

Kebijakan Penyetaraan Kedudukan Sosial Masyarakat melalui Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan

Merintha Suryapuspita

¹Institut Pemerintahan Dalam Negeri

Email: merintha@ipdn.ac.id

Kata kunci

*Kebijakan,
Penyetaraan,
Kedudukan Sosial,
Masyarakat,
Penghapusan
Kelas, BPJS
Kesehatan*

Abstrak

BPJS Kesehatan adalah program jaminan kesehatan nasional di Indonesia yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan adalah salah satu langkah reformasi besar dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk melihat perspektif Kebijakan Penyetaraan Kedudukan Sosial Masyarakat melalui Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan yuridis normatif, yaitu metode yang meninjau dan membahas objek penelitian dengan menitikberatkan pada segi -segi yuridis. Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan metode analisis kualitatif. Kebijakan yang komprehensif dan partisipatif akan lebih efektif dalam mencapai tujuan penyetaraan. Secara keseluruhan, kebijakan penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan berpotensi untuk memajukan prinsip keadilan sosial dan akses setara terhadap layanan kesehatan

Keywords

*Policy, Equality,
Social Status,
Society, Class
Abolition, BPJS
Health*

Abstract

BPJS Kesehatan is a national health insurance program in Indonesia managed by the Social Security Administering Agency. The elimination of classes in BPJS Kesehatan is one of the major reform steps in the health insurance system in Indonesia. This study aims to see the perspective of the Policy of Equalizing Social Status of Society through the Elimination of Classes in BPJS Kesehatan. This study uses a normative legal approach method, namely a method that reviews and discusses research objects by emphasizing legal aspects. The data obtained in this study will be analyzed using qualitative analysis methods. Comprehensive and participatory policies will be more effective in achieving the goal of equality. Overall, the policy of eliminating classes in BPJS Kesehatan has the potential to advance the principles of social justice and equal access to health services

Pendahuluan

BPJS Kesehatan adalah program jaminan kesehatan nasional di Indonesia yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program ini bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh warga negara Indonesia, dengan sistem pembiayaan berbasis gotong royong. BPJS Kesehatan merupakan upaya pemerintah Indonesia untuk menciptakan sistem jaminan kesehatan yang inklusif dan terjangkau bagi seluruh warga negara, dengan harapan dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Latar belakang penelitian ini didorong oleh evidensi adanya disparitas akses layanan kesehatan di masyarakat akibat adanya kelas dalam BPJS Kesehatan. Dengan adanya kelas, terdapat ketimpangan akses layanan yang dapat memperburuk ketimpangan sosial di masyarakat. Oleh karena itu, penelitian ini akan melihat lebih dalam mengenai dampak-dampak kelas dalam BPJS Kesehatan terhadap kedudukan sosial masyarakat serta relevansi kebijakan penghapusan kelas dalam menciptakan kesetaraan akses layanan kesehatan. (Noor et al, 2021).

Artikel yang ditulis oleh Al Asyary (Asyary, 2018) berfokus pada sistem kesehatan publik di Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam konteks kebijakan penyetaraan kedudukan sosial masyarakat, artikel ini memberikan wawasan yang signifikan mengenai bagaimana sistem JKN berupaya menghapuskan kelas dalam akses layanan kesehatan.

Sistem JKN dirancang untuk memberikan jaminan sosial yang ideal dalam bidang kesehatan, di mana biaya kesehatan tidak lagi menjadi beban bagi pasien. Hal ini menunjukkan langkah penting dalam menciptakan kesetaraan akses terhadap layanan kesehatan, yang merupakan komponen krusial dalam penyetaraan kedudukan sosial masyarakat. Dengan adanya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan) sebagai lembaga pengelola, terdapat upaya sistematis untuk memastikan bahwa dana konservatif JKN digunakan secara efisien dan efektif. Dalam artikel ini, Al Asyary menjelaskan mekanisme pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan yang dilakukan secara prospektif, seperti *capitation* dan sistem kelompok berbasis diagnosis (CBG). Pendekatan ini bertujuan untuk mengontrol pengeluaran dan memastikan bahwa semua fasilitas kesehatan, baik primer maupun sekunder, dapat memberikan layanan yang berkualitas tanpa memandang status sosial pasien. Hal ini mencerminkan komitmen untuk menghilangkan diskriminasi berdasarkan kelas sosial dalam akses layanan kesehatan. Namun, meskipun sistem ini menawarkan banyak potensi untuk meningkatkan kesetaraan, tantangan tetap ada. Misalnya, implementasi standar biaya yang ditentukan oleh sistem klaim dapat berpotensi menciptakan ketidakadilan jika tidak diatur dengan baik. Jika biaya yang ditetapkan tidak mencerminkan kebutuhan nyata dari fasilitas kesehatan, maka dapat terjadi ketimpangan dalam kualitas layanan yang diterima oleh masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk terus melakukan evaluasi dan penyesuaian terhadap sistem ini agar tujuan penyetaraan kedudukan sosial dapat tercapai secara optimal.

Artikel "*Justice Repositioning in the Legal Politics of Health Insurance*" yang ditulis oleh Himawan Purwo Handuto, Teguh Prasetyo, dan Maryanto Maryanto (Purwo Handuto et al., 2019) membahas tantangan dan dinamika dalam implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 terkait jaminan kesehatan di Indonesia. Artikel ini menyoroti bahwa meskipun undang-undang tersebut merupakan upaya untuk memenuhi mandat konstitusi dalam mewujudkan keadilan di bidang asuransi kesehatan, pelaksanaannya masih menghadapi berbagai masalah, terutama terkait dengan utang BPJS kepada rumah sakit yang berdampak pada keadilan dalam perawatan medis bagi masyarakat miskin.

Salah satu poin penting yang diangkat dalam artikel ini adalah perlunya adanya alat regulasi dan teknis operasional yang jelas dan terencana untuk mendukung implementasi yang efektif dari sistem jaminan sosial. Penulis menunjukkan bahwa meskipun tujuan untuk mencapai cakupan kesehatan universal pada tahun 2019 diharapkan dapat terwujud, masih terdapat laporan mengenai penolakan terhadap pasien kurang mampu di rumah sakit, yang menunjukkan adanya kesenjangan dalam sistem yang ada.

Artikel ini juga menjelaskan perubahan pola hubungan hukum yang terjadi akibat adanya kebijakan jaminan kesehatan nasional. Sebelumnya, hubungan hukum hanya melibatkan pasien dan rumah sakit, namun kini telah berkembang menjadi pola hubungan tiga pihak yang melibatkan Penyedia Jaminan Kesehatan, Pemerintah, dan Pasien. Perubahan ini memberikan tantangan baru, di mana rumah sakit menghadapi akumulasi utang yang dapat mengakibatkan kerugian finansial, sehingga menimbulkan pertanyaan mengenai keberlanjutan dan keadilan dalam sistem.

Penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan adalah salah satu langkah reformasi besar dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan, kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Oleh karenanya, kesehatan bukan hanya menjadi tanggung jawab masing-masing masyarakat, namun juga diperlukan adanya sebuah regulasi oleh Pemerintah sebagai bentuk perlindungan terhadap kesehatan seluruh warga negaranya.

Perancangan skema penjaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat tersebut juga tidak lepas dari agenda Pemerintah Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Kasrima Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera (Jaminan Kesehatan Nasional, 2016). Terkait hal tersebut, Pemerintah Indonesia telah membentuk sebuah badan hukum publik untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang tertuang dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011, 2011). Jaminan kesehatan dipahami sebagai sebuah jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia

memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2004, 2004).

Selama ini terdapat 3 kelas peserta BPJS Kesehatan, dengan besaran iuran sebagai berikut: Adanya 3 kelas tersebut berdampak pada perbedaan fasilitas pelayanan pada saat peserta di rawat inap di rumah sakit. Namun demikian, pelayanan dari sisi medis tidak berbeda, setiap peserta akan mendapatkan jaminan kesehatan yang telah ditetapkan. Penghapusan kelas peserta BPJS Kesehatan diprediksi akan berdampak pada naiknya besaran iuran peserta. Iuran akan berada pada jumlah yang sama, namun lebih besar dari iuran terendah (Kelas III) yang ada selama ini. Hal ini menimbulkan kekhawatiran di tengah masyarakat. Anggota Komisi IX DPR RI, Saleh Partaonan Daulay, pernah mengusulkan besaran iuran Rp 75.000,00 (antara Kelas III dan Kelas II). Ketua Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) berharap, besaran iuran mempertimbangkan kondisi finansial dan daya beli peserta non-PBI (peserta mandiri). Sedangkan Sekjen Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), Ichsan Hanafi, berharap, besaran iuran nantinya antara Kelas I dan II berdasarkan Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan, di mana iuran peserta non-PBI Kelas I sebesar Rp150.000,00 dan Kelas II sebesar Rp100.000,00 (Retnaningsih, 2022).

Untuk itu pemerintah berencana menghapus penggolongan BPJS Kesehatan berdasarkan kelas artinya kelas 1, 2 dan 3 yang saat ini berlaku akan hilang. Golongan kelas BPJS Kesehatan akan diganti dengan kelas standar atau tunggal. Tak hanya untuk pelayanannya tapi juga tarifnya menjadi satu jenis. Tujuan kebijakan ini untuk memberikan pelayanan yang sama bagi seluruh peserta JKN, dengan maksud agar semua orang, peserta, berhak untuk mendapatkan layanan, baik medis dan non medis yang sama. Kelas standar nanti hanya terdapat dua kelas kepesertaan program yakni kelas standar A dan kelas standar B. Kelas standar A yakni untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan kelas B untuk peserta non PBI. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau mandiri akan tergolong sebagai non PBI, dengan fasilitas berupa luas kamar dan jumlah tempat tidur tiap kamar akan berbeda. Dimana untuk kelas peserta PBI, minimal luas per tempat tidur sebesar 7,2 meter persegi dengan jumlah maksimal enam tempat tidur per ruangan. Sementara di kelas untuk peserta non PBI, luas per tempat tidur sebesar 10 meter persegi dengan jumlah maksimal empat tempat tidur per ruangan (D. A. Putri et al., 2022).

BPJS Kesehatan memiliki beberapa tugas dan fungsi, di antaranya: (1) Melakukan dan/atau menerina pendaftaran peserta, (2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; (3) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah; (4) Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta; (5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial; (6) Membayar manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; (7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat (BPJS, 2021). Dalam pelaksanaannya Peserta BPJS Kesehatan dibagi ke dalam tiga tingkat atau kelas yang membedakan fasilitas rawat inap di rumah sakit yang dapat

diberikan kepada setiap Peserta BPJS Kesehatan. Tingkatan kelas rawat inap membedakan nominal iuran bagi para peserta BPJS Kesehatan. Dalam keberlangsungannya, ketentuan dan peraturan mengenai pelaksanaan Program terus dikaji demi kemanfaatan yang bisa dirasakan oleh masyarakat selaku peserta. Perubahan-perubahan dilakukan sebagai upaya mengimplementasikan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dari sederet perubahan dan perbaikan regulasi terkait BPJS Kesehatan, satu perubahan besar yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia adalah pergantian kebijakan klasterisasi kelas rawat inap menjadi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS).

Perkembangan dan pembaruan kebijakan mengenai pelaksanaan jaminan kesehatan nasional melalui BPJS Kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan dan jaminan atas ketersediaan fasilitas layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk melihat perspektif Kebijakan Penyetaraan Kedudukan Sosial Masyarakat melalui Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan yuridis normatif, yaitu metode yang meninjau dan membahas objek penelitian dengan menitikberatkan pada segi-segi yuridis. Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan metode analisis kualitatif, yaitu analisis yang didasarkan pada pengumpulan data yang diperoleh dari lapangan kemudian dengan ditunjang dari data kepustakaan dan akan ditarik kesimpulan dengan pendekatan yuridis normatif, agar dapat disajikan secara jelas, tepat, dan dapat menjawab permasalahan secara hukum. Hasil yang disimpulkan dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi semua kalangan, terutama dalam bidang hukum.

Hasil dan Pembahasan

Landasan Hukum BPJS Kesehatan: (1) Undang-Undang Dasar 1945, (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Di dalam UU No. 40 Tahun 2004 pasal 19 dan pasal 23, ditetapkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional sesuai prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, tujuannya supaya peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan terpenuhinya Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK), dan jika peserta membutuhkan rawat inap di RS maka dilayani di RS sesuai dengan kelas standar (Afni & Bachtiar, 2021). Kebijakan BPJS Kesehatan diperkenalkan pada tahun 2014 sebagai bagian dari reformasi sistem kesehatan di Indonesia. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh penduduk Indonesia. Melalui program ini, masyarakat dapat memperoleh akses layanan kesehatan yang merata tanpa adanya diskriminasi. Kebijakan BPJS Kesehatan berfokus pada penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas untuk seluruh lapisan masyarakat, dan memberikan akses yang lebih luas bagi peserta. Namun, kebijakan ini juga

menimbulkan berbagai tantangan terutama terkait dengan keberlangsungan program dan ketersediaan sumber daya. (Ayuningtyas, 2023). BPJS Kesehatan didirikan sebagai pengganti dari program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang telah berjalan sejak tahun 2004. Pada awalnya, Jamkesmas hanya mencakup bagi masyarakat miskin, namun dengan berdirinya BPJS Kesehatan, jaminan kesehatan diperluas untuk seluruh penduduk Indonesia, termasuk yang non miskin. Perkembangan BPJS Kesehatan pun terus mengalami peningkatan jumlah peserta dan jangkauan layanan, seiring dengan program-program perluasan dan peningkatan mutu yang terus diimplementasikan. (Iskandar, 2024).

BPJS Kesehatan memiliki struktur organisasi yang terdiri dari Badan Pengelola, Badan Penyelenggara, dan Badan Pelaksana. Badan Pengelola bertanggung jawab atas perumusan kebijakan, sedangkan Badan Penyelenggara mengelola dana jaminan kesehatan. Sementara Badan Pelaksana bertugas untuk menyelenggarakan program dan layanan kesehatan. Fungsi utama BPJS Kesehatan adalah mengelola jaminan kesehatan bagi peserta, termasuk pendaftaran, pemungutan iuran, dan pembayaran klaim layanan kesehatan. Selain itu, BPJS Kesehatan juga aktif dalam melakukan sosialisasi program, monitoring, evaluasi, dan pengawasan terhadap penyelenggaraan layanan kesehatan. (Vasaura, 2022). Teori penyetaraan kedudukan sosial merupakan konsep yang membahas tentang upaya untuk menciptakan kesetaraan dalam hal hak, kesempatan, dan kesejahteraan bagi semua lapisan masyarakat. Dalam konteks kebijakan BPJS Kesehatan, teori ini menjadi dasar penting dalam merumuskan langkah-langkah untuk menghapuskan sistem kelas agar semua peserta mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama tanpa adanya diskriminasi. Upaya penyetaraan kedudukan sosial ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam menciptakan masyarakat yang lebih merata dalam hal akses pelayanan kesehatan. (Bagus et al.2021). Konsep penyetaraan kedudukan sosial menekankan pentingnya mengurangi kesenjangan sosial antara masyarakat, baik dari segi ekonomi maupun akses terhadap pelayanan kesehatan. Ini mencakup penghapusan perbedaan kelas dalam BPJS Kesehatan, sehingga setiap peserta memiliki hak yang sama untuk mendapatkan layanan kesehatan tanpa memandang status ekonomi atau sosial. Langkah-langkah konkret untuk mewujudkan konsep ini perlu dipertimbangkan secara seksama dalam merancang kebijakan yang mendukung penyetaraan kedudukan sosial dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. (Rohmany and Alfirdaus2023). Relevansi teori penyetaraan kedudukan sosial dalam konteks kebijakan BPJS Kesehatan sangatlah signifikan. Hal ini karena kebijakan penghapusan kelas dalam program ini memiliki tujuan yang sejalan dengan konsep tersebut, yaitu menciptakan pelayanan kesehatan yang merata bagi seluruh peserta tanpa memandang latar belakang sosial dan ekonomi. Dengan memahami dan menerapkan teori ini secara tepat, diharapkan kebijakan yang dihasilkan dapat memberikan manfaat yang optimal bagi peningkatan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. (Berdame, 2024). Dalam konteks kebijakan BPJS Kesehatan, penghapusan kelas dianggap sebagai langkah untuk meningkatkan kesetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta. Analisis kebijakan ini mencakup aspek-aspek

seperti dampak sosial, ekonomi, serta evaluasi implementasi kebijakan. Penghapusan kelas diharapkan dapat meminimalkan disparitas akses pelayanan kesehatan antara peserta kelas I, II, dan III, sehingga semua peserta memiliki akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. (Imtihani & Nasser, 2024). Di sisi lain, terdapat argumen yang menentang penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan. Beberapa pihak berpendapat bahwa penghapusan kelas dapat mengurangi pilihan pelayanan kesehatan bagi peserta, karena tidak lagi ada penentuan kelas dalam menggunakan layanan tersebut. Selain itu, penghapusan kelas juga dianggap dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, karena terjadi penumpukan peserta dan peningkatan beban kerja bagi penyedia layanan kesehatan, terutama di fasilitas kesehatan tingkat pertama. (Sugiarto, 2023). Dampak penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan dapat mempengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Tanpa kelas, semua peserta BPJS memiliki akses yang sama terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan tanpa perlu memperhatikan perbedaan kelas.

Hal ini dapat meningkatkan persamaan dalam akses kesehatan dan mengurangi diskriminasi. Namun demikian, penghapusan kelas juga dapat berdampak pada pilihan layanan kesehatan yang tersedia, karena peserta dengan kemampuan ekonomi yang lebih tinggi tidak lagi memiliki opsi untuk menggunakan layanan kelas atas yang mungkin diinginkan atau diperlukan. (Fajarwati et al.2023). Penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan berpotensi memberikan dampak sosial yang signifikan. Dengan penghapusan kelas, masyarakat dari berbagai lapisan sosial akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama tanpa adanya perbedaan perlakuan berdasarkan status ekonomi. Hal ini dapat membantu dalam meminimalisir kesenjangan sosial dan juga dapat meningkatkan solidaritas masyarakat dalam hal akses terhadap layanan kesehatan. Namun demikian, dampak sosial tersebut harus diimbangi dengan manajemen yang tepat untuk memastikan ketersediaan fasilitas dan layanan kesehatan yang merata bagi semua peserta BPJS. (Prasetya et al.2024). Dampak penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan juga memiliki dampak ekonomi yang perlu diperhatikan. Penghapusan kelas dapat membantu mengurangi beban biaya kesehatan bagi peserta BPJS, terutama bagi mereka yang sebelumnya memilih kelas atas yang lebih mahal. Hal ini dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan tanpa harus memikirkan kelas pelayanan. Namun demikian, implementasi penghapusan kelas juga harus diperhatikan dalam hal pendanaan BPJS Kesehatan agar tidak memberikan dampak negatif pada keberlangsungan program dan ketersediaan fasilitas kesehatan secara keseluruhan. (Susanto and Wijaya, 2024)

Menurut (Sabilla, 2021) penyedia layanan kesehatan perlu memastikan ketersediaan tenaga medis dan non-medis yang memadai untuk menghadapi peningkatan permintaan pelayanan akibat kebijakan keseragaman kelas BPJS. Mereka harus memiliki jumlah yang cukup dari dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada peserta BPJS. Penyedia layanan kesehatan perlu menjalin kerjasama yang baik dengan BPJS dalam rangka implementasi kebijakan keseragaman kelas. Mereka perlu berkomunikasi secara efektif dengan BPJS

mengenai persyaratan, prosedur klaim, dan masalah terkait lainnya. Kerjasama yang baik akan memfasilitasi proses administratif, pemenuhan persyaratan, dan peningkatan pelayanan kepada peserta BPJS.

Struktur dan Tujuan BPJS Kesehatan

1. **Tujuan: Meningkatkan Akses Kesehatan:** Menjamin bahwa seluruh rakyat Indonesia memiliki akses ke layanan kesehatan tanpa harus membayar biaya secara langsung pada saat menerima layanan. **Menurunkan Beban Biaya Kesehatan:** Membantu mengurangi beban biaya kesehatan yang harus ditanggung oleh individu, terutama bagi mereka yang kurang mampu. **Meningkatkan Kesehatan Masyarakat:** Mendorong deteksi dini penyakit dan perawatan preventif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.
2. **Jenis Kepesertaan: Penerima Bantuan Iuran (PBI):** Mereka yang berhak mendapatkan iuran dibayar oleh pemerintah, biasanya mencakup kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu. **Peserta Mandiri:** Individu atau keluarga yang membayar iuran secara mandiri. Peserta ini biasanya dari kalangan menengah hingga mampu. **Peserta Pekerja:** Termasuk pekerja yang diikutsertakan oleh pemberi kerja dalam program BPJS Kesehatan, baik di sektor formal maupun informal.
3. **Kelas Rawat Inap: Kelas I:** Fasilitas yang lebih baik dan iuran yang lebih tinggi. **Kelas II:** Fasilitas standar dengan iuran menengah. **Kelas III:** Fasilitas dasar dengan iuran yang lebih rendah.
4. **Manfaat yang Diberikan: Pelayanan Kesehatan:** Meliputi perawatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dan layanan kesehatan primer lainnya. **Obat-obatan dan Perawatan:** Cakupan obat-obatan dan perawatan medis sesuai dengan ketentuan program. **Kesehatan Preventif:** Pemeriksaan kesehatan rutin dan program vaksinasi untuk mencegah penyakit.
5. **Pendanaan: Iuran:** Iuran BPJS Kesehatan dibayar oleh peserta, dengan besaran berbeda tergantung pada kelas dan status kepesertaan. **Subsidi Pemerintah:** Untuk peserta PBI, biaya iuran ditanggung oleh pemerintah.
6. **Sistem Pengelolaan: Penyelenggara:** BPJS Kesehatan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang bertanggung jawab atas pengumpulan iuran, pengelolaan dana, dan koordinasi layanan kesehatan. **Layanan:** BPJS Kesehatan bekerja sama dengan berbagai fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia untuk menyediakan layanan kepada pesertanya.

Penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan adalah topik yang penting dan sering dibahas dalam konteks reformasi sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, sistem BPJS Kesehatan membagi layanan ke dalam tiga kelas rawat inap yang berbeda, yakni Kelas I, Kelas II, dan Kelas III, dengan variasi fasilitas dan biaya iuran untuk masing-masing kelas. Namun, ada upaya dan diskusi mengenai penghapusan sistem kelas ini.

Alasan Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan: Peningkatan Keadilan, Penghapusan kelas bertujuan untuk mengurangi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan antara peserta dengan iuran berbeda. Dengan menghilangkan perbedaan kelas, semua peserta BPJS Kesehatan akan mendapatkan layanan yang setara tanpa memandang status ekonomi mereka. Efisiensi dan Sederhana: Sistem tanpa kelas diharapkan dapat menyederhanakan administrasi dan proses klaim, sehingga pengelolaan program dapat menjadi lebih efisien. Peningkatan Akses: Dengan menghilangkan kelas, diharapkan semua peserta dapat mengakses fasilitas dan layanan kesehatan yang berkualitas tanpa terbatas oleh kelas rawat inap yang mereka pilih atau bayar. Keadilan dalam Pelayanan: Menghapus perbedaan kelas dapat mencegah adanya diskriminasi atau perlakuan berbeda dalam pelayanan kesehatan, yang kadang terjadi karena perbedaan kelas yang ada.

Implementasi dan Dampak

1. Rencana Penghapusan: Pemerintah Indonesia, melalui BPJS Kesehatan, telah mempertimbangkan untuk menghapus sistem kelas dan menerapkan sistem pelayanan kesehatan yang lebih merata. Namun, implementasi perubahan ini memerlukan perencanaan matang dan penyesuaian sistem yang ada.
2. Dampak Positif: Akses yang Sama, Semua peserta akan mendapatkan akses ke layanan yang setara dan berkualitas. Transparansi: Sistem tanpa kelas bisa membuat struktur biaya lebih transparan dan memudahkan peserta dalam memahami hak dan kewajiban mereka.
3. Dampak Negatif: Penyesuaian Sistem: Mengubah sistem yang ada bisa memerlukan penyesuaian besar dalam administrasi dan penyediaan layanan, serta dapat mempengaruhi anggaran dan alokasi sumber daya. Keterbatasan Fasilitas: Dalam sistem tanpa kelas, fasilitas yang tersedia mungkin perlu diperbaiki atau ditingkatkan untuk memastikan semua peserta mendapatkan pelayanan yang layak.

Langkah ke Depan: Penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan akan melibatkan perubahan signifikan dalam kebijakan dan operasional. Penerapan kebijakan ini memerlukan evaluasi menyeluruh terhadap dampak terhadap peserta, penyedia layanan kesehatan, dan sistem pendanaan. Hal ini juga akan membutuhkan koordinasi antara pemerintah, BPJS Kesehatan, dan seluruh pemangku kepentingan untuk memastikan transisi yang mulus dan efektif. Penting untuk mengikuti perkembangan kebijakan terbaru dari BPJS Kesehatan dan pemerintah Indonesia untuk mendapatkan informasi yang paling akurat mengenai perubahan ini.

Kebijakan penyetaraan kedudukan sosial masyarakat melalui penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan merupakan langkah strategis untuk mencapai sistem jaminan kesehatan yang lebih adil dan inklusif. Dengan menghapus sistem kelas rawat inap yang ada sebelumnya, diharapkan dapat tercapai pemerataan dalam pelayanan kesehatan dan mengurangi ketimpangan akses di antara peserta.

Tujuan Penghapusan Kelas

1. Keadilan Sosial: Penurunan Kesenjangan, Mengurangi perbedaan akses dan fasilitas antara peserta yang membayar iuran berbeda. Dengan penghapusan kelas, semua peserta akan mendapatkan akses yang lebih merata tanpa memandang kemampuan finansial mereka. Penyamaan Pelayanan: Menjamin bahwa setiap peserta, baik dari kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun peserta mandiri, mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang setara.
2. Simplicity dan Transparansi: Pengelolaan yang Lebih Mudah, Menghilangkan perbedaan kelas dapat menyederhanakan administrasi dan proses pengelolaan BPJS Kesehatan, mengurangi kerumitan dalam klaim dan pembayaran. Transparansi: Dengan satu standar pelayanan, transparansi mengenai hak dan kewajiban peserta menjadi lebih jelas.
3. Peningkatan Akses dan Kualitas: Akses Universal: Memastikan semua peserta mendapatkan layanan kesehatan yang memadai dan tidak terpengaruh oleh status sosial-ekonomi mereka. Kualitas Layanan: Menghindari perlakuan berbeda dalam kualitas pelayanan berdasarkan kelas yang dimiliki peserta.

Implementasi Kebijakan

1. Perubahan Struktur dan Sistem: Pengaturan Layanan, Penyesuaian dalam penyediaan fasilitas kesehatan, sehingga seluruh fasilitas dapat memenuhi standar pelayanan yang sama untuk semua peserta. Pendanaan dan Anggaran, Perubahan dalam struktur pendanaan, yang mungkin memerlukan alokasi ulang sumber daya dan penyesuaian anggaran.
2. Penyesuaian untuk Fasilitas Kesehatan: Standar Layanan, Penetapan standar pelayanan yang seragam di seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Peningkatan Infrastruktur: Investasi dalam peningkatan infrastruktur dan fasilitas untuk memastikan bahwa semua peserta mendapatkan layanan yang memadai.
3. Sosialisasi dan Edukasi: Informasi kepada Peserta, Memberikan informasi yang jelas kepada peserta tentang perubahan kebijakan, hak, dan kewajiban mereka dalam sistem yang baru. Pelatihan untuk Petugas Kesehatan: Melatih petugas kesehatan mengenai kebijakan baru dan bagaimana menerapkannya dalam praktik sehari-hari.

Dampak yang Diharapkan

1. Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat: Kesehatan yang Lebih Merata, Semua peserta mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang setara, yang berpotensi meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Pengurangan Beban Finansial: Meringankan beban finansial yang mungkin dialami peserta akibat perbedaan biaya berdasarkan kelas.

2. Efisiensi Sistem: Pengelolaan yang Lebih Baik, dengan sistem tanpa kelas, pengelolaan BPJS Kesehatan menjadi lebih efisien dan transparan. Kualitas Pelayanan, Mendorong peningkatan kualitas pelayanan karena semua fasilitas harus memenuhi standar yang sama.
3. Peningkatan Kepuasan Peserta: Kepuasan yang Lebih Tinggi. Peserta mungkin merasa lebih puas dengan pelayanan yang adil dan setara, yang mengurangi ketidakpuasan terkait perbedaan kelas.

Tantangan: Transisi dan Adaptasi, Penyesuaian Sistem, Mengubah sistem yang sudah ada memerlukan waktu dan sumber daya untuk penyesuaian dan adaptasi. Resistensi Perubahan: Ada kemungkinan resistensi dari berbagai pihak yang terbiasa dengan sistem lama. Dampak Ekonomi: Pengaruh terhadap Pendanaan: Perubahan dalam struktur iuran dan pendanaan bisa mempengaruhi stabilitas keuangan BPJS Kesehatan.

Kriteria Rujukan Informasi dan Standar (KRIS) dalam konteks BPJS Kesehatan mengacu pada sistem yang dirancang untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan memenuhi standar yang telah ditetapkan dan relevan dengan kebutuhan medis pasien. Implementasi KRIS bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan serta memastikan kepatuhan terhadap regulasi. KRIS (Kriteria Rujukan Informasi dan Standar) adalah sistem atau pedoman yang digunakan untuk menentukan kriteria rujukan, standar pelayanan, dan informasi yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. KRIS biasanya mencakup:

1. Standar Pelayanan: Kriteria yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar kualitas dan keselamatan.
2. Kriteria Rujukan: Pedoman untuk merujuk pasien dari satu tingkat layanan kesehatan ke tingkat layanan yang lebih tinggi, jika diperlukan.
3. Informasi dan Dokumentasi: Persyaratan untuk dokumentasi dan pelaporan informasi medis yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan untuk memastikan akurasi dan transparansi.

Tujuan Penerapan KRIS dalam BPJS Kesehatan

1. Meningkatkan Kualitas Layanan: Standar Mutu, Menetapkan standar mutu pelayanan yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan untuk memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Kepatuhan: Memastikan bahwa fasilitas kesehatan mematuhi pedoman dan standar yang telah ditetapkan.
2. Efisiensi dan Transparansi: Pengelolaan Rujukan, Mempermudah pengelolaan sistem rujukan antara fasilitas kesehatan primer dan sekunder atau tersier. Informasi Akurat: Menjamin bahwa informasi medis dan klaim yang diproses adalah akurat dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

3. Perlindungan Peserta: Hak dan Kewajiban: Memastikan hak peserta BPJS Kesehatan terpenuhi dengan menyediakan layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Pengawasan dan Evaluasi: Memberikan alat untuk pengawasan dan evaluasi terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

Implementasi KRIS dalam BPJS Kesehatan

1. Peraturan dan Kebijakan: Pedoman BPJS Kesehatan: BPJS Kesehatan akan mengeluarkan pedoman dan peraturan yang mengatur penerapan KRIS di fasilitas kesehatan yang bekerja sama. Revisi Kebijakan: Melakukan revisi terhadap kebijakan terkait rujukan, standar pelayanan, dan dokumentasi untuk memastikan kepatuhan terhadap KRIS.
2. Sosialisasi dan Pelatihan: Pelatihan Tenaga Kesehatan. Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan dan administrasi di fasilitas kesehatan mengenai KRIS dan penerapannya. Sosialisasi: Menginformasikan kepada peserta dan fasilitas kesehatan mengenai standar dan prosedur baru yang diterapkan.
3. Pengawasan dan Evaluasi: Audit dan Inspeksi, Melakukan audit dan inspeksi secara berkala untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan mematuhi KRIS. Feedback dan Penyesuaian: Mengumpulkan umpan balik dari peserta dan fasilitas kesehatan untuk melakukan penyesuaian terhadap kebijakan dan standar jika diperlukan.

Dampak Penerapan KRIS:

1. Peningkatan Kualitas: Layanan kesehatan menjadi lebih terstandar dan berkualitas, meningkatkan kepuasan peserta.
2. Pengelolaan yang Lebih Baik: Proses rujukan dan dokumentasi menjadi lebih efisien dan terstruktur.
3. Kepatuhan yang Lebih Baik: Fasilitas kesehatan lebih patuh terhadap standar dan regulasi yang ditetapkan.

Kebijakan menyoal KRIS ini mengacu pada Pasal 54A (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2020, 2020) tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang berbunyi “Untuk keberlangsungan pendanaan Jaminan Kesehatan, Menteri bersama kementerian/lembaga terkait, organisasi profesi dan asosiasi fasilitas kesehatan melakukan tinjauan Manfaat Jaminan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar paling lambat Bulan Desember 2020”. Ketentuan tambahan pada pasal 54B menambahkan “Manfaat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54A diterapkan secara bertahap sampai dengan paling lambat Tahun 2022 dan pelaksanaannya dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan tata kelola Jaminan Kesehatan”. Pemerintah melalui Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) telah melakukan kajian konsep KRIS, dengan mempertimbangkan beberapa aspek antara lain ketersediaan jumlah tempat tidur (TT) pada setiap kelas perawatan di

Rumah Sakit (RS) saat ini, pertumbuhan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kemampuan fiskal negara dan kemampuan masyarakat dalam membayar iuran, dan angka rasio utilitasi JKN (Siregar, 2021). Terkait kebijakan tersebut, DJSN telah menetapkan dua belas kriteria yang harus dipenuhi RS dalam penerapan KRIS, yang diberlakukan secara bertahap mulai Bulan Juli 2022 dengan sembilan kriteria terlebih dahulu (Indriani, 2022). Perkembangan dan pembaruan kebijakan mengenai pelaksanaan JKN melalui BPJS Kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan dan jaminan atas ketersediaan fasilitas layanan kesehatan bagi seluruh Peserta JKN. Kebijakan penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan merupakan langkah besar menuju sistem jaminan kesehatan yang lebih adil dan merata. Implementasinya memerlukan perencanaan yang matang dan keterlibatan semua pemangku kepentingan untuk memastikan keberhasilan dan manfaat maksimal bagi masyarakat.

Simpulan

Kesimpulan penelitian tentang kebijakan penyetaraan kedudukan sosial masyarakat melalui penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan dapat mencakup beberapa poin utama berikut: Penghapusan sistem kelas dalam BPJS Kesehatan dapat meningkatkan keadilan sosial dengan memberikan akses yang setara kepada semua anggota masyarakat terhadap layanan kesehatan, tanpa memandang status sosial atau ekonomi. Ini mendukung prinsip universalitas dalam pelayanan kesehatan. Dengan menghapus kelas, perbedaan dalam kualitas dan cakupan layanan kesehatan antara peserta dari berbagai kelas diharapkan akan berkurang. Ini dapat mengurangi kesenjangan akses dan kualitas layanan kesehatan antara kelompok masyarakat yang berbeda. Meskipun penghapusan kelas bertujuan untuk menyetarakan kedudukan sosial, implementasinya bisa menghadapi berbagai tantangan, seperti penyesuaian anggaran, kebutuhan untuk meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan, serta kesiapan infrastruktur yang ada. Keberhasilan kebijakan ini sangat bergantung pada perbaikan dalam kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan. Kebijakan yang komprehensif dan partisipatif akan lebih efektif dalam mencapai tujuan penyetaraan. Secara keseluruhan, kebijakan penghapusan kelas dalam BPJS Kesehatan berpotensi untuk memajukan prinsip keadilan sosial dan akses setara terhadap layanan kesehatan. Namun, keberhasilan pelaksanaannya memerlukan perhatian terhadap berbagai faktor dan tantangan yang ada.

Referensi

- Afni, D., & Bachtiar, A. (2021). Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus di RS Wilayah Kabupaten Tangerang (PP NO 47 Tahun 2021). *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(5), 6634–6654.
- Agus, B. (2016). Pemerataan Akses Kesehatan dan Perlindungan Sosial: Studi Implementasi BPJS Kesehatan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 5(1), 1-10.

- Asyary, A. (2018). Indonesian Primary Care Through Universal Health Coverage Systems: A Feeling in Bones. *Public Health of Indonesia* Vol 4 (3)
- Ayuningtyas, D. (2023). Pengembangan Kebijakan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan: Urgensi Penguatan Prioritas Politik. Pidato pada Upacara Pengukuhan sebagai Guru Besar Tetap Dalam Bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. ui.ac.id
- Bagus, M., Rohmat, A. K. A., & Sari, H. N. (2021). Derivasi Konsep Hak Asasi Manusia terhadap Penyetaraan Posisi Anak Melalui Pendekatan Affirmative Action. *Al-Qanun: Jurnal Pemikiran dan Pembaharuan Hukum Islam*, 24(1), 59-84. academia.edu
- Berdame, N. R. (2024). Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang kurang mampu menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. *Lex Privatum*. unsrat.ac.id
- Fajarwati, R., Muchlis, N., & Batara, A. S. (2023). Faktor Internal dan Eksternal Kesiapan Masyarakat Tentang Rencana Kebijakan Keseragaman Kelas BPJS. *Jurnal Mirai Management*, 8(2), 327-343. stieamkop.ac.id
- Imtihani, H. & Nasser, M. (2024). Keadilan dalam Reformasi BPJS: Teori Rawls dan Kajian Kritis Terhadap Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar. *Syntax Idea*. syntax-idea.co.id
- Iskandar, A. (2024). Analisis Yuridis Peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Kabupaten Labuhanbatu Selatan dalam Kepatuhan Membayar Iuran Ditinjau Berdasarkan Perpres Nomor 64 tahun 2020 tentang jaminan Kesehatan. Skripsi thesis, Universitas Labuhanbatu.
- Noor, Z. A., Sekarningrum, T. D., & Sulistyaningsih, T. (2021). Disparitas perkotaan-pedesaan: pemerataan dalam akses layanan kesehatan primer untuk lansia selama pandemi Covid-19. *JPPi (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)*, 7(4), 576-585. iicet.org
- Nurdin, R. (2020). Evaluasi Implementasi Kebijakan Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan: Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(3), 102-115.
- Prasetya, M. N., Syahrudin, S., Haris, U., & Adam, A. F. (2024). Optimalisasi Peran Pemerintah dan BPJS Kesehatan dalam Penanganan Stunting di Kabupaten Merauke. *Humanis: Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial dan Humaniora*, 16(1), 29-38. unisda.ac.id
- Purwo Handuto, H., Prasetyo, T., & Maryanto, M. (2019). Justice Repositioning in the Legal Politics of Health Insurance.
- Putri Nugraha, J., Al, D., Gairah Sinulingga, S., Rojiati, U., Gazi Saloom, Mk., Rosmawati, Ms., Fathihani, Ms., Mail Hilian Batin, M., Widya Jati Lestari, M., Khatimah, H., & Maria Fatima Beribe, C. B. (2021). Teori Perilaku Konsumen
- Retnaningsih, H. (2022). Rencana Penghapusan Kelas Peserta BPJS Kesehatan. *Info Singkat*, XIV(1), 25–30.

- Rohmany, S. M., & Alfirdaus, L. K. (2023). Kebijakan Perlindungan Pekerja Perempuan dari Perspektif Keadilan Gender dan Hak-Hak Pekerja Perempuan (Studi kasus Pekerja Perempuan PT X Di Kabupaten Jepara). *Journal of Politic and Government Studies*, 12(4), 100-119. undip.ac.id
- Sabilla, A. G. (2021). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Pengguna BPJS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *Medika Utama*, 3(1), 1654–1659
- Siregar, T. (2021). Kelas Rawat Inap Standar dan Kebutuhan Dasar Kesehatan. *Monitorindonesia.Com*. <https://monitorindonesia.com/2021/12/kelas-rawat-inap-standar-kesehatan>
- Sugiarto, C. E. (2023). Penghapusan Kelas Standar Layanan Kesehatan di Rumah Sakit Yang Mengelola BPJS. (*Elimination of Health Service Standard Classes in Hospitals That Manage BPJS*) untag-sby.ac.id
- Supomo, S. (2018). Analisis Kebijakan Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan: Studi Kasus di Kota Surabaya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 34-45.
- Widayat, A. (2019). Dampak Sosial Penghapusan Kelas dalam BPJS Kesehatan terhadap Masyarakat Miskin. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 4(2), 65-78.
- Susanto, H. I., & Wijaya, S. (2024). Fasilitas Pajak Pertambahan Nilai Dibebaskan Atas Penyerahan Jasa Pelayanan Kesehatan Medis. *Journal of Law, Administration, and Social Science*, 4(5), 835-867. jurnalku.org
- Vasaura, S. (2022). Laporan Kuliah Kerja Magang Pengelolaan Asuransi Kesehatan di BPJS Kesehatan Kab. Jombang. stiedewantara.ac.id
- Undang-Undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2004, Pub. L. No. 40 (2004).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, Pub. L. No. 36 (2009).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011, Pub. L. No. 24 (2011).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2020, Pub. L. No. 54 (2020)