

Strategi Koordinasi Antar Unit Kerja dalam Mencegah Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah Kota Serang

Mayang Wulandari¹, Rian Andriani², Kahar Mulyani³

^{1,2,3} Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

mayangw14@gmail.com¹

ABSTRACT

Delays in submitting BPJS claims are a crucial challenge in the hospital financing system, having a direct impact on cash flow and service quality. At Jannah Hospital in Serang City, this problem is chronic, with pending claims reaching hundreds of cases and receivables value of hundreds of millions of rupiah. This study aims to examine the coordination strategy between work units in preventing delays in submitting BPJS claims, using Henry Mintzberg's coordination theory approach which includes five mechanisms: mutual adjustment, direct supervision, work process standardization, output standardization, and skill standardization. The methodology used is a qualitative approach with a case study design. Data collection techniques include in-depth interviews, participatory observations, and document studies. The research informants totaled 21 people consisting of structural officials, medical staff, administration, casemix, and other related units. The data were analyzed using thematic analysis methods to identify coordination patterns and key barriers. The results of the study showed weak coordination systems across units as the main cause of delays. It was found that strengthening direct supervision and standardization of work processes is a key strategy. This study recommends the establishment of cross-unit SOPs, improved staff skills training, and integrated reporting systems as solutions to speed up and streamline the claims process.

Keywords: coordination, BPJS claims, hospitals, Mintzberg Theory, late claims.

ABSTRAK

Keterlambatan pengajuan klaim BPJS merupakan tantangan krusial dalam sistem pembiayaan rumah sakit, berdampak langsung pada arus kas dan kualitas pelayanan. Di Rumah Sakit Jannah Kota Serang, masalah ini bersifat kronis, dengan klaim pending mencapai ratusan kasus dan nilai piutang ratusan juta rupiah. Penelitian ini bertujuan mengkaji strategi koordinasi antar unit kerja dalam mencegah keterlambatan pengajuan klaim BPJS, menggunakan pendekatan teori koordinasi Henry Mintzberg yang mencakup lima mekanisme: penyesuaian mutual, supervisi langsung, standarisasi proses kerja, standarisasi output, dan standarisasi keterampilan. Metodologi yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Teknik pengumpulan data meliputi wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan studi dokumen. Informan penelitian berjumlah 21 orang yang terdiri dari pejabat struktural, staf medis, administrasi, casemix, serta unit terkait lainnya. Data dianalisis menggunakan metode analisis tematik untuk mengidentifikasi pola koordinasi dan hambatan utama. Hasil penelitian menunjukkan lemahnya sistem koordinasi lintas unit sebagai penyebab utama keterlambatan. Ditemukan bahwa penguatan supervisi langsung dan standarisasi proses kerja menjadi strategi kunci. Penelitian ini merekomendasikan pembentukan SOP lintas unit, peningkatan pelatihan keterampilan staf, serta sistem pelaporan terpadu sebagai solusi untuk mempercepat dan mengefektifkan proses klaim.

Kata Kunci: koordinasi, klaim BPJS, rumah sakit, Teori Mintzberg, keterlambatan klaim

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara Indonesia. Namun, implementasi JKN di fasilitas kesehatan masih menghadapi berbagai masalah administratif, salah satunya adalah keterlambatan pengajuan klaim yang berdampak pada arus kas dan kualitas pelayanan rumah sakit. Laporan Kinerja BPJS Kesehatan tahun 2023 menyebutkan bahwa 32,7% rumah sakit mengalami keterlambatan klaim lebih dari 14 hari, yang menghambat pembayaran klaim. Ketua Umum Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), Iing Ichsan Hanafi, juga mencatat meningkatnya keluhan terkait klaim mandek dan keterlambatan pencairan, yang sebagian besar disebabkan oleh masalah pengajuan klaim yang terlambat oleh pihak rumah sakit (Kompas, Agustus 2024).

Di Rumah Sakit Jannah Kota Serang, masalah keterlambatan klaim BPJS telah menjadi persoalan kronis. Laporan manajemen menunjukkan bahwa dari Juli 2024 hingga Januari 2025, klaim sering terlambat hingga 20 hari, dengan 730 klaim pending dan 143 klaim tidak layak, mencapai piutang sebesar Rp 750.876.200. Hal ini mengganggu perencanaan keuangan dan berisiko menurunkan kualitas pelayanan. Berdasarkan Panduan Praktis Administrasi Klaim BPJS Kesehatan 2023, pengajuan klaim harus dilakukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya setelah pelayanan. Keterlambatan pengajuan dapat menyebabkan penundaan verifikasi dan pencairan dana oleh BPJS.

Wawancara awal dengan beberapa unit di Rumah Sakit Jannah menunjukkan bahwa penyebab utama keterlambatan bukan hanya faktor teknis seperti kelengkapan dokumen, tetapi lebih pada kurangnya koordinasi antar unit kerja. Unit rekam medis melaporkan bahwa resume medis sering terlambat diterima dari DPJP. Unit keuangan mengeluhkan tidak adanya sistem pelaporan yang cepat untuk berkas tidak lengkap, sementara unit casemix mengungkapkan bahwa belum ada SOP lintas unit yang jelas terkait penanganan klaim. Masalah ini mencerminkan kesenjangan antara realitas yang ada (Das Sein) dan kondisi ideal yang diharapkan (Das Sollen), yaitu pengajuan klaim yang cepat dan tepat waktu sesuai dengan regulasi BPJS.

Penelitian terdahulu memberikan landasan penting bagi studi ini. Emilia Yuli R. Putri dkk (2022) menemukan bahwa keterlambatan klaim disebabkan oleh miskomunikasi antar SDM dan ketidakadaan SOP. Raditya Kevin Adrianto Taslim dkk (2024) menekankan bahwa ketidakpatuhan SDM dan kurangnya koordinasi struktural menjadi penghambat klaim, sementara Yeni Tri Utami dkk (2025) menyoroti pentingnya struktur manajerial berbasis SOP untuk mengurangi klaim pending. Namun, belum ada penelitian yang secara komprehensif membahas strategi koordinasi lintas unit untuk mencegah keterlambatan klaim.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini berjudul "Strategi Koordinasi Antar Unit Kerja dalam Mencegah Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah Kota Serang" karena permasalahan ini merupakan tantangan yang dihadapi banyak rumah sakit di Indonesia, khususnya dalam mengelola klaim BPJS. Pengajuan klaim yang tepat waktu menjadi indikator penting dalam menjaga keberlanjutan

pelayanan dan kestabilan keuangan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji bagaimana strategi koordinasi antar unit kerja dapat dioptimalkan untuk mencegah keterlambatan klaim. Pendekatan yang digunakan adalah teori koordinasi dari Henry Mintzberg, yang menekankan lima mekanisme koordinasi: mutual adjustment, direct supervision, standardization of work processes, standardization of outputs, dan standardization of skills. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi strategis untuk meningkatkan efektivitas manajemen klaim di rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk memahami secara mendalam strategi koordinasi antar unit kerja dalam mencegah keterlambatan pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah Kota Serang. Tujuan ini dirancang untuk memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen pelayanan kesehatan, sekaligus menawarkan solusi praktis bagi institusi pelayanan kesehatan yang menghadapi tantangan serupa. Secara lebih spesifik, tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut: (1) Menganalisis bagaimana penyesuaian mutual (Mutual Adjustment) antar unit kerja di Rumah Sakit Jannah berkontribusi dalam mencegah keterlambatan pengajuan klaim BPJS. (2) Menganalisis peran supervisi langsung (Direct Supervision) dalam memastikan bahwa pengajuan klaim BPJS dilakukan tepat waktu dan sesuai prosedur di Rumah Sakit Jannah. (3) Mengidentifikasi sejauh mana standarisasi proses kerja (Standardization of Work Processes) dalam pengelolaan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah membantu mempercepat proses klaim dan mengurangi kesalahan. (4) Menganalisis bagaimana penerapan standarisasi output (Standardization of Outputs) dalam pengelolaan klaim BPJS dapat meningkatkan akurasi dan ketepatan waktu pengajuan klaim di Rumah Sakit Jannah. (5) Mengidentifikasi bagaimana standarisasi keterampilan (Standardization of Skills) di antara staf Rumah Sakit Jannah dapat mempengaruhi efektivitas dan efisiensi pengajuan klaim BPJS.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jannah Kota Serang, yang berlokasi di Jl. KH Abdul Hadi No.20, Kebon Jahe, Serang, Banten, dari Januari hingga Agustus 2025. Rumah sakit ini dipilih karena secara rutin menghadapi tantangan keterlambatan pengajuan klaim BPJS dan memiliki struktur organisasi yang kompleks, memungkinkan eksplorasi mendalam mengenai koordinasi antar unit kerja. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus, yang bertujuan memahami proses koordinasi dan faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pengajuan klaim BPJS secara menyeluruh melalui wawancara semi-terstruktur, observasi lapangan, dan telaah dokumen, sesuai dengan karakteristik penelitian kualitatif menurut Moeleong (2006:6).

Partisipan penelitian terdiri dari individu yang terlibat langsung dalam pengelolaan klaim BPJS, seperti kepala dan staf unit Casemix, Kasir dan Keuangan, Pelayanan Medis dan Rekam Medis, serta pihak supervisi atau manajemen rumah sakit. Pemilihan partisipan menggunakan purposive sampling berdasarkan kriteria

relevansi dengan tujuan penelitian. Seluruh proses dilakukan di lingkungan kerja alami rumah sakit untuk mendapatkan data yang autentik dan kontekstual.

Pengumpulan data dilakukan dengan instrumen utama peneliti, dibantu pedoman wawancara semi-terstruktur, catatan lapangan, serta dokumentasi dan studi dokumen internal rumah sakit. Tahapannya meliputi persiapan instrumen, uji coba dan triangulasi awal, pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam dan catatan lapangan, pengumpulan data sekunder melalui dokumen administratif, dan triangulasi untuk validasi data. Catatan lapangan juga digunakan sebagai bukti empiris, sebagaimana dijelaskan oleh Jessen et al. (2022), bahwa seluruh indera peneliti ikut berperan dalam pengumpulan data.

Analisis data dilakukan dengan pendekatan tematik (thematic analysis) yang mengacu pada teori koordinasi Henry Mintzberg. Proses analisis dimulai dengan identifikasi dan transkripsi data, kategorisasi berdasarkan tema relevan seperti mutual adjustment, direct supervision, standardization of work processes, outputs, dan skills, kemudian kodifikasi sistematis. Data direduksi untuk menghilangkan informasi tidak relevan, dipetakan pola interaksi dan strategi koordinasi antar unit, dan akhirnya disintesis menjadi narasi temuan yang menjawab pertanyaan penelitian secara komprehensif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Keterlibatan Unit Kerja dalam Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah Kota Serang

Unit Casemix di Rumah Sakit Jannah berperan sebagai pusat pengajuan klaim BPJS, bertanggung jawab mengelompokkan data pelayanan pasien menggunakan sistem INA-CBG's. Unit ini mengonversi data klinis menjadi kode standar untuk perhitungan tarif klaim JKN dan memiliki peran dominan dalam menyusun dokumen klaim sebelum diajukan, melalui koordinasi intens dengan DPJP, unit rekam medis, dan unit keuangan. Unit Casemix juga melakukan validasi internal dokumen sebelum pengiriman daring, serta berfungsi sebagai Technostructure menurut Mintzberg, dengan koordinasi melalui standardization of work processes untuk menjaga konsistensi dan akurasi.

Unit Kasir memiliki peran penting dalam proses klaim meskipun bersifat administratif, mencakup penerbitan kuitansi atau bukti nihil pembayaran pasien JKN dan mendokumentasikan biaya pasien umum untuk audit internal. Koordinasi dengan unit Casemix dan keuangan dilakukan secara periodik, terutama untuk pasien dengan perubahan status. Dalam kerangka Mintzberg, unit kasir termasuk Support Staff, dengan peran yang bergantung pada koordinasi informal dan prosedural melalui mutual adjustment.

Unit Keuangan bertugas mencatat pendapatan rumah sakit dari klaim BPJS, memantau piutang, membuat laporan keuangan bulanan, dan menyusun rencana keuangan berdasarkan arus kas klaim. Keterlambatan klaim berdampak langsung pada arus kas, sehingga unit ini aktif mendorong penyelesaian klaim melalui koordinasi lintas unit. Unit keuangan merepresentasikan Middle Line dalam struktur

Mintzberg, dengan koordinasi melalui standardization of outputs untuk mencapai target pendapatan dari BPJS.

Unit Pelayanan Medis menjadi sumber utama informasi klinis untuk klaim, di mana diagnosis dan prosedur DPJP menentukan tarif INA-CBG's. Kendala dalam pencatatan diagnosis sekunder dan kronologis prosedur berdampak pada pengkodean oleh unit Casemix. Unit ini diharapkan melakukan dokumentasi lengkap dan akurat, termasuk resume medis dan CPPT yang menjadi syarat administratif klaim.

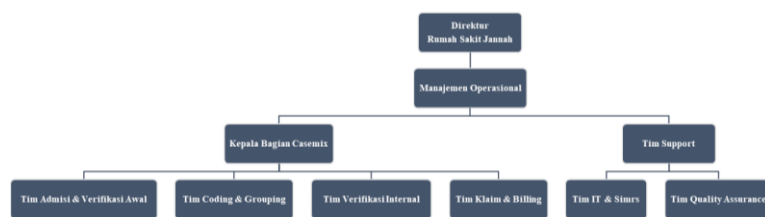
Unit Rekam Medis bertugas menyimpan dan menyediakan dokumen medis lengkap untuk pengkodean klaim, termasuk resume pasien, hasil laboratorium, CPPT, dan surat kontrol. Keterlambatan pengisian atau pengembalian dokumen dari DPJP ke unit ini menyebabkan penundaan klaim. Unit Rekam Medis merupakan Support Staff yang krusial sebagai simpul data dan informasi, dengan koordinasi melalui standardization of skills dan work process, termasuk pelatihan petugas rekam medis dan tenaga medis.

Manajer Rumah Sakit memiliki peran strategis dalam pengelolaan klaim BPJS, menetapkan kebijakan internal terkait penjadwalan klaim, toleransi keterlambatan, serta strategi penyelesaian klaim pending, dispute, atau ditolak. Manajemen aktif memonitor progres klaim dan mengadakan rapat koordinasi antar-unit jika terjadi kendala. Dalam struktur Mintzberg, manajemen merupakan Strategic Apex yang menggunakan semua mekanisme koordinasi, terutama mutual adjustment, direct supervision, dan standardization of outputs, untuk memastikan klaim diajukan tepat waktu dan akurat.

Struktur Organisasi Terkait Pengelolaan Klaim BPJS

Dalam upaya memastikan proses pengelolaan klaim BPJS berjalan secara efektif dan efisien, Rumah Sakit Jannah menetapkan struktur organisasi berlapis yang terdiri atas lima tingkatan, masing-masing dengan peran dan tanggung jawab yang saling terintegrasi. Struktur ini mencerminkan pembagian tugas secara hierarkis dan fungsional, serta mendukung sistem koordinasi yang terstruktur dalam pengelolaan klaim BPJS.

Struktur organisasi pengelolaan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah menunjukkan adanya sistem koordinasi vertikal yang terstruktur mulai dari pengambil keputusan strategis hingga pelaksana teknis dan pendukung sistem. Kekuatan struktur ini terletak pada kejelasan peran masing-masing tingkat dan koordinasi fungsional yang saling melengkapi untuk mencapai efisiensi klaim dan kepatuhan terhadap ketentuan BPJS Kesehatan.

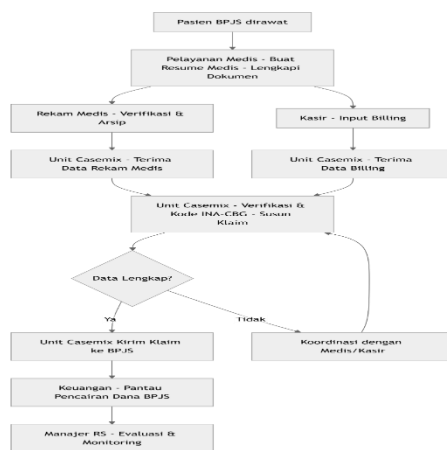


Gambar 1. Diagram Struktur Organisasi Klaim Rumah Sakit Jannah Kota Serang

Alur Koordinasi Antar Unit Dalam Proses Klaim BPJS

Proses klaim BPJS merupakan salah satu aspek krusial dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keberhasilan proses ini sangat bergantung pada koordinasi lintas unit kerja, mulai dari pelayanan medis, rekam medis, kasir, unit Casemix, hingga bagian keuangan. Koordinasi yang buruk dapat mengakibatkan keterlambatan pengajuan klaim, berkas klaim tidak lengkap, dan akhirnya klaim pending yang merugikan rumah sakit.

Koordinasi antar unit dalam proses klaim BPJS tidak hanya berkaitan dengan alur kerja administratif, namun juga mencerminkan integrasi fungsi-fungsi rumah sakit dalam menjamin keberlangsungan sistem pembiayaan. Peran unit Casemix sebagai pusat koordinasi sangat penting, dan harus didukung dengan komunikasi lintas unit yang efektif, sistem pelaporan yang real-time, serta komitmen dari seluruh bagian untuk menjamin kelengkapan dan ketepatan data klaim.



Gambar 2. Alur Koordinasi Klaim Rumah Sakit Jannah Kota Serang

Penyesuaian Mutual (*Mutual Adjustment*)

Temuan terkait *mutual adjustment* menunjukkan bahwa fleksibilitas komunikasi dan koordinasi informal antar unit di Rumah Sakit Jannah menjadi faktor utama dalam mengatasi hambatan pengajuan klaim BPJS. Komunikasi informal, seperti melalui WhatsApp, telepon internal, tatap muka, dan pesan singkat, terbukti mempercepat penyelesaian masalah dan menciptakan ruang adaptasi yang lincah meski ada keterbatasan prosedural. Salah satu responden dari unit pelayanan medis

menyatakan, "Kalau hasil USG belum masuk, saya langsung hubungi bagian radiologi tanpa prosedur. Kita fleksibel, yang penting klaim bisa jalan." Ini menunjukkan bahwa keberhasilan koordinasi tidak selalu bergantung pada struktur formal, tetapi pada kecepatan dan inisiatif individu dalam merespons situasi kritis, sesuai dengan konsep **mutual adjustment** yang dijelaskan oleh Mintzberg (1993), yaitu koordinasi yang dilakukan melalui komunikasi informal yang langsung dan spontan antar anggota organisasi.

Tabel 1. Contoh Nyata Kolaborasi Antar Unit

Unit Yang Terlibat	Kondisi	Tindakan Kolaboratif
Pelayanan Medis & Penunjang Medis	Hasil Penunjang medis belum diinput di EMR	Koordinasi langsung untuk input cepat
Kasir & Rekam Medis	Ketidaksesuaian data SEP pasien rawat jalan	Koreksi data segera tanpa prosedur formal
Casemix & Rawat Inap	Dokumen pendukung klaim belum lengkap	Permintaan langsung ke unit rawat inap
Pelayanan Medis & Direktur	Direktur tidak hadir untuk tanda tangan	Permintaan via Whatsapp untuk wakil tanda tangan
Pendaftaran & Rekam Medis	Data pasien tidak cocok dengan system SEP	Klarifikasi langsung ke dokter atau unit terkait

Namun demikian, temuan ini juga menunjukkan adanya keterbatasan. Meskipun sebagian besar staf menilai pendekatan informal ini sangat efektif, terdapat suara minor yang menyatakan bahwa koordinasi informal hanya "sedikit membantu". Ini menunjukkan bahwa efektivitas mutual adjustment sangat bergantung pada kultur kerja kolaboratif dan kapasitas individu. Tanpa adanya standar minimum atau sistem pemantauan yang mengarahkan bentuk penyesuaian ini, koordinasi spontan dapat menjadi tidak terstruktur, berisiko menimbulkan ketergantungan pada inisiatif personal, dan menyulitkan institusionalisasi praktik terbaik.

Pada penelitian ini muncul pula pola bahwa fleksibilitas tinggi justru menjadi semacam kompensasi terhadap belum optimalnya sistem formal seperti SOP dan pelatihan. Dalam konteks ini, mutual adjustment bukan hanya strategi, tetapi juga refleksi dari kebutuhan akan sistem yang lebih adaptif dan responsif terhadap dinamika di lapangan. Dengan demikian, keberadaan mutual adjustment di Rumah Sakit Jannah menjadi indikator penting bahwa di tengah kompleksitas birokrasi kesehatan, fleksibilitas operasional menjadi alat survival sekaligus peluang untuk membangun sistem koordinasi yang lebih efisien.

Tabel 2. Perbandingan Keberhasilan Dan Hambatan Koordinasi Fleksibel

Aspek	Keberhasilan	Hambatan
Respon Waktu	Mempercepat tanggapan terhadap masalah klaim	Belum merata di seluruh unit
Efisiensi Kerja	Mengurangi Keterlambatan Klaim	Tergantung pada inisiatif dan kedekatan antar staf
Alur Dokumentasi	Fleksibel dan adaptif terhadap perubahan alur kerja	Tidak terdokumentasi secara formal, beresiko miskomunikasi
Kepemimpinan Informal	Inisiatif staf terbukti membantu koordinasi langsung tanpa birokrasi	Tidak semua staf memiliki kemampuan yang sama dalam koordinasi informal

Supervisi Langsung (*Direct Supervision*)

Supervisi langsung dalam proses pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah berperan krusial dalam memastikan ketepatan waktu dan akurasi dokumen klaim. Kepala Unit Casemix, Direktur, dan manajer unit terkait secara aktif melakukan supervisi melalui mekanisme seperti audit internal, monitoring harian, dan pelacakan menggunakan spreadsheet atau SIMRS. Staf kasir menyatakan, "Casemix rutin melakukan audit dan monitoring harian. Kalau ada dokumen belum lengkap, kami langsung dikasih tahu untuk diperbaiki," yang menunjukkan bahwa pengawasan yang konsisten dan terstruktur berdampak langsung pada efektivitas operasional klaim. Dalam perspektif teori Mintzberg (1993), *direct supervision* adalah mekanisme koordinasi di mana satu aktor mengarahkan pekerjaan orang lain secara langsung untuk mencapai hasil yang standar. Di Rumah Sakit Jannah, supervisi ini tidak hanya berbentuk teknis (pemantauan dokumen), tetapi juga sebagai mekanisme disiplin kolektif yang memastikan akuntabilitas antar unit.

Pihak-pihak yang terlibat dalam supervisi mencakup Direktur yang melakukan supervisi strategis dan evaluasi akhir menggunakan spreadsheet dan konfirmasi kelengkapan berkas, Kepala Casemix yang memantau secara teknis dan harian menggunakan SIMRS dan monitoring langsung, serta Manajer Pelayanan Medis dan Manajer Keuangan yang masing-masing memantau pengisian resume medis dan progress klaim serta keuangan. Data menunjukkan bahwa supervisi ini tidak hanya berfungsi sebagai kontrol administratif, tetapi juga sebagai sistem *early warning* yang mendeteksi kesalahan sebelum klaim diajukan, seperti yang dijelaskan oleh Koordinator Rekam Medis yang mengatakan, "Peran supervisi ini sangat berpengaruh. Bisa deteksi kesalahan dari awal, jadi klaim bisa dikoreksi sebelum telat."

Namun, beberapa temuan juga mengindikasikan bahwa supervisi belum dilakukan secara menyeluruh di semua unit atau belum terjalin secara berkesinambungan. Hal ini berpotensi menciptakan celah atau bottleneck di luar pengawasan sistem, terutama jika pengawasan bergantung pada ketekunan individu atau belum terintegrasi secara digital. Dengan demikian, meskipun *direct supervision*

berfungsi signifikan dalam menciptakan koordinasi vertikal yang efektif, efektivitasnya bisa lebih optimal jika didukung oleh integrasi sistem informasi dan pembagian tugas pengawasan lintas unit secara formal.

Supervisi yang kuat tidak hanya memastikan kepatuhan terhadap prosedur, tetapi juga berperan penting dalam membangun budaya kerja yang proaktif, berorientasi pada kualitas, dan ketepatan waktu dalam pelayanan kesehatan. Monitoring yang dilakukan setiap hari, mingguan, dan sesuai dengan deadline periodik terbukti sangat efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap waktu dan mendeteksi kendala secara kolektif.

Standarisasi Proses Kerja (*Standardization of Work Processes*)

Standarisasi proses kerja di Rumah Sakit Jannah mengacu pada penerapan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang bertujuan untuk mengatur alur pengajuan klaim BPJS secara sistematis. Temuan menunjukkan bahwa sebagian besar unit telah mengadopsi SOP tersebut dengan konsisten. Kepala Unit Casemix menyatakan, "SOP sudah ada dan semua unit ikuti. Ini sangat membantu mempercepat dan mempermudah proses klaim," yang menguatkan pandangan Mintzberg (1993) bahwa standarisasi proses memungkinkan koordinasi yang efisien tanpa memerlukan pengawasan langsung yang intensif. Dengan SOP, unit-unit memahami tanggung jawab masing-masing dan dapat menjalankan tugas secara seragam.

Namun, penerapan SOP di lapangan tidak selalu berjalan ideal. Beberapa informan mengungkapkan adanya deviasi dari prosedur standar yang menyebabkan keterlambatan klaim. Kepala Unit Keuangan menyebutkan, "Memang ada SOP, tapi kadang tidak semua unit patuh. Kalau ada berkas kurang, proses klaim bisa tertunda." Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara SOP formal dan pelaksanaan di lapangan, yang mungkin disebabkan oleh kurangnya sosialisasi, lemahnya pengawasan, atau ketidakadaan mekanisme evaluasi dan *reward-punishment* terkait kepatuhan terhadap SOP.

Keberadaan SOP saja tidak cukup untuk menjamin efisiensi koordinasi. Standarisasi hanya efektif bila disertai dengan *compliance mechanism*, seperti audit, pelatihan, serta sistem pelaporan deviasi. Beberapa staf mengungkapkan bahwa SOP yang ada lebih bersifat kesepakatan informal dan belum didokumentasikan atau disahkan secara resmi, menunjukkan bahwa standarisasi masih berada dalam fase *de facto* dan belum sepenuhnya menjadi *de jure*.

Secara keseluruhan, meskipun SOP berfungsi sebagai kerangka koordinasi yang mengurangi ketergantungan pada improvisasi individu atau komunikasi informal, efektivitasnya sangat bergantung pada integrasi antar unit, budaya disiplin kerja, dan sistem pendukung yang memantau pelaksanaannya secara berkelanjutan.

Standarisasi Output (*Standardization of Outputs*)

Standarisasi output dalam pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah mengacu pada penerapan format baku dokumen dan mekanisme kontrol kualitas yang seragam di seluruh unit kerja. Temuan menunjukkan bahwa upaya ini telah diterapkan secara luas dan konsisten, serta efektif dalam mengurangi revisi dan

penolakan klaim oleh BPJS. Kepala Unit Rekam Medis menyatakan, “Kami pastikan output dokumen sesuai standar BPJS melalui tabulasi dan pengecekan spreadsheet. Ini sangat efektif cegah kesalahan.” Dalam kerangka teori Mintzberg (1993), standarisasi output memungkinkan berbagai unit untuk bekerja secara independen namun tetap menghasilkan hasil yang seragam, yang sangat penting dalam proses klaim BPJS yang membutuhkan kelengkapan, akurasi, dan konsistensi data administratif serta medis antar unit.

Sistem verifikasi internal yang menggunakan audit, SIMRS, tabulasi berkas, dan checklist dokumen telah menciptakan ekosistem kerja yang lebih terkontrol dan proaktif. Seorang staf pelayanan medis menambahkan, “Dengan standarisasi output, klaim yang ditolak jadi jarang.” Ini menunjukkan bahwa standarisasi output tidak hanya mengurangi kesalahan teknis, tetapi juga mempercepat validasi klaim oleh BPJS dan meningkatkan kualitas serta keseragaman dokumen.

Proses pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah memiliki beberapa indikator kinerja penting: kelengkapan dokumen, yang memastikan data pasien dan tindakan lengkap, mengurangi revisi dan penolakan klaim; format baku, yang menyesuaikan output dengan standar BPJS, mempercepat validasi; ketepatan waktu pengajuan, yang mengikuti jadwal klaim untuk mencegah keterlambatan pembayaran; dan proses verifikasi tabulasi internal, yang menilai kesesuaian data antar unit, menjaga kualitas dokumen.

Namun, meskipun standarisasi output telah terbukti efektif, temuan juga mengindikasikan bahwa konsistensi dalam penerapannya masih menjadi tantangan. Beberapa responden menyatakan bahwa meskipun format sudah ada, masih terdapat kesulitan dalam memastikan semua unit mengikuti standar dengan disiplin, terutama jika tidak ada evaluasi berkala. Hal ini menunjukkan bahwa standarisasi output hanya akan optimal jika didukung oleh penguatan prosedur, pelatihan berkelanjutan, dan evaluasi rutin.

Secara keseluruhan, standarisasi output berperan sebagai kontrol yang mengurangi variasi dalam kualitas dokumen klaim BPJS. Namun, untuk mencapai efisiensi yang lebih besar, diperlukan integrasi sistem yang terdokumentasi dan keterampilan yang seragam di seluruh unit, sehingga dapat menghasilkan efisiensi sistemik dalam proses pengajuan klaim.

Standarisasi Keterampilan (*Standardization of Skills*)

Standarisasi keterampilan menjadi pilar penting dalam koordinasi organisasi, terutama dalam proses administratif yang kompleks seperti pengajuan klaim BPJS. Di Rumah Sakit Jannah, upaya untuk menyeragamkan kompetensi staf dilakukan melalui pembekalan internal, pelatihan langsung, dan sosialisasi rutin. Namun, berdasarkan temuan, pelaksanaan standarisasi ini belum sepenuhnya merata dan terstruktur. Kepala Unit Kasir menyampaikan:

Tabel 3. Tingkat Pelatihan dan Sertifikasi Staf dalam Proses Klaim BPJS

Unit	Pelatihan Internal	Sertifikasi Resmi	Keterangan Tambahan
Casemix	Ya (Bimbingan langsung)	1 Staf	Kompetensi cukup seragam
Rekam Medis	Ya	1 Staf	Pembekalan diberikan untuk staf baru
Pelayanan Medis	Ya (Terstruktur/Webinar)	Belum ada	Perbedaan kompetensi mulai berkurang
Kasir & Keuangan	Ya (Rapat/Sosialisasi)	Belum ada	Masih ada kesenjangan kemampuan antar staf
Pendaftaran	Ya	1 staf	Pelatihan sistematis melalui pelatihan klaim bpjs

Standardization of skills menurut teori Mintzberg (1993) mengacu pada koordinasi yang dicapai dengan memastikan bahwa individu dalam organisasi memiliki pelatihan profesional serupa, yang memungkinkan mereka bekerja secara mandiri dengan pemahaman dan kemampuan yang setara. Namun, di Rumah Sakit Jannah, penerapan pendekatan ini masih terbatas dan sangat bergantung pada inisiatif masing-masing unit.

Dari wawancara dengan responden, ditemukan bahwa perbedaan kemampuan antar staf menjadi kendala yang signifikan, mempengaruhi keseragaman proses kerja, kecepatan pengisian dokumen klaim, serta meningkatkan risiko kesalahan administratif. Sebagai contoh, seorang staf pelayanan medis menyatakan, "Kami ikut pelatihan dan webinar tentang klaim BPJS. Hasilnya cukup membantu kurangi kesalahan," yang menunjukkan bahwa pelatihan dapat meningkatkan efisiensi, meskipun manfaatnya terbatas pada kelompok staf yang memiliki akses pelatihan.

Di sisi lain, beberapa staf dari unit pendaftaran dan casemix mengungkapkan bahwa meskipun belum semua staf memiliki sertifikasi, pembimbingan langsung oleh senior cukup efektif untuk menjaga kinerja staf baru. Temuan ini menunjukkan bahwa walaupun pelatihan terstruktur berperan penting, adanya pembimbingan informal juga dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas kerja staf, meskipun distribusi pelatihan yang tidak merata menjadi tantangan..

Tabel 4. Kompetensi Staf dalam Penggunaan Aplikasi dan Sistem Informasi Klaim

Komponen Sistem	Kompetensi Umum Staf	Metode Pembelajaran	Catatan tambahan
SIMRS & Spreadsheet Klaim	Dasar - Menengah	Bimbingan langsung, supervisi harian	Cukup efektif jika didampingi staf senior

Checklist & Tabulasi Klaim	Rutin digunakan	Internalisasi SOP & Pengawasan Kepala Unit	Terintegrasi dalam alur kerja harian
Prosedur Verifikasi BPJS	Tergantung pengalaman	Melalui pembekalan unit atau pelatihan	Belum semua staf paham detail prosedur eksternal

Kondisi ini memperlihatkan bahwa standardization of skills di Rumah Sakit Jannah belum optimal dalam membangun sistem koordinasi yang mandiri dan berkelanjutan. Ketiadaan pelatihan formal yang terstruktur dan evaluasi berkala membuat kompetensi staf cenderung berkembang secara tidak merata, yang pada akhirnya dapat memperlambat proses klaim dan meningkatkan risiko kesalahan input data.

Dengan demikian, standarisasi keterampilan bukan hanya soal pelatihan teknis, tetapi menyangkut investasi jangka panjang dalam pengembangan kapasitas organisasi. Untuk itu, dibutuhkan strategi pelatihan terintegrasi, kurikulum internal yang disesuaikan dengan SOP pengelolaan klaim, serta sistem sertifikasi internal sebagai mekanisme kontrol kualitas berbasis kompetensi.

Pembahasan

Penyesuaian Mutual antar Unit Kerja di Rumah Sakit Jannah Berkontribusi dalam Mencegah Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS

Penyesuaian mutual (mutual adjustment) di Rumah Sakit Jannah Kota Serang menjadi mekanisme koordinasi yang dominan dalam proses pengajuan klaim BPJS. Mekanisme ini terlihat dari interaksi langsung antar staf lintas unit, seperti petugas rekam medis, dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), bagian keuangan, dan unit casemix. Komunikasi informal melalui pesan singkat, telepon, atau percakapan langsung sering digunakan untuk mempercepat penyelesaian berkas klaim yang mendekati tenggat waktu. Namun, mekanisme ini sangat bergantung pada kedekatan personal antar staf dan belum memiliki sistem terstruktur yang memastikan keberlanjutan efektivitasnya, terutama dengan pergantian personel atau staf baru.

Dalam teori koordinasi Henry Mintzberg (1993), mutual adjustment adalah mekanisme koordinasi sederhana yang mengandalkan komunikasi informal antar individu atau unit kerja untuk menyesuaikan pekerjaan mereka. Mekanisme ini efektif pada situasi dinamis yang membutuhkan respons cepat, terutama saat masalah belum diatur dalam prosedur baku. Keunggulannya adalah fleksibilitas dan kecepatan pengambilan keputusan, namun kelemahannya terletak pada ketergantungan pada hubungan kerja antar individu dan ketiadaan standar formal yang mengikat. Ketika hubungan antar unit berjalan baik, proses dapat cepat diselesaikan, namun miskomunikasi atau gangguan hubungan kerja dapat menurunkan efektivitasnya.

Penyesuaian mutual menjadi sangat penting di Rumah Sakit Jannah karena pengajuan klaim melibatkan banyak unit, mulai dari tenaga medis hingga administrasi. Tenggat waktu pengajuan klaim yang ketat mengharuskan rumah sakit

untuk segera mencari solusi atas hambatan yang muncul. Belum adanya SOP lintas unit yang terintegrasi membuat staf mengandalkan komunikasi langsung untuk menyelesaikan masalah, diperburuk oleh keterbatasan infrastruktur teknologi informasi. Meskipun rumah sakit menggunakan SIMRS, gangguan sistem atau jaringan yang lambat sering menghambat proses input data, sehingga mekanisme mutual adjustment sering digunakan untuk mengatasi hambatan teknis.

Namun, kelemahan dari mekanisme ini adalah sifatnya yang informal, yang menyebabkan minimnya dokumentasi. Hal ini membuat pelacakan kesalahan menjadi sulit jika terjadi masalah di kemudian hari. Efektivitasnya sangat bergantung pada inisiatif individu, sehingga apabila staf tidak proaktif, hambatan dapat tertunda penyelesaiannya. Selain itu, koordinasi ini kurang efektif untuk menangani masalah yang bersifat sistemik, seperti penolakan klaim karena kesalahan coding, yang membutuhkan pembenahan prosedural dan kebijakan struktural.

Penelitian ini sejalan dengan temuan Raditya Kevin A. Taslim dkk. (2024), yang menunjukkan bahwa mutual adjustment dapat menjadi solusi jangka pendek yang efektif untuk mencegah keterlambatan klaim, namun perlu dilengkapi dengan mekanisme koordinasi formal agar tidak sepenuhnya bergantung pada hubungan personal. Penelitian Emilia Yuli R. Putri dkk. (2022) juga mengungkapkan bahwa rumah sakit dengan tingkat keberhasilan klaim tinggi mengombinasikan mutual adjustment dengan SOP yang jelas. Penyesuaian digunakan untuk menyelesaikan masalah insidental, sementara prosedur formal digunakan untuk proses rutin. Perbedaan dengan Rumah Sakit Jannah adalah pada sistem dokumentasinya, di mana saat ini belum ada mekanisme pencatatan formal untuk interaksi semacam ini.

Secara keseluruhan, mutual adjustment di Rumah Sakit Jannah berfungsi sebagai mekanisme koordinasi cepat yang sangat membantu percepatan penyelesaian berkas klaim, terutama dalam kondisi darurat atau ketika menghadapi hambatan yang belum diatur prosedur. Namun, ketergantungannya pada kedekatan personal dan minimnya dokumentasi membuatnya belum cukup kuat sebagai satu-satunya metode koordinasi. Diperlukan sinergi antara fleksibilitas komunikasi langsung dengan struktur prosedural yang baku agar manfaatnya dapat dimaksimalkan tanpa mengorbankan akurasi dan akuntabilitas dalam pengelolaan klaim BPJS.

Peran Supervisi Langsung dalam Memastikan Pengajuan Klaim BPJS Dilakukan Tepat Waktu dan Sesuai Prosedur

Penelitian menunjukkan bahwa supervisi langsung (*direct supervision*) memegang peran penting dalam memastikan proses pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Jannah Kota Serang berjalan tepat waktu dan sesuai prosedur. Supervisi ini dilakukan oleh kepala unit atau koordinator di bagian yang terlibat langsung dalam pengelolaan klaim, seperti kepala rekam medis, kepala casemix, dan manajer keuangan. Bentuk supervisi yang diterapkan mencakup pengecekan berkas klaim, monitoring kelengkapan dokumen, serta evaluasi kesesuaian data dengan standar BPJS. Selain itu, instruksi atau arahan yang diberikan secara lisan atau tertulis juga digunakan untuk memperbaiki kekurangan yang ditemukan dalam proses klaim.

Temuan lapangan menunjukkan bahwa supervisi langsung menjadi faktor penentu percepatan perbaikan berkas, terutama ketika terjadi kekeliruan dalam diagnosis, koding, atau resume medis.

Menurut teori koordinasi Henry Mintzberg (1993), *direct supervision* adalah mekanisme koordinasi di mana seseorang dengan otoritas formal mengawasi dan mengarahkan pekerjaan orang lain secara langsung, melalui hierarki otoritas. Keunggulannya terletak pada kemampuannya memberikan arahan yang jelas, mengawasi tugas, dan memastikan kesesuaian dengan standar yang ditetapkan. Namun, kelemahannya adalah potensi ketergantungan yang tinggi pada pengawasan atasan serta terbatasnya fleksibilitas bagi staf untuk mengambil keputusan secara mandiri.

Di Rumah Sakit Jannah, supervisi langsung sangat relevan karena pengajuan klaim BPJS melibatkan banyak tahap yang saling terkait. Kelalaian pada satu tahap bisa berakibat pada penolakan atau keterlambatan klaim. Misalnya, jika terdapat perbedaan antara diagnosis di rekam medis dan kode ICD yang diinput, kepala casemix akan segera memerintahkan koder untuk melakukan revisi dan mengonfirmasi ke DPJP. Proses koreksi ini membutuhkan koordinasi cepat agar berkas dapat diajukan sesuai tenggat waktu yang ditetapkan BPJS. Supervisi langsung juga membantu mengidentifikasi pola kesalahan yang berulang, sehingga dapat dilakukan langkah pencegahan.

Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa supervisi langsung tidak hanya dilakukan pada tahap akhir pengajuan klaim, tetapi juga berlangsung secara berkesinambungan selama proses penyusunan berkas. Kepala unit melakukan pengecekan berkala untuk memastikan dokumen disiapkan tepat waktu. Beberapa unit juga menggunakan checklist harian sebagai alat monitoring untuk memudahkan supervisor mengidentifikasi dokumen yang belum lengkap, yang terbukti efektif dalam mengurangi risiko keterlambatan administrasi.

Penelitian Nathalia, Rohendi, dan Mulyani (2025) di RSUD Kuala Kurun, Kalimantan Tengah, juga menunjukkan bahwa supervisi langsung berpengaruh signifikan terhadap produktivitas tenaga kesehatan, termasuk dalam penyelesaian administrasi klaim BPJS. Supervisi yang konsisten mendorong staf untuk lebih disiplin dalam memenuhi target waktu. Penelitian Dewi, Purwadhi, dan Rian (2024) mengungkapkan bahwa kepemimpinan yang tegas namun suportif dalam supervisi dapat meningkatkan kepatuhan staf terhadap prosedur serta menciptakan budaya kerja yang lebih tertib.

Meski demikian, efektivitas supervisi langsung di Rumah Sakit Jannah sangat bergantung pada kedisiplinan supervisor dan staf. Jika pengawasan melemah, misalnya karena beban kerja yang tinggi atau ketidakhadiran kepala unit, proses klaim dapat terhambat kembali. Selain itu, meskipun supervisi ini efektif untuk mengoreksi kesalahan teknis, ia belum sepenuhnya mampu mengatasi masalah yang lebih bersifat sistemik, seperti ketidaktersediaan SOP terintegrasi antar unit atau gangguan pada sistem informasi. Oleh karena itu, meskipun supervisi langsung sangat krusial untuk mencegah keterlambatan klaim, perannya perlu diimbangi dengan

mekanisme koordinasi lainnya yang lebih struktural agar hasilnya optimal dan berkelanjutan.

Standarisasi Proses Kerja dalam Pengelolaan Klaim BPJS Membantu Mempercepat Proses dan Mengurangi Kesalahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa **penerapan standarisasi proses kerja** di Rumah Sakit Jannah Kota Serang belum optimal meskipun beberapa prosedur operasional telah tersedia. Standarisasi yang dimaksud mencakup prosedur pengisian rekam medis, koding diagnosis dan tindakan, verifikasi kelengkapan berkas, hingga pengiriman klaim ke BPJS. Praktikanya, setiap unit yang terlibat—seperti pelayanan medis, rekam medis, dan casemix—memiliki prosedur internal, namun belum ada integrasi lintas unit yang terdokumentasi secara resmi. Hal ini menyebabkan variasi dalam pelaksanaan tugas yang berdampak pada ketidaksesuaian dokumen atau keterlambatan penyelesaian berkas.

Menurut teori koordinasi Henry Mintzberg (1993), standardization of work processes adalah mekanisme koordinasi di mana seluruh pekerjaan diatur melalui prosedur baku yang jelas, sehingga pelaksanaannya dapat dilakukan secara seragam tanpa bergantung pada interaksi personal yang intens. Keunggulannya adalah kemampuannya mengurangi ketidakpastian, meminimalkan kesalahan, dan meningkatkan efisiensi, karena semua pihak mengikuti panduan yang sama. Dalam konteks klaim BPJS, standarisasi berarti setiap tahap, dari pencatatan layanan pasien hingga pengajuan klaim, harus mengikuti urutan dan format yang telah ditentukan sesuai regulasi BPJS dan kebijakan internal rumah sakit.

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa meskipun Rumah Sakit Jannah memiliki SOP untuk pengisian rekam medis dan koding, implementasinya belum konsisten. Beberapa DPJP seringkali mengisi resume medis melewati batas waktu yang ditetapkan, sementara petugas rekam medis tidak selalu melakukan pengecekan awal sebelum dokumen diserahkan ke bagian koding. Akibatnya, kesalahan baru terdeteksi pada tahap akhir di unit casemix, yang memaksa revisi mendesak menjelang tenggat pengajuan klaim. Kondisi ini memperlambat proses dan meningkatkan risiko keterlambatan.

Penelitian Emilia Yuli R. Putri dkk. (2022) menemukan bahwa rumah sakit dengan SOP klaim yang terintegrasi lintas unit memiliki tingkat klaim pending lebih rendah dibandingkan rumah sakit yang SOP-nya bersifat sektoral. SOP yang efektif harus mencakup alur kerja detail, waktu penyelesaian di setiap tahap, dan penanggung jawab yang jelas. Selain itu, standar proses kerja di rumah sakit tersebut juga dilengkapi dengan mekanisme checklist yang wajib diisi pada setiap tahap, sehingga kesalahan dapat terdeteksi lebih awal.

Penelitian Andreuw, Erliany, dan Rian Andriani (2024) juga menyoroti pentingnya standar diagnosis, prosedur medis, evaluasi, dan dokumentasi yang tertuang dalam SOP untuk meningkatkan jumlah klaim yang disetujui oleh BPJS. Standarisasi memungkinkan setiap petugas memahami persyaratan dokumen sejak awal, yang mengurangi pengembalian berkas akibat kekurangan atau ketidaksesuaian data. Penelitian tersebut juga menegaskan pentingnya pelatihan

rutin terkait penerapan SOP, karena tanpa pemahaman yang memadai, dokumen tetap berpotensi bermasalah meskipun prosedur telah ditetapkan.

Selain berfungsi sebagai pedoman, standarisasi proses kerja juga berperan sebagai instrumen kontrol kualitas. Dengan adanya prosedur baku, indikator kinerja dapat ditetapkan secara objektif dan mudah diukur. Namun, di Rumah Sakit Jannah, belum semua unit memiliki indikator waktu yang mengikat dalam SOP, sehingga pelaksanaan tugas masih sangat bergantung pada inisiatif individu. Hal ini menyebabkan adanya variasi dalam kecepatan kerja antar staf dan unit, yang pada akhirnya mempengaruhi ketepatan waktu pengajuan klaim.

Secara keseluruhan, meskipun Rumah Sakit Jannah telah memiliki sebagian SOP terkait pengelolaan klaim BPJS, belum adanya standarisasi yang terintegrasi lintas unit menjadi hambatan utama dalam percepatan dan ketepatan proses klaim. Teori Mintzberg dan temuan dari berbagai penelitian menegaskan bahwa standarisasi proses kerja yang jelas, dilengkapi dengan pembagian peran, tenggat waktu, dan mekanisme verifikasi berlapis, merupakan langkah penting untuk mengurangi kesalahan dan mencegah keterlambatan pengajuan klaim.

Penerapan Standarisasi Output dalam Pengelolaan Klaim BPJS Dapat Meningkatkan Akurasi dan Ketepatan Waktu Pengajuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa standarisasi output di Rumah Sakit Jannah Kota Serang belum optimal. Standarisasi output bertujuan agar dokumen klaim dari unit pelayanan medis, rekam medis, farmasi, dan keuangan memiliki format, isi, dan kelengkapan seragam, sesuai persyaratan BPJS Kesehatan. Namun, temuan lapangan menunjukkan adanya variasi, misalnya pada format resume medis, rincian obat, dan kesesuaian kode ICD-10 dan ICD-9 CM, sehingga unit casemix harus melakukan verifikasi tambahan yang berpotensi menunda pengajuan klaim.

Menurut teori koordinasi Henry Mintzberg (1993), standardization of outputs menekankan keseragaman hasil akhir, terlepas dari proses yang digunakan. Dalam konteks klaim BPJS, mekanisme ini memastikan setiap berkas memiliki format seragam, informasi lengkap, dan data konsisten antar dokumen pendukung, sehingga dapat langsung digunakan tanpa revisi berulang.

Penelitian Andreuw, Erliany, dan Rian Andriani (2024) menunjukkan bahwa standarisasi output yang ketat meningkatkan klaim yang dibayar penuh oleh BPJS, karena memudahkan verifikasi dan mengurangi pengembalian berkas. Penelitian Emilia Yuli R. Putri dkk. (2022) juga menegaskan bahwa rumah sakit dengan format dokumen seragam dan sosialisasi rutin mampu menurunkan angka klaim pending secara signifikan.

Standarisasi output berperan strategis dalam efisiensi kerja unit casemix, karena mengurangi revisi berulang dan mempercepat verifikasi internal. Namun, keberhasilan implementasinya membutuhkan kebijakan formal, pelatihan staf, dan integrasi sistem informasi agar seluruh unit mematuhi standar yang ditetapkan.

Dengan demikian, meskipun beberapa unsur standarisasi output telah diterapkan di Rumah Sakit Jannah, konsistensinya pelaksanaannya masih menjadi tantangan. Berdasarkan teori Mintzberg dan temuan penelitian terkait, penerapan

template seragam dan pengawasan berkelanjutan menjadi kunci untuk meningkatkan akurasi dan ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS.

Standarisasi Keterampilan Staf Dapat Mempengaruhi Efektivitas dan Efisiensi Pengajuan Klaim BPJS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa **standarisasi keterampilan** (standardization of skills) di Rumah Sakit Jannah Kota Serang belum sepenuhnya efektif. Standarisasi ini mencakup keterampilan teknis petugas dalam pengisian dokumen rekam medis, koding diagnosis dan prosedur, penggunaan SIMRS, pemahaman regulasi BPJS, serta keterampilan komunikasi antar unit. Temuan lapangan mengungkapkan bahwa staf berpengalaman lebih dari tiga tahun cenderung memiliki kompetensi yang lebih baik, sementara terdapat kesenjangan keterampilan antara staf senior dan staf baru, yang berdampak pada konsistensi mutu berkas klaim.

Menurut teori koordinasi Henry Mintzberg (1993), standardization of skills adalah mekanisme koordinasi yang memastikan konsistensi hasil kerja melalui keterampilan yang seragam, diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, dan pengalaman. Dalam konteks klaim BPJS, hal ini berarti bahwa semua staf yang terlibat harus memiliki kemampuan yang setara untuk memahami prosedur klaim, sehingga proses kerja dapat berjalan lancar tanpa pengawasan intensif.

Di Rumah Sakit Jannah, pelatihan terkait klaim BPJS umumnya diberikan dalam bentuk sosialisasi internal atau pelatihan singkat dari BPJS, namun belum terjadwal secara rutin. Akibatnya, staf baru lebih banyak belajar melalui on the job training dengan bimbingan dari staf senior. Metode ini mempercepat adaptasi, namun tidak semua staf mendapatkan pemahaman yang sama, terutama dalam aspek teknis seperti pengisian kode ICD-10, penggunaan kode ICD-9 CM, dan penyesuaian tarif INA-CBG's.

Penelitian Emilia Yuli R. Putri dkk. (2022) menunjukkan bahwa rumah sakit yang konsisten memberikan pelatihan terstruktur berhasil menurunkan angka klaim pending secara signifikan, termasuk dengan melakukan simulasi dan studi kasus klaim yang ditolak oleh BPJS. Andreuw, Erliany, dan Rian Andriani (2024) juga menekankan pentingnya pelatihan terpadu lintas unit untuk memastikan keterampilan yang setara di semua unit yang terlibat dalam klaim.

Sejalan dengan pandangan Mintzberg, standarisasi keterampilan sangat berpengaruh pada kualitas dan efisiensi output. Ketika setiap anggota tim memiliki kompetensi yang setara, koordinasi lebih lancar dan kebutuhan supervisi intensif berkurang. Di Rumah Sakit Jannah, kesenjangan keterampilan menyebabkan proses klaim menjadi lebih lambat, karena staf dengan keterampilan terbatas membutuhkan lebih banyak waktu untuk memperbaiki dokumen, yang pada gilirannya menambah beban pada staf senior atau supervisor.

Dengan demikian, meskipun ada tenaga kompeten di Rumah Sakit Jannah, kesenjangan keterampilan antar staf tetap menjadi tantangan. Berdasarkan teori Mintzberg dan temuan dari penelitian sebelumnya, standarisasi keterampilan yang dicapai melalui pelatihan terstruktur, pembaruan berkala, dan uji kompetensi akan

menjadi kunci untuk meningkatkan kecepatan, ketepatan, dan kualitas pengajuan klaim BPJS.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa koordinasi antar unit di Rumah Sakit Jannah belum optimal, yang mempengaruhi keterlambatan pengajuan klaim BPJS. Penyesuaian antar unit hanya efektif sementara dan masih bergantung pada inisiatif individu serta kurangnya dokumentasi yang sistematis. Supervisi langsung dianggap penting, tetapi belum sepenuhnya diterapkan. Meskipun ada SOP, standarisasi proses kerja belum efektif karena kurangnya sosialisasi dan evaluasi. Standarisasi output dapat mengurangi klaim yang ditolak, namun bergantung pada kedisiplinan masing-masing unit. Pelatihan yang tidak merata juga menyebabkan kesenjangan kompetensi. Penelitian ini menyarankan perlunya penguatan koordinasi, integrasi SOP, supervisi terpadu, dan pelatihan berkala untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi klaim.

Untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi pengajuan klaim BPJS, disarankan agar Rumah Sakit Jannah memperkuat koordinasi antar unit, mengintegrasikan SOP secara menyeluruh, meningkatkan supervisi langsung, dan melaksanakan pelatihan berkala untuk seluruh staf. Selain itu, perlu ada evaluasi rutin terhadap proses kerja dan dokumentasi yang sistematis agar dapat mengurangi ketergantungan pada inisiatif individu.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrianto Taslim, R. K., dkk. (2024). Ketidapatuhan SDM dalam Pengajuan Klaim BPJS. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 12(1), 88-97.
- Andreuw, A., Erliany, E., & Andriani, R. (2024). Komponen Standar Prosedur dan Pengaruhnya terhadap Jumlah Klaim BPJS yang Dibayarkan. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit Indonesia*, 8(2), 63-72.
- Anonim. (2024, Agustus). Klaim BPJS Mandek, Rumah Sakit Kelimpungan Pernyataan Ketua Umum ARSSI, Iing Ichsan Hanafi. *Kompas.com*.
- BPJS Kesehatan. (2020). Panduan Praktis Administrasi Klaim BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2023). Laporan Kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2023.
- BPJS Kesehatan. (2023). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Program JKN. Jakarta: BPJS.
- BPJS Kesehatan. (2023). Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan dan Pembayaran Klaim JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Dewi, I. A., Purwadhi, P., & Andriani, R. (2024). Pengaruh Kualitas Kepemimpinan Terhadap Pengembangan SDM di Rumah Sakit. *Jurnal Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, 7(1), 45-56.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN di FKTP. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Permenkes No. 64 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice Hall.
- Moelong, L. J. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Remaja Rosdakarya.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2018. Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia. 2018. Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Putri, Emilia Yuli R., dkk. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(2), 77-85.
- Simbolon, Rido P., dkk. (2024). Strategi Manajerial dalam Menangani Klaim Tertunda BPJS. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 10(1), 22-30.
- Yuananta, D., & Umiyati, S. 2023. Koordinasi Antar Instansi dalam Program Rehabilitasi: Pendekatan Teori Koordinasi. *Jurnal Administrasi Publik*, 7(2), 99-110.