

ANALISIS STRATEGI PENINGKATAN PENGUMPULAN IURAN PADA BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG PEKANBARU

Andrie Ardica¹⁾

Samsir²⁾

¹⁾ Mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Riau

²⁾ Dosen Program Pascasarjana Universitas Riau

Abstract. *BPJS Kesehatan is managed Nasional Health Insurance (JKN) based on principle social insurance and principle of equity (Thabrany, 2014). JKN program has been running for 5 years and has encouraged access to health services to a better level. Nevertheless, there are still some challenges that is, 1) The standardization of health services is still limited; 2) Customer complaints about JKN-KIS services are still high; 3) The high expectations of JKN-KIS customer for services that are easy, fast, and certainly; 4) Mismatch between premium collection by BPJS Kesehatan with expenditure on health services 5) The cost of health services continues to increase. The research method is a descriptive. Data sources consist of primary and secondary data. Data collection method through literature study and interview, then analyzed descriptively and qualitatively. The purpose of this research is to identify factors which influence premium collection in certain segments in BPJS Kesehatan Pekanbaru Branch. Furthermore this research also aims to formulate the right strategy to maintain JKN program sustainability through increasing premium collection. Data obtained analyzed using Internal Factor Evaluation (IFE) and External Factor Evaluation (EFE) Matrix also Internal-External Matrix. Then using Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) Analysis and Quantitative Strategic Planning (QSPM) Matrix. The results of the analysis recommend that the company perform function optimization of Kader JKN, recruit new customer which was accompanied by awareness of paying premium, and provide excellent service to participants.*

Keywords: *Public Health Insurance, Premium Collection, Internal Factor, External Factor, SWOT, QSPM*

Latar belakang masalah

Sistem Jaminan Sosial Nasional atau yang lebih dikenal dengan istilah SJSN sesungguhnya merupakan pengjawantahan tujuan Negara Indonesia sebagai Negara yang merdeka, bersatu, berdaulat, adil dan makmur. Konsep SJSN tersebut lahir dari semangat konstitusi tertinggi Bangsa Indonesia, sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28 H Ayat (3) serta Pasal 34 Ayat (2) UUD 1945 yang tujuannya tidak lain untuk

mewujudkan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh warga negara Indonesia.

Lahirnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan disusul dengan lahirnya UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial semakin memperjelas bentuk dan sistem penyelenggaraan jaminan sosial di negara ini. Melalui UU BPJS, penyelenggaraan jaminan sosial dilaksanakan oleh 2 (dua)

Badan Penyelenggara yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) untuk menyelenggarakan program : jaminan kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan) untuk menyelenggarakan program 1) jaminan kecelakaan kerja; 2) jaminan hari tua; 3) jaminan pensiun; dan 4) jaminan kematian. Sebagai badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan sistem jaminan sosial, BPJS memiliki tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

Sebagai salah satu hak asasi manusia yang diakui keberadaannya oleh konstitusi tertinggi Bangsa Indonesia, perlindungan hak jaminan sosial diterjemahkan dalam penerapan salah satu prinsip pengelolaan program jaminan sosial, sebagaimana jelas diatur dalam Pasal 4 huruf g UU BPJS yaitu prinsip kepesertaan bersifat wajib. Prinsip ini mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Program Jaminan Sosial. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia, wajib diartikan sebagai sesuatu yang harus dilakukan atau tidak boleh untuk tidak dilakukan.

Artinya Jaminan Sosial sebagai salah satu program wajib adalah sesuatu yang harus dilakukan dan tidak boleh hukumnya untuk tidak dilakukan.

Dalam Perpres RI No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan kesehatan, kepesertaan dibedakan atas penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan penerima bantuan iuran (non-PBI). Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan adalah

orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu yang ditetapkan pemerintah berdasarkan peraturan perundang-undangan. Sedangkan peserta bukan PBI jaminan kesehatan dibedakan menjadi 3 yakni: (1) pekerja penerima upah (PNS, anggota TNI, POLRI, pejabat negara, dll yang menerima upah); (2) pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan; (3) bukan pekerja (seperti investor, veteran, penerima pensiun dsb) (Perpres No. 12 tahun 2013).

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas Thabrany (2014). Tugas BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut : 1) Melakukan atau menerima pendaftaran peserta BPJS Kesehatan; 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta BPJS Kesehatan dan Pemberi Kerja; 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah; 4) Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta BPJS Kesehatan; 5) Mengumpulkan dan mengelola dana peserta BPJS Kesehatan program jaminan sosial; 6) Membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta BPJS Kesehatan dan masyarakat.

Berdasarkan Data Business Intelligent Universal Health Coverage (UHC) per 4 Juli 2019, Jumlah Peserta JKN yang berada di Wilayah BPJS Kesehatan KC Pekanbaru sebesar 1.981.448 jiwa dengan total jumlah penduduk 2.590.067 jiwa, yang berarti 76,50% dari penduduk di wilayah Kota

Pekanbaru; Kab. Kampar; Kab. Pelalawan; serta Kab. Rokan Hulu; telah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Menurut Janis (2014) Implementasi dari kebijakan SJSN dan BPJS akan meningkatkan demand terhadap pelayanan kesehatan khususnya dari masyarakat yang selama ini kurang mampu membeli jasa kesehatan sehingga akan berpengaruh kepada penambahan beban fiskal. Program JKN-KIS telah berjalan selama 5 tahun dan telah mendorong akses pelayanan kesehatan ke taraf yang lebih baik. Meski demikian, masih terdapat beberapa tantangan yaitu, 1) Standarisasi pelayanan kesehatan masih terbatas; 2) Keluhan peserta terhadap pelayanan JKN-KIS masih tinggi; 3) Tingginya harapan peserta JKN-KIS atas pelayanan yang mudah, cepat, dan pasti; 4) Mismatch antara penerimaan iuran oleh BPJS Kesehatan dengan pengeluaran biaya pelayanan kesehatan 5) Biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat.

Kemampuan BPJS Kesehatan dalam mengendalikan demand dan supply dari layanan kesehatan akan mempengaruhi tingkat keberhasilan dari penerapan konsep SJSN (Janis, 2014). Menurut Thabrany (2008), yang dikhawatirkan adalah kesinambungan program dan akuntabilitas penggunaan dana dari iuran yang terkumpul. Berikut perbandingan antara penerimaan iuran yang diterima dengan biaya pelayanan kesehatan di BPJS Kesehatan Wilayah Kerja Kantor Cabang Pekanbaru.

Tabel 1.1 Rasio Klaim BPJS Kesehatan KC Pekanbaru

Tahun	Penerimaan Iuran	Biaya Pelayanan Kesehatan	Rasio Klaim
2016	450.818.978.927	786.539.954.169	174,47%
2017	537.119.467.419	1.033.776.758.786	192,47%
2018	544.648.133.465	955.012.577.182	175,34%
Juni 2019	315.211.867.003	651.984.141.746	206,84%
Jumlah	1.847.798.446.814	3.427.313.431.883	185,48%

Berdasarkan tabel 1.1 diatas, terlihat bahwa *missmatch* antara penerimaan iuran dan pengeluaran biaya pelayanan kesehatan cukup besar.

Selain itu, kesadaran menentukan kesanggupan seseorang untuk turut terlibat dan berpartisipasi pada kegiatan atau program di masyarakat, termasuk program JKN-KIS. Kesadaran akan program JKN-KIS merupakan suatu kondisi individu atau masyarakat yang mengerti, mengetahui, dan memahami tentang program JKN-KIS yang ditandai dengan keterbukaan dalam menerima dan memanfaatkan program JKN-KIS serta paham mengenai tujuan, fungsi, dan keuntungan skema tersebut (Siswoyo, Prabandari, & Hendartini, 2015).

Peran serta masyarakat dalam membayar iuran jaminan kesehatan sangat bergantung dengan ability to pay (ATP) dan willingness to pay (WTP). ATP atau kemampuan membayar adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal (Adisasmita, 2008). Sedangkan WTP atau kesediaan/kemauan membayar adalah kesediaan individu untuk

membayar sejumlah uang sebagai premi (premium) dalam rangka memperbaiki kualitas lingkungan (Wright et al, 2009).

Besar atau kecilnya ATP dan WTP seseorang atau masyarakat dalam membayar iuran tentunya tidak terlepas dari faktor - faktor yang mempengaruhinya. Penelitian di Kabupaten Hulu Sungai Selatan menunjukkan pendapatan yang lebih besar dan adanya tabungan untuk biaya pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi ATP dan WTP masyarakat Kabupaten Hulu Sungai Selatan (Handayani, 2013). Faktor lainnya yang mempengaruhi WTP dalam membayar iuran jaminan kesehatan adalah pekerjaan, pendidikan, keikutsertaan asuransi dan jumlah anggota keluarga (Pungky, 2014).

Berikut Tabel 1.2 Tingkat Pengumpulan Iuran BPJS Kesehatan KC Pekanbaru s/d Bulan Juni di Tahun 2019

No.	Segmen Peserta	Juni 2019		
		Tagihan	Realisasi	%
1	Pemerintah Daerah	30.142.170.059	30.075.250.445	99,78
2	PNS Daerah	20.098.346.893	20.098.346.893	100,00
3	PNS Pusat	5.431.603.951	5.431.603.951	100,00
4	TNI	415.864.571	415.864.571	100,00
5	POLRI	2.877.390.109	2.877.390.109	100,00
6	Pegawai Non PNS Pemerintah Daerah	464.857.776	464.857.776	100,00
7	Badan Usaha (Swasta)	185.271.615.854	181.975.683.087	98,22
8	Bukan Penerima Upah (Non Formal)	122.783.309.019	63.323.977.556	51,57
9	Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah	15.650.120.000	10.548.892.615	67,40
	Jumlah	383.135.278.232	315.211.867.003	82,27%

Adapun upaya yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk meningkatkan tingkat pengumpulan iuran yaitu, 1. *Telecollecting*, penagihan kepada pelanggan yang menunggak iuran melalui telepon; 2.

SMS Blast, pesan berupa teks yang dikirim melalui telepon seluler yang berisi pesan singkat sebagai pengingat bayar iuran; 3. Pembukaan stand edukasi dan loket pembayaran iuran pada hari libur di pusat keramaian; 4. Kewajiban Auto Debit bagi peserta yang baru mendaftar sebagai peserta JKN 5. Monitoring anggaran Pemerintah Daerah agar tidak terjadi penundaan pembayaran iuran peserta PBI; 6. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Badan Usaha yang belum patuh melakukan pendaftaran pekerjajanya dan serta membayar iuran; 7. Penagihan Peserta PBPU (mandiri) oleh Kader JKN secara langsung dengan sistem door to door ke rumah peserta JKN mandiri yang menunggak iuran; serta 8. Pengusulan pemberian sanksi administratif bagi penunggak iuran.

Berbagai upaya yang telah dilakukan tersebut, namun belum memberikan hasil yang optimal, sehingga perlu dilakukan strategi yang tepat. Diharapkan dengan perumusan strategi, pelaksanaan strategi, serta evaluasi strategi dalam manajemen strategik dapat merumuskan strategi yang tepat agar sustainability finansial program JKN terjaga melalui peningkatan pengumpulan iuran.

Telaah Pustaka

Formulasi strategi secara garis besar dapat di bagi dalam 3 tahapan yaitu *Input Stage*, *Matching Stage*, dan *Decision Stage* (David, 2011).

Berikut adalah penjelasan untuk masing-masing tahapan:

1. Tahap Masukan (*Input Stage*).

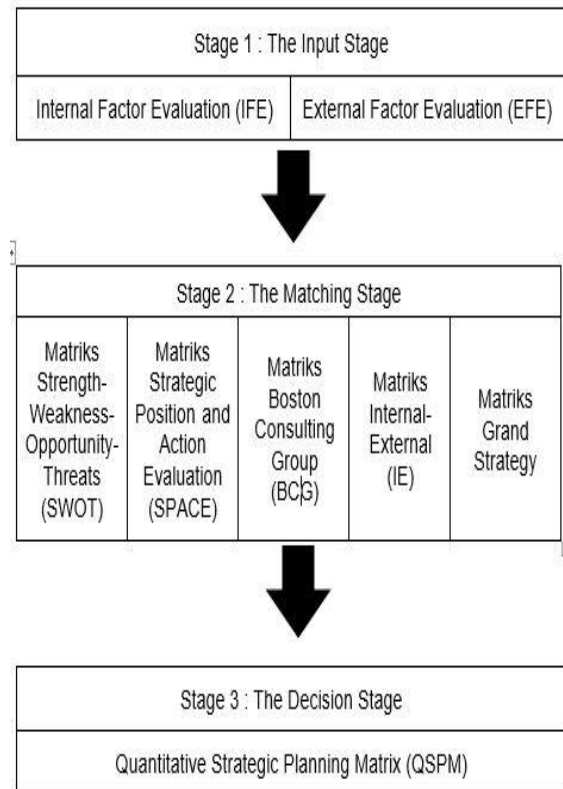
Pada tahapan ini informasi dasar diperlukan dalam membantu kita dalam merumuskan strategi. Pada

tahapan ini terdiri dari IFE dan EFE matriks.

2. Tahapan Pepaduan (*Matching Stage*). Pada tahapan ini untuk merumuskan strategi alternative yang dibutuhkan dengan memadu padankan faktor-faktor eksternal dan internal perusahaan yang terdiri dari matriks IE (Internal – Eksternal) dan matriks SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity dan Threat*).
3. Tahapan pemilihan strategi (*Decision Stage*). Setelah diperoleh alternatif strategi melalui matriks SWOT dan matriks IE.

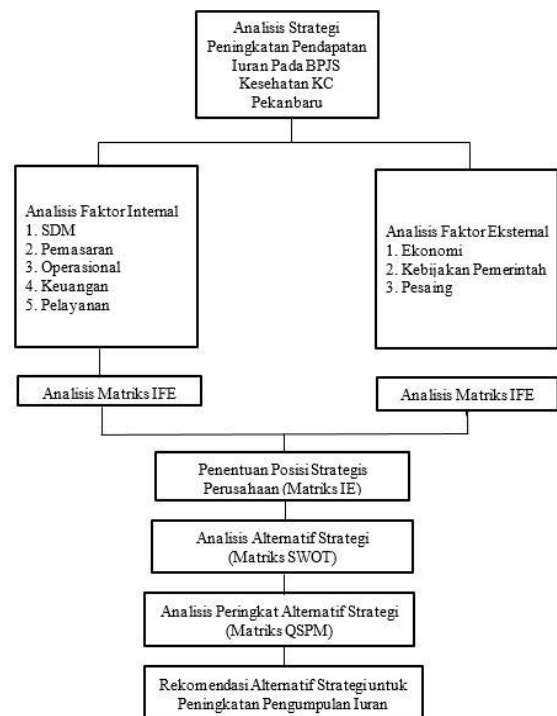
Masing-masing alternative strategi diurutkan berdasarkan tingkat kepentingannya dengan menggunakan matriks QSPM (*Quantitative Strategic Planning Matrix*)

Berikut ini adalah kerangka formulasi strategi seperti yang ditunjukkan pada gambar 1.1 Kerangka Formulasi Strategi.



Sumber : David 2011

Berikut ini adalah panduan penelitian yang dituangkan dalam bentuk kerangka konseptual yang ditunjukkan pada Gambar 1.2 Kerangka Konseptual.



Bahan dan Cara Penelitian

Jenis Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif dengan meneliti kelompok atau suatu objek pada masa sekarang. Tujuan dari penelitian yang bersifat deskriptif ini adalah untuk membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai realita yang ada, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki.

Metode deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan atau melukiskan keadaan subjek atau objek penelitian pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Metode ini mempelajari masalah-masalah dalam lingkungan disekitar masyarakat, situasi tertentu, sikap-sikap, kegiatan-kegiatan dan proses yang berlangsung dari suatu fenomena yang ada (Sugiyono, 2011). Diharapkan dengan menggunakan metode penelitian ini, penulis dapat mengetahui gambaran strategi peningkatan pengumpulan iuran pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Pekanbaru.

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan snowball, teknik penggabungan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi. (Sugiyono, 2011).

Dipilihnya pendekatan kualitatif dalam penelitian ini didasarkan pada alasan bahwa permasalahan yang dikaji di dalam penelitian ini yaitu bagaimana strategi peningkatan pengumpulan iuran memerlukan sejumlah data lapangan yang bersifat aktual dan konseptual. Di samping itu, pendekatan kualitatif lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi dan situasi yang berubah-ubah selama penelitian berlangsung (Moleong 2007:10).

Pembahasan

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan analisis Internal Factor Evaluation (IFE), External Factor Evaluation (EFE), Strength, Weaknesses, Opportunity, Threat (SWOT) dan Quantitative Strategic Planning Matrix (QSPM).

Populasi dalam penelitian merupakan wilayah yang ingin diteliti oleh peneliti. Menurut Sugiyono (2011) "Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya".

Karena dalam penelitian ini yang ingin digali perihal strategi bisnis, maka ditetapkan sebagai populasi adalah Top dan Midle Management BPJS Kesehatan yang terdiri dari Kepala Cabang dan Kepala Bidang. Populasi dalam penelitian ini adalah terdiri dari pihak-pihak yang berkompeten memberikan informasi mengenai peningkatan pengumpulan iuran, yaitu:

1. Kepala BPJS Kesehatan Cabang Pekanbaru (Kacab)
2. Kepala Bidang Perluasan Peserta & Kepatuhan (Kabid PPK)
3. Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta (Kabid KPP)
4. Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan (Kabid PK)
5. Kepala Bidang SDM, Umum, dan Komunikasi Publik (Kabid SDM, UKP)

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu (Sugiyono, 20011).

Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif (mewakili). Berhubung karena populasi dalam penelitian ini kecil, maka seluruh elemen populasi akan dijadikan sebagai sampel, artinya pengumpulan data dalam penelitian dilakukan dengan cara sensus. Selanjutnya sampel dalam penelitian ini juga disebut sebagai informan.

Penentuan langkah-langkah strategis dilakukan dengan cara melakukan identifikasi faktor-faktor internal dan faktor eksternal. Setelah faktor-faktor tersebut diketahui maka dilakukan analisis Matriks IE dan Analisis SWOT yang menghasilkan berbagai alternatif strategi.

Dari berbagai alternatif strategi, dipilih satu strategi utama melalui analisis Matriks QSPM.

a. Faktor Internal

- 1) Sumber Daya Manusia atau SDM yaitu berkaitan dengan potensi SDM yang dimiliki BPJS Kesehatan KC Pekanbaru dalam mengelola berbagai sumber daya yang ada.
- 2) Pemasaran yakni proses penyusunan komunikasi terpadu yang bertujuan untuk memberikan informasi mengenai barang atau jasa dalam kaitannya dengan memuaskan kebutuhan dan keinginan manusia.
- 3) Iuran (premi), sejumlah uang yang harus dibayarkan setiap bulannya sebagai kewajiban dari tertanggung atas keikutsertaannya di asuransi. Besarnya iuran atas keikutsertaan di asuransi yang harus dibayarkan telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi dengan memperhatikan keadaan-keadaan dari tertanggung.
- 4) Keuangan, merupakan catatan informasi keuangan suatu perusahaan pada suatu periode akuntansi yang dapat digunakan untuk menggambarkan kinerja.
- 5) Pelayanan, merupakan suatu tindakan ataupun kinerja yang bisa diberikan pada orang lain meyakinkan terhadap peserta agar mereka dapat benar-benar memahami apa yang dijelaskan oleh petugas agar kelak tidak ada pengulangan kesalahan yang sama dikemudian hari.

b. Faktor Eskternal

- 1) Peserta (Nasabah/Pemegang Polis), Pemegang Polis adalah Pihak yang mengikatkan diri

berdasarkan perjanjian dengan Perusahaan Asuransi, untuk mendapatkan perlindungan atau pengelolaan atas risiko bagi dirinya, tertanggung, atau peserta lain.

- 2) **Ekonomi.** Faktor ekonomi berkaitan dengan kondisi ekonomi khususnya di wilayah Kota Pekanbaru sebagai lokasi BPJS Kesehatan KC Pekanbaru. Faktor ekonomi diukur dari pertumbuhan ekonomi, inflasi dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) yang dihasilkan.
- 3) **Kebijakan Pemerintah.** Pemerintah baik pusat maupun daerah merupakan pembuat regulasi, deregulasi, penyubsidi, pemberi kerja, dan pengguna program JKN. Faktor-faktor politik, pemerintahan, dan hukum, karenanya, dapat mempresentasikan peluang atau ancaman baik bagi organisasi kecil maupun besar
- 4) **Pesaing.** Faktor ini berkaitan dengan perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan komersial memberi jaminan manfaat lain dari yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan. Contohnya, pelayanan non medis seperti naik kelas rawatan, perawatan lanjutan eksklusif, bisa berobat ke rumah sakit yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Berikut adalah faktor-faktor strategis internal

FAKTOR - FAKTOR STRATEGIS INTERNAL			
No.	KEKUATAN	No.	KELEMAHAN
1	Posisi BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN, dengan peserta saat ini mencapai 76,50% dari jumlah penduduk di wilayah BPJS Kesehatan KC Pekanbaru.	1	Banyaknya jumlah peserta program JKN mengakibatkan antrian administrasi memakan waktu lama.
2	Terdapat Pelayanan BPJS Kesehatan Wilayah KC Pekanbaru di Kota Pekanbaru, Kab. Kampar, Kab. Pelalawan dan Kab. Rokan Hulu.	2	Terdapat kesulitan untuk menghubungi BPJS Care Center di jam-jam sibuk, harus diulang beberapa kali agar tersambung.
3	Penerimaan Iuran untuk BPJS Kesehatan KC Pekanbaru di tahun 2019 sampai dengan bulan Juni mencapai Rp. 315.211.867.003 dengan tingkat kolektabilitas sebesar 82,27%.	3	Tagihan Iuran BPJS Kesehatan KC Pekanbaru di tahun 2019 sampai dengan bulan Juni sebesar Rp. 383.135.278.232. Terdapat tunggakan sebesar 17,73%, senilai Rp. 67.923.411.228.
4	Asuransi Kesehatan dengan premi iuran yang murah, Tidak Ada Pre - Existing Condition sebelum melakukan pendaftaran, penjaminan manfaat tanpa Batasan Plafond.	4	Pelayanan Kesehatan dengan sistem rujukan berjenjang membutuhkan waktu yang lebih lama.
5	Mobile Customer Service keliling untuk mendekatkan dan meningkatkan pelayanan kepada peserta JKN		
6	"Best Practice Sharing" rutin terkait update informasi tentang program JKN sehingga seluruh "Duta BPJS Kesehatan" paham akan regulasi/peraturan terbaru.		

Kemudian faktor-faktor strategis eksternal

FAKTOR - FAKTOR STRATEGIS EKSTERNAL			
No.	KEKUATAN	No.	KELEMAHAN
1	Meningkatnya pertumbuhan ekonomi Provinsi Riau sebesar 2,88%, diharapkan seimbang dengan ability to pay dan willingness to pay bagi peserta JKN.	1	Pilihan fasilitas kesehatan masih terbatas karena belum semuanya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta masih terdapat daerah tertentu yang fasilitas kesehatannya belum lengkap.
2	Kemudahan masyarakat untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan mulai dari tingkat dasar hingga lanjutan.	2	Sikap adverse selection masyarakat yang hanya mendaftar dan membayar iuran JKN pada saat sakit.
3	Penambahan kuota Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI-JK) sebanyak 4,4 juta jiwa pada tahun 2019 oleh Pemerintah Pusat	3	Belum terlaksananya peneanaan sanksi administratif berupa pembatasan layanan publik bagi penunggak iuran sebagai contoh memperpanjang sim, paspor, IMB, STNK, dan lainnya sesuai Peraturan Pemerintah No. 86
4	Adanya koordinasi pemberian manfaat antar penyelenggara Jaminan, yaitu BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen, PT Asabri, PT Jasa Raharja.	4	Tersendatnya suntikan dana tambahan serta belum adanya penyesuaian besaran iuran yang membantu menanggulangi beban defisit BPJS Kesehatan.
5	Pemeriksaan bersama-sama oleh Petugas Pemeriksa BPJS Kesehatan, Kejaksaan Negeri, serta Pengawas Ketenagakerjaan Disnakertrans terhadap Badan Usaha (BU) yang terindaksi tidak patuh mendaftarkan peserta atau membayar iurannya.	5	Asuransi komersial menawarkan penjaminan manfaat yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan, sistem pengobatan langsung tanpa rujukan.
6	Terdapat regulasi yang jelas tentang penyelenggaraan program JKN dan sudah berjalan dengan baik.		

Berdasarkan data tersebut diatas, dihasilkan alternatif strategi sebagai berikut:

1. *Strengths, Opportunities (SO)*, Strategi yang menggunakan faktor-faktor kekuatan dengan memanfaatkan faktor-faktor peluang
 - a) Memastikan standar Pelayanan Publik pada seluruh kantor BPJS Kesehatan sama, yaitu pelayanan

prima, sesuai dengan visi BPJS Kesehatan dan memberikan kualitas layanan yang terbaik.

- b) Mengoptimalkan koordinasi pemberian manfaat dengan asuransi komersial.
 - c) Mengoptimalkan kinerja SDM di Kantor Cabang dan melakukan integrasi antar bidang untuk menghasilkan output pekerjaan yang maksimal.
2. *Weaknesses, Opportunity (WO)*, Strategi dengan memperkecil faktor-faktor kelemahan dan dengan memanfaatkan faktor-faktor peluang yang tersedia
 - a) Meningkatkan jumlah peserta dengan memberikan edukasi mengenai pentingnya program JKN, kemudahan menggunakan aplikasi Mobile JKN, layanan BPJS Kesehatan Care Center, dan fasilitas MCS.
 - b) Dengan adanya rujukan berjenjang masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan dari tingkat dasar seperti klinik/puskesmas, tidak harus langsung ke rumah sakit.
 - c) Memetakan potensi segmen peserta yang masih menunggak iuran dan selanjutnya melakukan sosialisai dan edukasi dan ditindaklanjuti dengan pemeriksaan ke lapangan jika masih terdapat tunggakan iuran.
 3. *Strengths, Threats (ST)*, Strategi yang menggunakan faktor-faktor kekuatan untuk mengatasi faktor-faktor ancaman
 - a) Melakukan sosialisasi secara persuasif tentang program JKN, bahwa keberlangsungan program JKN bergantung pada iuran yang rutin kita bayarkan setiap bulannya.
 - b) Melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan jika ada peserta

yang menunggak pembayaran iuran datang berobat, agar diberikan sosialisasi untuk segera melunasi tunggakan iuran agar terhindar dari denda pelayanan.

4. *Weaknesses, Threats* (WT), Strategi yang digunakan dengan meminimalkan faktor-faktor kelemahan serta mengatasi faktor-faktor ancaman
 - a) Meningkatkan efisiensi operasional dalam pelaksanaan program JKN, kegiatan yang diadakan, serta meningkatkan tindakan promotif/preventif kepada peserta JKN agar menerapkan pola hidup sehat dan terhindar dari sakit.
 - b) Melakukan credentialing ulang kepada fasilitas kesehatan, agar pelayanan kesehatan yang diterima peserta JKN tetap baik.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) dan Quantitative Strategic Planning Matrix (QSPM) terdapat beberapa prioritas strategi yang digunakan yaitu:

- 1) Optimalisasi Fungsi Kader JKN.
- 2) Tingkatkan jumlah peserta JKN diiringi dengan pemahaman yang baik serta kesadaran agar peserta JKN tersebut patuh membayar iuran rutin setiap bulannya.
- 3) Memastikan memberikan kualitas layanan terbaik dan penanganan keluhan dengan cepat sehingga pelanggan mendapatkan kepuasan dalam menggunakan layanan BPJS Kesehatan dalam mengelola program JKN.

- 4) Tindakan promotif preventif sekaligus mendukung Gerakan Masyarakat Sehat.

Saran

Beberapa saran yang dapat dipertimbangkan oleh BPJS Kesehatan KC Pekanbaru dalam upaya menyusun strategi peningkatan pengumpulan iuran yaitu :

1. Pemberian Informasi kepada peserta JKN bertujuan agar peserta sadar akan hak dan kewajibannya, mengetahui dan mentaati semua ketentuan/prosedur pelayanan yang berlaku, baik pelayanan administratif maupun pelayan medisnya.
2. Melakukan edukasi kepada peserta JKN menyadari pentingnya tetap berasuransi kesehatan dan ikut serta berperan aktif dalam upaya-upaya hidup sehat mandiri, termasuk didalamnya usaha promosi kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular
3. Menumbuhkan kesadaran membayar iuran dan berlandaskan prinsip gotong royong.

Daftar Pustaka

- Agustina, Izza, Aimanah, 2018. Sistem Pembayaran Kolektif Peserta Mandiri Dengan Status Kepesertaan Dan Kepatuhan Pembayaran Iuran Bpjs Kesehatan Di Kabupaten Malang. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan 22 (1) : 44-53.

- Aryani, Muqorrobin, 2013. Determinan *Willingness To Pay* (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan. *Jurnal Ekonomi dan Studi Pembangunan* 14 (1) : 44-57.
- Baros, 2013. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepemilikan Jaminan Kesehatan Analisa Data Susenas 2013. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 04 (01) : 20-25.
- Hermanto, Rimawati, Ernawati, 2014. Kesiapan Pekerja Sektor Informal (Sopir Truk Container) Dalam Membayar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Visikes* 13 (2) : 143 – 149.
- Khariza, 2015. Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Kebijakan Manajemen Publik* 3 (01) : 1-7.
- Kusumaningrum, Azinar, 2018. Kepesertaan Masyarakat Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Secara Mandiri. *Journal Of Public Health Research And Development* 2 (1) : 149-160.
- Mas'udin, 2014. Identifikasi Permasalahan Finansial Pada Jaminan Sosial Kesehatan Nasional. *Jurnal Info Artha* 1 (2) : 111-119.
- Pangestika, Jati, Sriatmi, 2017. Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Kepesertaan Sektor Informal dalam BPJS Kesehatan Mandiri di Kelurahan Poncol, Kecamatan Pekalongan Timur, Kota Pekalongan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 5 (3), Juli 2017. Halaman 39-49.
- Prakoso, 2015. Efektivitas Pelayanan Kesehatan BPJS di Puskesmas Kecamatan Batang. *Economics Development Analysis Journal* 4 (1) : 73-81.
- Rosyadi, 2016. Implementasi Kebijakan Tatakelola Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Jawa Timur. *Jurnal Penelitian Administrasi Publik* 02 (1) : 237-251.
- Rohadanti, Riyarto, Padmawati, 2012. Evaluasi Manfaat Program Jaminan Kesehatan Daerah bagi Masyarakat Kota Yogyakarta. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 01 (02) : 77 – 83.
- Sarwo, 2012. Asuransi Kesehatan Nasional Sebagai Model Pembiayaan Kesehatan Menuju Jaminan Semesta (Universal Coverage). *Masalah - Masalah Hukum* 41 (3) : 443-450.
- Setyawan, 2018. Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan* 2 (4) : 57-70.