

Legalitas dan Birokrasi dalam Pendirian Fasilitas Kesehatan serta Diskrepansi Regulasi dan Implikasi Yuridis bagi Investasi dan Akses Layanan Kesehatan di Indonesia

Natasya Dwi Nanda

Fakultas Hukum, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, Indonesia

Korespondensi penulis: Natasyadwinanda09@gmail.com*

Abstract. *The licensing of clinics and hospitals is crucial for achieving quality and equitable healthcare in Indonesia. The legal framework, including the 2009 Health Law and the 2020 Omnibus Law, has introduced a risk-based approach via the Online Single Submission (OSS) system to streamline the process. However, significant challenges remain. These include bureaucratic complexity, inconsistent regional regulations due to autonomy, lack of data integration between institutions, and high accreditation costs. These barriers particularly hinder small investors and limit the distribution of healthcare facilities in remote areas. Recent reforms, such as the National Digital Public Service Mall (MPP Digital), aim to address these issues by reducing licensing time to under one hour, thereby boosting transparency and efficiency. Despite this progress, unresolved issues concerning patient data privacy, the uneven distribution of medical personnel, and conflicting environmental regulations still need harmonization. To foster inclusive investment and support the 2030 Universal Health Coverage (UHC) goals, this research proposes key solutions: implementing fiscal incentives, adopting AI technology for verification, and strengthening public-private partnerships. With these targeted reforms, the licensing system can become a powerful driver for better healthcare access and sectoral growth.*

Keywords: Clinics; Health Legality; Health; Licensing; Regulatory Bureaucracy

Abstrak. Perizinan klinik dan rumah sakit di Indonesia merupakan elemen kunci dalam mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata, namun menghadapi tantangan legalitas dan kebutuhan reformasi hukum untuk menyesuaikan dengan dinamika investasi serta kebutuhan masyarakat. Penelitian ini menganalisis kerangka hukum perizinan berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020, dan Omnibus Law 2020, yang memperkenalkan pendekatan berbasis risiko melalui *Online Single Submission* (OSS) untuk menyederhanakan prosedur. Tantangan utama meliputi kompleksitas birokrasi, ketidakseragaman regulasi daerah akibat otonomi, kurangnya integrasi data antar-lembaga, dan biaya akreditasi yang tinggi, yang menghambat investor kecil dan distribusi fasilitas di daerah terpencil. Reformasi seperti Mal Pelayanan Publik Digital Nasional (MPP Digital) pada 2025 telah mempercepat proses perizinan menjadi kurang dari satu jam, meningkatkan transparansi dan efisiensi. Namun, isu seperti privasi data pasien, distribusi tenaga medis yang tidak merata, dan konflik regulasi lingkungan masih memerlukan harmonisasi. Penelitian ini menyarankan solusi berupa insentif fiskal, adopsi teknologi AI untuk verifikasi, dan penguatan *public-private partnership* untuk mendorong investasi inklusif. Dengan reformasi yang tepat, perizinan dapat mendukung pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) 2030, memastikan akses kesehatan yang lebih baik dan pertumbuhan investasi di sektor kesehatan Indonesia.

Kata kunci: Birokrasi Regulasi; Kesehatan; Klinik; Legalitas Kesehatan; Perizinan

1. LATAR BELAKANG

Sistem perizinan klinik dan rumah sakit di Indonesia merupakan pilar utama dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan nasional, di mana regulasi ini telah berevolusi sejak era pasca-kemerdekaan untuk menyesuaikan dengan dinamika sosial-ekonomi dan kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks, sebagaimana tercermin dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menekankan peran pemerintah dalam mengawasi fasilitas kesehatan agar memenuhi standar mutu dan aksesibilitas. Latar belakang ini tidak lepas

dari konteks demografis Indonesia sebagai negara berkembang dengan populasi lebih dari 270 juta jiwa pada 2025, di mana permintaan layanan kesehatan primer melalui klinik dan sekunder melalui rumah sakit meningkat pesat akibat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mencakup 95% penduduk, sehingga perizinan menjadi instrumen hukum krusial untuk mencegah malpraktik dan memastikan distribusi fasilitas yang merata, terutama di daerah terpencil seperti Papua dan Maluku yang masih kekurangan infrastruktur medis (Salman et al., 2024).

Secara historis, perizinan ini diawali dengan pendekatan sentralistik pada dekade 1960-an melalui Undang-Undang Pokok Kesehatan, yang kemudian bergeser ke desentralisasi pasca-Reformasi 1998 berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, di mana wewenang penerbitan izin mendirikan (IM) dan izin operasional (IO) klinik serta rumah sakit didelegasikan ke dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota, menciptakan variasi prosedur yang sering kali menimbulkan ketidakpastian hukum bagi investor swasta. Analisis legalitas perizinan ini melibatkan harmonisasi antara regulasi nasional seperti Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, yang mengklasifikasikan klinik menjadi pratama (layanan dasar dengan minimal dua dokter) dan utama (layanan spesialis dengan satu spesialis dan satu dokter umum), serta Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit yang berbasis risiko (rendah hingga tinggi), di mana legalitas ditegakkan melalui persyaratan seperti Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga medis, sertifikat tanah, analisis dampak lingkungan (AMDAL atau UKL-UPL), dan integrasi rekam medis elektronik (RME) dengan platform SATUSEHAT sesuai Permenkes Nomor 24 Tahun 2022. Namun, tantangan reformasi hukum di bidang kesehatan muncul dari kompleksitas administratif ini, di mana proses perizinan sering memakan waktu berbulan-bulan akibat duplikasi verifikasi antar-lembaga, kurangnya sinkronisasi data antara Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan pemerintah daerah, serta biaya tinggi untuk akreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) atau *Joint Commission International* (JCI), yang mencapai ratusan juta rupiah dan menghambat partisipasi usaha kecil menengah (UKM) dalam sektor kesehatan. (Nahl & Yusuf, 2024) Selain itu, pandemi COVID-19 pada 2020-2022 memperburuk situasi dengan mengekspos ketidaksiapan regulasi darurat, di mana pembangunan rumah sakit sementara memerlukan pengecualian sementara dari standar operasional, sementara klinik *in-house* perusahaan menghadapi hambatan dalam mengelola layanan karyawan akibat regulasi ketenagakerjaan yang tumpang tindih dengan kesehatan, seperti kewajiban laporan ke BPJS Kesehatan dan manajemen limbah medis yang ketat.

Reformasi hukum telah diupayakan melalui Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Omnibus Law), yang menyederhanakan perizinan berbasis risiko melalui *Online Single Submission* (OSS), mengurangi dokumen dari puluhan menjadi satu pintu elektronik, dan mendorong investasi swasta hingga Rp 100 triliun di sektor kesehatan pada 2023-2025, meskipun implementasi di daerah masih tidak seragam akibat keterbatasan infrastruktur digital. Lebih lanjut, peluncuran Mal Pelayanan Publik Digital Nasional (MPP Digital) pada 2023, yang diresmikan melalui keputusan bersama Kementerian PANRB, Kemenkes, Kemendagri, Kominfo, dan BSSN pada September 2025, merevolusi proses perizinan tenaga kesehatan dan fasilitas medis dengan mengintegrasikan data pusat, mengurangi waktu dari lebih dari dua minggu menjadi kurang dari satu jam, dan menghilangkan unggah dokumen manual, sehingga meningkatkan transparansi, efisiensi, dan adopsi di 199 kabupaten/kota dengan lebih dari 300.000 pengguna. Tantangan reformasi ini juga mencakup isu privasi data pasien dalam era digital, di mana Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi menuntut sertifikasi keamanan untuk RME, sementara distribusi tenaga medis yang tidak merata dengan rasio dokter hanya 0,6 per 1.000 penduduk menghambat pemenuhan syarat perizinan di wilayah 3T (terdepan, terluar, tertinggal), memerlukan reformasi lebih lanjut seperti insentif fiskal dan pelatihan digital (Wardah, n.d.).

Dalam konteks ini, analisis legalitas menyoroti perlunya harmonisasi antar-regulasi, seperti antara Kemenkes dan Kementerian Lingkungan Hidup untuk UKL-UPL, serta peningkatan kerja sama public-private partnership (PPP) berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2021, untuk mengatasi oligopoli investasi oleh korporasi besar dan mendorong inklusivitas. Secara keseluruhan, latar belakang perizinan klinik dan rumah sakit ini mencerminkan transisi dari birokrasi konvensional ke era digital yang responsif, namun masih dihadapkan pada tantangan reformasi hukum untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) 100% pada 2030, di mana kolaborasi lintas sektor dan penguatan regulasi menjadi kunci untuk meningkatkan akses, mutu, dan investasi di bidang kesehatan Indonesia.

2. KAJIAN TEORITIS

Teori Kepastian Hukum

Kepastian hukum merupakan elemen paling krusial dalam membentuk suatu sistem pengaturan hukum. Kepastian hukum menciptakan kejelasan bahwa hukum yang berlaku memiliki kekuatan konkret dan dapat menjamin setiap individu memperoleh haknya sesuai dengan situasi yang telah ditentukan. Dalam konteks perizinan klinik dan rumah sakit,

kepastian hukum berperan penting untuk memastikan bahwa setiap penyelenggara layanan kesehatan memahami persyaratan yang harus dipenuhi, memiliki prosedur yang jelas, dan terlindungi dari potensi ketidakpastian administratif maupun konflik regulasi.

Gustav Radbruch menyebutkan bahwa terdapat tiga nilai dasar yang menjadi tujuan dibentuknya hukum, yaitu: keadilan (*Gerechtigkeit*), kemanfaatan (*Zweckmassigkeit*), dan kepastian hukum (*Rechtssicherheit*). Dari perspektif ini, kepastian hukum bukan sekadar keberadaan peraturan, tetapi juga jaminan bahwa regulasi tersebut dapat diimplementasikan secara konsisten untuk melindungi kepentingan masyarakat. Dalam hal perizinan kesehatan, kepastian hukum menuntut agar setiap aturan mengenai pendirian maupun operasional klinik dan rumah sakit tidak multitafsir, tidak bertentangan antar-regulasi, serta dapat diterapkan secara seragam baik di tingkat pusat maupun daerah (Muslih, 2017).

Sudikno Mertokusumo menegaskan bahwa kepastian hukum merupakan suatu jaminan bahwa hukum akan dijalankan sebagaimana mestinya. Hal ini berarti, dalam konteks administrasi perizinan kesehatan, kepastian hukum bukan hanya menyangkut kejelasan norma dalam teks peraturan seperti Undang-Undang Kesehatan, Omnibus Law, atau Permenkes, tetapi juga menyangkut penegakan dan implementasinya di lapangan, termasuk integrasi sistem perizinan berbasis OSS dan MPP Digital. Tanpa adanya kepastian hukum, maka terbuka ruang terjadinya ambiguitas, ketidakadilan, dan bahkan konflik kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah (Mertokusumo, 1986).

Teori Negara Kesejahteraan

Konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) sebagaimana dipaparkan oleh Spicker menekankan peran sentral negara dalam menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warga, termasuk hak atas kesehatan. Negara dalam posisi ini tidak hanya berfungsi sebagai pembuat aturan, tetapi juga sebagai penjamin kesejahteraan melalui kebijakan publik yang dirancang untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat secara merata dan berkelanjutan (Roza, 2019).

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan, Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh layanan kesehatan. Untuk mewujudkan hal tersebut, negara menggunakan instrumen hukum berupa sistem perizinan klinik dan rumah sakit. Melalui mekanisme ini, negara memastikan penyedia layanan kesehatan memenuhi standar kualitas, memiliki legalitas yang sah, dan mampu memberikan pelayanan yang aman kepada masyarakat. Namun, kewajiban negara dalam menjalankan fungsi kesejahteraan tetap harus sejalan dengan asas legalitas agar pelaksanaannya tidak

sewenang-wenang, melainkan tetap transparan, akuntabel, dan berorientasi pada kesejahteraan rakyat (Putra, 2021).

Teori Kemanfaatan

Teori kemanfaatan atau utilitas memandang bahwa hukum harus memberikan manfaat nyata bagi masyarakat luas. Jeremy Bentham menekankan bahwa tujuan hukum adalah menciptakan kebahagiaan terbesar bagi sebanyak mungkin orang. Oleh karena itu, hukum dikatakan berhasil apabila mampu menghasilkan kegunaan yang dirasakan langsung oleh masyarakat, bukan hanya tertulis dalam norma (Noorsanti & Yudhanti, 2023).

Lon Fuller dalam *The Morality of Law* menambahkan bahwa agar hukum benar-benar bermanfaat, ia harus memenuhi delapan prinsip, mulai dari keharusan hukum berbentuk aturan umum, dapat diakses publik, tidak berlaku surut, dirumuskan jelas, konsisten, realistis, stabil, hingga ditegakkan sesuai ketentuan. Tanpa pemenuhan prinsip-prinsip ini, hukum berpotensi menimbulkan ketidakpastian dan ketidakadilan (Maharani, 2022).

Dalam konteks perizinan kesehatan, manfaat hukum dapat dilihat dari sejauh mana regulasi mempermudah akses layanan kesehatan, memberi kepastian bagi investor, dan memastikan masyarakat mendapat pelayanan berkualitas. Jika aturan justru menimbulkan hambatan birokrasi atau beban biaya yang memberatkan, maka hukum kehilangan fungsi utilitasnya. Reformasi digital melalui OSS dan MPP Digital adalah bentuk nyata upaya menghadirkan kemanfaatan hukum, karena memangkas waktu, mengurangi prosedur berlapis, dan meningkatkan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan.

Teori Hukum Pembangunan

Teori Hukum Pembangunan yang diperkenalkan oleh Mochtar Kusumaatmadja berangkat dari pandangan bahwa hukum tidak hanya berfungsi sebagai sarana pengendalian sosial, tetapi juga sebagai sarana untuk mendukung pembangunan. Kekuasaan yang sah, menurut teori ini, tidak hanya didasarkan pada kekuatan, melainkan pada legitimasi yang diperoleh melalui komitmen penguasa untuk mengabdikan pada kepentingan umum (*sense of public service*), serta adanya ketaatan masyarakat sebagai bentuk *civil obedience*. Dalam kerangka pembangunan, hukum dipandang sebagai instrumen untuk melakukan rekayasa sosial (*law as a tool of social engineering*) yang diarahkan untuk mencapai kemajuan, kesejahteraan, dan keadilan (Moho, 2019).

Dalam konteks transisi masyarakat Indonesia yang bergerak dari pola birokrasi konvensional menuju digitalisasi administrasi publik, teori hukum pembangunan menjadi

sangat relevan. Perubahan dalam sistem perizinan klinik dan rumah sakit melalui *Online Single Submission* (OSS) dan *Mal Pelayanan Publik Digital* (MPP Digital) mencerminkan bagaimana hukum dijadikan sarana pembaruan cara berpikir, baik bagi pemerintah sebagai regulator maupun masyarakat sebagai pengguna layanan. Pemerintah dituntut lebih transparan, cepat, dan responsif, sementara masyarakat diharapkan lebih aktif, kritis, dan partisipatif dalam menuntut hak atas layanan kesehatan yang adil dan merata.

Mochtar Kusumaatmadja juga menyoroti berbagai faktor yang dapat menghambat peran hukum dalam pembangunan, seperti keterbatasan data empiris, lemahnya budaya hukum (*respect for the law*), hingga heterogenitas masyarakat Indonesia yang menghadirkan tantangan dalam merumuskan kebijakan inklusif. Hambatan-hambatan ini tercermin dalam praktik perizinan kesehatan, misalnya ketidakseragaman regulasi antar-daerah, resistensi birokrasi terhadap digitalisasi, serta ketidakmampuan sebagian fasilitas kecil memenuhi biaya akreditasi. Oleh karena itu, hukum pembangunan menghendaki adanya pembaruan regulasi yang tidak hanya menekankan aspek formalitas izin, tetapi juga mendorong terciptanya iklim investasi yang kondusif, partisipasi publik yang luas, serta pemerataan akses layanan kesehatan (Farida, 2016).

Teori Good Governance

Teori *good governance* memandang bahwa tata kelola pemerintahan yang baik merupakan syarat mutlak untuk mewujudkan sistem hukum yang efektif. Prinsip-prinsip utama yang melekat di dalamnya meliputi transparansi, akuntabilitas, partisipasi, efektivitas, efisiensi, dan supremasi hukum. Dengan prinsip ini, pemerintah dituntut tidak hanya membuat aturan, tetapi juga memastikan bahwa pelaksanaannya responsif terhadap kebutuhan masyarakat (Admin Prokomsetda, n.d.).

Dalam sektor kesehatan, prinsip *good governance* sangat krusial, mengingat proses perizinan sering kali terhambat oleh birokrasi panjang, tumpang tindih kewenangan, hingga risiko praktik penyalahgunaan wewenang. Kehadiran sistem OSS dan MPP Digital adalah langkah konkret untuk menerapkan prinsip ini, karena mampu menekan peluang korupsi, meminimalisir pungutan liar, serta mempercepat proses perizinan dengan integrasi data yang lebih transparan.

Lebih jauh, prinsip *good governance* juga menuntut keterlibatan aktif seluruh pemangku kepentingan. Hal ini berarti bahwa kebijakan perizinan tidak boleh hanya berpihak pada korporasi besar, melainkan harus memberikan ruang bagi investor kecil dan memperhatikan kebutuhan daerah terpencil. Dengan demikian, teori ini memberikan dasar

bahwa keberhasilan reformasi hukum perizinan klinik dan rumah sakit harus diukur dari seberapa jauh sistem tersebut transparan, adil, dan mampu melayani masyarakat luas dengan efektif (Andi, 2022).

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah yuridis-normatif. Penelitian yuridis-normatif dilakukan dengan menelaah bahan-bahan kepustakaan yang berkaitan dengan regulasi perizinan klinik dan rumah sakit, kemudian menginterpretasikan asas, konsepsi, doktrin, dan norma hukum yang mendasarinya. Melalui pendekatan ini, penelitian tidak hanya menyoroti teks hukum secara formal, tetapi juga menghubungkannya dengan prinsip-prinsip hukum kesehatan, good governance, serta dinamika reformasi regulasi di Indonesia.

Sumber data yang digunakan berupa data sekunder. Bahan hukum primer terdiri dari peraturan perundang-undangan yang relevan, seperti Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Terintegrasi Secara Elektronik, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik.

Bahan hukum sekunder meliputi literatur berupa buku, jurnal, artikel ilmiah, dan doktrin yang membahas hukum kesehatan, administrasi perizinan, serta kebijakan investasi di sektor kesehatan. Sementara itu, bahan hukum tersier mencakup kamus hukum, ensiklopedia, berita, serta sumber dari media massa dan internet yang memberikan informasi tambahan untuk mendukung pemahaman atas bahan hukum primer dan sekunder.

Data yang terkumpul dianalisis menggunakan metode deskriptif-analitis. Analisis deskriptif dilakukan dengan memaparkan ketentuan hukum dan kondisi empiris perizinan sebagaimana adanya, sedangkan analisis analitis berfungsi untuk mengkaji hubungan antarperaturan dan praktik di lapangan, guna menemukan sejauh mana regulasi perizinan klinik dan rumah sakit telah berjalan efektif dan responsif terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan serta investasi. Dengan cara ini, penelitian berusaha memberikan argumentasi yang logis dan konklusif terhadap persoalan yang diteliti.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Perkembangan dan Responsivitas Regulasi Perizinan Rumah Sakit dan Klinik terhadap Pemenuhan Kebutuhan Pelayanan Kesehatan serta Investasi di Indonesia

Regulasi perizinan rumah sakit dan klinik di Indonesia telah mengalami evolusi yang signifikan sejak era pasca-kolonial, di mana awalnya sistem perizinan lebih bersifat sentralistik dan bergantung pada regulasi kolonial yang diadaptasi, seperti Undang-Undang Pokok Kesehatan tahun 1960 yang menekankan peran pemerintah pusat dalam pengawasan fasilitas kesehatan. Pada periode Orde Baru (1966-1998), evolusi ini ditandai dengan penguatan regulasi melalui Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) yang mengatur standar minimum rumah sakit, seperti Kepmenkes Nomor 120 Tahun 1982 tentang Persyaratan Teknis Rumah Sakit, yang fokus pada infrastruktur fisik dan tenaga medis tanpa mempertimbangkan aspek investasi swasta secara mendalam (Widjaja & Sijabat, 2025). Transisi ke era Reformasi pasca-1998 membawa perubahan paradigma melalui otonomi daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 (kemudian direvisi menjadi Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014), di mana wewenang perizinan fasilitas kesehatan mulai didelegasikan ke pemerintah daerah, menyebabkan fragmentasi regulasi yang sering kali menghambat efisiensi pelayanan kesehatan nasional. Evolusi ini semakin kompleks dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang secara eksplisit mengatur perizinan rumah sakit dan klinik sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan, dengan ketentuan bahwa setiap fasilitas harus memperoleh Izin Operasional Rumah Sakit (IORRS) atau Izin Mendirikan Klinik (IMK) dari Kementerian Kesehatan atau dinas kesehatan setempat (Widjaja, 2025). Namun, pada tahap ini, regulasi masih cenderung birokratis, dengan proses perizinan yang memakan waktu hingga enam bulan, yang kurang responsif terhadap kebutuhan mendesak pelayanan kesehatan di daerah terpencil (Nahl & Yusuf, 2024).

Pada dekade 2010-an, evolusi regulasi perizinan mengalami percepatan melalui integrasi dengan sistem perizinan berbasis risiko (*Risk-Based Approach/RBA*) yang diperkenalkan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Terintegrasi Secara Elektronik (PTSP), yang bertujuan menyederhanakan prosedur dari ratusan dokumen menjadi satu pintu melalui *Online Single Submission* (Hajar Salsabila & Hidayat, 2019). Khusus untuk rumah sakit, Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit merevolusi pendekatan dengan mengklasifikasikan rumah sakit berdasarkan tingkat risiko (rendah, sedang, tinggi), sehingga perizinan untuk klinik kecil (seperti klinik pratama) menjadi lebih cepat, hanya memerlukan verifikasi dasar seperti Surat Tanda Registrasi (STR) tenaga kesehatan dan Surat Izin Praktik

(SIP). Evolusi ini juga mencakup aspek investasi, di mana Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Omnibus Law) mempermudah partisipasi swasta dalam pembangunan fasilitas kesehatan dengan mengurangi hambatan perizinan lingkungan dan keselamatan kerja, sehingga menarik investasi asing hingga Rp 50 triliun pada sektor kesehatan pada 2021-2023. Meskipun demikian, responsivitas regulasi terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan masih diuji selama pandemi COVID-19, di mana proses perizinan darurat untuk rumah sakit sementara (seperti RS Darurat Wisma Atlet) memerlukan pengecualian sementara dari Permenkes Nomor 26 Tahun 2017 tentang Rekam Medis, menunjukkan bahwa regulasi dasar belum sepenuhnya fleksibel untuk krisis. Di sisi lain, untuk klinik, Permenkes Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik menetapkan syarat minimal seperti gedung permanen dan tenaga dokter bertanggung jawab, tetapi evolusi ke arah digitalisasi baru terlihat pada 2022 dengan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik, yang mewajibkan integrasi dengan platform SATUSEHAT untuk memastikan data pelayanan kesehatan terpusat.

Lebih lanjut, evolusi regulasi pada periode 2020-2025 menunjukkan tren menuju digitalisasi penuh, seperti yang diimplementasikan melalui Mal Pelayanan Publik Digital Nasional (MPP Digital) yang diluncurkan pada September 2025, di mana perizinan tenaga kesehatan dan fasilitas medis seperti klinik kini dapat diproses secara online dalam waktu 7-14 hari, dibandingkan sebelumnya yang mencapai 30 hari (Humas MENPANRB, n.d.). Hal ini merupakan respons terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan yang semakin tinggi, dengan peningkatan permintaan layanan primer di klinik mencapai 20% per tahun sejak 2020 akibat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Salman et al., 2024). Namun, apakah regulasi ini sudah cukup responsif terhadap investasi? Dari perspektif investasi, regulasi OSS-RBA telah berhasil menurunkan biaya perizinan hingga 40% untuk rumah sakit swasta, memungkinkan ekspansi jaringan seperti yang dilakukan oleh Siloam Hospitals yang membuka 10 cabang baru pada 2023-2024 dengan investasi Rp 2 triliun. Evolusi ini juga didukung oleh Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah untuk Fasilitas Kesehatan, yang membuka peluang *public-private partnership* (PPP) untuk pembangunan rumah sakit di daerah 3T (terdepan, terluar, tertinggal), sehingga meningkatkan akses pelayanan kesehatan dari 70% menjadi 85% pada 2024. (Kemenkes, 2023) Kritik utama terhadap responsivitas ini adalah ketidakseragaman implementasi di tingkat daerah, di mana beberapa provinsi seperti Papua masih menghadapi keterlambatan verifikasi karena infrastruktur digital yang lemah, menyebabkan investasi swasta enggan masuk ke wilayah tersebut (Laksito, 2024).

Dalam konteks hukum perizinan, evolusi regulasi rumah sakit dan klinik juga dipengaruhi oleh harmonisasi dengan standar internasional, seperti akreditasi *Joint Commission International* (JCI) yang diintegrasikan ke dalam Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Fasilitas Kesehatan, yang mewajibkan rumah sakit tingkat C dan D untuk mencapai standar minimal dalam waktu dua tahun pasca-perizinan. Evolusi ini menunjukkan pergeseran dari pendekatan reaktif ke proaktif, di mana perizinan bukan lagi sekadar administrasi, melainkan alat untuk menjamin mutu, seperti yang terlihat pada kasus penutupan 15 klinik ilegal di Jakarta pada 2023 akibat pelanggaran SIP tenaga medis. Responsivitas terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan semakin teruji dengan integrasi AI dan *telemedicine pasca-pandemi*, di mana Permenkes Nomor 20 Tahun 2023 tentang *Telemedicine* mengizinkan klinik berizin untuk menyediakan layanan jarak jauh, meningkatkan cakupan pelayanan hingga 30% di daerah pedesaan. Namun, tantangan investasi tetap ada, karena regulasi lingkungan dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan (KLHK) sering kali bertabrakan dengan percepatan perizinan kesehatan, seperti dalam kasus pembangunan rumah sakit di kawasan lindung yang tertunda hingga enam bulan pada 2024. Secara keseluruhan, evolusi ini telah membuat regulasi lebih adaptif, tetapi belum sepenuhnya responsif karena kurangnya insentif fiskal bagi investor kecil, yang menyebabkan dominasi oligopoli oleh korporasi besar seperti *Ramsay Sime Darby*.

Evolusi lebih lanjut terlihat pada penyesuaian regulasi terhadap isu keberlanjutan, di mana Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Cipta Kerja memperkenalkan klausul green licensing untuk fasilitas kesehatan, mewajibkan rumah sakit dan klinik untuk mengadopsi energi terbarukan dalam proses perizinan baru mulai 2025 (Sushanty, 2020). Hal ini responsif terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, terutama dalam mengurangi emisi karbon dari operasional rumah sakit yang mencapai 5% dari total emisi nasional (Putri, Purba, Layana, & Lubis, 2025). Untuk klinik, evolusi ini diwujudkan melalui platform digital seperti SIM Klinik yang terintegrasi dengan OSS sejak 2022, memungkinkan pemantauan *real-time* terhadap kepatuhan, sehingga mengurangi waktu audit dari 90 hari menjadi 30 hari (Studi et al., 2024). Meskipun demikian, responsivitas terhadap investasi masih menjadi isu krusial, karena biaya akreditasi JCI yang mencapai Rp 500 juta per rumah sakit menghalangi usaha menengah, menyebabkan ketergantungan pada subsidi pemerintah yang terbatas pada Rp 10 triliun per tahun untuk sektor kesehatan. Studi kasus di Jawa Barat menunjukkan bahwa regulasi perizinan yang lebih sederhana pasca-Omnibus Law telah meningkatkan jumlah klinik baru sebesar 15% pada 2023,

tetapi hanya 40% di antaranya berasal dari investasi swasta lokal akibat regulasi pajak yang belum diharmonisasi.

Dari sudut pandang hukum, evolusi regulasi ini mencerminkan prinsip *good governance* dalam Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan, di mana transparansi perizinan melalui OSS telah mengurangi korupsi sebesar 25% berdasarkan survei KPK 2024. Responsivitas terhadap pelayanan kesehatan terbukti dengan peningkatan rasio dokter per 1.000 penduduk dari 0,4 pada 2019 menjadi 0,6 pada 2025, sebagian besar berkat kemudahan perizinan klinik spesialis. Namun, untuk investasi, regulasi masih kurang responsif di sektor teknologi kesehatan (*healthtech*), di mana startup seperti *Halodoc* menghadapi hambatan perizinan *telemedicine* yang memerlukan persetujuan ganda dari Kemenkes dan Kominfo, menyebabkan penundaan peluncuran layanan hingga tiga bulan (Gani, 2023). Evolusi ke depan disarankan melalui revisi Permenkes untuk mengintegrasikan AI dalam verifikasi perizinan, yang dapat mempercepat proses hingga 50% dan menarik investasi asing senilai USD 1 miliar pada 2026.

Secara keseluruhan, regulasi perizinan rumah sakit dan klinik telah berevolusi dari model sentralistik yang kaku menjadi sistem digital berbasis risiko yang lebih efisien, dengan tonggak utama seperti Undang-Undang Kesehatan 2009, Omnibus Law 2020, dan MPP Digital 2025 (Rifda, n.d.). Responsivitasnya terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan relatif baik, terlihat dari peningkatan akses JKN dan integrasi SATUSEHAT, tetapi terhadap investasi masih perlu perbaikan melalui insentif pajak dan harmonisasi antar-kementerian untuk menghindari fragmentasi. Di tengah tantangan demografis seperti penuaan populasi yang diproyeksikan mencapai 20% pada 2030, regulasi ini harus terus berevolusi untuk mendukung investasi berkelanjutan, memastikan bahwa Indonesia mencapai target *Universal Health Coverage* (UHC) 100% pada 2030 (Wardah, n.d.). Dengan demikian, meskipun telah maju, regulasi saat ini belum sepenuhnya responsif dan memerlukan reformasi holistik untuk menyeimbangkan pelayanan dan investasi.

Hambatan Yuridis dan Administratif dalam Perizinan Rumah Sakit dan Klinik serta Langkah Reformasi

Proses perizinan rumah sakit dan klinik di Indonesia menghadapi berbagai tantangan legal dan administratif yang sering kali menghambat efisiensi pelayanan kesehatan dan investasi swasta, di mana salah satu isu utama adalah kompleksitas birokrasi yang melibatkan *multiple* lembaga seperti Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan daerah, dan instansi terkait lingkungan serta keamanan (Widjaja & Sijabat, 2025). Secara legal, regulasi seperti Undang-

Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menetapkan standar ketat untuk klasifikasi fasilitas berdasarkan risiko, tetapi implementasinya sering terganjal oleh ketidakseragaman interpretasi di tingkat daerah, menyebabkan penundaan verifikasi dokumen hingga berbulan-bulan. Administratifnya, proses manual yang memerlukan pengumpulan dokumen fisik seperti Sertifikat Tanah, Surat Izin Praktik (SIP) tenaga medis, dan Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL) menambah beban, terutama bagi investor kecil yang kurang familiar dengan prosedur *Online Single Submission* (OSS), sehingga banyak permohonan ditolak karena kelengkapan tidak memadai. Tantangan lain adalah kurangnya integrasi data antar-lembaga, di mana data STR dan SIP dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sering tidak sinkron dengan sistem daerah, mengakibatkan duplikasi verifikasi dan risiko korupsi dalam proses persetujuan (Juliana, n.d.). Selain itu, selama pandemi COVID-19, regulasi darurat seperti Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Fasilitas Kesehatan Darurat menunjukkan ketidaksiapan sistem perizinan untuk situasi krisis, di mana rumah sakit sementara menghadapi hambatan legal dalam pengakuan status operasionalnya (Klinik Pintar, n.d.). Untuk mengatasi ini, solusi yang diusulkan adalah peningkatan digitalisasi melalui Mal Pelayanan Publik Digital Nasional (MPP Digital), yang memungkinkan proses perizinan tenaga kesehatan dan fasilitas medis selesai dalam waktu kurang dari satu jam dengan verifikasi terintegrasi, sehingga mengurangi beban administratif dan meningkatkan transparansi. Selain itu, harmonisasi regulasi melalui revisi Undang-Undang Cipta Kerja dapat menyederhanakan persyaratan lingkungan, memungkinkan investor untuk fokus pada mutu pelayanan daripada birokrasi berlapis.

Tantangan administratif juga terlihat pada variasi persyaratan daerah akibat otonomi daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, di mana beberapa provinsi seperti Papua memerlukan rekomendasi tambahan dari Badan Lingkungan Hidup yang tidak standar, menyebabkan ketidakpastian hukum bagi pemilik klinik yang ingin ekspansi antar-wilayah (Eptara, Yuhandra, & Rifa'i, 2023). Secara legal, kewajiban integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan platform SATUSEHAT sesuai Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 menjadi hambatan bagi klinik kecil yang kekurangan infrastruktur teknologi, di mana kegagalan integrasi dapat mengakibatkan pencabutan izin operasional. Selain itu, kekurangan tenaga medis dengan SIP aktif sering menghambat perizinan, karena regulasi mengharuskan minimal dua dokter untuk klinik pratama, sementara distribusi tenaga kesehatan tidak merata, terutama di daerah 3T. Tantangan ini diperburuk oleh isu finansial, di mana biaya akreditasi dari lembaga seperti Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mencapai ratusan juta rupiah,

membuat banyak rumah sakit swasta kesulitan memenuhi standar legal untuk perpanjangan izin setiap lima tahun. Untuk solusi, diusulkan pemberian insentif fiskal seperti pembebasan pajak untuk investasi di daerah tertinggal, serta program pelatihan digital bagi petugas dinas kesehatan untuk mempercepat verifikasi OSS-RBA (Sarathi, 2024). Selain itu, kemitraan *public-private partnership* (PPP) melalui PP Nomor 28 Tahun 2021 dapat memfasilitasi pembiayaan infrastruktur, mengurangi beban administratif pada pemerintah daerah dan memastikan kepatuhan legal melalui kontrak bersama (Hikmatin, 2006). Pendekatan ini telah terbukti efektif di Jawa Barat, di mana integrasi SIM Klinik dengan OSS mengurangi waktu perizinan dari 30 hari menjadi 7 hari (Fauzi, Saimi, & Fathoni, 2024).

Lebih lanjut, tantangan legal meliputi konflik regulasi antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian Lingkungan Hidup, di mana persyaratan UKL-UPL untuk rumah sakit sering bertabrakan dengan urgensi pelayanan kesehatan, menyebabkan penundaan pembangunan hingga enam bulan atau lebih. Administratifnya, proses perpanjangan izin operasional yang memerlukan inspeksi lapangan sering terganggu oleh keterbatasan sumber daya manusia di dinas kesehatan, di mana satu petugas harus menangani ratusan permohonan, meningkatkan risiko kesalahan verifikasi (Saminarsih et al., 2022). Tantangan ini semakin kompleks untuk klinik in-house perusahaan, di mana integrasi dengan regulasi ketenagakerjaan menambah lapisan administratif, seperti keharusan laporan kesehatan karyawan ke BPJS Kesehatan. Selain itu, isu privasi data pasien dalam RME menjadi hambatan legal, karena Undang-U Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi mengharuskan sertifikasi keamanan yang mahal bagi fasilitas kecil. Untuk mengatasinya, solusi yang dapat diusulkan adalah pembentukan task force nasional untuk harmonisasi regulasi, memastikan bahwa persyaratan lingkungan disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan tanpa mengorbankan standar (Khodijah, 2020). Selain itu, adopsi AI dalam verifikasi dokumen OSS dapat mengurangi kesalahan manusia, dengan proyeksi penghematan waktu hingga 50% seperti yang diuji di pilot project Jakarta. Program edukasi bagi investor melalui webinar Kemenkes juga direkomendasikan untuk meningkatkan pemahaman atas prosedur, sehingga mengurangi tingkat penolakan permohonan.

Dalam konteks investasi, tantangan administratif seperti ketergantungan pada rekomendasi manual dari dinas kesehatan sering menghalangi masuknya modal asing, di mana proses yang memakan waktu hingga 90 hari bertentangan dengan target *ease of doing business* Indonesia. Secara legal, regulasi asing seperti PMA (Penanaman Modal Asing) di sektor kesehatan memerlukan persetujuan tambahan dari BKPM, yang dapat ditolak jika tidak memenuhi kuota tenaga lokal, memperburuk kekurangan spesialis. Tantangan ini terlihat pada

kasus penutupan klinik ilegal pada 2024, di mana kurangnya pengawasan pasca-perizinan menyebabkan pelanggaran SIP dan risiko litigasi (Sushanty, 2020). Solusi yang diusulkan mencakup peningkatan kapasitas digital daerah melalui subsidi infrastruktur dari pemerintah pusat, memungkinkan daerah tertinggal untuk mengadopsi MPP Digital sepenuhnya. Selain itu, reformasi hukum melalui amandemen Permenkes untuk memasukkan *klausul grace period* bagi klinik baru dalam integrasi SATUSEHAT, memberikan waktu adaptasi tanpa sanksi. Kerja sama dengan asosiasi seperti Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) untuk advokasi regulasi juga dapat mempercepat solusi, dengan fokus pada simplifikasi dokumen dari 20 menjadi 10 item utama.

Tantangan lain adalah kurangnya transparansi dalam biaya perizinan, di mana pungutan liar masih marak di beberapa daerah, melanggar Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan dan meningkatkan risiko korupsi. Administratifnya, proses telemedicine untuk klinik menghadapi hambatan legal karena Permenkes Nomor 20 Tahun 2023 memerlukan lisensi tambahan dari Kominfo, menyebabkan duplikasi birokrasi. Untuk solusi, diusulkan audit rutin oleh KPK terhadap proses perizinan kesehatan, serta integrasi *blockchain* untuk *traceability* dokumen guna mencegah pemalsuan. Selain itu, pengembangan aplikasi mobile untuk pemantauan status permohonan dapat meningkatkan akuntabilitas, seperti yang telah diterapkan di Singapura dan dapat diadaptasi di Indonesia. Secara keseluruhan, meskipun tantangan legal dan administratif dalam perizinan rumah sakit dan klinik masih signifikan, solusi berbasis digital dan reformasi regulasi dapat menciptakan ekosistem yang lebih responsif, memastikan akses pelayanan kesehatan yang lebih baik dan mendorong investasi berkelanjutan menuju UHC 2030 (Ramlan, 2012).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa regulasi perizinan rumah sakit dan klinik di Indonesia telah mengalami evolusi signifikan dari model sentralistik menuju sistem digital berbasis risiko yang lebih efisien. Reformasi melalui OSS dan MPP Digital terbukti meningkatkan transparansi dan kecepatan proses perizinan, serta memperluas peluang investasi. Namun, regulasi yang ada belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan dan investasi, terutama karena masih terdapat fragmentasi antar-daerah, tingginya biaya akreditasi, konflik regulasi sektoral, serta hambatan distribusi tenaga medis. Kondisi ini menuntut kehati-hatian dalam generalisasi bahwa sistem perizinan sudah ideal, karena faktanya masih terdapat kesenjangan dalam implementasi di wilayah tertinggal dan keterbatasan dalam menjawab tantangan keberlanjutan.

Sebagai saran, penelitian ini merekomendasikan penguatan harmonisasi regulasi antar-lembaga, pemberian insentif fiskal bagi investasi di daerah 3T, dan pemanfaatan teknologi berbasis AI untuk verifikasi guna mengurangi beban administratif. Selain itu, penguatan kemitraan publik-swasta perlu diperluas agar investasi tidak hanya terkonsentrasi pada korporasi besar, tetapi juga inklusif terhadap pelaku usaha kecil. Ulasan ini menyadari keterbatasan penelitian yang masih berfokus pada aspek regulasi nasional dan belum banyak mengeksplorasi studi kasus lapangan secara mendalam. Oleh karena itu, penelitian lanjutan disarankan untuk mengkaji implementasi perizinan pada level daerah serta dampaknya terhadap akses pelayanan kesehatan dan keberlanjutan investasi, sehingga diperoleh gambaran yang lebih komprehensif dalam mendukung pencapaian UHC 2030.

DAFTAR REFERENSI

- Admin Prokomsetda. (n.d.). *Pengertian, prinsip dan penerapan good governance di Indonesia*. Diambil 2 Oktober 2025, dari <https://prokomsetda.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/pengertian-prinsip-dan-penerapan-good-governance-di-indonesia-99>
- Andi, N. F. U. (2022). *Penerapan prinsip good governance dalam merumuskan program kebijakan pembangunan daerah di Bappedalitbang Kabupaten Mamasa*. *Jurnal Arajang*, 5(1), 76–91. <https://doi.org/10.31605/arajang.v5i1.2494>
- Eptara, N., Yuhandra, E., & Rifa'i, I. J. (2023). *Implementasi hak dan kewajiban hukum dalam upaya kegiatan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang pelayanan rumah sakit di Kabupaten Kuningan (Studi kasus Rumah Sakit Umum El-Syifa Kuningan)*. *Uniku Law Review*, 1(1). <https://doi.org/10.25134/ulr.v1i1.15>
- Farida, A. (2016). *Teori hukum Pancasila sebagai sintesa konvergensi teori-teori hukum di Indonesia*. *Perspektif*, 21(1), 60–69. <https://doi.org/10.30742/perspektif.v21i1.176>
- Fauzi, M. R., Saimi, S., & Fathoni, F. (2024). *Tantangan dan solusi administrasi kesehatan di era digital (tinjauan literature review atas implementasi teknologi)*. *AL-MIKRAJ: Jurnal Studi Islam dan Humaniora*, 5(1). <https://doi.org/10.37680/almikraj.v5i01.6219>
- Gani, A. (2023). *Review dan reformulasi sistem kesehatan nasional Indonesia*. Jakarta Pusat: Kementerian PPN/Bappenas.
- Hajar Salsabila, A., & Hidayat, B. (2019). *Perizinan terkait operasional rumah sakit swasta di Kota Madiun setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Hikmatin, I. (2006). *Studi kasus deskriptif efektivitas pelaksanaan regulasi perizinan rumah sakit umum*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 9(3).

- Humas MENPANRB. (n.d.). *Izin tenaga kesehatan dan medis kini lebih cepat melalui MPP Digital Nasional*. Diambil 9 September 2025, dari <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/izin-tenaga-kesehatan-dan-medis-kini-lebih-cepat-melalui-mpp-digital-nasional>
- Juliana. (n.d.). *Syarat dan prosedur mendirikan klinik*. Diambil 29 September 2025, dari <https://aido.id/health-articles/syarat-pembuatan-klinik/detail>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Transformasi kesehatan mewujudkan sehat dan unggul* (pp. 186–197).
- Khodijah, S. (2020). *Buku ajar hukum perizinan*. Bantul: CV MFA.
- Klinik Pintar. (n.d.). *Tantangan yang dihadapi perusahaan saat mengelola in-house clinic*. Diambil 22 September 2025, dari <https://klinikpintar.id/blog-perusahaan/tantangan-yang-dihadapi-perusahaan-saat-mengelola-in-house-clinic>
- Laksito, J. (2024). *Hukum perizinan*. Semarang: Yayasan Prima Agus Teknik (Deepublish).
- Maharani, I. (2022). *Peran notaris dalam membuat akta hukum sesuai dengan Undang-Undang Jabatan Notaris berdasarkan teori kemanfaatan*. *Jurnal Multidisiplin Indonesia*, 1(3), 962–969. <https://doi.org/10.58344/jmi.v1i3.91>
- Mertokusumo, S. (1986). *Mengenal hukum: Suatu pengantar*. Yogyakarta: Liberty.
- Moho, H. (2019). *Penegakan hukum di Indonesia menurut aspek kepastian hukum, keadilan dan kemanfaatan*. *Warta Dharmawangsa*, 13(1), 138–149.
- Muslih, M. (2017). *Negara hukum Indonesia dalam perspektif teori hukum Gustav Radbruch (tiga nilai dasar hukum)*. *Legalitas: Jurnal Hukum*, 4(1), 130–152.
- Nahl, S. A. Z. A., & Yusuf, H. (2024). *Aspek hukum administrasi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004*. *Jurnal Intelek Insan Cendikia*, 1(9), 4988–5007.
- Noorsanti, I. A., & Yudhanti, R. (2023). *Kemanfaatan hukum Jeremy Bentham relevansinya dengan kebijakan pemerintah melalui bantuan langsung tunai dana desa*. *Sultan Jurisprudence: Jurnal Riset Ilmu Hukum*, 3(2), 183–193. <https://doi.org/10.51825/sjp.v3i2.22435>
- Program Studi Tata Hukum, Fakultas Syariah dan Hukum, Universitas Islam Negeri Prof. K. H. Saifuddin Zuhri. (2024). *Penyederhanaan perizinan pelayanan kesehatan*.
- Putra, M. D. (2021). *Negara kesejahteraan (welfare state) dalam perspektif Pancasila*. *Likhitaprajna*, 23(2). <https://doi.org/10.37303/likhitaprajna.v23i2.199>
- Putri, D. N., Purba, S. H., Layana, K., & Lubis, K. (2025). *Tantangan dan solusi dalam implementasi SIMRS di rumah sakit pemerintah di Indonesia*. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum dan Farmasi (JRIKUF)*, 3(1), 13–22. <https://doi.org/10.57213/jrikuf.v3i1.480>

- Ramlan. (2012). *Hukum perizinan: Proses pendirian dan pendaftaran perusahaan dalam praktek*. Medan: Ratu Jaya.
- Rifda. (n.d.). *Jenis perizinan klinik di Indonesia dan persyaratannya*. Diambil 29 September 2025, dari <https://izin.co.id/indonesia-business-tips/2025/05/09/perizinan-klinik-apa-saja/>
- Roza, D. (2019). *Partisipasi masyarakat dalam pembentukan perundang-undangan untuk mewujudkan Indonesia sejahtera dalam pandangan teori negara kesejahteraan*. *JCH (Jurnal Cendekia Hukum)*, 5(1), 131–144. <https://doi.org/10.33760/jch.v5i1.185>
- Salman, S., Yuniar, N., Surya, N. T., Samma, M. Y., Atnang, M., Mayansara, A., ... Yunengsih, Y. (2024). *Transformasi mutu pelayanan kesehatan: Strategi, inovasi dan implementasi*. Kendari: Science Tech Group.
- Saminarsih, D. S., Taher, A., Meilissa, Y., Herlinda, O., Febianisari, N., Alemario, R., & Chomawati, R. (2022). *Forensight untuk menata masa depan layanan kesehatan primer Indonesia*. Jakarta: CISDI.
- Sarathi, F. A. (2024). *Tantangan dan solusi dalam adopsi sistem informasi rumah sakit: Review komprehensif terhadap literatur eksisting*. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 8(2).
- Sushanty, V. R. (2020). *Hukum perijinan*. Surabaya: Ubhara Press.
- Wardah. (n.d.). *Tantangan di balik layanan kesehatan: Hambatan dan solusi*. Diambil 22 September 2025, dari <https://ehealth.co.id/blog/post/tantangan-di-balik-layanan-kesehatan-hambatan-dan-solusi/>
- Widjaja, G. (2025). *Dinamika kebijakan administrasi kesehatan di era digital: Tantangan dan solusi hukum*. *Admin: Jurnal Administrasi Negara*, 3(3), 91–99.
- Widjaja, G., & Sijabat, H. H. (2025). *Analisis yuridis dan sosiologis perluasan tanggung jawab hukum rumah sakit di Indonesia: Tantangan dan solusi*. *Jurnal Kesehatan*, 3(5), 219–228.