis pelayanan rumah sakit Anda dan ketentuan administrasi klaim dari BPJS Kesehatan yang berlaku. Permenkes 3/2023 Pasal 50 menyerahkan tata kelola administrasi klaim kepada Peraturan BPJS Kesehatan.

A. Kelengkapan berkas

- ☐ Identitas peserta konsisten di seluruh dokumen, termasuk NIK dan nomor rekam medis
- ☐ Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sesuai jenis pelayanan dan tanggal episode
- ☐ Resume medis terisi: diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan/prosedur
- ☐ Resume medis memuat nama DPJP dan tanda tangan sesuai tahap implementasi TTE rumah sakit
- ☐ Ringkasan pulang tersedia untuk pasien rawat inap
- ☐ Hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis terlampir
- ☐ Laporan operasi atau laporan tindakan tersedia untuk setiap prosedur yang dikode
- ☐ Rincian biaya pelayanan sesuai yang diinput di E-Klaim
- ☐ Dokumen khusus kasus tertentu tersedia, misalnya lembar WHODAS 2.0 yang ditandatangani DPJP untuk special CMG subakut dan kronis pasien psikiatri dan kusta
- ☐ Tanggal masuk, tanggal keluar, dan cara pulang konsisten antara SIMRS, rekam medis, dan E-Klaim

B. Kesesuaian koding

- ☐ Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan pada akhir episode yang menyebabkan pasien dirawat atau diperiksa lebih lanjut
- ☐ Bila ada lebih dari satu diagnosis, diagnosis utama dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak dengan tetap berpedoman pada aturan koding, kecuali kondisi tertentu yang disepakati Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan
- ☐ Diagnosis sekunder adalah komorbiditas atau komplikasi yang membutuhkan pelayanan atau tatalaksana selama episode, sesuai definisi Permenkes 26/2021
- ☐ Setiap kode diagnosis dan prosedur punya dasar tertulis di resume medis atau rekam medis
- ☐ Diagnosis memakai ICD-10 Versi Tahun 2010; prosedur memakai ICD-9-CM Versi Tahun 2010
- ☐ Bila diagnosis utama memakai kode dagger (†) dan asterisk (*), kode dagger menjadi diagnosis utama dan kode asterisk menjadi diagnosis sekunder (Permenkes 26/2021)
- ☐ Prosedur yang dikode sesuai laporan operasi atau laporan tindakan
- ☐ Klarifikasi dengan DPJP tercatat bila coder mengubah atau memilih kembali diagnosis utama
- ☐ Rawat jalan: rangkaian konsultasi dan pemeriksaan penunjang pada hari pelayanan yang sama dihitung satu episode, dengan ketentuan tambahan episode rawat jalan
- ☐ Rawat inap berulang dengan diagnosis utama yang sama dalam 30 hari diperiksa terhadap ketentuan readmisi dan pengecualiannya
- ☐ Rawat jalan berulang dengan diagnosis yang sama dalam 7 hari diperiksa terhadap ketentuan fragmentasi dan pengecualiannya

Catat alasan setiap koreksi

Kolom alasan koreksi yang singkat ("DU diganti setelah klarifikasi DPJP", "prosedur tanpa laporan tindakan") akan menjadi data paling berguna saat Anda mengevaluasi SPO tiga bulan kemudian.

07

Titik kontrol tenggat

Angka di kolom "Ketentuan" berasal dari Perpres 82/2018. Kolom "Batas internal" diisi rumah sakit dan sebaiknya lebih ketat daripada batas peraturan.

Titik kontrol	Ketentuan	Batas internal RS
Pengajuan klaim	Paling lambat 6 bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan; bila terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali (Pasal 77 ayat 1 dan 3)	[isi]
Berita acara kelengkapan berkas	BPJS Kesehatan harus mengeluarkannya paling lambat 10 hari sejak klaim diajukan dan diterima; bila tidak, berkas dinyatakan lengkap (Pasal 76 ayat 2 dan 3)	Pantau hari ke-[isi]
Pembayaran	Paling lambat 15 hari sejak berita acara kelengkapan terbit, atau sejak berkas dinyatakan lengkap (Pasal 76 ayat 4); jatuh pada hari libur dibayar hari kerja berikutnya (ayat 5)	Rekonsiliasi hari ke-[isi]
Keterlambatan pembayaran	BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 bulan keterlambatan (Pasal 76 ayat 6)	Catat di register keuangan
Resume medis selesai	Tidak diatur angkanya dalam peraturan di atas	[isi]
Koding dan verifikasi internal selesai	Tidak diatur angkanya dalam peraturan di atas	[isi]
Perbaikan data RME	Paling lama 2x24 jam sejak data diinput (Permenkes 24/2022 Pasal 30 ayat 6)	Ikuti ketentuan

Hari, bukan hari kerja

Pasal 76 Perpres 82/2018 menulis "10 (sepuluh) hari" dan "15 (lima belas) hari" untuk FKRTL, tanpa kata "kerja". Hitung jatuh tempo dengan kalender biasa.

08

Indikator pemantauan

Isi kolom target dan hasil sesuai data rumah sakit Anda sendiri. Templat ini sengaja tidak memberi angka acuan.

Indikator	Cara hitung	Sumber data	Target RS	Hasil bulan ini
Persentase klaim pending	$\text{Klaim pending} \div \text{klaim diajukan} \times 100\%$	Register klaim	[isi]	[isi]
Persentase klaim dispute	$\text{Klaim dispute} \div \text{klaim diajukan} \times 100\%$	Register klaim	[isi]	[isi]
Temuan verifikasi internal	$\text{Berkas dengan temuan} \div \text{berkas diperiksa} \times 100\%$	Log verifikasi internal	[isi]	[isi]
Waktu siklus pulang-kirim	Rata-rata hari dari pasien pulang sampai klaim diajukan	SIMRS dan register klaim	[isi]	[isi]
Waktu siklus kirim-bayar	Rata-rata hari dari pengajuan sampai pembayaran diterima	Register keuangan	[isi]	[isi]
Resume medis tepat waktu	$\text{Resume selesai dalam batas internal} \div \text{seluruh resume} \times 100\%$	Rekam medis	[isi]	[isi]
Waktu penyelesaian pending	Rata-rata hari dari status pending sampai diajukan kembali	Register pending	[isi]	[isi]
Klaim mendekati batas 6 bulan	Jumlah klaim belum diajukan yang pelayanannya selesai lebih dari [isi] bulan lalu	Register klaim	[isi]	[isi]
Alasan pending terbanyak	Tiga alasan dengan frekuensi tertinggi bulan ini	Register pending	—	[isi]

09

Lembar pengesahan SPO

Lembar ini bukan format resmi Kementerian Kesehatan atau BPJS Kesehatan. Sesuaikan dengan format pengendalian dokumen yang sudah berlaku di rumah sakit Anda.

Komponen	Isian
Nama rumah sakit	[isi]
Judul SPO	Audit Klaim JKN Pra-Kirim
Nomor dokumen	[isi]
Nomor revisi	[isi]
Halaman	[isi]
Tanggal terbit	[isi]
Ditetapkan oleh	[jabatan pimpinan rumah sakit]

Komponen	Isian
Tanda tangan	[isi]
Disusun oleh	[jabatan]
Diperiksa oleh	[jabatan]
Unit terkait	Rekam medis, casemix, pelayanan medis, keuangan, tim IT
Jadwal tinjauan ulang	[isi, mis. setiap 12 bulan atau saat ada peraturan baru]

Riwayat revisi

Revisi	Tanggal	Bagian yang diubah	Alasan
[isi]	[isi]	[isi]	[isi]

10

Kekeliruan yang perlu dihindari

- **Menghitung tenggat Pasal 76 dalam hari kerja.** Teks untuk FKRTL menulis "hari".
- **Merujuk Permenkes 76/2016.** Pedoman INA-CBG yang berlaku adalah Permenkes 26/2021.
- **Menulis bahwa Permenkes 24/2022 mewajibkan TTE.** Pasal 31 berbunyi "dapat". Kewajiban TTE Tersertifikasi datang dari SEB 30 Juli 2026 dan berlaku untuk dokumen RME pendukung klaim JKN.
- **Coder mengubah diagnosis tanpa jejak klarifikasi.** Permenkes 26/2021 meminta coder mengklarifikasi dengan dokter bila menemukan ketidaksesuaian.
- **Menggunakan kanal pribadi untuk berkas klaim.** Isi rekam medis wajib dijaga kerahasiaannya (Permenkes 24/2022 Pasal 32). Gunakan sistem rumah sakit dengan hak akses yang ditetapkan pimpinan.
- **Mengubah resume medis agar sesuai kode yang diinginkan.** Permenkes 16/2019 menggolongkan manipulasi diagnosis dan/atau tindakan untuk meningkatkan besaran klaim sebagai kecurangan (fraud) di FKRTL. Audit pra-kirim memperbaiki ketidaksesuaian, bukan menaikkan tarif.
- **Menunda pemeriksaan sampai berkas menumpuk.** Batas 6 bulan pada Pasal 77 bersifat final: klaim yang lewat tidak dapat diajukan kembali.

Bagaimana MedMinutes membantu

BPJScan (<https://medminutes.io/bpjscan.html>) membaca file TXT klaim dari E-Klaim atau INA-CBG dan menjalankan 100+ analisis dalam 9 kategori, sehingga langkah verifikasi internal dalam SPO ini tidak bergantung pada sampel saja. Menu yang relevan antara lain Purifikasi (duplikasi, kelengkapan, SEP terbit di hari libur), Audit Koding ICD-10 (kode gabung, urutan, excludes), serta analisis fragmentasi dan readmisi. Tim casemix tetap yang memutuskan setiap koreksi bersama DPJP.

Sumber

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. JDIH BPK, diakses 27 September 2026.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/94711>
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan, diundangkan 30 Agustus 2021.
<https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-26-tahun-2021>
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan, diundangkan 9 Januari 2023.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/275518/permenkes-no-3-tahun-2023>
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan, diundangkan 31 Juli 2019. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/129762/permenkes-no-16-tahun-2019>
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Kementerian Kesehatan.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/245544>
6. Surat Edaran Bersama Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.02/D/2431/2026, Kementerian Dalam Negeri Nomor 400.5/8030/Dukcapil, BPJS Kesehatan Nomor 01 Tahun 2026, dan BSSN Nomor 43 Tahun 2026 tentang Percepatan Implementasi Rekam Medis Elektronik Terintegrasi SATUSEHAT dalam Pengelolaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional, ditetapkan 30 Juli 2026. Rilis resmi: <https://setjen.kemkes.go.id/news/kemenkes-perkuat-tata-kelola-klaim-jkn-melalui-integrasi-rekam-medis-elektronik-dengan-satusehat>
7. BPJScan, MedMinutes. <https://medminutes.io/bpjscan.html>

TENTANG

MedMinutes

MedMinutes membangun perangkat lunak untuk rumah sakit Indonesia: audit klaim BPJS, rekam medis elektronik, integrasi SATUSEHAT, dan pengelolaan jasa pelayanan. Produk yang berkaitan dengan dokumen ini:

BPJScan

Audit dan optimasi klaim BPJS: menganalisis berkas klaim dan menandai potensi optimasi di tiap klaim, termasuk audit koding ICD-10 dan simulasi iDRG.

medminutes.io/bpjscan.html

BATASAN

Dokumen ini panduan umum untuk membantu rumah sakit menyusun proses internalnya. Bukan nasihat hukum dan tidak menggantikan teks resmi peraturan. Isi akurat per 27 September 2026; selalu periksa peraturan dan ketentuan BPJS Kesehatan terbaru sebelum menetapkan kebijakan.

LISENSI · CC BY-ND 4.0

Boleh disalin dan dibagikan utuh dengan menyebut sumber. Tidak boleh diubah.

creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.id

CARA MENGUTIP

MedMinutes. (2026). Templat SPO Audit Klaim JKN Pra-Kirim untuk Rumah Sakit (Versi 1.0, MM-PDN-01).
<https://medminutes.io/panduan/spo-audit-klaim-jkn-pra-kirim/>

VERSI TERBARU

medminutes.io/panduan/spo-audit-klaim-jkn-pra-kirim/