

Analisa Tinjauan Klaim *Reimbursement* : Studi Kasus Kompensasi Finansial dalam Sistem Informasi Manajemen Keuangan

Bela Amalia Fernanda^{1*}, Dewi Khrisna Sawitri²

¹⁻²Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jawa Timur, Indonesia

Email : 22012010068@student.upnjatim.ac.id, dewikhrisna.mnj@upnjatim.ac.id

Alamat Kampus: Jl. Rungkut Madya, Gn, Anyar, Surabaya

Korespondensi penulis: 22012010068@student.upnjatim.ac.id

Abstract. *Amidst the digital transformation in human resource management, the provision of indirect financial compensation through health reimbursement schemes has become a strategic part in supporting employee welfare, especially in the public sector. Using a qualitative approach and a single case study design, data were collected through semi-structured interviews, direct observation, and document analysis. Research on the analysis of reimbursement claim reviews: a case study of financial compensation in a financial management information system shows that the high claim rejections in the Human Capital Division of an electricity company located in East Java were caused by ignorance of deadlines, unclear document requirements, damaged digital files, data input errors, and minimal socialization and technical training. The mismatch between the design of the digital system and the capabilities of users, especially retirees, indicates weaknesses in the implementation of the financial management information system. The results of the study on the analysis of reimbursement claim reviews: a case study of financial compensation in a financial management information system recommend more adaptive system updates and ongoing digital training to reduce technical rejections that are detrimental to users. Further studies are recommended to involve more work units and institutions to strengthen the generalization of the results and test the effectiveness of the solutions offered.*

Keywords: *Digital Services, Financial Compensation, Public Administration, Reimbursement Claim, Reimbursement.*

Abstrak. Di tengah transformasi digital dalam pengelolaan sumber daya manusia, penyediaan *kompensasi finansial* tidak langsung melalui skema *reimbursement* kesehatan menjadi bagian strategis dalam menunjang kesejahteraan pegawai, terutama di sektor publik. Dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan desain studi kasus tunggal, data dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur, observasi langsung, dan analisis dokumen. Penelitian tentang analisa tinjauan klaim *reimbursement* : studi kasus *kompensasi finansial* dalam sistem informasi manajemen keuangan, menunjukkan bahwa tingginya penolakan klaim di Divisi *Human Capital* pada sebuah perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur disebabkan oleh ketidaktahuan terhadap tenggat waktu, ketidakjelasan persyaratan dokumen, kerusakan file digital, kesalahan input data, serta minimnya sosialisasi dan pelatihan teknis. Ketidaksesuaian antara desain sistem digital dan kemampuan pengguna, khususnya pensiunan, mengindikasikan kelemahan dalam implementasi *sistem informasi manajemen keuangan*. Hasil penelitian tentang analisa tinjauan klaim *reimbursement* : studi kasus *kompensasi finansial* dalam sistem informasi manajemen keuangan, merekomendasikan pembaruan sistem yang lebih adaptif serta pelatihan digital yang berkelanjutan untuk mengurangi penolakan teknis yang merugikan pengguna. Studi lanjutan disarankan untuk melibatkan lebih banyak unit kerja dan institusi guna memperkuat generalisasi hasil dan menguji efektivitas solusi yang ditawarkan.

Kata kunci: Klaim *Reimbursement*, Kompensasi Finansial, *Reimbursement*, Pelayanan Digital, Administrasi Publik.

1. LATAR BELAKANG

Di tengah perkembangan teknologi digital yang semakin cepat dan persaingan global yang semakin menantang, perusahaan tidak lagi cukup hanya mengejar target bisnis. Kesejahteraan karyawan kini menjadi bagian yang tak terpisahkan dari strategi organisasi. Salah satu bentuk perhatian nyata terhadap kesejahteraan tersebut adalah melalui *kompensasi finansial* tidak langsung, seperti fasilitas asuransi kesehatan atau

penggantian biaya medis (*reimbursement*). Meski tidak langsung terlihat sebagai tambahan penghasilan, bentuk kompensasi ini memiliki dampak besar terhadap rasa aman, kenyamanan kerja, dan loyalitas pegawai. Mondy dan Martocchio (2016) menyebut bahwa *kompensasi finansial* tidak langsung merupakan bagian penting dari sistem penghargaan menyeluruh (*total rewards system*) yang berkontribusi pada terciptanya hubungan kerja yang sehat dan saling menguntungkan.

Hal serupa ditegaskan oleh Gomez-Mejia, Balkin, dan Cardy (2016), yang menjelaskan bahwa tunjangan non-upah memainkan peran penting dalam membangun persepsi keadilan serta meningkatkan komitmen karyawan terhadap organisasi. Artinya, saat pegawai merasa dipedulikan, mereka cenderung lebih termotivasi dan percaya bahwa organisasi tempat mereka bekerja layak untuk dijaga. Namun, semua itu tidak cukup hanya dengan niat baik. Untuk benar-benar berdampak, sistem yang mendukung pemberian *kompensasi* ini, termasuk mekanisme klaim *reimbursement*, harus dirancang dengan adil, transparan, mudah diakses, dan ramah pengguna. Terutama di era digital seperti sekarang, sistem informasi yang digunakan tidak hanya menjadi alat administratif, tetapi juga wajah dari komitmen organisasi dalam melayani dan menghargai setiap individunya.

Di Indonesia, praktik melalui sistem *reimbursement* telah menjadi salah satu pilar dalam pengelolaan kesejahteraan pegawai, baik di sektor swasta maupun BUMN. Penelitian ini dilakukan di salah satu perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur, yang secara struktural memiliki unit khusus dalam pelayanan administratif dan kesejahteraan karyawan, yakni bagian *Human Capital*. Divisi ini mengelola aspek non-upah dalam program SDM, termasuk pengajuan dan pemrosesan klaim *reimbursement*, baik untuk pegawai aktif maupun pensiunan. Untuk memastikan pengelolaan sumber daya manusia berjalan secara optimal, perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur membentuk struktur yang tertata, salah satunya melalui Divisi *Legal Human Capital (LHC)*. Divisi ini terbagi menjadi tiga bagian utama: *Human Talent Development (HTD)* yang berfokus pada pengembangan kompetensi dan karier pegawai, *Human Strategic (HST)* yang menyusun strategi sumber daya manusia jangka panjang, serta *Yan HC (Pelayanan Human Capital)* yang menangani layanan administratif dan kesejahteraan karyawan.

Dalam praktiknya, pelayanan *kompensasi* ini menghadapi tantangan administratif yang cukup signifikan. Melalui aplikasi digital yang memfasilitasi, ditemukan bahwa banyak klaim yang ditolak karena ketidaklengkapan berkas, dokumen tidak sesuai format, keterlambatan pengunggahan, atau file digital yang rusak dan tidak terbaca. Data penulis serta studi Angelina dan Mawardi (2024) menunjukkan bahwa 30–40% klaim yang ditolak

disebabkan oleh tidak adanya dokumen *Explanation of Benefit (EOB)* yang berisi tentang rincian biaya yang di gantikan oleh Perusahaan atau file digital yang tidak dapat dibaca. Selain itu, belum adanya sistem notifikasi otomatis membuat banyak pegawai dan pensiunan tidak menyadari bahwa dokumen mereka dalam status tertunda (*pending*) hingga waktu pengajuan habis. Hal ini sangat memengaruhi kelompok pensiunan yang memiliki keterbatasan akses dan literasi digital, sehingga kesulitan memeriksa status klaim secara mandiri (Dzayanti & Purwanto, 2025). Ketiadaan fitur proaktif dari sistem menjadi kelemahan besar dalam kualitas pelayanan digital di BUMN.

Masalah ini tidak hanya berdampak pada efektivitas layanan, tetapi juga menunjukkan lemahnya penerapan sistem informasi manajemen keuangan, terutama dalam pengelolaan administrasi klaim *reimbursement*. Menurut Bodnar dan Hopwood (2010), sistem informasi keuangan yang ideal harus mampu mengidentifikasi secara proaktif potensi kesalahan, seperti ketidaksesuaian data atau dokumen yang tidak lengkap, serta menyediakan mekanisme umpan balik otomatis agar pengguna dapat segera melakukan perbaikan sebelum klaim diproses lebih lanjut. Tanpa fitur tersebut, risiko klaim menjadi lebih tinggi dan proses pelayanan menjadi tidak efisien. Sementara itu, Stair dan Reynolds (2020) menekankan bahwa sistem informasi manajemen keuangan yang efektif harus memberikan dukungan terhadap prinsip akuntabilitas dan transparansi dengan menyajikan secara *real-time*, melakukan validasi data secara otomatis, serta menyediakan interaksi langsung antara sistem dan pengguna.

Fenomena ini menimbulkan dampak luas, baik secara sosial maupun kelembagaan. Dari perspektif pelayanan publik, sistem yang tidak responsif menimbulkan ketimpangan informasi, di mana pegawai dan pensiunan menjadi pihak yang dirugikan karena kurangnya pengetahuan atau sosialisasi prosedur yang memadai (Osborne, 2010). Kegagalan memenuhi hak administratif pegawai menciptakan kesan negatif terhadap organisasi dan berpotensi menurunkan semangat kerja. Selaras dengan hal tersebut, Laudon dan Laudon (2021) menekankan bahwa sistem informasi manajemen keuangan seharusnya tidak hanya berfungsi sebagai pencatat administratif semata. Lebih dari itu, sistem ini memiliki peran strategis dalam membantu organisasi meningkatkan efisiensi operasional sekaligus mendukung pengambilan keputusan yang berbasis data.

Sebelumnya, berbagai studi telah menyoroti kendala dalam sistem klaim layanan kesehatan, namun fokus umumnya berada pada institusi medis seperti rumah sakit dan BPJS (Qonitatillah, 2022; Handayani & Widjaja, 2023; Putri *et al.*, 2022). Kajian khusus mengenai sistem klaim *reimbursement* di BUMN, khususnya pada perusahaan kelistrikan

berskala nasional, masih jarang ditemukan. Padahal, perusahaan ini memiliki karakteristik struktural dan kompleksitas manajemen yang berbeda dari institusi kesehatan biasa. Kurangnya literatur dalam konteks ini menunjukkan celah penelitian yang cukup besar dan penting untuk segera diisi agar ketidakefisienan dalam sistem digital SDM dapat diminimalisir. Karena itu, studi ini tidak hanya bersifat deskriptif, melainkan juga menyumbang analisis terhadap wacana pelayanan publik dan manajemen SDM di sektor BUMN.

Penelitian tentang analisa tinjauan klaim *reimbursement* : studi kasus *kompensasi finansial* dalam sistem informasi manajemen keuangan ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor utama penyebab penolakan klaim akibat dari tidak lengkapnya berkas klaim *reimbursement* yang diajukan oleh pegawai dan pensiunan pada salah satu perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur melalui Divisi *Human Capital*. Selain itu, studi ini juga mengevaluasi kelemahan sistem digital yang digunakan serta menawarkan rekomendasi berbasis data untuk memperbaiki prosedur dan sistem klaim yang ada. Dari sisi teori, artikel ini diharapkan memperkaya literatur dalam bidang pengelolaan SDM tentang *kompensasi finansial* tidak langsung, administrasi publik, dan sistem informasi manajemen keuangan. Dari sisi praktik, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perusahaan dan BUMN lain dalam membangun sistem administrasi yang inklusif, transparan, dan berorientasi pada kebutuhan pengguna.

2. METODE PENELITIAN

Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga teknik utama yang saling melengkapi, yaitu wawancara semi-terstruktur, observasi langsung, dan analisis dokumen. Ketiganya digunakan secara terpadu untuk mendapatkan gambaran yang menyeluruh mengenai kendala administrasi dalam proses klaim *reimbursement*, khususnya yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas. Wawancara semi-terstruktur dilakukan terhadap tiga informan kunci, yakni dua pegawai aktif dan satu pensiunan dari salah satu perusahaan penyedia listrik yang berlokasi di Jawa Timur. Informan ini dipilih secara sengaja (purposif) karena memiliki pengalaman langsung dalam menghadapi penolakan klaim kesehatan akibat dokumen yang tidak lengkap. Melalui wawancara ini, peneliti menggali pengalaman pribadi mereka, hambatan yang dihadapi selama proses pengajuan, serta pandangan mereka terhadap sistem dan dukungan internal yang tersedia.

Selain wawancara, observasi langsung dilakukan untuk melihat secara nyata bagaimana proses administrasi klaim berlangsung di unit kerja yang menangani pelayanan kesejahteraan pegawai dan pensiunan. Peneliti mencermati tahapan pengajuan dan verifikasi berkas, serta interaksi antara pengguna layanan dan petugas. Observasi ini memberikan konteks tambahan yang penting terhadap data wawancara, sekaligus membantu mengenali titik-titik krusial dalam alur pelayanan. Sebagai pelengkap, dilakukan pula analisis dokumen yang mencakup penelaahan terhadap arsip klaim yang pernah ditolak serta *Standar Operasional Prosedur (SOP)* yang mengatur mekanisme pengajuan klaim *reimbursement*. Analisis ini bertujuan untuk menelusuri apakah terdapat perbedaan antara kebijakan formal dengan pelaksanaan di lapangan, serta mengidentifikasi pola-pola masalah administratif yang kerap muncul.

Penerapan Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal yang terfokus pada salah satu perusahaan penyedia listrik yang berlokasi di Jawa Timur. Pendekatan ini dipilih karena mampu menggambarkan secara mendalam situasi nyata yang dihadapi oleh pegawai dan pensiunan dalam proses pengajuan klaim *reimbursement*, terutama ketika mereka berhadapan dengan kendala dokumen yang tidak lengkap. Dengan pendekatan ini, peneliti dapat memahami permasalahan bukan hanya dari sisi prosedur, tetapi juga dari pengalaman langsung para pengguna layanan.

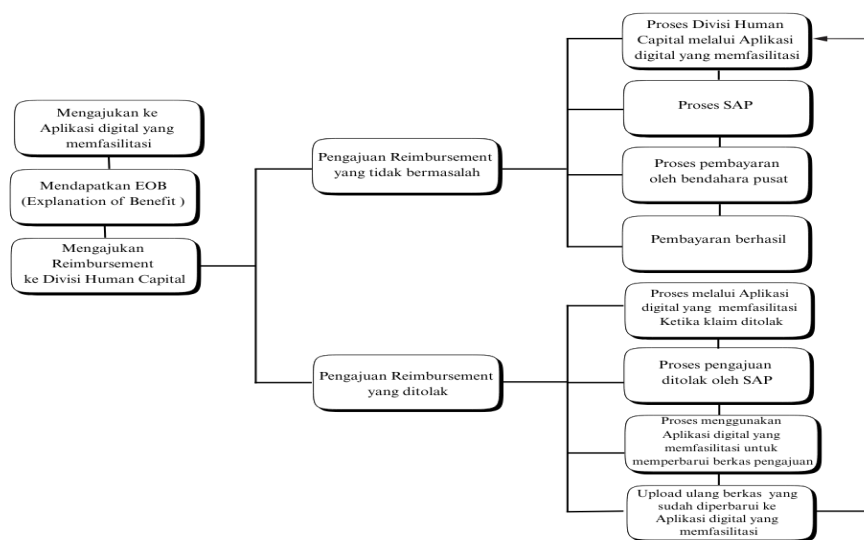
Ketiga teknik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi, dan analisis dokumen yang dilaksanakan secara saling melengkapi, sehingga data yang diperoleh lebih kaya dan dapat dipercaya. Wawancara membantu mengungkap cerita personal dan persepsi pengguna layanan, observasi memberikan informasi faktual tentang dinamika proses di lapangan, sedangkan dokumen memberikan dasar struktural dari kebijakan dan prosedur yang berlaku.

Untuk menjaga kualitas dan keakuratan data, dilakukan triangulasi baik dari sisi sumber maupun metode. Temuan dari wawancara dikonfirmasi dengan hasil observasi dan isi dokumen, serta diperbandingkan antar-informan guna menilai konsistensi. Selain itu, peneliti juga melakukan diskusi informal dengan perwakilan dari Divisi *Human Capital*, sebagai upaya untuk memastikan bahwa interpretasi data selaras dengan kondisi nyata di lapangan. Pendekatan ini tidak hanya memperkuat keabsahan hasil penelitian, tetapi juga memberikan landasan yang solid dalam menyusun rekomendasi yang relevan dan dapat diimplementasikan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Prosedur Pengajuan Klaim *Reimbursement*

Reimbursement merupakan salah satu bentuk pengadaan tidak langsung yang diberikan oleh perusahaan kepada pegawai dan pensiunan sebagai bagian dari program jaminan kesejahteraan. Penelitian ini dilakukan di salah satu perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur, di mana *reimbursement* berperan penting dalam menjamin perlindungan kesehatan bagi pegawai aktif maupun pensiunan. Untuk mengajukan klaim penggantian biaya, karyawan dan pensiunan wajib melampirkan bukti pengeluaran yang sah, seperti *kwitansi* atau *invoice*. Bukti ini menjadi dasar validasi bahwa pengeluaran benar-benar terjadi dan sesuai dengan ketentuan perusahaan. Selain itu, perusahaan menetapkan batas waktu maksimal tiga bulan sejak tanggal pengeluaran untuk pengajuan klaim, sehingga mendorong karyawan agar segera mengurus proses *reimbursement* setelah menerima bukti transaksi guna mempercepat verifikasi dan pencairan dana.



Gambar 1. Prosedur Pengajuan Klaim *Reimbursement*

Setelah ditelaah, tahapan-tahapan dalam proses klaim *reimbursement* di salah satu perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur mencakup serangkaian prosedur mulai dari pengumpulan dokumen, pengajuan ke Divisi *Human Capital*, proses koreksi melalui aplikasi digital yang memfasilitasi hingga verifikasi akhir oleh sistem *SAP*. Berdasarkan analisis alur tersebut, dapat disimpulkan bahwa keberhasilan proses klaim sangat ditentukan oleh tiga faktor utama, yakni kelengkapan dokumen, validitas data, dan ketepatan waktu pengajuan. Dalam praktiknya, tidak sedikit pegawai aktif maupun pensiunan yang menghadapi kendala administratif. Peneliti telah mengumpulkan data dari aplikasi digital yang memfasilitasi untuk merekam seluruh aktivitas klaim *reimbursement*

selama periode Februari hingga April. Data yang dianalisis mencakup baik klaim yang berhasil diproses maupun klaim yang ditolak karena permasalahan administratif. Melalui pendekatan ini, efektivitas sistem yang ada dapat diukur secara objektif, sekaligus mengidentifikasi titik-titik kritis yang memerlukan perbaikan untuk meningkatkan kualitas layanan dan efisiensi operasional.

Tabel 1. Jumlah *Reimbursement* Pegawai dan Pensiunan di Perusahaan Listrik
Lokasi Jawa Timur, Periode Februari–April 2025

Keterangan		Februari	Maret	April	Total
PEGAWAI	Terbayar	50	50	50	150
	Ditolak	29	17	17	63
PENSIUNAN	Terbayar	50	50	19	119
	Ditolak	20	10	5	35
Total		149	127	91	367

Berdasarkan Tabel 1, dapat disimpulkan bahwa selama periode pelaporan tiga bulan yakni Februari hingga April proses pengajuan klaim *reimbursement* di salah satu perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur menunjukkan dinamika yang mencerminkan beragam tantangan administratif. Secara keseluruhan, tercatat sebanyak 367 klaim diajukan oleh pegawai aktif dan pensiunan. Dari jumlah tersebut, 269 klaim berhasil dibayarkan, sementara 98 klaim ditolak, yang menghasilkan tingkat penolakan sebesar 26,7%. Dengan kata lain, hampir satu dari setiap empat klaim tidak lolos tahap verifikasi akhir. Jika dilihat lebih lanjut, kelompok pegawai aktif menyumbang 213 klaim, dengan 63 di antaranya ditolak. Tingkat penolakan pada kelompok ini mencapai 36,7% pada bulan Februari, namun mengalami perbaikan menjadi 25,4% pada bulan Maret dan April. Tren ini mengindikasikan adanya kemungkinan peningkatan pemahaman terhadap prosedur atau perbaikan dalam persiapan dokumen administrasi. Sementara itu, dari sisi pensiunan, jumlah pengajuan klaim relatif lebih sedikit, yakni 154 klaim. Namun, tingkat penolakannya juga terbilang signifikan: 28,6% pada Februari, turun menjadi 16,7% pada Maret, dan sedikit meningkat menjadi 20,8% pada April. Variabilitas ini mencerminkan adanya ketidakstabilan dalam kemampuan adaptasi terhadap teknologi digital dan pemahaman prosedur di kalangan pensiunan.

Berdasarkan laporan sistem serta hasil wawancara dengan beberapa pemohon, penyebab utama penolakan klaim adalah ketidaklengkapan dokumen, seperti *kwitansi* tanpa stempel dokter, ketiadaan surat diagnosis, atau file yang rusak dan tidak terbaca. Selain itu, terdapat pula klaim yang diajukan melebihi batas waktu tiga bulan, klaim ganda (*double claim*), serta pengajuan atas tindakan medis yang tidak tercakup dalam kebijakan

reimbursement, seperti terapi laser atau imunoterapi. Kondisi ini menunjukkan bahwa permasalahan yang muncul tidak hanya bersifat teknis administratif, melainkan juga terkait dengan kurang terpadunya sistem informasi, terbatasnya pendampingan kepada pengguna, serta belum optimalnya rancangan sistem digital yang digunakan oleh Divisi *Human Capital*. Bagi sebagian pensiunan yang tidak terbiasa menggunakan platform daring, proses pengajuan klaim menjadi rumit dan melelahkan. Di sisi lain, pegawai aktif justru kerap tergesa-gesa dalam mengunggah dokumen, yang berujung pada kesalahan seperti klaim ganda atau kelalaian dalam memastikan kelengkapan data.

Temuan ini memperkuat urgensi akan perlunya pembaruan sistem yang lebih informatif, responsif, dan inklusif, serta mekanisme notifikasi yang lebih interaktif dan deskriptif. Diharapkan, melalui pembenahan tersebut, klaim tidak lagi ditolak karena kesalahan minor, dan proses *reimbursement* benar-benar menjadi perwujudan nyata dari komitmen perusahaan terhadap kesejahteraan pegawai yang adil dan bermartabat. Dalam konteks ini, wawancara mendalam dilakukan terhadap tiga informan yang dipilih secara purposif, mewakili dua kategori utama pemohon klaim, yakni dua pegawai aktif dan satu pensiunan. Ketiga informan ini memiliki pengalaman langsung dalam proses pengajuan klaim serta menghadapi kendala yang beragam, baik dalam aspek teknis, administratif, maupun digital. Informasi yang dikumpulkan dari wawancara ini bertujuan untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan sistemik yang tidak terekam dalam data statistik serta mengungkap dinamika yang terjadi dalam interaksi antara pengguna dan sistem digital yang digunakan oleh Divisi *Human Capital*.

Penelitian ini melibatkan tiga orang informan yang bersedia diwawancarai dan memenuhi kriteria partisipasi. Seluruh partisipan merupakan laki-laki termasuk satu di antaranya yang sudah pensiun. Usia mereka bervariasi antara 38 hingga 64 tahun, sehingga mampu merepresentasikan pengalaman lintas generasi dalam proses pengajuan klaim kesehatan, baik saat masih aktif bekerja maupun setelah memasuki masa pensiun. Dengan latar belakang tersebut, wawasan yang diperoleh menjadi lebih kaya dan mendalam, terutama dalam memahami kesenjangan informasi dan hambatan teknis yang kerap terjadi dalam praktik klaim *reimbursement*.

Tabel 2. Karakteristik Informan

Anonim	Jenis Kelamin	Usia	Divisi Terakhir	Status	Lama Bekerja
GP	L	41	Niaga	Pegawai Aktif	15 tahun
AR	L	38	Keuangan	Pegawai Aktif	13 tahun
SY	L	64	Teknisi	Pensiunan	33 tahun

Keditakjelasan Dokumen yang Harus Dilampirkan

Dalam layanan digital, kita sering kali berharap segalanya jadi lebih mudah dan lebih cepat, tanpa antri, dan bisa dilakukan dari mana saja. Namun, harapan ini tidak selalu selaras dengan kenyataan di lapangan. Salah satu persoalan yang paling banyak dikeluhkan oleh pegawai maupun pensiunan dalam proses klaim *reimbursement* adalah ketidakjelasan tentang dokumen apa saja yang sebenarnya harus dilampirkan. Idealnya, sistem pelayanan digital dirancang agar pengguna tidak kebingungan. Seperti yang dikatakan Osborne (2010), pelayanan publik yang berbasis digital seharusnya berfokus pada kebutuhan pengguna, termasuk dalam hal memberikan informasi yang lengkap, mudah diakses, dan tidak membingungkan. Tapi dalam praktiknya, banyak yang justru merasa seperti bermain tebak-tebakan. Seorang pegawai bagian niaga, pernah mengalami penolakan klaim hanya karena tidak menyertakan surat diagnosis dan cap rumah sakit. Padahal ia merasa sudah mengikuti petunjuk dengan baik.

“Saya kira semua dokumen sudah lengkap. Tapi waktu diklaim, ternyata ditolak karena nggak ada surat diagnosis dan cap rumah sakit. Padahal, saya udah baca panduannya. Tapi di situ nggak dijelasin secara detail harus ada apa aja.” (Subyek 1, G.P Pegawai Niaga)

Senada dengan itu, informan dari divisi keuangan mengungkapkan bahwa informasi yang ia dapatkan justru berasal dari rekan sejawat, bukan dari sistem resmi. Hal ini menyebabkan kekeliruan dalam pemahaman terhadap dokumen yang diperlukan.

“Saya ngikutin contoh dari teman aja. Nggak ada penjelasan langsung dari sistem. Jadi saya pikir kuitansi dari apotek cukup, eh malah ditolak karena nggak ada cap dokter,”

(Subyek 2, A.R. Pegawai Keuangan)

Lebih rumit lagi bagi pensiunan , yang terbatas dalam akses informasi dan tidak tahu bahwa surat rujukan yang ia pakai ternyata tidak sesuai ketentuan.

“Saya pakai surat rujukan dari puskesmas karena dekat rumah. Tapi katanya harus dari dokter spesialis. Nggak ada info begitu di awal.” (Subyek 3, S.Y. Pensiunan)

Pengalaman para pengguna menunjukkan bahwa sistem digital yang kurang komunikatif membuat proses klaim terasa membingungkan. Informasi penting sering kali tersembunyi dalam panduan yang tidak diperbarui atau ditulis dengan bahasa teknis, sehingga pengguna lebih mengandalkan tebakan atau informasi dari rekan kerja. Padahal, yang dibutuhkan adalah sistem yang dapat memberi tahu dokumen apa yang kurang, menandai kesalahan, atau menyediakan simulasi sebelum pengajuan. Ini bukan semata soal teknologi, tapi soal empati dalam pelayanan. Dengan perbaikan cara penyampaian informasi, penolakan klaim bisa diminimalkan dan pengguna merasa lebih dihargai. Sistem digital yang baik adalah yang mampu memahami dan merespons kebutuhan penggunanya secara manusiawi.

Ketidaktahuan Batas Waktu Pengajuan

Dalam era digital saat ini, sistem informasi manajemen keuangan seharusnya tidak hanya berfungsi menyimpan dan mengelola data, tetapi juga membantu pengguna dalam mengambil keputusan yang tepat dan tepat waktu. Laudon dan Laudon (2021) menekankan bahwa sistem informasi yang efektif harus mampu memberikan umpan balik secara langsung dan relevan kepada penggunanya. Dalam konteks layanan *reimbursement* kesehatan, fitur seperti pengingat otomatis batas waktu pengajuan merupakan hal krusial yang idealnya sudah terintegrasi dalam sistem digital yang digunakan oleh organisasi.

Namun, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa masih banyak pegawai dan pensiunan yang tidak mengetahui bahwa pengajuan klaim dibatasi oleh masa berlaku tertentu. Minimnya informasi ini kerap menyebabkan keterlambatan pengajuan, dan akhirnya klaim mereka ditolak. Ketiadaan notifikasi atau peringatan dalam sistem menjadi salah satu akar dari persoalan ini. Seorang pegawai niaga mengungkapkan bahwa ia sempat menyimpan kuitansi karena kesibukan, dan baru mengajukan klaim beberapa waktu kemudian. Sayangnya, klaimnya ditolak karena sudah melewati batas waktu pengajuan.

“Saya simpan kuitansinya dulu, nunggu waktu senggang. Nggak taunya pas saya ajukan, udah lebih dari 3 bulan dan langsung ditolak. Saya beneran nggak tahu kalau ada masa berlaku,” (Subyek 1, G.P Pegawai Niaga)

Kondisi serupa dialami oleh informan bagian keuangan yang menunggu hingga semua dokumen lengkap sebelum mengajukan klaim. Namun, sistem tidak memberikan peringatan bahwa pengajuan telah melewati batas waktu.

“Saya tunggu semua dokumen lengkap baru klaim. Tapi pas udah komplit, ternyata klaimnya sudah kadaluarsa. Sistem juga nggak kasih peringatan,” (Subyek 2, A.R. Pegawai Keuangan)

Sementara itu, seorang pensiunan menyatakan bahwa ia menunggu anaknya untuk membantu mengunggah dokumen, namun akhirnya klaim ditolak karena telah melewati batas waktu yang tidak ia ketahui sebelumnya.

“Saya menunggu anak saya pulang buat bantu unggah dokumen. Tapi pas kami buka sistemnya, katanya sudah lewat batas waktu. Saya tidak tahu soal itu sebelumnya,” (Subyek 3, S.Y. Pensiunan).

Hal ini mencerminkan bahwa sistem digital yang ada belum sepenuhnya mendukung kebutuhan pengguna, khususnya dalam aspek pemberian informasi yang penting dan tepat waktu. Padahal, sistem informasi yang baik seharusnya bisa mencegah kejadian semacam ini dengan memberi tahu pengguna secara aktif jika batas waktu sudah mendekat atau hampir terlewat. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengembangan sistem yang lebih proaktif, bukan sekadar reaktif. Tambahkan fitur seperti pengingat otomatis, notifikasi melalui email atau aplikasi, serta tampilan yang lebih ramah pengguna akan sangat membantu dalam meminimalisir risiko klaim ditolak hanya karena kelalaian administratif. Dengan begitu, sistem informasi tidak hanya menjadi alat dokumentasi, tapi juga menjadi mitra nyata dalam mendukung kelancaran layanan publik yang transparan dan efisien.

File Rusak atau Tidak Terbaca

Dalam sistem informasi manajemen seperti klaim *reimbursement* kesehatan, kualitas dokumen menjadi sangat penting. Jika dokumen yang diunggah tidak terbaca, rusak, atau buram, proses klaim bisa terganggu bahkan ditolak. Sayangnya, sistem yang tidak dilengkapi validasi otomatis membuat kesalahan ini baru disadari setelah klaim ditolak. Padahal menurut Laudon dan Laudon (2021), sistem informasi keuangan yang baik seharusnya dapat mendeteksi lebih banyak file awal yang tidak memenuhi standar dan memberikan peringatan langsung kepada pengguna. Tanpa fitur seperti ini, sistem hanya menyulitkan, tidak membantu. Pegawai niaga, menceritakan bahwa ia mengunggah

Dokumen hasil pemindaian dari kantor dalam format PDF. Ia mengira file tersebut telah sesuai, namun ternyata rusak dan tidak dapat dibaca.

“Saya unggah file PDF dari hasil scan di kantor. Saya kira sudah benar, tapi ternyata file-nya rusak. Sayangnya, sistem nggak kasih tahu. Baru tahu saat klaim ditolak,”

(Subyek 1, G.P Pegawai Niaga)

Hal serupa dialami oleh informan dari bagian keuangan yang memilih mengunggah file melalui ponsel karena alasan kepraktisan. Namun, kualitas gambar yang buram membuat Dokumen tidak dapat diverifikasi oleh petugas. Sayangnya, sistem tidak memberikan peringatan sehingga ia mengira pengajuan klaimnya aman.

“Saya kirim file dari HP karena lebih praktis, tapi hasilnya buram. Karena sistem nggak protes apa-apa, saya pikir semuanya aman,” *(Subyek 2, A.R. Pegawai Keuangan)*

Sementara itu, pensiunan mengungkapkan bahwa ia memindai Dokumen di tempat fotokopi dekat rumah. Sayangnya, file hasil pemindaian tersebut terlalu gelap dan tidak terbaca, namun sistem tetap menerima unggahan tersebut tanpa peringatan.

“Saya scan Dokumen di tempat fotokopi dekat rumah. Ternyata filenya gelap dan nggak bias dibaca, tapi waktu unggah, sistem tetap terima tanpa peringatan apa pun,” *(Subyek 3, S.Y. Pensiunan).*

Minimnya validasi otomatis dari sistem terhadap kualitas Dokumen digital menyebabkan banyak pengguna tidak menyadari kesalahan teknis sejak awal. Hal ini mengakibatkan keterlambatan proses klaim dan berujung pada ketidakpuasan pengguna. Permasalahan ini menunjukkan pentingnya peningkatan pada aspek teknologi layanan, khususnya penambahan fitur validasi file dan pemberitahuan langsung apabila terdapat Dokumen yang tidak terbaca atau rusak. Oleh karena itu, perlu dilakukan pembaruan sistem, termasuk pengembangan fitur *automated document checking* yang mampu mengenali file yang tidak terbaca atau rusak, dan memberikan notifikasi secara real-time kepada pengguna.

Kesalahan Input dan Duplikasi Klaim Tidak Terdeteksi

Dalam administrasi berbasis digital, penting bagi sistem untuk memiliki kemampuan mendeteksi kesalahan input serta duplikasi data agar layanan dapat berjalan lebih efisien dan mencegah kegagalan prosedur. Laudon dan Laudon (2021) menjelaskan bahwa sistem informasi manajemen keuangan yang handal harus menyertakan mekanisme

validasi otomatis yang mampu memberikan peringatan secara dini saat terjadi ketidaksesuaian data, sehingga pengguna dapat langsung memperbaiki kesalahan tersebut.

Salah satu kendala yang turut memengaruhi efektivitas proses pengajuan klaim asuransi kesehatan adalah tidak adanya sistem validasi otomatis terhadap kesalahan input data maupun unggahan dokumen ganda. Pengguna layanan sering kali tidak mendapatkan umpan balik dari sistem apabila terjadi kesalahan, baik berupa *entry data* yang tidak akurat maupun pengunggahan dokumen yang berulang. Kondisi ini menyebabkan klaim ditolak tanpa pemahaman yang memadai dari pihak pengaju, sehingga menimbulkan kebingungan dan ketidakpuasan.

Pegawai niaga, menyampaikan bahwa dirinya melakukan unggahan dokumen dua kali untuk memastikan file berhasil terkirim. Namun, karena tidak ada peringatan dari sistem, klaim tersebut kemudian dianggap sebagai klaim ganda dan ditolak.

“Saya sebenarnya takut kalau file yang saya upload pertama kali gagal, jadi saya upload ulang. Namun, sistem tidak memberikan peringatan jika saya sudah upload dua kali. Akibatnya, klaim saya dianggap ganda dan ditolak. Saya bingung dan merasa dirugikan, padahal saya hanya ingin memastikan dokumen saya terkirim dengan benar,”
(Subyek 1, G.P Pegawai Niaga)

Hal serupa disampaikan oleh informan dari bagian keuangan, yang mengalami kesalahan pengetikan nama saat mengisi data pasien. Karena sistem tidak memiliki mekanisme verifikasi atau pengecekan otomatis terhadap kesesuaian data, kesalahan tersebut baru diketahui setelah proses klaim dikembalikan.

“Ketika memasukkan data pasien, saya tidak sadar salah menuliskan nama anak saya. Karena sistem tidak memiliki fitur pengecekan kesalahan input, saya tidak tahu ada kesalahan. Baru setelah dokumen saya dikembalikan, saya sadar kesalahan itu. Jika ada peringatan lebih awal dari sistem, saya bisa memperbaikinya sebelum proses klaim berlanjut,
(Subyek 2, A.R. Pegawai Keuangan)

Seorang pensiunan, juga mengalami kendala serupa akibat lambatnya koneksi internet saat proses unggah dokumen. Untuk memastikan unggahan berhasil, ia menekan tombol unggah dua kali. Sayangnya, sistem menyimpan dua dokumen yang sama dan menganggapnya sebagai klaim duplikat, yang berujung pada penolakan.

“Saat mengunggah dokumen, jaringan internet agak lambat, jadi saya tidak yakin file berhasil terkirim. Saya klik unggah dua kali untuk memastikan, tapi ternyata sistem menyimpan dua file yang sama dan menolak klaim saya karena dianggap duplikat. Kalau

sistem memberi tahu bahwa file sudah diterima, saya tidak akan mengunggah ulang dan tidak akan mengalami masalah,” (Subyek 3, S.Y. Pensiunan).

Tidak adanya umpan balik secara langsung dari sistem mempersulit pengguna dalam memastikan keakuratan dan keberhasilan proses pengajuan klaim. Hal ini menunjukkan pentingnya pengembangan sistem berbasis teknologi yang lebih cerdas dan responsif untuk meningkatkan ketepatan serta efisiensi pelayanan klaim asuransi kesehatan. Oleh sebab itu, organisasi perlu memperkuat sistem digital pelayanan publik dengan fitur yang tidak hanya berfungsi merekam data, tetapi juga mampu mendeteksi dan memberikan umpan balik atas kesalahan sejak awal, sehingga pelayanan menjadi lebih inklusif dan adil bagi seluruh pengguna.

Minimnya Sosialisasi

Di balik kemajuan sistem digital yang dirancang untuk memudahkan proses penggantian klaim, masih ada satu hal mendasar yang sering ditemukan: tidak semua pengguna memahami cara menggunakannya. Seperti yang ditekankan Osborne (2010) dalam pendekatan *New Public Governance*, pelayanan publik seharusnya dibangun dengan prinsip keterlibatan aktif pengguna, bukan hanya sekedar menyampaikan informasi satu arah. Tanpa komunikasi yang baik, sistem secanggih apa pun bisa menjadi bermasalah. Banyak temuan di lapangan, bahwa pegawai dan pensiunan merasa kebingungan karena tidak pernah mendapat pembekalan yang cukup. Sosialisasi dan pelatihan yang tidak sistematis menghambat pemahaman pengguna dalam menjalankan prosedur, sehingga menimbulkan kesalahan administratif yang dapat dihindari.

Salah satu pegawai menyampaikan, bahwa ia tidak pernah mengikuti pelatihan resmi terkait prosedur klaim. Informasi yang ia peroleh selama ini berasal dari percakapan informal dengan rekan kerja. Hal tersebut menimbulkan keraguan apakah langkah yang diambil dalam proses klaim sudah sesuai.

“Saya belum pernah mengikuti pelatihan atau briefing resmi tentang proses klaim ini. Semua informasi yang saya dapatkan biasanya dari ngobrol santai dengan rekan kerja. Kadang saya ragu apakah cara yang saya pakai sudah tepat,” (Subyek 1, G.P Pegawai Niaga)

Pengalaman serupa juga dirasakan oleh informan dari bagian keuangan, yang selama ini mengandalkan pengalaman pribadi dari klaim sebelumnya. Ia menyadari bahwa meskipun sudah ada pelatihan dalam bentuk simulasi atau video panduan, hal tersebut belum cukup membantunya memahami proses klaim secara menyeluruh.

“Saya lebih mengandalkan pengalaman dari klaim sebelumnya. Meskipun ada pelatihan formal seperti simulasi atau video panduan, saya rasa saya masih bingung dalam mengurus pengajuan berkas klaim,” (Subyek 2, A.R. Pegawai Keuangan).

Seorang pensiunan, menyampaikan bahwa pada awalnya ia sama sekali tidak mendapatkan pelatihan terkait pengajuan klaim, khususnya mengenai penggunaan sistem digital. Ketidaktahuan ini membuatnya harus datang langsung ke Divisi *Human Capital* lebih dari satu kali untuk mendapatkan penjelasan.

“Awalnya saya tidak pernah ikut pelatihan soal pengajuan klaim. Bahkan saya harus dua kali datang langsung ke Divisi Human Capital untuk bertanya karena minimnya pengetahuan saya tentang sistem digital ini,” (Subyek 3, S.Y. Pensiunan).

Pengguna layanan tidak memiliki kejelasan tentang prosedur yang benar, dokumen yang diperlukan, serta cara penggunaan sistem digital yang tersedia. Hal ini menunjukkan perlunya strategi komunikasi yang lebih terstruktur dan sistematis, termasuk penyediaan pelatihan berkala, panduan digital yang mudah diakses, serta bantuan yang responsif untuk mendampingi pengguna selama proses klaim berlangsung. Oleh karena itu, penguatan strategi pelayanan dan pelatihan baik secara digital maupun tatap muka perlu menjadi prioritas agar tidak ada kelompok yang tertinggal dalam memahami prosedur berbasis sistem informasi.

Implementasi Temuan dalam Kehidupan Nyata Pegawai dan Pensiunan

Di era digital saat ini, penggunaan aplikasi untuk memfasilitasi proses klaim kesehatan di lingkungan kerja seharusnya menjadi solusi yang memudahkan, bukan malah membingungkan. Aplikasi digital yang digunakan di perusahaan tempat penelitian ini bertujuan untuk mempercepat dan mengoordinasikan pengajuan klaim. Namun dalam praktiknya, banyak pegawai dan pensiunan justru mengalami kesulitan. Mereka dihadapi pada sistem yang tidak sepenuhnya disinari, dengan panduan teknis yang minimal dan tanpa peringatan otomatis jika terjadi kesalahan dalam pengunggahan dokumen. Akibatnya, banyak klaim ditolak karena alasan teknis yang sebenarnya bisa dihindari.

Pengalaman ini menunjukkan bahwa teknologi saja tidak cukup. Sistem digital yang baik perlu dirancang berdasarkan kebutuhan nyata penggunanya. Osborne (2010) menyatakan bahwa layanan publik modern harus fokus pada pengguna, bukan hanya pada aturan dan struktur internal organisasi. Ketika aplikasi tidak memberikan informasi yang jelas atau tidak merespons kesalahan pengguna dengan tepat, maka kepercayaan terhadap layanan akan menurun. Lebih jauh lagi, klaim kesehatan termasuk dalam bentuk

penghematan finansial tidak langsung penting bagi kesejahteraan pegawai dan pensiunan (Mondy & Martocchio, 2016). Jika akses terhadap layanan ini tidak didukung dengan sistem yang ramah pengguna, maka dampaknya bisa terasa pada kepuasan kerja, semangat, hingga loyalitas pegawai. Seperti yang dijelaskan oleh Laudon dan Laudon (2021), sistem informasi manajemen seharusnya tidak hanya menyimpan dan mengatur data, tetapi juga memberikan dukungan keputusan yang tepat, cepat, dan dapat dipahami.

Oleh karena itu, temuan ini menjadi pengingat penting bahwa membangun sistem digital bukan sekadar soal teknologi, tetapi juga tentang empati terhadap penggunanya. Pembaruan teknis seperti validasi otomatis, panduan interaktif, dan notifikasi real-time sangat diperlukan. Namun, hal yang tak kalah pentingnya adalah pelatihan yang konsisten dan komunikasi yang mudah diakses agar seluruh pegawai, termasuk mereka yang sudah pensiun tidak merasa ditinggalkan dalam proses yang seharusnya melindungi hak mereka.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menemukan bahwa tingginya angka penolakan klaim *reimbursement* di unit *Human Capital* pada sebuah perusahaan listrik yang berlokasi di Jawa Timur disebabkan oleh berbagai hambatan administratif dan teknis, seperti kurangnya pemahaman terhadap tenggat waktu, ketidakjelasan dokumen yang harus dilampirkan, kerusakan file digital, kesalahan saat mengisi data, hingga minimnya sosialisasi dan pelatihan bagi pegawai dan pensiunan. Kondisi ini mencerminkan adanya ketimpangan antara kemampuan pengguna, terutama pensiunan yang kurang familiar dengan teknologi seperti aplikasi digital yang memfasilitasi, sehingga banyak klaim ditolak padahal sebetulnya dapat dicegah dengan dukungan sistem yang lebih komunikatif. Secara teoritis, penelitian analisa tinjauan klaim *reimbursement*: studi kasus *kompensasi finansial* dalam sistem informasi manajemen keuangan ini memperkaya pemahaman dalam bidang manajemen SDM dan administrasi publik, terutama terkait keadilan prosedural, aksesibilitas informasi, dan pentingnya desain layanan yang berpihak pada pengguna. Temuan ini menegaskan perlunya pembaruan sistem digital yang lebih adaptif, seperti fitur validasi otomatis, pengingat batas waktu, panduan berbasis visual, serta pelatihan yang mudah dijangkau bagi semua kalangan. Meski studi ini terbatas pada satu unit organisasi dengan jumlah informan yang kecil, hasilnya membuka peluang bagi riset lanjutan dengan cakupan lebih luas, untuk menguji solusi yang diusulkan serta menggali lebih dalam tantangan implementasi digitalisasi layanan administratif di sektor publik Indonesia.

DAFTAR REFERENSI

- Anderson, R., & Agarwal, R. (2011). The digitization of healthcare: Boundary risks, emotion, and consumer willingness to disclose personal health information. *Information Systems Research*, 22(3), 469–490.
- Angelina, N., & Mawardi, A. I. (2024). Analisis efektivitas pengelolaan Divisi YAN HC Surabaya terhadap pengajuan reimbursement karyawan dan pensiunan. *Jurnal EKBIS (Ekonomi & Bisnis)*, 12(1), 78–85. <https://www.piksiganesha.ac.id/index.php/EKBIS/article/view/1488>
- Bodnar, G. H., & Hopwood, W. S. (2010). *Sistem informasi akuntansi* (Edisi ke-10). Pearson Education.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burke, L. A., & Hutchins, H. M. (2007). Training transfer: An integrative literature review. *Human Resource Development Review*, 6(3), 263–296.
- Chen, D. Q., Mocker, M., Preston, D. S., & Teubner, A. (2010). Information systems strategy: Reconceptualization, measurement, and implications. *MIS Quarterly*, 34(2), 233–259.
- Dzayanti, N. I., & Purwanto, S. (2025). Analisa proses keterlambatan pengajuan reimbursement pengobatan pegawai dan pensiun pada PT PLN (Persero). *Jurnal SISFOKOMTEK*, 3(2), 134–142. <http://ejournal.sisfokomtek.org/index.php/jpkm/article/view/5303>
- Gomez-Mejia, L. R., Balkin, D. B., & Cardy, R. L. (2016). *Managing human resources* (8th ed.). Pearson Education.
- Handayani, S. R., & Widjaja, L. (2023). Tinjauan penyebab pengembalian berkas klaim biaya pelayanan pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta Tahun 2022. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. <https://ejurnal.stikesism.ac.id/index.php/SEHATMAS/article/view/561>
- Handayani, S., Nuraini, S., Fitrianti, Y., Agustiya, R. I., Kurniawan, A., & Propiona, J. K. (2025). Barriers to COVID-19 workplace safety among Indonesian office workers: A qualitative study. *Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 14(1), 4–14. <https://doi.org/10.20473/ijosh.v14i1.2025.4-14>
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2021). *Management information systems: Managing the digital firm* (16th ed.). Pearson Education.
- Lengnick-Hall, M. L., & Moritz, S. (2003). The impact of e-HR on the human resource management function. *Journal of Labor Research*, 24(3), 365–379. <https://doi.org/10.1007/s12122-003-1001-6>
- McLeod, R., & Schell, G. (2008). *Management information systems* (10th ed.). Pearson Prentice Hall.

- Mondy, R. W., & Martocchio, J. J. (2016). *Human resource management* (14th ed.). Pearson Education.
- Mondy, R. W., & Noe, R. M. (2005). *Human resource management* (9th ed.). Pearson.
- Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., & Wright, P. M. (2014). *Fundamentals of human resource management* (6th ed.). McGraw-Hill Education.
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.
- Putri, D. T., Viatiningsih, W., & Rifa'i, I. (2022). Tinjauan faktor penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi. *Jurnal Rekam Medic*. <https://www.neliti.com/publications/474029>
- Qonitatillah, A. M. (2022). Analisis penyebab pending klaim BPJS rawat inap periode Maret 2021–Maret 2022 di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur [Undergraduate thesis, STIKES YRSDS]. STIKES YRSDS Repository. <https://repository.stikes-yrsds.ac.id/id/eprint/524/>
- Stair, R., & Reynolds, G. (2020). *Prinsip sistem informasi* (Edisi ke-13). Cengage Learning.