

# TINJAUAN YURIDIS HAK PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Arinda Dyah Pratiwi

E-mail: arindadyahpratiwi@gmail.com

Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret Surakarta

Arief Suryono

E-mail: arsur15@yahoo.co.id

Dosen Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret Surakarta

---

## Article Information

**Keywords:** *Participants; BPJS Kesehatan (Social Insurance Administration Organization for Health); and Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (First-Level Healthcare Facility or FKTP)*

**Kata Kunci:** Peserta; BPJS Kesehatan; dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

---

## Abstract

*This article aimed to find out the effect of the enactment of Article 55 of Presidential Regulation No.82 of 2018 about Health Insurance on the problems the participants of BPJS Kesehatan (Social Insurance Administration Organization for Health) deal with to get their rights in FKTP (First-Level Healthcare Facility). This study was a normative law research that was prescriptive in nature. The approach method employed was statute approach. Secondary data type included primary and secondary law materials, supported with primary data as the supporting data. Techniques of collecting data used were library study and field study, and then technique of analyzing data used was deductive one. The result of research showed that the problems of the participants of BPJS Kesehatan deal with in FKTP included their problems inside and outside the health facility's jurisdiction. The problems outside health facility's jurisdiction included interpretation and border outside the health facility's jurisdiction not governed clearly so that individual parties interpreted the meaning outside health facility's jurisdiction according to their interest, sustainable treatment, and the effect of capitation fund on FKTP claim. Meanwhile, the problem inside health facility's jurisdiction involved the participants residing in same territory but not getting health service.*

## Abstrak

Artikel ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh berlakunya Pasal 55 Perpres No.82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan terhadap problematika yang dihadapi oleh peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan haknya di FKTP. Penelitian ini adalah penelitian hukum normatif bersifat preskriptif. Metode pendekatan yang digunakan adalah pendekatan perundang-undangan. Bahan hukum yang digunakan berupa bahan hukum primer dan sekunder, yang ditunjang dengan data primer sebagai pendukungnya. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi kepustakaan dan studi lapangan, selanjutnya teknik analisis

---

yang digunakan adalah teknik deduksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa problematika peserta BPJS Kesehatan di FKTP meliputi problematika peserta BPJS Kesehatan di luar wilayah faskes dan di dalam wilayah faskes. Adapun problematika di luar wilayah faskes meliputi tafsir dan batasan diluar wilayah faskes yang tidak diatur secara jelas sehingga masing-masing pihak menafsirkan makna di luar wilayah faskes sesuai kepentingannya, perawatan berkelanjutan, dan pengaruh dana kapitasi terhadap klaim FKTP. Sedangkan, problematika di dalam wilayah faskes meliputi peserta yang berada di wilayah yang sama maka tidak mendapat pelayanan kesehatan.

---

## A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam menunjang keberlangsungan hidup manusia, bukan hanya sebagai gaya hidup melainkan sudah menjadi suatu kebutuhan. Kesehatan juga menjadi sebuah tolak ukur bagi kesejahteraan suatu negara. Bertolak pada hal tersebut, pemerintah kemudian membuat regulasi-regulasi dalam rangka meningkatkan kualitas kesehatan. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan merupakan salah satu regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah atas amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H angka 1 yang berbunyi, "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan Pasal 34 ayat (2) yang berbunyi, "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan" (Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945). Tatanan hukum tersebut yang dipergunakan sebagai dasar dalam hubungan antara hak dan kewajiban yang melekat pada warga Negara di dalam kehidupan bernegara (Ulul Adzemi Romansyah, 2017: 13).

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 1 angka 1).

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dalam penyelenggaraannya dilaksanakan oleh sebuah badan hukum yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau yang kita kenal dengan BPJS Kesehatan. Adapun sebelumnya diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun

2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk dengan tujuan untuk mengakomodir pemenuhan kebutuhan masyarakat terkait program jaminan sosial khususnya di bidang kesehatan. BPJS Kesehatan adalah salah satu opsi meningkatkan sumber daya keuangan untuk kesehatan melalui kontribusi yang adil dan terjangkau dan memiliki potensi besar untuk mengalihkan sistem pembayaran pascabayar dengan prabayar (Arlina Dewi dan Naufal Kurnia Ramadhan, 2016: 36-37). Masyarakat yang telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan baik mandiri maupun yang ditanggung oleh pemerintah, dapat menikmati fasilitas kesehatan sesuai haknya yang tertera pada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan ditanggung oleh BPJS Kesehatan salah satunya di jenjang Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu tingkatan fasilitas kesehatan yang pertama kali dikunjungi ketika sakit. FKTP tersebut meliputi: Puskesmas atau yang setara, Praktik Mandiri Dokter, Praktik Mandiri Dokter Gigi, Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri, dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara (Buku Saku Panduan Layanan Bagi Peserta JKN-KIS: 28). Peserta BPJS Kesehatan diperbolehkan memilih FKTPnya sendiri. Biasanya ketika menentukan FKTP dipilih berdasarkan keterjangkauan dari tempat tinggal karena selanjutnya akan menjadi peserta terdaftar di FKTP yang telah dipilih tersebut untuk bisa memperoleh haknya sebagai peserta. Hak peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut ternyata tidak sepenuhnya berlaku ketika peserta BPJS Kesehatan sedang sakit dan berada di luar FKTP terdaftar. Misalnya, ketika seseorang yang sedang berada di luar wilayah domisili kemudian jatuh sakit saat berada di tempat tujuan. Seharusnya berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Sosial khususnya Pasal 55 ayat (2) huruf a dan ayat (3) diperbolehkan karena terdapat pengecualian bagi peserta yang berada di luar wilayah FKTP tempat peserta terdaftar dengan ketentuan paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama. Tetapi pada kenyataan di lapangan tidak sesuai dengan aturan yang berlaku saat ini. Hal ini dibuktikan dengan adanya permasalahan pada kriteria batas maksimal kunjungan. Biasanya belum sampai memenuhi kriteria batas maksimal kunjungan tersebut sudah dianjurkan untuk pindah FKTP, dikembalikan ke tempat FKTP terdaftar, diberikan layanan kesehatan tetapi harus membayar layaknya pasien umum atau lebih parahnya tidak dilayani. Salah satu alasan pasien tidak bisa berobat di luar FKTP terdaftar karena hal tersebut berkaitan dengan dana kapitasi.

Menurut Kementerian Kesehatan, di Indonesia dana kapitasi untuk pembayaran layanan kesehatan diperoleh dari premi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem Kesehatan Nasional Indonesia menyebutkan bahwa upaya kesehatan perorangan pembayarannya bersifat privat, kecuali masyarakat miskin dibayar pemerintah (Abdul Gani Hasan dan Wiku B.B. Adisasmito, 2017: 127). Dana kapitasi adalah besaran pembayaran yang dibayarkan dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP tersebut tanpa memperhitungkan jumlah dan jenis pelayanan yang diberikan (Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah Pasal 1 angka 6). Artinya bahwa peserta punya hak memperoleh fasilitas kesehatan ketika di luar FKTP terdaftar tetapi hal tersebut tidak terpenuhi. Karena batasan wilayah untuk di luar FKTP terdaftar tersebut lingkungannya tidak diatur secara jelas. Jadi selama peserta tersebut memenuhi ketentuan seharusnya tetap dilayani bukan malah sebaliknya.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dalam artikel ini akan membahas tentang problematika yang dihadapi oleh peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

## **B. Metode Penelitian**

Metode dalam penulisan hukum ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan sifat penelitian preskriptif. Pendekatan penelitian menggunakan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), yaitu merupakan pendekatan dengan legislasi dan regulasi atau peraturan baik secara vertical maupu horizontal (Peter Mahmud Marzuki, 2014: 137). Bahan hukum yang digunakan berupa bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, yang ditunjang dengan data primer untuk mendukung argumentasi dalam penelitian ini. Teknik pengumpulan data menggunakan studi kepustakaan dan studi lapangan dengan teknik analisis menggunakan metode deduksi.

## **C. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, dan telah membayar iuran (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 1 angka 2). Dengan demikian untuk dapat diakuinya status kepesertaan maka selain mendaftarkan diri juga harus membayar iuran. Sehingga apabila hanya mendaftarkan diri saja namun tanpa disertai dengan membayar iuran, maka belum dianggap sebagai peserta. Sedangkan untuk kepesertaan di dalam BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 (dua) kelompok golongan yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (bukan PBI).

Adapun penggolongan kepesertaan bagi Peserta Bantuan Iuran (PBI) didasarkan pada amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat (1) yang berbunyi, “Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara” (Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945).

Pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan sistem berjenjang sesuai kebutuhan medik dan kompetensi fasilitas kesehatan yang terkait, dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terdaftar lalu ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) untuk tindakan medik yang lebih spesialis, namun terdapat pengecualian apabila dalam keadaan gawat darurat maka dapat langsung ke faskes yang dituju. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 55 ayat (2) menyebutkan bahwa “Pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi Peserta dilaksanakan di FKTP tempat Peserta terdaftar, kecuali bagi Peserta yang:

1. Berada di luar wilayah FKTP tempat Peserta terdaftar; atau
2. Dalam keadaan kegawatdaruratan medis.” Kemudian dipertegas pada ayat (3), yaitu “Peserta yang berada di luar wilayah FKTP tempat Peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain untuk paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama.”

Adapun problematika yang terjadi di FKTP apabila ditinjau berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan khususnya Pasal 55 ayat (2) huruf a dan ayat (3) di atas dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Problematika Peserta BPJS Kesehatan di luar wilayah faskes
  - a. Tafsir dan batasan di luar wilayah faskes

Pengaturan mengenai wilayah faskes baik dalam hal penafsiran makna maupun batasan wilayahnya tidak diatur secara jelas sehingga tidak ada ketegasan dalam pemahaman istilah wilayah faskes. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan khususnya Pasal 55 ayat (2) huruf a dan ayat (3) memperbolehkan peserta BPJS Kesehatan untuk berobat di luar wilayah faskes karena terdapat pengecualian bagi peserta yang berada di luar wilayah FKTP tempat peserta terdaftar dengan ketentuan paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama. Dengan diperbolehkannya menggunakan hak berobat sebanyak 3 kali dalam 1 bulan **diluar wilayah faskes**, akan tetapi secara normatif yang dimaksud wilayah faskes tersebut tidak diatur secara jelas termasuk dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan sehingga menyebabkan adanya multitafsir. Pertama, “diluar wilayah” artinya diluar FKTP misal diluar puskesmas tetapi masih didalam wilayah kantor cabang misal Kantor Cabang Surakarta. Bagi Peserta yang masuk kategori ini biasanya lebih ketat karena adanya *screening* berdasarkan pilihan kegawatdaruratan

atau tidak. Jadi di sini untuk pengaturan yang maksimal 3x dalam FKTP yang sama selama satu bulan tidak diberlakukan. Sehingga dilayani atau tidak berdasarkan darurat atau tidak tersebut. Kedua, makna “di luar wilayah” artinya di luar wilayah kantor cabang BPJS misalnya kantor cabang BPJS Kesehatan Surakarta. Bagi peserta yang berada di kategori ini proses *screening* yang pertama kali dikakukan adalah berdasarkan jumlah kunjungan atau pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien tersebut, sudah 3x atau belum. Jadi misalnya Peserta tersebut berasal dari luar kota Surakarta, maka peserta punya hak untuk berobat atau dilayani sebanyak 3x dalam waktu 1 (satu bulan) di FKTP yang sama.

Secara harfiah wilayah faskes terdiri dari istilah wilayah dan fasilitas kesehatan (faskes). Wilayah dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti daerah (kekuasaan, pemerintahan, pengawasan, dsb); lingkungan daerah (provinsi, kabupaten, kecamatan) (KBBI: 2003). Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 1997 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional, pengertian wilayah adalah ruang yang merupakan kesatuan geografis beserta segenap unsur terkait padanya yang batas dan sistemnya ditentukan berdasarkan aspek administratif dan/atau aspek fungsional. Pengertian dari fasilitas kesehatan (faskes) itu sendiri adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Oleh karena itu berdasarkan Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Kamus Besar Bahasa Indonesia serta disinkronkan dengan pengertian wilayah menurut Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 1997 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional maka menurut pemahaman penulis pengertian diluar wilayah faskes belum dapat diambil kesimpulan. Tidak diaturnya dengan jelas mengenai pengaturan wilayah faskes tersebut, maka dalam menafsirkan Pasal 55 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, masing-masing pihak baik BPJS Kesehatan atau FKTP akan menafsirkan berbeda. Sehingga terdapat kemungkinan masing-masing pihak tersebut menafsirkan sesuai dengan kepentingannya.

b. Perawatan berkelanjutan

Peserta BPJS Kesehatan yang berada di luar wilayah faskes dibatasi berobat 3x dalam FKTP yang sama jangka waktu 1 bulan. Sehingga asumsinya seandainya berobat di tempat yang sama apabila lebih dari 3x maka tidak diperbolehkan. Padahal untuk pelayanan tertentu memerlukan kunjungan lebih dari 3x, misalnya pelayanan gigi. Namun biasanya belum sampai memenuhi kriteria batas maksimal kunjungan tersebut sudah dianjurkan untuk pindah FKTP, dikembalikan ke tempat

FKTP terdaftar, atau tetap diberikan layanan kesehatan tetapi harus membayar layaknya pasien umum atau lebih parahnya tidak dilayani.

Padahal dalam Pasal 68 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan ayat (1) secara tegas disebutkan bahwa “Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan Manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.”

c. Pengaruh dana kapitasi terhadap klaim FKTP

Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah Pasal 1 angka 6). Pemanfaatan Dana Kapitasi di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan, sedangkan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Besaran Dana Kapitasi untuk jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari total penerimaan dana kapitasi, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Dana kapitasi biasanya diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP di awal bulan sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP tersebut tanpa memperhitungkan jenis penyakit. Oleh karena itu, jika peserta terdaftar di FKTP A maka dana kapitasi peserta tersebut akan masuk ke FKTP A. Sehingga apabila peserta datang ke FKTP B, maka FKTP B merasa dirugikan karena tidak mendapat dana kapitasi pengganti atas pelayanan yang diberikan kecuali kegawatdaruratan medis.

2. Problematika Peserta BPJS Kesehatan di dalam wilayah faskes

Problematika Peserta BPJS Kesehatan di dalam wilayah faskes meliputi kendala yang dihadapi untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yaitu ketika Peserta BPJS Kesehatan berada di wilayah yang sama maka tidak mendapat pelayanan kesehatan. Apabila peserta BPJS Kesehatan masih berada dalam wilayah yang sama maka tidak berhak mendapatkan pelayanan kesehatan karena berdasarkan Pasal 55 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan telah jelas disebutkan bahwa ketentuan pengecualian bagi peserta BPJS Kesehatan untuk dapat berobat di FKTP lain dapat dilakukan asalkan sedang berada di luar wilayah faskes atau di luar FKTP tempat Peserta terdaftar. Kaitannya dengan ketegasan

dalam pemahaman istilah dan batasan wilayah faskes adalah misalnya apabila batasan dari wilayah faskes itu adalah kabupaten, maka yang berhak menggunakan ketentuan Pasal 55 tersebut adalah mereka yang berasal dari luar kabupaten. Sedangkan bagi Peserta BPJS Kesehatan yang ingin berobat diluar FKTPnya namun masih dalam satu kabupaten yang sama tidak diperbolehkan. Sehingga dapat diilustrasikan sebagai berikut:

#### **D. Simpulan**

Problematika yang dihadapi oleh peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dibedakan menjadi dua yaitu Problematika Peserta BPJS Kesehatan di luar wilayah faskes dan Problematika Peserta BPJS Kesehatan di dalam wilayah faskes. Problematika di luar wilayah faskes meliputi tafsir dan batasan diluar wilayah faskes yang tidak diatur secara jelas mengenai penafsirannya. Di dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan Kesehatan pengertian wilayah faskes tidak diatur, artinya ada kemungkinan masing-masing pihak menafsirkan sesuai dengan kepentingannya; perawatan berkelanjutan; dan pengaruh dana kapitasi terhadap klaim FKTP yang menimbulkan kerugian bagi FKTP. Sedangkan, problematika peserta bpjs kesehatan di dalam wilayah faskes meliputi Peserta yang berada di wilayah yang sama maka tidak mendapat pelayanan kesehatan. Sehingga apabila sipeserta berada di wilayah yang sama maka tidak berhak mendapatkan pelayanan. Wilayah sama tidak diketahui tapi secara normative diatur dalam pasal 55.

#### **E. Saran**

Pelaksanaan dari Pasal 55 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan tidak akan berjalan baik tanpa sinergi dari berbagai pihak karena para pihak memiliki peranan yang sangat penting di dalamnya. Pihak Peserta BPJS seharusnya ikut aktif mencari tahu dan memahami tentang regulasi BPJS Kesehatan supaya memudahkan dalam mengakses manfaat program BPJS Kesehatan itu sendiri. Ditambah sebaiknya BPJS Kesehatan juga memberikan sosialisasi kepada Peserta BPJS Kesehatan terkait aturan atau regulasi yang dikeluarkan secara detail supaya Peserta BPJS lebih paham. Selain itu, Pihak FKTP seharusnya tetap memberikan pelayanan maksimal kepada Peserta BPJS Kesehatan atau kepada pasien. Pasal 55 memberikan perlindungan hukum terhadap hak Peserta BPJS Kesehatan di luar FKTP namun dalam pengaturannya pun juga belum sempurna. Oleh karena itu, sebaiknya kata wilayah di dalam pasal 55 Peraturan Presiden Nomor 82 tentang Jaminan Kesehatan itu dikeluarkan saja, sehingga tidak perlu ada kata wilayah atau jika tidak, maka selanjutnya peraturan ini harus dipertegas mengenai pengertian wilayah baik melalui Perpres maupun oleh Peraturan BPJS Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku :

- Amirudin dan Zainal Asikin. 2013. *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Beni Ahmad Saebani. 2008. *Metode penelitian Hukum*. Bandung: CV. Pustaka Setia.
- BPJS Kesehatan. *Panduan Layanan Bagi Peserta JKN-KIS*.
- Mukti Fajar dan Yulianto Achmad. 2010. *Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Peter Mahmud Marzuki. 2014. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Zainuddin Ali. 2009. *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika.

### Jurnal :

- Abdul Gani Hasan dan Wiku B.B. Adisasmito. 2017. "Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016". *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Vol 6, No 3, September 2017. Depok: Universitas Indonesia.
- Arlina Dewi dan Naufal Kurnia Ramadhan. 2016. "The Difference of Satisfaction Level in BPJS Health Insurance Patient and Non Insurance Patient toward Health Service". *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*. Vol 5, No 1, Maret 2016. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Ulul Adzemi Romansyah. 2017. "Pemenuhan Hak Konstitusional Warga Negara Indonesia: Studi Kasus Jaminan Kesehatan Nasional". *Justitia Jurnal Hukum Fakultas Hukum Universitas Surabaya*. Vol 1, No 1, April 2017. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya.

### Internet :

- <http://kamusbahasaindonesia.org/perlindungan>, diakses pada tanggal 17 Oktober 2018 pukul 22.00 WIB

### Peraturan Perundang-Undangan :

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150)
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116)
- Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 1997 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 96)

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81)

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165)