

BAB III

KINERJA PENGABDIAN DAN PENGEMBANGAN

A. Kinerja Pengabdian

1. Lama Pengabdian dan Pengalaman Kerja

Penulis memulai pengabdian di BPJS Kesehatan Kabupaten Lamandau sejak tanggal 1 Januari 2020 sebagai staf penjamin manfaat dan pengelolaan fasilitas kesehatan. Selama lebih dari lima tahun bertugas, penulis telah melalui berbagai fase penting dalam perjalanan karier, terutama ketika pandemi COVID-19 melanda Indonesia pada tahun 2020 hingga 2023. Pada masa tersebut, penulis dipercaya sebagai verifikator khusus klaim COVID-19. Tugas ini tidak hanya menuntut ketelitian dan kecepatan dalam memproses klaim, tetapi juga mengharuskan penulis untuk beradaptasi dengan regulasi dan kebijakan yang terus berubah seiring perkembangan pandemi. Penulis terlibat langsung dalam verifikasi klaim pelayanan kesehatan COVID-19, baik untuk peserta umum maupun tenaga kesehatan yang menjadi garda terdepan dalam penanganan pandemi.

Pengalaman sebagai verifikator COVID-19 memberikan pelajaran berharga tentang pentingnya kolaborasi lintas sektor, komunikasi efektif, serta pemanfaatan teknologi informasi dalam mempercepat proses administrasi klaim. Atas dedikasi dan kontribusi dalam penanganan klaim COVID-19, penulis memperoleh penghargaan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Penghargaan ini menjadi motivasi sekaligus pengakuan atas kerja keras dan komitmen penulis dalam mendukung pelayanan kesehatan masyarakat di masa krisis.

Setelah pandemi mereda, penulis tetap melanjutkan tugas sebagai verifikator klaim pelayanan kesehatan secara umum. Fokus utama beralih pada penjaminan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan tanggung jawab memastikan setiap peserta memperoleh haknya atas pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Pengalaman panjang dalam proses verifikasi klaim, baik pada masa krisis maupun dalam situasi normal, membekali penulis dengan pemahaman mendalam mengenai tantangan, peluang, serta kebutuhan inovasi dalam pelayanan publik di bidang kesehatan.

Selama masa pengabdian, penulis juga aktif mengikuti berbagai pelatihan dan workshop yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan maupun instansi terkait.

Kegiatan ini meliputi pelatihan verifikasi klaim, digitalisasi administrasi, pengelolaan kerjasama fasilitas kesehatan, serta sosialisasi kebijakan terbaru di bidang jaminan sosial ketenagakerjaan. Partisipasi dalam kegiatan tersebut tidak hanya meningkatkan kapasitas individu, tetapi juga memperluas jejaring profesional yang sangat bermanfaat dalam pelaksanaan tugas sehari-hari.

Selain itu, penulis terlibat dalam berbagai forum koordinasi dengan Dinas Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, serta fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan. Forum ini menjadi wadah untuk berbagi informasi, menyelesaikan permasalahan, serta merumuskan strategi bersama dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Lamandau. Pengalaman kolaboratif ini memperkuat pemahaman penulis tentang pentingnya sinergi antar lembaga dalam mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di tingkat daerah. Peran penulis sebagai coordinator penjaminan sosial kesehatan antara Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan.

2. Tugas dan Tanggung Jawab

Sebagai staf penjamin manfaat dan pengelolaan fasilitas kesehatan, penulis memiliki tugas dan tanggung jawab yang luas dan beragam, meliputi aspek administratif, teknis, hingga pengembangan inovasi pelayanan. Berikut adalah uraian lengkap tugas dan tanggung jawab penulis di BPJS Kesehatan Kabupaten Lamandau:

Penulis bertanggung jawab melakukan verifikasi administrasi dan kelayakan klaim pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan. Proses ini mencakup pengecekan kelengkapan dokumen, kesesuaian layanan dengan ketentuan JKN, serta validasi data peserta. Verifikasi dilakukan baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, termasuk kasus-kasus khusus seperti penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. Selain itu, penulis memastikan seluruh peserta JKN memperoleh hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Penulis berperan sebagai penghubung antara peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam menyelesaikan permasalahan terkait penjaminan manfaat.

Dalam hal pengelolaan kerjasama fasilitas kesehatan, penulis menyusun, memantau, dan mengevaluasi perjanjian kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan tingkat lanjutan (FKTL). Penulis bertanggung jawab memastikan fasilitas kesehatan mitra mematuhi standar pelayanan BPJS Kesehatan dan menjalankan kewajiban sesuai perjanjian.

Monitoring secara berkala terhadap mutu layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan mitra juga menjadi bagian dari tanggung jawab penulis. Evaluasi dilakukan berdasarkan indikator mutu pelayanan, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), serta tingkat kepuasan peserta.

Penulis juga aktif menyelesaikan permasalahan atau kendala yang timbul dalam pelaksanaan kerjasama dan penjaminan manfaat. Dalam hal ini, penulis berperan sebagai mediator antara peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan untuk mencapai solusi yang adil dan sesuai regulasi.

Tugas lain yang tidak kalah penting adalah memberikan edukasi dan sosialisasi kepada fasilitas kesehatan mitra serta peserta BPJS Kesehatan terkait kebijakan, prosedur, dan inovasi pelayanan. Salah satu fokus utama adalah sosialisasi penggunaan Kuesioner Tepat Jaminan sebagai inovasi dalam proses penjaminan klaim.

Dalam hal pengelolaan data dan pelaporan, penulis bertugas menginput dan memperbarui data kerjasama fasilitas kesehatan dalam sistem informasi BPJS Kesehatan serta menyusun laporan bulanan terkait realisasi penjaminan manfaat, evaluasi kerjasama, dan capaian indikator pelayanan.

Penulis juga menangani pengaduan dan keluhan peserta terkait pelayanan di fasilitas kesehatan mitra. Penulis bertugas melakukan klarifikasi, investigasi, serta memberikan solusi atau rekomendasi perbaikan sesuai ketentuan yang berlaku.

Selain itu, penulis rutin mengikuti rapat koordinasi dengan Dinas Kesehatan, Disnakertrans, dan stakeholder lain untuk mendukung pencapaian Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Lamandau. Penulis juga terlibat dalam penyusunan strategi bersama untuk mengatasi tantangan pelayanan kesehatan di daerah.

Dalam menjalankan seluruh tugas tersebut, penulis selalu menjunjung tinggi integritas, profesionalisme, dan transparansi. Penulis mematuhi kode etik, disiplin

kerja, serta seluruh kebijakan dan pedoman BPJS Kesehatan. Setiap pelanggaran tata tertib atau kode etik wajib dilaporkan kepada atasan atau komite etika.

Seluruh tugas dan tanggung jawab ini dilaksanakan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, serta peraturan internal BPJS Kesehatan. Proses penjaminan manfaat dan kerjasama fasilitas kesehatan dijalankan sesuai standar operasional prosedur (SOP) dan ketentuan hukum yang berlaku.

B. Kinerja Pengembangan

Selama menjalani pengabdian sebagai staf penjamin manfaat dan pengelolaan fasilitas kesehatan di BPJS Kesehatan Kabupaten Lamandau, penulis memperoleh berbagai pengalaman berharga serta berperan aktif dalam pengembangan inovasi layanan. Pengalaman dan inovasi yang dikembangkan telah membantu meningkatkan kualitas pelayanan penjaminan klaim, khususnya dalam hal ketepatan dan efisiensi proses klaim penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. Berikut uraian lengkap mengenai kinerja pengembangan tersebut:

1. Menilai tingkat ketepatan penentuan klaim penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten Lamandau.

Penulis melakukan penilaian ketepatan klaim melalui penerapan inovasi Tepat Jaminan. Inovasi ini menggabungkan proses pengisian kuesioner, klasifikasi otomatis oleh sistem, dan verifikasi manual oleh petugas. Kuesioner Tepat Jaminan diisi oleh peserta atau fasilitas kesehatan dengan data yang mencakup status kepesertaan, jenis pekerjaan, lokasi kerja, waktu kejadian, dan ringkasan kronologi. Data tersebut kemudian diproses oleh sistem untuk memberikan klasifikasi awal, apakah klaim termasuk kategori PAK, KK, penyakit umum, atau memerlukan klarifikasi lebih lanjut. Hasil klasifikasi ini diverifikasi kembali oleh petugas BPJS Kesehatan untuk memastikan kesesuaian dengan ketentuan yang berlaku dan kelengkapan dokumen. Dengan metode ini, proses penentuan klaim menjadi lebih sistematis, berbasis data, dan minim subjektivitas, sehingga kesalahan klasifikasi dapat diminimalkan serta perbedaan tanggung jawab antara BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menjadi lebih jelas.

2. Mengevaluasi efektivitas penggunaan Kuesioner Tepat Jaminan dalam mempercepat proses verifikasi dan validasi klaim serta meningkatkan kepuasan peserta.

Penulis juga melakukan evaluasi terhadap efektivitas Tepat Jaminan untuk mengukur sejauh mana inovasi ini mempermudah proses kerja dan meningkatkan kualitas layanan. Kuesioner ini memungkinkan peserta dan fasilitas kesehatan mengisi data secara lengkap sejak awal, sehingga sistem dapat mengolahnya untuk memberikan hasil klasifikasi awal. Dengan demikian, petugas dapat langsung memfokuskan verifikasi pada kasus yang memang membutuhkan penjelasan tambahan. Pendekatan ini membuat proses verifikasi lebih cepat, mengurangi beban kerja petugas yang sebelumnya harus memeriksa seluruh dokumen secara manual, serta memperbaiki koordinasi antara BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, pemberi kerja, dan instansi terkait karena semua pihak menggunakan format data yang sama. Seluruh proses dan keputusan terekam dalam sistem digital, sehingga memudahkan pelacakan, meningkatkan transparansi, dan memperkuat akuntabilitas layanan. Dengan cara ini, Tepat Jaminan bukan hanya membantu mempercepat proses penjaminan klaim, tetapi juga meningkatkan ketepatan hasil verifikasi dan kepercayaan pihak-pihak yang terlibat.