

BAB IV

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

1. Kepastian Hukum dan Problematika Yuridis Pengaturan Rumah Sakit Syariah dalam Sistem Hukum Kesehatan di Indonesia

Dalam rangka memahami konstruksi normatif mengenai kepastian hukum dan problematika yuridis pengaturan rumah sakit syariah di Indonesia, penting untuk terlebih dahulu menempatkannya dalam kerangka hukum kesehatan nasional yang berlaku. Sistem hukum kesehatan Indonesia sejatinya memberikan pengaturan yang komprehensif terhadap penyelenggaraan rumah sakit melalui berbagai regulasi tingkat undang-undang hingga peraturan pelaksana. Rumah sakit dalam kerangka hukum nasional diposisikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.¹ Posisi ini ditetapkan secara eksplisit dalam berbagai undang-undang, termasuk Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta beberapa aturan turunannya.

Regulasi mengenai penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia dibangun melalui kerangka hukum yang berlapis, mulai dari undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan menteri, hingga standar akreditasi. Seluruh instrumen hukum tersebut membentuk tatanan regulatif yang mengatur pendirian, operasional, mutu, tata kelola, perizinan, dan fungsi pelayanan rumah sakit sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional. Oleh karena itu, pemahaman atas regulasi dasar ini penting sebagai fondasi untuk menilai bagaimana setiap rumah sakit, termasuk rumah sakit yang mengadopsi prinsip syariah, beroperasi dalam batasan hukum yang telah ditentukan oleh negara. Dengan demikian, seluruh rumah sakit termasuk yang beridentitas syariah harus tunduk sepenuhnya pada kerangka regulasi tersebut.

¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Etika & Hukum Kesehatan* (Jakarta: Rineka Cipta, 2010), 154.

Kerangka regulasi rumah sakit Indonesia awalnya dibangun melalui Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang di dalamnya mengatur beberapa ketentuan diantaranya terkait syarat penyelenggaraan Rumah Sakit, pengelolaan Rumah Sakit, pengaturan akreditasi Rumah Sakit, pembentukan jejaring dan sistem rujukan, pengaturan keselamatan pasien, dan perlindungan hukum Rumah Sakit.² Undang-undang tersebut kemudian diperbarui dan diperdalam melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang melakukan reposisi struktural dan kelembagaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit. Kedua undang-undang tersebut menjadi dasar hukum utama yang diuraikan dalam sub-sub bab berikutnya.

Selain undang-undang, terdapat pula peraturan pemerintah yang berfungsi menerjemahkan mandat undang-undang baik yang secara tegas maupun secara tidak tegas dan menjadi ketentuan pelaksanaan yang lebih teknis.³ Peraturan pemerintah meliputi pengaturan mengenai sistem kesehatan nasional, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, perizinan berusaha berbasis risiko, dan tata kelola fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya, peraturan-peraturan menteri kesehatan memberikan petunjuk operasional yang bersifat teknis terkait klasifikasi rumah sakit, standar pelayanan, keselamatan pasien, rekam medis, hingga tata kelola klinis.

Di luar kerangka peraturan perundang-undangan, terdapat pula standar akreditasi nasional seperti SNARS yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar tersebut bernilai wajib karena merupakan bagian dari persyaratan perizinan operasional rumah sakit.⁴ Dengan demikian, keseluruhan regulasi ini membentuk suatu sistem yang komprehensif dan saling terkait, yang menjadi dasar penyelenggaraan rumah sakit secara nasional.

² Endang Wahyati Yustina, *Mengenal Hukum Rumah Sakit* (Bandung: Keni Media, 2012), 33.

³ Maria Farida Indrati, *Ilmu Perundang-Undangan 1: Jenis, Fungsi Dan Materi Muatan, Cetakan Ke-22*. (Sleman: Penerbit PT Kanisius, 2020), 24.

⁴ Pasal 835, 885, dan 895 Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

a. Kedudukan Rumah Sakit Syariah dalam Hukum Positif

Dalam sistem hukum positif di Indonesia, pengaturan mengenai rumah sakit secara umum diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan kemudian dicabut dan digantikan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jika merujuk pada undang-undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit dikategorikan dalam beberapa klasifikasi antara lain:⁵

- 1) Berdasarkan kepemilikannya, yaitu Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik Swasta.
- 2) Berdasarkan prinsip yang dijalankan, yaitu Rumah Sakit yang beroperasi tanpa tujuan finansial dan Rumah Sakit yang berorientasi pada profit.
- 3) Tergantung pada jenis layanan yang diberikan, yaitu Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.
- 4) Berdasarkan tempat operasinya yaitu; Rumah Sakit Pusat dan Rumah Sakit Daerah.

Kemudian atas dasar atribusi pasal 24 ayat (4) Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, diterbitkanlah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Ketentuan mengenai klasifikasi rumah sakit dalam Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 pada dasarnya menegaskan kembali pengaturan dalam Undang-Undang Rumah Sakit, yaitu bahwa berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, rumah sakit dibedakan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum diklasifikasikan ke dalam empat kelas, yaitu kelas A, B, C, dan D, sedangkan rumah sakit khusus diklasifikasikan ke dalam tiga kelas, yaitu kelas A, B, dan C.⁶

Pengaturan mengenai jenis dan klasifikasi rumah sakit di Indonesia pada awalnya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, seiring dengan perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan dan sistem perizinan yang semakin terintegrasi, ketentuan tersebut kemudian diperbarui melalui Peraturan Menteri

⁵ Yustina, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, 75. hal ini sejalan dengan ketentuan pasal 18-24 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

⁶ Pasal 4 dan 24 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Namun demikian, regulasi ini kembali mengalami perubahan dan dicabut dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit sebagai bentuk penyempurnaan kebijakan, khususnya dalam aspek perizinan berbasis sistem elektronik serta penyesuaian terhadap dinamika sistem pelayanan kesehatan nasional.

Dalam rangka memahami pengaturan mengenai rumah sakit secara komprehensif, khususnya terkait jenis, bentuk, dan klasifikasi rumah sakit dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 maka ketentuan-ketentuan utama dalam regulasi tersebut diringkas dalam bentuk tabel berikut, yang mencakup jenis rumah sakit, bentuk rumah sakit, klasifikasi, dasar penetapan klasifikasi, serta ketentuan mengenai kapasitas minimal tempat tidur beserta dasar pasalnya.

Tabel 4.1
Jenis, Bentuk, dan Klasifikasi Rumah Sakit⁷

Aspek	Uraian	Dasar Pasal
Jenis RS	Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus	Pasal 6
Bentuk RS	RS statis, RS bergerak, dan RS lapangan	Pasal 5 ayat (1)
Klasifikasi RS Umum	Kelas A, B, C, dan D (termasuk D pratama)	Pasal 16
Klasifikasi RS Khusus	Kelas A, B, dan C	Pasal 18
Dasar Penetapan Klasifikasi	Berdasarkan pelayanan, SDM, sarana-prasarana, dan kemampuan RS (diatur dalam lampiran)	Pasal 20
Minimal Tempat Tidur RS Umum	Kelas A $\geq$ 250; B $\geq$ 200; C $\geq$ 100; D $\geq$ 50	Pasal 17
Minimal Tempat Tidur RS Khusus	Kelas A $\geq$ 100; B $\geq$ 75; C $\geq$ 25	Pasal 19

⁷ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit

Berdasarkan pada ketentuan dalam beberapa regulasi terkait rumah sakit yang ada saat ini, rumah sakit tidak diklasifikasikan berdasarkan pendekatan nilai atau prinsip keagamaan. Dengan demikian, dalam peraturan perundang-undangan tingkat undang-undang, rumah sakit syariah belum memperoleh pengakuan sebagai kategori hukum tersendiri. Pada praktiknya rumah sakit yang menerapkan prinsip syariah tetap ditempatkan dalam kategori rumah sakit umum atau rumah sakit khusus. Penerapan prinsip syariah tidak memengaruhi status hukum rumah sakit dalam sistem regulasi nasional. Rumah sakit syariah diperlakukan sama dengan rumah sakit lainnya dalam hal klasifikasi hukum, tanpa adanya perbedaan dalam bentuk atau kedudukan hukum. Dengan demikian, secara formal, rumah sakit syariah merupakan bagian dari sistem rumah sakit nasional yang tunduk pada pengaturan umum yang berlaku.⁸

Dalam penyelenggaraan operasionalnya, rumah sakit syariah tetap diwajibkan untuk memenuhi seluruh persyaratan yang ditetapkan oleh negara. Kewajiban tersebut meliputi pemenuhan aspek perizinan, standar pelayanan kesehatan, ketentuan mengenai sumber daya manusia kesehatan, serta pelaksanaan akreditasi rumah sakit. Seluruh ketentuan tersebut berlaku secara sama bagi rumah sakit syariah sebagaimana rumah sakit lainnya. Tidak terdapat ketentuan regulatif yang memberikan pengecualian atau perlakuan khusus terhadap rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berbasis prinsip syariah.⁹

Dengan kondisi regulasi tersebut, kedudukan rumah sakit syariah dalam hukum positif Indonesia dapat dipahami sebagai institusi pelayanan kesehatan yang beroperasi dalam kerangka regulasi umum rumah sakit. Identitas syariah yang melekat pada rumah sakit tidak mengubah posisi hukum institusi tersebut dalam sistem peraturan perundang-undangan. Rumah sakit syariah tetap berfungsi sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional, dengan menjalankan ketentuan hukum yang berlaku secara umum.

⁸ Wawancara dengan Irawan (Sekretaris Komite Syariah rumah sakit Islam Siti Khadijah Palembang), Palembang 16 Maret 2026.

⁹ Wawancara dengan Irawan (Sekretaris Komite Syariah rumah sakit Islam Siti Khadijah Palembang), Palembang 16 Maret 2026.

Selain pengaturan yang bersumber dari peraturan perundang-undangan, kedudukan rumah sakit syariah juga dapat dilihat dari praktik administratif dalam sistem pelayanan kesehatan. Dalam proses perizinan pendirian dan operasional, rumah sakit syariah mengajukan permohonan izin dengan persyaratan yang sama sebagaimana rumah sakit lainnya. Tidak terdapat mekanisme perizinan khusus yang membedakan rumah sakit syariah dengan rumah sakit non-syariah. Seluruh persyaratan administratif, teknis, dan operasional mengacu pada ketentuan umum yang ditetapkan oleh pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah.

Dalam aspek pengawasan dan pembinaan, rumah sakit syariah juga berada dalam kerangka pengawasan yang sama dengan rumah sakit pada umumnya. Pengawasan dilakukan oleh instansi pemerintah yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan. Proses pembinaan, evaluasi kinerja, serta penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan menggunakan standar nasional yang berlaku. Tidak ditemukan pengaturan yang memberikan perlakuan berbeda terhadap rumah sakit syariah dalam konteks pengawasan oleh negara.

Kedudukan rumah sakit syariah dalam sistem akreditasi rumah sakit nasional juga menunjukkan pola yang serupa. Rumah sakit syariah wajib mengikuti proses akreditasi yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi yang diakui oleh pemerintah. Standar akreditasi yang digunakan merupakan standar umum yang berlaku bagi seluruh rumah sakit, tanpa adanya klasifikasi tersendiri bagi rumah sakit berbasis prinsip syariah. Dengan demikian, pencapaian status akreditasi rumah sakit syariah ditentukan oleh pemenuhan standar nasional yang sama dengan rumah sakit lainnya.

Dalam praktik penyelenggaraan pelayanan kesehatan, rumah sakit syariah tetap menjalankan fungsi pelayanan publik sebagaimana rumah sakit pada umumnya. Pelayanan yang diberikan mencakup layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Penerapan prinsip syariah dilakukan dalam kerangka penyelenggaraan layanan tersebut, namun tidak mengubah kewajiban rumah sakit untuk memenuhi standar pelayanan minimal

yang ditetapkan oleh negara. Seluruh bentuk pelayanan kesehatan tetap berada dalam koridor regulasi kesehatan nasional.

Berdasarkan temuan tersebut, dapat dilihat bahwa rumah sakit syariah beroperasi dalam sistem hukum positif yang bersifat umum dan berlaku bagi seluruh rumah sakit. Kedudukan rumah sakit syariah tidak diatur secara khusus dalam peraturan perundang-undangan, baik dari aspek perizinan, pengawasan, maupun akreditasi. Rumah sakit syariah diposisikan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional yang tunduk pada regulasi yang sama dengan rumah sakit lainnya.

Secara deskriptif, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan rumah sakit syariah dalam hukum positif Indonesia tidak dibedakan secara normatif dari rumah sakit non-syariah. Seluruh aktivitas kelembagaan rumah sakit syariah dilaksanakan dalam kerangka regulasi umum yang berlaku. Identitas syariah hadir dalam praktik kelembagaan rumah sakit tanpa memengaruhi kedudukan hukumnya dalam sistem peraturan perundang-undangan nasional.

Secara keseluruhan, menunjukkan bahwa hukum positif di Indonesia belum mengatur rumah sakit syariah sebagai entitas hukum yang berdiri sendiri. Pengaturan yang ada menempatkan rumah sakit syariah dalam kerangka regulasi rumah sakit pada umumnya, tanpa adanya pengaturan khusus yang membedakan kedudukannya dari rumah sakit lain. Kondisi ini menggambarkan posisi rumah sakit syariah dalam sistem hukum positif sebagai institusi pelayanan kesehatan yang beroperasi berdasarkan regulasi umum yang berlaku.

b. Mekanisme Sertifikasi Rumah Sakit Syariah

Sertifikasi Rumah Sakit Syariah adalah bagian penting dari usaha untuk memastikan bahwa prinsip-prinsip syariah diterapkan dalam pelayanan kesehatan. Sertifikasi syariah menurut penulis sama halnya dengan sertifikasi halal yang bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap konsumen dalam memperoleh produk yang diinginkan.¹⁰ Dalam hal sertifikasi rumah sakit syariah

¹⁰ Dewi Ayu Widyaningsih, "Sertifikasi Halal Perspektif Maqashid Syariah," *Falah: Jurnal Hukum Ekonomi Syariah* 4, no. 1 (2023): 61, <https://doi.org/10.55510/fjhes.v4i1.224>.

berarti tujuannya untuk melindungi konsumen untuk mendapatkan kepastian pelayanan yang sesuai syariah. Sertifikasi ini menunjukkan bahwa penerapan nilai-nilai Islam di rumah sakit tidak hanya didasarkan pada komitmen moral atau identitas institusional, tetapi juga diwujudkan melalui standar yang terstruktur, terukur, dan dapat dievaluasi secara sistematis.

Dalam praktiknya, sertifikasi rumah sakit Islam dilakukan untuk mengevaluasi apakah standar tertentu telah dipenuhi di bidang manajemen, perawatan klinis, farmasi, spiritualitas, dan tata kelola berdasarkan hukum Islam. Inspeksi rumah sakit Islam dilakukan untuk mengevaluasi apakah standar tertentu telah dipenuhi di bidang manajemen, perawatan klinis, farmasi, spiritualitas, dan tata kelola berdasarkan hukum Islam. Proses sertifikasi dilakukan secara bertahap untuk memastikan bahwa semua bagian rumah sakit memenuhi persyaratan standar syariah yang berlaku. Oleh karena itu, sertifikasi adalah metode untuk memastikan bahwa prinsip syariah diterapkan di setiap aspek operasi rumah sakit. Berikut diuraikan persyaratan dan mekanisme sertifikasi rumah sakit syariah di Indonesia.

Tabel 4.2

Persyaratan Sertifikasi Rumah Sakit Syariah¹¹

No	Jenis Persyaratan
Persyaratan Umum	
1.	Melampirkan surat permohonan sertifikasi syariah
2.	Mengisi Daftar Periksa (<i>Checklist</i>) Persyaratan Sertifikasi Syariah
3.	Melampirkan surat pernyataan komitmen dari perusahaan untuk melaksanakan usaha sesuai syariah yang ditandatangani oleh Direksi
4.	Melampirkan bukti transfer biaya pendaftaran sertifikasi syariah
5.	Melampirkan fotokopi dokumen hukum (<i>legal document</i>) perusahaan:
	Akta pendirian perusahaan yang telah disahkan oleh Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia beserta perubahannya (jika sudah pernah diubah);

¹¹ DSN-MUI, “Persyaratan Sertifikasi Kesesuaian Syariah,” <https://dsnmui.or.id/sertifikasi/persyaratan-permohonan-sertifikat-kesesuaian-syariah/>. (diakses 20 November 2025)

	Surat Izin pendirian dari yang berwenang
	Surat Izin operasional dari yang berwenang
	Tanda Daftar Perusahaan (TDP)
	Surat Keterangan Domisili Perusahaan
	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
	Surat Keputusan RUPS/Hasil Notulansi Rapat keputusan pihak otoritatif di perusahaan tentang rencana menjalankan kegiatan usaha berdasarkan prinsip syariah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6.	Melampirkan profil perusahaan yang berisi uraian tentang:
	Sejarah perusahaan
	Dasar hukum perusahaan
	Visi, misi & tujuan perusahaan
	Struktur organisasi
	Profil manajemen
	Struktur permodalan
	Laporan keuangan
	Profil rencana perusahaan syariah (berlaku untuk perusahaan yang baru pertama kali mengajukan permohonan sertifikasi)
	Visi, misi, dan tujuan
	Rencana struktur organisasi (di dalamnya ada organ DPS)
	Tahapan persiapan pembukaan keuangan/bisnis syariah
	Sistem dan target pemasaran
	Mitra kerjasama (perusahaan Keuangan/Bisnis syariah)
	Rencana strategi pengembangan perusahaan syariah
	Profil manajemen perusahaan
7.	Melampirkan bukti kepemilikan rekening di Lembaga Keuangan Syariah

8.	Melampirkan kelengkapan calon Dewan Pengawas Syariah (DPS):
	Surat pengantar dari Majelis Ulama Indonesia (MUI) setempat
	Sertifikat Pelatihan Dasar Pengawas Syariah dari DSN-MUI Institute
	Sertifikat Kompetensi Pengawas Syariah dari Lembaga Sertifikasi Profesi Majelis Ulama Indonesia (LSP MUI). Kewajiban memiliki sertifikat LSP MUI dimaksud paling lambat satu tahun setelah rekomendasi DPS diterbitkan
	Profil calon DPS (Daftar Riwayat Hidup dan KTP terbaru).
Persyaratan Khusus	
1.	Melampirkan fotokopi sertifikat keanggotaan atau rekomendasi dari Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI)
2.	Melampirkan fotokopi sertifikat halal dari BPJPH (atau dari LPPOM-MUI apabila sertifikat dikeluarkan sebelum tahun 2021) atau lembaga yang diakreditasi oleh BPJPH/MUI.
3.	Melampirkan fotokopi sertifikat lulus akreditasi dari lembaga akreditasi rumah sakit yang diakui oleh Pemerintah

Berdasarkan tabel di atas, persyaratan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit yang ingin mengikuti sertifikasi terbagi menjadi dua kategori utama yaitu persyaratan umum dan persyaratan khusus. Persyaratan umum pada dasarnya mencakup persyaratan administratif, legal, kelembagaan, dan komitmen formal rumah sakit untuk menjalankan kegiatan usaha sesuai dengan prinsip syariah. Sedangkan persyaratan khusus berkaitan dengan keterpenuhan elemen yang secara spesifik mencerminkan kesiapan rumah sakit untuk mengikuti standar syariah, baik dari segi kelembagaan, kehalalan produk, maupun kepatuhan terhadap standar kesehatan nasional.

Kerangka Sertifikasi Syariah Rumah Sakit di Indonesia oleh Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia pada prinsipnya mengikuti format standar akreditasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Nasional atau Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), yang secara substansi merupakan turunan *maqāṣid asy-syarī'ah* yang mencakup yang meliputi perlindungan agama, perlindungan jiwa, perlindungan keturunan, perlindungan kekayaan, dan perlindungan pikiran.¹² Dalam upaya memastikan bahwa rumah sakit di Indonesia memenuhi standar pelayanan yang sesuai dengan prinsip-prinsip syariah, Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) mengembangkan mekanisme sertifikasi syariah yang komprehensif. Proses ini melibatkan serangkaian langkah yang harus diikuti oleh rumah sakit, mulai dari pengajuan permohonan hingga terbitnya sertifikat syariah. Berikut adalah gambaran garis besar proses sertifikasi syariah rumah sakit di Indonesia:



Sumber: Diolah berdasarkan hasil wawancara dengan Rumah Sakit Islam Siti Khadijah

Berdasarkan alur proses sertifikasi syariah di atas dapat dipahami bahwa terdapat beberapa tahapan berjenjang digunakan untuk sertifikasi Rumah Sakit Syariah. Tahapan pertama adalah tahap pendampingan, yang bertujuan untuk membantu rumah sakit dalam memahami dan mempersiapkan seluruh kebutuhan sertifikasi sesuai dengan standar syariah yang berlaku. Tahap pendampingan ini dilaksanakan dalam jangka waktu maksimal tiga bulan. Dalam pelaksanaannya,

¹² Muhammad Maksum et al., "The Complexity of Sharia and the Implementation of Islamic Ethics in Establishing Sharia Standards for Hospital," 2020, 140–47, <https://doi.org/10.5220/0009919801400147>.

MUKISI melakukan satu kali kunjungan langsung ke rumah sakit, sementara pendampingan selanjutnya dilakukan melalui media daring. Tahapan berikutnya adalah pra-survei, yang dilaksanakan setelah rumah sakit dinilai telah melengkapi dokumen serta mengimplementasikan standar syariah sesuai ketentuan yang ditetapkan. Pada tahap ini, MUKISI melakukan penilaian awal terhadap kesiapan rumah sakit dan selanjutnya menerbitkan surat rekomendasi yang disampaikan kepada Majelis Ulama Indonesia (MUI) sebagai bagian dari proses lanjutan sertifikasi.

Tahap akhir dalam proses sertifikasi adalah tahap survei, yang dilaksanakan melalui kunjungan langsung ke rumah sakit oleh tim yang melibatkan MUKISI dan Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI). Pada tahap ini dilakukan penilaian menyeluruh terhadap pemenuhan standar syariah rumah sakit. Penilaian tersebut mencakup dua kelompok standar utama, yaitu kelompok standar manajemen dan kelompok standar pelayanan, sebagaimana diatur dalam Standar Rumah Sakit Syariah versi 1441 Hijriah. Penilaian disesuaikan dengan jenis rumah sakit serta mengacu pada fatwa dan kebijakan manajemen rumah sakit, dengan metode evaluasi yang meliputi telaah regulasi, pemeriksaan dokumen, wawancara, simulasi, dan konfirmasi lapangan, sebagaimana praktik penilaian yang telah diterapkan dalam sistem akreditasi KARS.¹³

c. Implementasi Penyelenggaraan Rumah Sakit Syariah di Indonesia

Penyelenggaraan rumah sakit berbasis prinsip syariah di Indonesia merujuk pada dua lapis regulasi yang berjalan secara bersamaan. Lapis pertama adalah regulasi kesehatan nasional yang berlaku bagi seluruh rumah sakit, meliputi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, peraturan Kementerian Kesehatan, serta standar akreditasi dari lembaga akreditasi rumah sakit seperti KARS, LAFKI, LARS-BHP, LAM KPRS, LARS, dan LARSI.¹⁴ Lapis kedua

¹³ Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), “Sertifikasi RS Syariah Itu Mudah,” 2018, <https://mukisi.com/1004/sertifikasi-rs-syariah-itu-mudah/>. (diakses 21 November 2025)

¹⁴ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 tentang Penetapan Komisi Akreditasi Rumah Sakit Sebagai Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit; dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

adalah standar sertifikasi syariah yang dikembangkan oleh Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) bekerja sama dengan Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI).

Dewan Pengawas Syariah (DPS) RSIA Zainab Pekanbaru menjelaskan bahwa kedua lapis regulasi ini tidak bersifat saling menggantikan, melainkan bersifat komplementer "Standar syariah yang ada di rumah sakit itu adalah komplementer dari regulasi yang pada umumnya atau yang ditetapkan oleh pemerintah atau juga Menteri Kesehatan Republik Indonesia."¹⁵

Dalam konteks ini, sertifikasi syariah berperan melengkapi aspek-aspek yang tidak diatur dalam regulasi kesehatan umum, tanpa mengubah atau menggantikan standar yang telah ditetapkan pemerintah. Sertifikasi syariah rumah sakit di Indonesia merupakan langkah progresif dalam pengembangan layanan kesehatan berbasis prinsip Islam, meskipun belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem hukum kesehatan nasional, terutama dalam aspek kewenangan, pengawasan, dan penegakan hukum. Sertifikasi syariah saat ini lebih beroperasi dalam skema *private governance*, sehingga memiliki keterbatasan dalam daya ikat hukum.

Salah satu aspek yang paling menonjol dalam implementasi syariah di rumah sakit adalah kewajiban kesetaraan gender dalam tindakan medis. DPS RSIA Zainab menegaskan bahwa tindakan-tindakan yang berkaitan dengan area vital pasien wajib dilakukan oleh petugas medis yang memiliki kesamaan jenis kelamin dengan pasien. Tindakan yang dimaksud mencakup pemasangan *Dower Catheter* (DC), pemeriksaan EKG, pemberian obat supositoria, dan tindakan invasif lainnya. Bahkan, penyimpangan dari ketentuan ini dikategorikan sebagai insiden keselamatan pasien dalam perspektif rumah sakit syariah: "Kalau seandainya itu terjadi, artinya misalkan yang melakukan atau petugas itu berbeda gender dengan pasiennya, maka itu dinilai sebagai insiden."¹⁶

HK.01.07/MENKES/6604/2021 Tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit

¹⁵ Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Zainab Pekanbaru, 28 Februari 2026.

¹⁶ Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Zainab Pekanbaru, 28 Februari 2026.

Sementara itu, regulasi umum di bawah Kementerian Kesehatan maupun standar akreditasi KARS tidak mengatur aspek kesetaraan gender dalam pelaksanaan tindakan medis. Selama prosedur klinis sesuai dengan *clinical pathway* dan panduan praktik klinis, maka tindakan tersebut dianggap sudah memenuhi standar. Selain itu, aspek kedua yang membedakan rumah sakit syariah dengan ketentuan dalam regulasi umum adalah manajemen keuangan rumah sakit berbasis prinsip syariah. Regulasi akreditasi rumah sakit yang berlaku secara nasional tidak mencakup penilaian terhadap akad-akad keuangan yang digunakan rumah sakit dalam kerja samanya dengan lembaga keuangan maupun pihak ketiga lainnya. Standar sertifikasi syariah mengisi kekosongan ini dengan mewajibkan bahwa setiap akad kerja sama rumah sakit dengan lembaga keuangan harus mendapatkan rekomendasi dari Dewan Pengawas Syariah, guna memastikan bebas dari unsur riba, gharar, maupun hal-hal lain yang bertentangan dengan prinsip syariah.

Aspek ketiga adalah integrasi asesmen spiritual ke dalam proses penerimaan dan perawatan pasien. Berbeda dengan rumah sakit konvensional yang hanya melakukan asesmen medis, rumah sakit syariah menambahkan dimensi kerohanian dalam asesmen awal pasien. Petugas Bimbingan Pelayanan Islam (BPI) baik dari tenaga keperawatan maupun ustaz/ustazah yang ada di rumah sakit melakukan asesmen terhadap kondisi spiritual pasien, termasuk kemampuan ibadah shalat, tata cara bersuci (taharah), dan kebutuhan bimbingan rohani selama perawatan. Seperti yang dikemukakan oleh DPS RSIA Zainab "Assessment spiritual yang akan diassessment oleh petugas BPI-nya, baik itu dari keperawatan atau dari Ustadz dan Ustazah yang ada di rumah sakit."¹⁷

Asesmen ini tidak menggantikan anamnesis medis, melainkan melengkapinya, sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang holistik medis sekaligus spiritual.¹⁸ Penerapan prinsip syariah dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit berdampak pada kepuasan pasien. Hasil survei kepuasan pasien yang dilakukan oleh pengawas internal RSIA Zainab Pekanbaru menunjukkan bahwa

¹⁷ Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Zainab Pekanbaru, 28 Februari 2026.

¹⁸ Wawancara dengan Irawan (Sekretaris Komite Syariah rumah sakit Islam Siti Khadijah Palembang), Palembang 16 Maret 2026.

pasien merasa lebih dihargai dan puas dengan pelayanan berbasis syariah, terutama karena privasi dan kehormatan diri pasien sangat terjaga selama proses perawatan.

2. Kritik Hukum Islam Terhadap Peraturan Perundang-Undangan Terkait Rumah Sakit di Indonesia

Pengaturan rumah sakit di Indonesia dibangun melalui sejumlah peraturan perundang-undangan yang saling berkaitan dan menjadi dasar bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan nasional. Dalam konteks penelitian ini, pengaturan tersebut perlu dideskripsikan terlebih dahulu secara sistematis untuk melihat bagaimana norma hukum positif mengatur pendirian, penyelenggaraan, akreditasi, pengawasan, serta tanggung jawab rumah sakit, baik dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maupun dalam pengaturan yang kemudian digantikan ke Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta peraturan pelaksanaannya. Deskripsi ini penting sebagai dasar untuk menilai sejauh mana regulasi yang ada telah mengakomodasi keberadaan rumah sakit syariah, sekaligus menjadi landasan bagi kritik hukum Islam terhadap struktur pengaturan rumah sakit di Indonesia. Dengan demikian, uraian berikut akan memaparkan secara bertahap ketentuan-ketentuan normatif yang mengatur rumah sakit, dimulai dari pengaturan berbasis undang-undang khusus hingga peraturan pelaksana dan kebijakan administratif terkait.

a. Pengaturan Rumah Sakit Berbasis Undang-Undang Khusus (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit)

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit merupakan dasar hukum khusus yang pertama kali secara komprehensif mengatur penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia. Pasal 1 ayat (1) UU ini mendefinisikan rumah sakit sebagai “institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.” Definisi ini menempatkan rumah sakit sebagai institusi layanan kesehatan yang bersifat multifungsi, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pengaturan mengenai rumah sakit dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tidak disusun dalam satu klaster norma yang sederhana, melainkan tersebar ke dalam berbagai bab yang masing-masing memuat dimensi pengaturan yang berbeda. Oleh karena itu, untuk memudahkan pembacaan sistematis, ketentuan-ketentuan tersebut disajikan kembali secara tematik. Penyajian ini tidak dimaksudkan untuk mengubah struktur norma, tetapi untuk memperlihatkan konstruksi pengaturan secara utuh. Tabel berikut merangkum substansi pengaturan undang-undang ke dalam kelompok-kelompok materi agar terlihat hubungan antarbagian pengaturan dalam satu kerangka sistem penyelenggaraan rumah sakit.

Tabel 4.3
Substansi Pengaturan dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009
tentang Rumah Sakit

No	Kelompok Pengaturan	Ruang Lingkup yang Diatur	Substansi Inti
1	Asas & Tujuan Pasal 2-3	Prinsip penyelenggaraan RS	Berdasarkan asas kemanusiaan, etika, profesionalitas, keadilan, anti diskriminasi, keselamatan pasien, dan fungsi sosial
		Tujuan UU	Menjamin akses pelayanan, perlindungan pasien, mutu layanan, dan kepastian hukum
2	Tugas & Fungsi RS Pasal 4-5	Tugas utama	Memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (promotif-preventif-kuratif-rehabilitatif)
		Fungsi	Pelayanan kesehatan, pendidikan tenaga kesehatan, penelitian, dan pengembangan teknologi kesehatan

No	Kelompok Pengaturan	Ruang Lingkup yang Diatur	Substansi Inti
3	Tanggung Jawab Pemerintah Pasal 6	Kewajiban negara	Menyediakan RS, menjamin pembiayaan pasien miskin, pembinaan & pengawasan, layanan bencana dan gawat darurat
4	Persyaratan Pendirian RS Pasal 7-17	Persyaratan umum	Lokasi, bangunan, prasarana, SDM, farmasi, dan peralatan
		Bangunan & fasilitas	IGD, rawat inap, operasi, farmasi, radiologi, ruang ibadah, dll
		SDM	Tenaga medis dan kesehatan wajib memiliki izin praktik
		Farmasi & alat kesehatan	Sistem satu pintu farmasi, alat terkalibrasi dan sesuai standar
5	Jenis & Klasifikasi RS Pasal 18-24	Berdasarkan pelayanan	RS Umum dan RS Khusus
		Berdasarkan pengelola	RS publik (nirlaba/pemerintah) dan privat (profit)
		Berdasarkan kelas	Kelas A, B, C, D (rujukan berjenjang)
6	Perizinan 25-28	Jenis izin	Izin mendirikan dan izin operasional
		Sanksi izin	Dapat dicabut jika melanggar standar atau hukum
7	Hak & Kewajiban RS Pasal 29-30	Kewajiban RS	Pelayanan aman, fungsi sosial, IGD tanpa uang muka, rekam medis, patient safety
		Hak RS	Imbal jasa pelayanan, kerja sama, perlindungan hukum

No	Kelompok Pengaturan	Ruang Lingkup yang Diatur	Substansi Inti
8	Hak & Kewajiban Pasien Pasal 31-32	Hak pasien	Informasi medis, persetujuan tindakan, privasi, memilih dokter, second opinion, menggugat RS
		Kewajiban pasien	Mematuhi aturan RS dan kewajiban pembiayaan pelayanan
9	Penyelenggaraan Pelayanan Pasal 33-43	Tata kelola klinis	Persetujuan tindakan medis, rahasia kedokteran, audit medis
		Mutu layanan (akreditasi)	Akreditasi berkala minimal 3 tahun
		Sistem rujukan	Pelimpahan kasus sesuai kemampuan pelayanan
		Keselamatan pasien	Sistem pelaporan insiden dan manajemen risiko
		Tanggung Jawab Hukum	Tanggung jawab hukum RS terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit.
10	Pembiayaan, Tarif dan Pencatatan pelaporan Pasal 44-53	Sumber pembiayaan	Pemerintah, daerah, penerimaan RS, subsidi
		Tarif	Berdasarkan pola tarif nasional
		Pencatatan dan Pelaporan	Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit
11	Pembinaan dan Pengawasan	Lembaga pengawas	Pemerintah, Dewan Pengawas RS, Badan Pengawas RS

No	Kelompok Pengaturan	Ruang Lingkup yang Diatur	Substansi Inti
	Pasal 54-61	Tujuan pengawasan	Mutu layanan, keselamatan pasien, kepatuhan hukum
12	Sanksi Pasal 62-63	Administratif	Teguran, denda, pencabutan izin
		Pidana	Penyelenggaraan RS tanpa izin dapat dipidana

Berdasarkan pengelompokan pada tabel di atas, pengaturan rumah sakit memperlihatkan pola yang bertingkat. Bagian awal undang-undang menempatkan asas, tujuan, serta tugas dan fungsi sebagai fondasi normatif yang menegaskan kedudukan rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik. Setelah fondasi tersebut, pengaturan bergerak menuju aspek kelembagaan, yaitu tanggung jawab pemerintah, persyaratan pendirian, serta klasifikasi rumah sakit. Tahapan ini menunjukkan bahwa keberadaan rumah sakit dipandang terlebih dahulu sebagai entitas sistem kesehatan sebelum dipahami sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, norma beralih pada relasi pelayanan melalui pengaturan hak dan kewajiban rumah sakit serta pasien. Untuk lebih detailnya berikut di kutip secara lengkap mengenai hal ini dalam ketentuan berikut:

Pasal 29

(1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/ miskin, pelayanan gawat darurat tanpa

- uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. Menyelenggarakan rekam medis;
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. Melaksanakan sistem rujukan;
 - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;

Pasal 30

(1) Setiap Rumah Sakit mempunyai hak:

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. Mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.

Pasal 31

Setiap pasien mempunyai kewajiban terhadap Rumah Sakit atas pelayanan yang diterimanya.

Pasal 32

Setiap pasien mempunyai hak:

- a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;

- e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pada bagian ini terlihat bahwa undang-undang menempatkan hubungan terapeutik dalam kerangka hukum yang seimbang, tidak hanya melindungi pasien tetapi juga memberikan kepastian hukum bagi penyelenggara pelayanan kesehatan. Setelah relasi hukum tersebut ditetapkan, pengaturan diperluas kepada tata kelola pelayanan melalui standar mutu, keselamatan pasien, audit medis, akreditasi, dan sistem rujukan.

Tahap akhir pengaturan menitikberatkan pada mekanisme kontrol sistem, yaitu pembiayaan, pengawasan, dan sanksi. Penempatan materi ini pada bagian penutup menunjukkan bahwa fungsi pengawasan diposisikan sebagai instrumen penjamin keberlangsungan sistem, bukan sebagai dasar pembentukan sistem itu

sendiri. Dengan demikian, keseluruhan struktur undang-undang memperlihatkan alur pengaturan yang bergerak dari pembentukan institusi, pengaturan relasi pelayanan, hingga penjaminan kepatuhan penyelenggaraan.

b. Pengaturan Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan Nasional (Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan)

Setelah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan berlaku, tata kelola rumah sakit tidak lagi diurus oleh undang-undang sektoral khusus seperti Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009. Ketentuan tentang rumah sakit kini telah dilebur dalam kerangka sistem kesehatan nasional bersama komponen pelayanan kesehatan lainnya. Akibatnya, aturan terkait rumah sakit tidak lagi dipusatkan dalam satu bagian khusus, melainkan tersebar di berbagai bagian regulasi meliputi posisi fasilitas pelayanan, model layanan, patokan mutu, kewajiban rumah sakit, pertanggungjawaban hukum, pendanaan, dan pemantauan pelaksanaan layanan kesehatan. Untuk lebih detailnya berikut di kutip secara lengkap mengenai asas-asas dan kewajiban rumah sakit dalam undang-undang kesehatan dengan ketentuan berikut.

Pasal 2 dan penjelasannya menjelaskan bahwa Undang-Undang ini diselenggarakan berdasarkan asas berikut:

- a. Perikemanusiaan adalah pembangunan Kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
- b. Keseimbangan adalah pembangunan Kesehatan harus dilaksanakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan jiwa, serta antara material dan spiritual.
- c. Manfaat pembangunan Kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.
- d. Ilmiah adalah penyelenggaraan Upaya Kesehatan dilakukan berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi.
- e. Pemerataan adalah pengaturan Sumber Daya Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan Pelayanan Kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat untuk mencapai derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- f. Etika dan profesionalitas adalah pemberian Pelayanan Kesehatan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus dapat mencapai dan

meningkatkan profesionalisme dalam menjalankan praktik serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.

- g. Pelindungan dan keselamatan adalah penyelenggaraan Upaya Kesehatan harus dapat memberikan pelindungan dan keselamatan kepada pemberi Pelayanan Kesehatan dan penerima Pelayanan Kesehatan dengan mengutamakan keselamatan Pasien, masyarakat, dan lingkungan.
- h. Penghormatan terhadap hak dan kewajiban adalah pembangunan Kesehatan harus dilakukan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
- i. Keadilan adalah penyelenggaraan Upaya Kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- j. Nondiskriminatif adalah pembangunan Kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap kelompok agama, gender, ras, etnis, suku bangsa, warna kulit, kondisi fisik, status sosial, dan antargolongan.
- k. Pertimbangan moral dan nilai-nilai agama adalah kebijakan pembangunan Kesehatan sesuai dengan sila Ketuhanan Yang Maha Esa dan kemanusiaan yang adil dan beradab sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- l. Partisipatif adalah pembangunan Kesehatan melibatkan peran serta masyarakat secara aktif.
- m. Kepentingan umum adalah pembangunan Kesehatan harus mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan pribadi atau golongan tertentu.
- n. Keterpaduan adalah pembangunan Kesehatan dilakukan secara terpadu yang melibatkan lintas sektor.
- o. Kesadaran hukum adalah pembangunan Kesehatan menuntut kesadaran dan kepatuhan hukum dari masyarakat.
- p. Kedaulatan negara " adalah pembangunan Kesehatan harus mengutamakan kepentingan nasional dan ikut meningkatkan Upaya Kesehatan untuk membangun sistem ketahanan Kesehatan.
- q. Kelestarian lingkungan hidup adalah pembangunan Kesehatan harus dapat menjamin upaya kelestarian kualitas lingkungan hidup untuk generasi sekarang dan yang akan datang demi kepentingan bangsa dan negara.
- r. Kearifan budaya adalah pembangunan Kesehatan harus memperhatikan dan menghormati nilai-nilai sosial budaya yang dianut masyarakat.
- s. Ketertiban dan kepastian hukum adalah penyelenggaraan Upaya Kesehatan harus dapat mewujudkan keteraturan dan kepastian hukum dalam masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 189

- 1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
 - a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;

- c. Memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. Berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
 - g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
 - h. Menyelenggarakan rekam medis;
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
 - j. Melaksanakan sistem rujukan;
 - k. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
 - m. Menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
 - n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. Melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
 - q. Membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
 - r. Menerusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
 - s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- 2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk memperoleh pemahaman yang sistematis terhadap substansi pengaturan rumah sakit dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, diperlukan pengelompokan norma-norma hukum ke dalam kategori yang terstruktur. Hal ini penting mengingat undang-undang tersebut merupakan regulasi komprehensif yang mengintegrasikan berbagai aspek penyelenggaraan kesehatan dalam satu kerangka sistem nasional. Oleh karena itu, penyajian dalam bentuk tabel berikut dimaksudkan untuk menguraikan pokok-pokok pengaturan

beserta keterkaitannya dengan rumah sakit secara lebih terorganisir dan mudah dianalisis.

Tabel 4.4
Substansi Pengaturan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023
tentang Kesehatan

No	Kelompok Pengaturan	Pokok Pengaturan	Keterkaitan dengan Rumah Sakit
1	Kedudukan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pasal 1 ayat 10, 168, dan 184.	Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai bagian sistem kesehatan	Rumah sakit diposisikan sebagai bagian dari fasilitas pelayanan kesehatan dalam sistem kesehatan nasional, bukan lagi sebagai institusi yang diatur secara tersendiri. Kedudukan ini menempatkan rumah sakit dalam satu jaringan pelayanan kesehatan bersama puskesmas, klinik, dan fasilitas lainnya sehingga keberadaannya dipahami sebagai subsistem pelayanan kesehatan negara.
2	Sistem Pelayanan Kesehatan Pasal 26-29	Pembagian pelayanan primer dan lanjutan	Rumah sakit berfungsi sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan lanjutan (spesialistik dan subspesialistik). Dengan pembagian ini, rumah sakit tidak menjadi pintu masuk utama pelayanan kesehatan, melainkan menerima pasien berdasarkan kebutuhan medis setelah melalui pelayanan primer.

No	Kelompok Pengaturan	Pokok Pengaturan	Keterkaitan dengan Rumah Sakit
3	Sistem Rujukan Pasal 37-39	Rujukan berjenjang berdasarkan kebutuhan medis	Rumah sakit ditempatkan dalam mekanisme rujukan nasional, sehingga pelayanan yang diberikan merupakan kelanjutan dari pelayanan tingkat pertama. Hal ini menunjukkan bahwa operasional rumah sakit ditentukan oleh integrasi sistem, bukan lagi semata kewenangan institusi rumah sakit.
4	Standar Pelayanan dan Mutu Pasal 23-25	Standar pelayanan, keselamatan pasien, teknologi kesehatan	Kewajiban pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien berlaku pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Standar ini menggantikan pengaturan teknis dalam UU RS lama dan menjadi dasar pengawasan kualitas pelayanan medis di rumah sakit.
5	Standar Penyelenggaraan Rumah Sakit Pasal 189	Standar pelayanan, rekam medis, tata kelola internal	Rumah sakit diwajibkan menerapkan standar pelayanan medis, asuhan keperawatan, rekam medis, serta tata kelola klinis dan manajerial. Ketentuan ini merupakan inti operasional penyelenggaraan rumah sakit dalam praktik pelayanan sehari-hari.

No	Kelompok Pengaturan	Pokok Pengaturan	Keterkaitan dengan Rumah Sakit
6	Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit Pasal 192-193	Pertanggungjawaban hukum fasilitas dan tenaga kesehatan	Rumah sakit bertanggung jawab atas kerugian akibat kelalaian tenaga kesehatan serta memperoleh perlindungan hukum dalam tindakan penyelamatan pasien. Norma ini menjadi dasar hubungan hukum antara pasien, tenaga medis, dan institusi rumah sakit.
7	Tarif dan Pembiayaan Rumah Sakit Pasal 194-195	Pola tarif nasional dan penggunaan pendapatan	Penetapan tarif rumah sakit didasarkan pada kebijakan tarif nasional, sementara pendapatan rumah sakit pemerintah digunakan untuk operasional pelayanan. Hal ini menegaskan fungsi sosial rumah sakit dalam sistem kesehatan nasional.
8	Ketentuan Pelaksanaan Rumah Sakit Pasal 196	Delegasi pengaturan melalui Peraturan Pemerintah	Pengaturan teknis penyelenggaraan rumah sakit tidak dirinci dalam undang-undang, melainkan didelegasikan ke peraturan pelaksana. Ini menandai pergeseran pengaturan dari undang-undang khusus ke regulasi berlapis.

No	Kelompok Pengaturan	Pokok Pengaturan	Keterkaitan dengan Rumah Sakit
9	Sumber Daya Manusia Kesehatan Pasal 197-199	Jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan	Struktur tenaga kerja rumah sakit ditentukan melalui klasifikasi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang menjadi komponen utama operasional pelayanan rumah sakit.
10	Praktik Tenaga Medis Pasal 280-283	Hubungan tenaga medis dan pasien	Pelayanan medis di rumah sakit didasarkan pada kesepakatan terapeutik antara tenaga medis dan pasien serta kewajiban transparansi identitas tenaga kesehatan, sehingga memperjelas tanggung jawab profesional dalam pelayanan klinis.
11	Pengawasan Penyelenggaraan Pasal 421-423	Pengawasan fasilitas pelayanan kesehatan	Rumah sakit berada dalam sistem pengawasan pemerintah yang mencakup kepatuhan standar pelayanan, etika profesi, dan mutu layanan kesehatan.
12	Ketentuan Peralihan Pasal 453-454	Pencabutan UU Rumah Sakit nomor 44 tahun 2009	Undang-Undang Rumah Sakit dicabut dan pengaturannya diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan nasional, menandai perubahan model pengaturan dari berbasis institusi menjadi berbasis sistem.

Berdasarkan substansi pengaturan rumah sakit dalam Undang-Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dalam tabel di atas, ketentuan rumah sakit memiliki model pengaturan berbeda dari aturan-aturan terdahulu. Rumah sakit sekarang tidak lagi dilihat sebagai subjek aturan yang berdiri sendiri, melainkan sebagai komponen fasilitas jasa kesehatan dalam satu kesatuan sistem pelayanan kesehatan negara. Imbasnya, pasal-pasal terkait rumah sakit tersebar dalam beberapa rumpun aturan yang saling mendukung, meliputi status kelembagaan, fungsi layanan rujukan, kewajiban, patokan mutu, sampai pemantauan pelaksanaan layanan kesehatan.

Regulasi ini menekankan bahwa operasional rumah sakit diakui sebagai bagian dari tahapan alur pelayanan kesehatan yang terorganisasi. Fungsi layanan rumah sakit ditentukan oleh skema rujukan dan juga patokan pelayanan yang ditetapkan oleh negara, sementara tanggung jawab hukum, alokasi dana, dan pemantauan berfungsi sebagai alat untuk memastikan kualitas layanan. Dengan pendekatan ini, rumah sakit tidak hanya dipandang sebagai wadah penyedia jasa kesehatan, akan tetapi juga sebagai komponen penting dalam lingkungan kesehatan yang terjalin erat.

Maka dari itu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menciptakan cara pengaturan yang bergeser dari fokus pada lembaga menuju fokus pada sistem. Ketentuan tentang rumah sakit tidak dihapus, tetapi ditempatkan ulang dalam kerangka penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat nasional, yang kemudian dijabarkan lebih mendetail pada aturan pelaksanaannya.

c. Pengaturan Operasional Rumah Sakit dalam Peraturan Pemerintah

Pengaturan rumah sakit yang termuat dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memperlihatkan norma mengenai penyelenggaraan layanan kesehatan tidak lagi diuraikan secara teknis dalam undang-undang. Undang-undang tersebut lebih menitikberatkan pada susunan sistem kesehatan nasional, sementara aturan operasional tentang standar penyelenggaraan fasilitas kesehatan diserahkan pada peraturan pelaksana. Karena itu, pengaturan rumah sakit di level undang-undang menjadi berciri konseptual dan normatif secara luas.

Pendelegasian pengaturan tersebut diwujudkan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Peraturan pemerintah ini memuat aturan teknis yang lebih rinci tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan, meliputi persyaratan, standar, tata kelola, dan cara operasional dari fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam situasi ini, rumah sakit memperoleh pengaturan yang lebih lugas sebab berbagai norma yang tadinya umum dalam undang-undang sudah dialihkan menjadi ketentuan teknis yang bisa langsung digunakan. Termasuk di dalamnya memberikan kewajiban khusus kepada rumah sakit yang tertuang dalam pasal 833 dengan ketentuan detail sebagai berikut:

Pasal 833

Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan
- k. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;

- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan ketentuan Pasal 833 tersebut, terlihat bahwa pengaturan mengenai rumah sakit tidak hanya menekankan pada aspek pelayanan medis, tetapi juga mencakup dimensi tanggung jawab sosial, standar mutu, perlindungan pasien, hingga tata kelola kelembagaan secara menyeluruh. Ketentuan ini menunjukkan bahwa kewajiban rumah sakit telah dirumuskan secara normatif dalam kerangka undang-undang, namun masih memerlukan pengaturan lebih lanjut yang bersifat operasional dan teknis agar dapat diimplementasikan secara efektif dalam praktik penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk membuat cakupan pengaturan rumah sakit dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 lebih jelas, isi ketentuan-ketentuan di dalamnya akan disajikan secara terstruktur pada tabel berikut.

Tabel 4.5

Substansi Pengaturan Rumah Sakit dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

No	Kelompok Pengaturan	Pokok Pengaturan	Keterkaitan dengan Rumah Sakit
1	Pelayanan dan Cakupan Layanan Pasal 819-821	Jenis dan cakupan pelayanan rumah sakit	1. Rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan seluruh bidang penyakit. 2. RS Dapat menetapkan layanan unggulan tertentu sesuai kemampuan. 3. RS Wajib menyediakan pelayanan minimal meliputi pelayanan medik, intensif, bedah, keperawatan atau kebidanan, farmasi, laboratorium,

			radiologi, gizi, pelayanan darah, pemulasaraan jenazah, serta pemeliharaan sarana prasarana.
2	Klasifikasi Rumah Sakit Pasal 820	Penetapan klasifikasi berdasarkan kemampuan pelayanan	Klasifikasi rumah sakit ditetapkan berdasarkan jenis layanan, ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan medis sehingga posisi rumah sakit dalam sistem rujukan nasional ditentukan oleh kapasitas pelayanan yang dimiliki.
3	Tata Kelola dan Tata Kelola Klinis Pasal 822-823	Tata kelola organisasi dan tata kelola klinis	1. Rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis. 2. Tata kelola tersebut menjadi dasar pengambilan keputusan manajerial dan klinis. 3. Pedoman lebih lanjut diatur melalui Peraturan Menteri.
4	Perizinan Rumah Sakit Pasal 824	Perizinan berusaha	Setiap rumah sakit wajib memiliki perizinan berusaha sebagai syarat legal operasional, yang menunjukkan pendekatan regulasi berbasis perizinan usaha pelayanan kesehatan.
5	Struktur Organisasi Rumah Sakit Pasal 827-830	Pimpinan dan organisasi internal	1. Pimpinan rumah sakit wajib memiliki kompetensi manajemen rumah sakit dan berkewarganegaraan Indonesia. 2. Pemilik rumah sakit tidak dapat merangkap sebagai pimpinan. 3. Struktur organisasi dapat terdiri atas direktorat, instalasi, departemen,

			komite, dan unit kerja sesuai kebutuhan pelayanan. 4. Ketentuan lebih lanjut mengenai organisasi diatur melalui Peraturan Menteri.
6	Dewan Pengawas Pasal 831-832	Pengawasan internal	1. Rumah sakit dapat membentuk dewan pengawas independen. 2. Dewan pengawas bertanggung jawab kepada pemilik dan melakukan fungsi pengawasan penyelenggaraan rumah sakit.
7	Kewajiban Rumah Sakit Pasal 833	Kewajiban pelayanan	Rumah sakit wajib memberikan informasi yang benar kepada pasien, menyelenggarakan pelayanan yang aman, bermutu dan non-diskriminatif, serta menjalankan fungsi sosial dalam pelayanan kesehatan.
8	Pelayanan Gawat Darurat dan Fungsi Sosial Pasal 837-838	Pelayanan darurat dan pelayanan sosial	1. Rumah sakit dilarang menolak pasien dalam keadaan gawat darurat dan dilarang meminta uang muka. 2. RS Wajib berperan dalam penanggulangan bencana dan krisis kesehatan. 3. RS Wajib memberikan pelayanan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu.
9	Mutu Pelayanan dan Rekam Medis Pasal 839-840	Standar mutu dan rekam medis	1. Rumah sakit wajib menetapkan, melaksanakan, dan mengevaluasi standar pelayanan. 2. RS Wajib menyelenggarakan rekam medis dan peningkatan mutu

			pelayanan secara internal maupun eksternal.
10	SDM dan Transparansi Tenaga Medis Pasal 849	Daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan	Rumah sakit wajib menyediakan daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memuat STR, SIP, serta jadwal praktik sebagai bentuk transparansi dan perlindungan pasien.
11	Peraturan Internal Rumah Sakit Pasal 850	Peraturan organisasi dan staf medis	Rumah sakit wajib memiliki peraturan internal organisasi dan peraturan staf medis sebagai dasar tata kelola klinis serta hubungan kerja tenaga kesehatan.
12	Pembiayaan dan Pendapatan Pasal 818	Penggunaan pendapatan RS pemerintah	Pendapatan rumah sakit milik pemerintah digunakan langsung untuk operasional pelayanan kesehatan guna mendukung fungsi pelayanan publik.

Berdasarkan klasifikasi norma sebagaimana ditampilkan dalam tabel di atas, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 memperlihatkan pengaturan rumah sakit yang lebih teknis dan operasional dibandingkan pengaturan pada tingkat undang-undang. Jika Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menempatkan rumah sakit dalam kerangka sistem kesehatan nasional, maka peraturan pemerintah ini merinci bagaimana rumah sakit harus diselenggarakan dalam praktik pelayanan kesehatan. Pengaturan dimulai dari aspek pelayanan dan cakupan layanan, yang menegaskan bahwa rumah sakit wajib menyediakan pelayanan komprehensif lintas bidang penyakit dengan standar minimal tertentu. Ketentuan ini menunjukkan bahwa fungsi rumah sakit tidak semata sebagai fasilitas rujukan, tetapi sebagai institusi pelayanan kesehatan yang memiliki kewajiban menyediakan pelayanan medis, penunjang, serta layanan administratif dan sosial secara terpadu. Klasifikasi rumah sakit yang ditentukan berdasarkan kemampuan pelayanan semakin memperjelas posisi masing-masing rumah sakit dalam sistem rujukan nasional.

Selanjutnya, norma mengenai tata kelola dan struktur organisasi menunjukkan bahwa penyelenggaraan rumah sakit dipandang sebagai entitas profesional yang berbasis manajemen kesehatan. Kewajiban memiliki tata kelola organisasi dan tata kelola klinis, pembatasan rangkap jabatan antara pemilik dan pimpinan, serta kemungkinan pembentukan dewan pengawas mencerminkan penekanan pada prinsip akuntabilitas dan profesionalitas pengelolaan rumah sakit.

Dengan demikian, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 berfungsi sebagai instrumen yang menerjemahkan kerangka sistem kesehatan ke dalam pengaturan teknis penyelenggaraan rumah sakit. Rumah sakit tidak lagi hanya dipahami sebagai institusi yang memiliki izin operasional, tetapi sebagai unit pelayanan kesehatan yang wajib memenuhi standar pelayanan, tata kelola profesional, kewajiban sosial, serta mekanisme pengawasan dalam sistem kesehatan nasional.

d. Regulasi Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit

Pemerintah dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia membuat sistem akreditasi rumah sakit yang terstruktur dan berkesinambungan. Akreditasi merupakan salah satu cara strategis yang dirancang untuk menilai rumah sakit dan memastikan bahwa setiap rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang aman, berkualitas, dan berorientasi pada keselamatan pasien.¹⁹ Dalam rangka memperkuat landasan hukum penyelenggaraan akreditasi tersebut, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit sebagai pengganti regulasi sebelumnya yang dinilai tidak lagi sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Regulasi ini secara komprehensif mengatur berbagai aspek penyelenggaraan akreditasi, mulai dari kewajiban setiap rumah sakit untuk memperoleh status akreditasi, tahapan pelaksanaan akreditasi oleh lembaga independen, kewajiban pelaporan mutu dan keselamatan pasien, hingga mekanisme pembinaan dan pengawasan oleh pemerintah pusat maupun daerah. Pokok-pokok

¹⁹ Solehudin Solehudin and Sancka Stella Ganasda Sihura, "Pengaruh Akreditasi Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit," *Jurnal Medika Husada* 3, no. 1 (2023): 27, <https://doi.org/https://doi.org/10.59744/jumeha.v3i1.38>.

ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tersebut disajikan secara ringkas dalam tabel berikut:

Tabel 4.6
Substansi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020
tentang Akreditasi Rumah Sakit

Pasal	Substansi Pengaturan	Keterangan
Pasal 2	Tujuan akreditasi rumah sakit	Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien
Pasal 3	Kewajiban akreditasi rumah sakit	RS wajib terakreditasi setiap 4 tahun
Pasal 4-6	Lembaga penyelenggara akreditasi	Dilaksanakan oleh lembaga independen yang ditetapkan Menteri
Pasal 7-12	Proses penyelenggaraan akreditasi	Persiapan, pelaksanaan survei, dan pasca akreditasi
Pasal 17-19	Pembinaan dan pengawasan	Dilakukan oleh Menteri, gubernur, dan bupati/wali kota

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit mengatur bahwa penyelenggaraan akreditasi rumah sakit dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang berasal dari dalam maupun luar negeri. Lembaga independen tersebut ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi persyaratan tertentu sebagaimana diatur dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 6. Ketentuan ini menunjukkan bahwa pemerintah menempatkan lembaga independen sebagai pihak yang bertanggung jawab dalam proses penilaian standar mutu pelayanan rumah sakit guna menjamin objektivitas dan akuntabilitas pelaksanaan akreditasi.

Ketentuan mengenai penyelenggaraan akreditasi oleh lembaga independen sebagaimana diatur dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 6 Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 pada awalnya ditindaklanjuti melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 yang menetapkan Komisi Akreditasi

Rumah Sakit (KARS) sebagai lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit. Namun dalam perkembangan kebijakan akreditasi rumah sakit, pemerintah kemudian memperluas mekanisme penyelenggara akreditasi dengan menetapkan beberapa lembaga independen melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan tersebut, Menteri menetapkan beberapa lembaga independen yang berwenang menyelenggarakan akreditasi rumah sakit. Sampai saat ini hanya terdapat 6 lembaga yang ditetapkan oleh Menteri dan memiliki kewenangan sebagai penyelenggara akreditasi rumah sakit yaitu:²⁰

1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)
2. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI)
3. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP)
4. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS)
5. Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien RS (LAM-KPRS) dan
6. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI)

Penetapan ini menjadi dasar bagi lembaga-lembaga tersebut dalam melaksanakan akreditasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan demikian, implementasi Pasal 4 sampai dengan Pasal 6 Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 mengalami perkembangan dari model lembaga tunggal menuju sistem multi lembaga akreditasi.

e. Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) dalam Keputusan Menteri Kesehatan

Akreditasi merupakan pengakuan terhadap kualitas layanan rumah sakit yang diberikan setelah evaluasi menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut telah mematuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Elemen standar

²⁰ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 tentang Penetapan Komisi Akreditasi Rumah Sakit Sebagai Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit; dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 Tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit

akreditasi rumah sakit terbagi ke empat kelompok. Pertama, Kelompok Manajemen Rumah Sakit, yang mencakup Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), serta Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK). Kelompok ini berfokus pada penguatan sistem, tata kelola, dan infrastruktur pendukung agar rumah sakit dapat beroperasi secara optimal. Kedua, Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien, yang meliputi Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pengkajian Pasien (PP), Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), serta Komunikasi dan Edukasi (KE). Kelompok ini secara langsung berkaitan dengan proses pelayanan yang diterima pasien sejak awal hingga akhir. Ketiga, terdapat Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang menitikberatkan pada pencapaian indikator-indikator keselamatan pasien. Keempat, kelompok Program Nasional (PROGNAS) yang memuat program prioritas nasional yang wajib diimplementasikan oleh rumah sakit.²¹

Tabel 4.7

Kerangka Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES)²²

1) Standar Kelompok Manajemen Rumah Sakit

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1. Standar Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)			
1	(Representasi Pemilik/Dewan Pengawas)	Mengatur struktur organisasi dan kewenangan representasi pemilik/dewan	1. Representasi pemilik ditetapkan oleh pemilik 2. Tanggung jawab & wewenang tercantum dalam regulasi internal

²¹ Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

²² Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		pengawas dalam <i>Hospital Bylaws</i> serta perannya dalam pengawasan mutu dan keselamatan pasien.	3. Evaluasi tahunan terdokumentasi 4. Penetapan visi dan misi RS
2	Akuntabilitas Direktur	Direktur bertanggung jawab menjalankan operasional RS sesuai peraturan perundang-undangan, visi-misi, serta pengelolaan mutu dan keselamatan pasien.	1. Regulasi kualifikasi direktur 2. Pelaksanaan tugas sesuai uraian tugas 3. Evaluasi kinerja direktur terdokumentasi
3	Akuntabilitas Pimpinan RS	Pimpinan menyusun misi, rencana kerja, kebijakan, dan menentukan jenis pelayanan klinis sesuai kebutuhan pasien dan masyarakat.	1. Penunjukan pimpinan sesuai kualifikasi 2. Implementasi misi dan kebijakan 3. erencanaan jenis layanan klinis 4. Informasi layanan kepada pemangku kepentingan
	3.1 Komunikasi Efektif	Pimpinan menjamin komunikasi efektif antar unit, staf, pasien, dan pemangku kepentingan.	1. Proses penyampaian informasi akurat & tepat waktu 2. Komunikasi efektif antar unit 3. Sosialisasi visi, misi, dan kebijakan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
4	Mutu & Keselamatan Pasien)	Pimpinan merencanakan dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	1. Partisipasi pimpinan dalam program PMKP 2. Penetapan proses pengukuran mutu 3. Dukungan sumber daya 4. Mekanisme koordinasi mutu
5	Prioritas Perbaikan RS	Penetapan indikator prioritas rumah sakit berbasis data dan berdampak luas.	1. Penetapan IMP-RS berbasis data 2. Penggunaan kriteria prioritas 3. Evaluasi dampak primer & sekunder
6	Kontrak Klinis & Non Klinis	Pengelolaan dan evaluasi kontrak pelayanan untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien.	1. Penetapan ruang lingkup kontrak dan tanggungjawab terhadap kontrak 2. Kredensial tenaga kontrak 3. Inspeksi kepatuhan layanan kontrak 4. Kelanjutan layanan pasien pasca negosiasi ulang 5. Mekanisme pelaporan mutu

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			6. Pimpinan melakukan analisis untuk peningkatan mutu rumah sakit
7	Pengelolaan Sumber Daya	Pengambilan keputusan pengadaan dan alokasi sumber daya berbasis mutu dan keselamatan pasien.	1. Keputusan berbasis data mutu 2. Pertimbangan keselamatan dalam SDM 3. Rekomendasi profesional 4. Evaluasi hasil keputusan
	7.1 Keamanan Rantai Perbekalan	Rumah sakit mengidentifikasi dan mengelola risiko dalam rantai perbekalan untuk mencegah penggunaan produk tidak stabil, terkontaminasi, rusak, atau palsu.	1. Identifikasi perbekalan berisiko tinggi 2. Pemetaan rantai perbekalan (flowchart) 3. Analisis titik risiko signifikan 4. Tindak lanjut risiko rantai distribusi 5. Monitoring dan evaluasi keamanan perbekalan
8	Pengorganisasian Komite Medik, Keperawatan & Nakes Lain	Komite medik, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain memiliki struktur, fungsi, dan akuntabilitas yang jelas dalam tata kelola klinis.	1. Regulasi pembentukan komite 2. Uraian tugas dan wewenang komite 3. Mekanisme kredensial & re-kredensial 4. Evaluasi kinerja komite

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Dokumentasi kegiatan komite
9	Akuntabilitas Kepala Unit Klinis/Non Klinis	Kepala unit bertanggung jawab atas mutu, keselamatan, dan kinerja unitnya.	1. Penunjukan kepala unit sesuai kualifikasi 2. Uraian tugas terdokumentasi 3. Monitoring indikator unit 4. Evaluasi kinerja unit 5. Pelaporan kepada pimpinan
10	Etika Rumah Sakit	Rumah sakit menerapkan prinsip etika organisasi dan profesi dalam pelayanan.	1. Regulasi etika RS 2. Sosialisasi kode etik 3. Mekanisme pelaporan pelanggaran 4. Penanganan konflik kepentingan 5. Dokumentasi penyelesaian kasus etik
11	Kepemimpinan untuk Budaya Keselamatan	Pimpinan membangun budaya keselamatan pasien dan staf secara sistemik.	1. Kebijakan budaya keselamatan 2. Survei budaya keselamatan 3. Pelaporan insiden tanpa hukuman (no blame culture) 4. Tindak lanjut pembelajaran insiden

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Evaluasi berkala budaya keselamatan
12	Manajemen Risiko	Rumah sakit menerapkan manajemen risiko proaktif dan reaktif untuk meminimalkan dampak klinis dan non-klinis.	1. Regulasi manajemen risiko 2. Identifikasi risiko (risk register) 3. Analisis risiko (FMEA/RCA) 4. Implementasi mitigasi risiko 5. Evaluasi dan pelaporan risiko
13	Program Penelitian Bersubjek Manusia	Penelitian klinis dilaksanakan sesuai etika, regulasi, dan perlindungan subjek penelitian.	1. Persetujuan Komite Etik 2. Informed consent penelitian 3. Perlindungan subjek rentan 4. Monitoring pelaksanaan penelitian 5. Dokumentasi dan pelaporan penelitian
14	Pengelolaan Pengaduan & Umpan Balik	Rumah sakit memiliki sistem transparan dalam menerima dan menindaklanjuti pengaduan pasien dan keluarga.	1. Memiliki sistem transparan dalam menerima dan menindaklanjuti pengaduan pasien dan keluarga. 2. Regulasi pengaduan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			3. Mekanisme penerimaan keluhan 4. Analisis akar masalah keluhan 5. Tindak lanjut & respon tertulis 6. Evaluasi tren keluhan
15	Perencanaan Strategis dan Evaluasi	Rumah sakit menyusun rencana strategis dan melakukan evaluasi kinerja berbasis indikator mutu.	1. Dokumen rencana strategis 2. Penetapan indikator kinerja utama (KPI) 3. Monitoring capaian kinerja 4. Evaluasi tahunan kinerja RS 5. Tindak lanjut hasil evaluasi
2. Standar Kualifikasi Dan Pendidikan Staf (KPS)			
1	Perencanaan dan Kualifikasi SDM	Rumah sakit merencanakan kebutuhan SDM sesuai jenis layanan, kompleksitas kasus, dan regulasi yang berlaku.	1. Dokumen perencanaan kebutuhan SDM 2. Uraian jabatan (job description) terdokumentasi 3. Kesesuaian jumlah dan kompetensi staf dengan layanan 4. Evaluasi berkala kebutuhan SDM

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
2	Rekrutmen, Seleksi, dan Penempatan	Proses rekrutmen dan penempatan staf dilakukan secara transparan, berbasis kompetensi dan kualifikasi.	1. Regulasi rekrutmen & seleksi 2. Verifikasi ijazah, STR, SIP (bagi nakes) 3. Pemeriksaan kesehatan awal 4. Penempatan sesuai kompetensi 5. Dokumentasi proses seleksi
3	Kredensial dan Re-Kredensial Tenaga Medis	Rumah sakit memastikan tenaga medis memiliki kewenangan klinis melalui proses kredensial dan re-kredensial.	1. Regulasi kredensial tenaga medis 2. Proses penilaian kewenangan klinis 3. Penerbitan surat penugasan klinis (SPK) 4. Re-kredensial berkala 5. Dokumentasi hasil kredensial
4	Kredensial Tenaga Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lain	Tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lain memiliki kewenangan praktik yang sesuai kompetensi dan regulasi.	1. Regulasi kredensial nakes 2. Penilaian kompetensi klinis 3. Penetapan kewenangan praktik 4. Re-kredensial berkala
5	Orientasi Staf Baru	Setiap staf baru mengikuti orientasi	1. Program orientasi terdokumentasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		umum dan khusus untuk memahami budaya, kebijakan, dan prosedur rumah sakit.	2. Materi orientasi (mutu, keselamatan, PPI, dll.) 3. Absensi & evaluasi orientasi 4. Penilaian hasil orientasi
6	Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan	Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk menjaga dan meningkatkan kompetensi staf.	1. Rencana pelatihan tahunan 2. Identifikasi kebutuhan pelatihan berbasis kompetensi 3. Dokumentasi pelatihan (TOR, materi, absensi) 4. Evaluasi efektivitas pelatihan
7	Evaluasi Kinerja Staf	Kinerja staf dievaluasi secara berkala untuk menjamin mutu pelayanan dan keselamatan pasien.	1. Sistem penilaian kinerja 2. Evaluasi berkala terdokumentasi 3. Umpan balik kepada staf 4. Tindak lanjut hasil evaluasi
8	Kesehatan dan Keselamatan Staf	Rumah sakit melindungi kesehatan dan keselamatan kerja staf dalam menjalankan tugasnya.	1. Pemeriksaan kesehatan berkala 2. Program imunisasi staf 3. Pelaporan pajanan & kecelakaan kerja 4. Dukungan pasca pajanan 5. Monitoring K3RS
3. Standar Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK)			

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	MFK 1 – Perencanaan dan Program MFK	Rumah sakit memiliki program pengelolaan fasilitas dan keselamatan yang terencana, terdokumentasi, dan dievaluasi berkala.	4. Regulasi program MFK 5. Identifikasi risiko fasilitas 6. Rencana kerja tahunan MFK 7. Monitoring dan evaluasi program 8. Pelaporan kepada pimpinan
2	MFK 2 – Keselamatan dan Keamanan Lingkungan Fisik	Menjamin lingkungan fisik rumah sakit aman bagi pasien, staf, dan pengunjung.	1. Identifikasi area berisiko 2. Sistem pengamanan (akses terbatas, CCTV, dll.) 3. Pengendalian area sensitif 4. Evaluasi keamanan lingkungan
3	MFK 3 – Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Limbah B3	Rumah sakit mengelola bahan berbahaya dan limbah sesuai regulasi untuk mencegah risiko kesehatan dan lingkungan.	1. Inventaris bahan berbahaya 2. SOP penyimpanan & distribusi 3. Pengelolaan limbah medis & B3 4. Kerja sama transporter limbah berizin 5. Monitoring kepatuhan pengelolaan limbah

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
4	MFK 4 – Sistem Proteksi Kebakaran	Rumah sakit memiliki sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran yang efektif.	1. Sistem deteksi & alarm kebakaran 2. APAR dan hydrant berfungsi 3. Jalur evakuasi jelas 4. Simulasi kebakaran berkala 5. Evaluasi kesiapsiagaan
5	MFK 5 – Pengelolaan Utilitas (Listrik, Air, Gas Medis, dll.)	Menjamin ketersediaan dan keamanan sistem utilitas yang mendukung pelayanan klinis.	1. Sistem cadangan listrik (genset/UPS) 2. Pengawasan kualitas air 3. Sistem distribusi gas medis aman 4. Pemeliharaan berkala utilitas 5. Dokumentasi inspeksi
6	MFK 6 – Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	Fasilitas dan peralatan medis dipelihara secara berkala untuk menjamin keselamatan dan mutu pelayanan.	1. Jadwal pemeliharaan preventif 2. Kalibrasi alat medis 3. Dokumentasi perawatan alat 4. Evaluasi kerusakan & tindak lanjut
7	MFK 7 – Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Bencana	Rumah sakit memiliki sistem kesiapsiagaan menghadapi bencana internal maupun eksternal.	1. Dokumen rencana kontinjensi bencana 2. Struktur tim tanggap darurat

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			3. Simulasi bencana berkala 4. Koordinasi dengan pihak eksternal 5. Evaluasi pasca simulasi/kejadian
8	MFK 8 – Keselamatan Pasien dalam Lingkungan Fisik	Rumah sakit mengidentifikasi dan mengendalikan risiko fisik yang dapat mencederai pasien.	1. Identifikasi risiko jatuh/cedera lingkungan 2. Penandaan area berbahaya 3. Pengamanan instalasi listrik & alat medis 4. Monitoring insiden terkait fasilitas
9	MFK 9 – Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan Fasilitas	Staf diberikan pelatihan terkait keselamatan fasilitas dan tanggap darurat.	1. Program pelatihan keselamatan fasilitas 2. Dokumentasi pelatihan 3. Evaluasi kompetensi staf dalam situasi darurat
4. Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)			
1	PMKP 1 – Program PMKP Terintegrasi	Rumah sakit memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terstruktur, terintegrasi, dan selaras dengan tata kelola rumah sakit.	1. Regulasi program PMKP 2. Struktur organisasi mutu 3. Rencana kerja PMKP tahunan 4. Integrasi PMKP dengan perencanaan strategis

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Pelaporan kepada pimpinan
2	PMKP 2 – Penetapan dan Pengelolaan Indikator Mutu	Rumah sakit menetapkan indikator mutu prioritas berbasis risiko, volume, dan dampak pelayanan.	1. Penetapan indikator mutu prioritas RS (IMP- RS) 2. Indikator unit klinis & non-klinis 3. Definisi operasional indikator 4. Target dan standar capaian 5. Evaluasi indikator secara berkala
3	PMKP 3 – Pengumpulan dan Analisis Data Mutu	Data mutu dikumpulkan, dianalisis, dan digunakan untuk perbaikan berkelanjutan.	1. Mekanisme pengumpulan data 2. Validasi data mutu 3. Analisis tren dan variasi 4. Pelaporan hasil analisis5) Dokumentasi tindak lanjut
4	PMKP 4 – Manajemen Risiko Klinis dan Keselamatan Pasien	Rumah sakit menerapkan sistem identifikasi, pelaporan, dan analisis insiden keselamatan pasien.	1. Sistem pelaporan insiden (IKP) 2. Analisis akar masalah (RCA/FMEA) 3. Tindak lanjut insiden 4. Pembelajaran organisasi dari insiden

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Monitoring efektivitas perbaikan
5	PMKP 5 – Proyek Perbaikan Mutu (Quality Improvement Project)	Rumah sakit melaksanakan proyek perbaikan berbasis data untuk meningkatkan mutu pelayanan.	1. Identifikasi area prioritas perbaikan 2. Metodologi perbaikan (PDCA/FOCUS-PDCA) 3. Implementasi proyek 4. Evaluasi hasil perbaikan 5. Dokumentasi keberlanjutan
6	PMKP 6 – Sasaran Keselamatan Pasien (Integrasi SKP)	Enam sasaran keselamatan pasien diimplementasikan dan dimonitor secara sistemik.	1. Implementasi SKP 1–6 2. Monitoring kepatuhan SKP 3. Pelaporan capaian SKP 4. Tindak lanjut ketidaksesuaian
7	PMKP 7 – Edukasi dan Budaya Mutu	Rumah sakit membangun budaya mutu melalui edukasi, komunikasi, dan keterlibatan staf.	1. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien 2. Sosialisasi hasil capaian mutu 3. Keterlibatan pimpinan dalam mutu 4. Survei budaya keselamatan 5. Evaluasi efektivitas program budaya mutu
5. Standar Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)			

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	MRMIK 1 – Regulasi dan Tata Kelola Rekam Medik	Rumah sakit memiliki kebijakan dan tata kelola rekam medik yang menjamin kelengkapan, keakuratan, dan keamanan informasi kesehatan.	1. Regulasi rekam medik terdokumentasi 2. Penetapan tanggung jawab pengelolaan rekam medik 3. Standar pengisian rekam medik 4. Sosialisasi kebijakan kepada staf
2	MRMIK 2 – Kelengkapan dan Ketepatan Dokumentasi Klinis	Rekam medik memuat informasi klinis yang lengkap, tepat waktu, dan mencerminkan asuhan pasien secara berkesinambungan.	1. Pengisian rekam medik tepat waktu 2. Kelengkapan identitas dan anamnesis 3. Dokumentasi diagnosis dan rencana asuhan 4. Tanda tangan/verifikasi DPJP 5. Audit kelengkapan rekam medik
3	MRMIK 3 – Kerahasiaan dan Keamanan Informasi	Informasi kesehatan pasien dijaga kerahasiaannya serta dilindungi dari akses yang tidak sah.	1. Kebijakan kerahasiaan informasi 2. Pengaturan hak akses pengguna 3. Sistem keamanan penyimpanan dokumen 4. Pengamanan data elektronik

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Monitoring pelanggaran akses
4	MRMIK 4 – Sistem Informasi Kesehatan dan Rekam Medik Elektronik (RME)	Rumah sakit mengelola sistem informasi kesehatan secara terintegrasi untuk mendukung pelayanan dan pengambilan keputusan.	1. Implementasi sistem informasi kesehatan 2. Integrasi data klinis dan manajerial 3. Backup dan pemulihan data (data recovery) 4. Evaluasi kinerja sistem informasi
5	MRMIK 5 – Retensi, Penyimpanan, dan Pemusnahan Rekam Medik	Rekam medik disimpan, dipelihara, dan dimusnahkan sesuai regulasi dan jangka waktu retensi yang berlaku.	1. Kebijakan retensi rekam medik 2. Sistem penyimpanan aman 3. Prosedur pemusnahan dokumen 4. Dokumentasi pemusnahan
6	MRMIK 6 – Akses dan Pelepasan Informasi	Pelepasan informasi kesehatan dilakukan secara sah, terdokumentasi, dan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.	1. Prosedur permintaan informasi medis 2. Persetujuan pasien/kuasa hukum 3. Pencatatan pelepasan informasi 4. Monitoring kepatuhan prosedur pelepasan
6. Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)			

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	PPI 1 – Program dan Tata Kelola PPI	Rumah sakit memiliki program PPI yang terstruktur, terintegrasi, dan didukung pimpinan untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.	1. Regulasi dan kebijakan PPI 2. Struktur organisasi/Tim PPI 3. Rencana kerja tahunan PPI 4. Dukungan sumber daya 5. Pelaporan kepada pimpinan
2	PPI 2 – Surveilans Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (HAIs)	Rumah sakit melakukan surveilans untuk mendeteksi, memantau, dan menganalisis kejadian infeksi.	1. Penetapan indikator surveilans HAIs 2. Metodologi pengumpulan data 3. Analisis tren infeksi 4. Pelaporan hasil surveilans Tindak lanjut peningkatan
3	PPI 3 – Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan sebagai strategi utama pencegahan infeksi.	1. Regulasi kebersihan tangan 2. Ketersediaan fasilitas hand hygiene 3. Monitoring kepatuhan 4. Edukasi staf 5. Evaluasi dan umpan balik
4	PPI 4 – Pencegahan	Rumah sakit menerapkan	1. SOP kewaspadaan standar

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	Penularan Infeksi (Transmission- Based Precautions)	kewaspadaan standar dan kewaspadaan berbasis transmisi untuk mencegah penyebaran infeksi.	2. Penggunaan APD sesuai risiko 3. Pengaturan isolasi pasien 4. Edukasi staf dan pengunjung 5. Monitoring kepatuhan prosedur
5	PPI 5 – Pengelolaan Alat Medis dan Sterilisasi	Menjamin proses dekontaminasi, disinfeksi, dan sterilisasi alat medis dilakukan sesuai standar.	1. SOP sterilisasi & disinfeksi 2. Pemisahan area kotor dan bersih 3. Monitoring proses sterilisasi 4. Dokumentasi hasil sterilisasi Kalibrasi peralatan sterilisasi
6	PPI 6 – Pengelolaan Limbah Medis dan Linen Infeksius	Limbah medis dan linen terkontaminasi dikelola secara aman untuk mencegah risiko infeksi dan pencemaran.	1. SOP pengelolaan limbah infeksius 2. Pemisahan limbah sesuai kategori 3. Penggunaan wadah dan label khusus 4. Kerja sama pengelola limbah berizin 5. Monitoring kepatuhan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
7	PPI 7 – Pendidikan dan Pelatihan PPI	Staf diberikan pelatihan berkala mengenai praktik pencegahan dan pengendalian infeksi.	1. Program pelatihan PPI 2. Dokumentasi pelatihan 3. Evaluasi kompetensi staf 4. Sosialisasi kebijakan PPI
8	PPI 8 – Monitoring dan Evaluasi Program PPI	Program PPI dievaluasi secara berkala untuk menjamin efektivitas dan perbaikan berkelanjutan.	1. Audit kepatuhan PPI 2. Analisis capaian indikator PPI 3. Tindak lanjut hasil audit 4. Pelaporan kepada pimpinan 5. Integrasi dengan program PMKP
7. Standar Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)			
1	PPK 1 – Regulasi dan Tata Kelola Pendidikan Klinik	Rumah sakit memiliki regulasi dan tata kelola pendidikan klinik yang jelas, khususnya bagi rumah sakit pendidikan atau yang bekerja sama dengan institusi pendidikan.	1. Regulasi penyelenggaraan pendidikan klinik 2. Perjanjian kerja sama dengan institusi pendidikan 3. Penetapan struktur pengelola pendidikan 4. Uraian tugas pembimbing klinik 5. Monitoring pelaksanaan pendidikan
2	PPK 2 – Perencanaan dan	Kegiatan pendidikan klinik direncanakan dan	1. Perencanaan program pendidikan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	Pelaksanaan Pendidikan Klinik	dilaksanakan tanpa mengganggu mutu dan keselamatan pelayanan pasien.	2. Penempatan peserta didik sesuai kompetensi 3. Pengawasan oleh pembimbing klinik Dokumentasi kegiatan pendidikan
3	PPK 3 – Keselamatan Pasien dalam Proses Pendidikan	Proses pendidikan menjamin keselamatan pasien dengan pembatasan kewenangan peserta didik sesuai tingkat kompetensinya.	1. Penetapan batas kewenangan peserta didik 2. Supervisi langsung/tidak langsung 3. Informed consent keterlibatan peserta didik 4. Monitoring kepatuhan supervisi
4	PPK 4 – Evaluasi dan Pengembangan Program Pendidikan	Rumah sakit melakukan evaluasi berkala terhadap efektivitas pendidikan klinik dan dampaknya terhadap mutu pelayanan.	1. Evaluasi kinerja pembimbing klinik 2. Evaluasi capaian kompetensi peserta didik 3. Umpan balik dari institusi pendidikan 4. Perbaikan berkelanjutan program pendidikan
5	PPK 5 – Integrasi Pendidikan dengan Program Mutu dan	Program pendidikan mendukung budaya mutu dan keselamatan	1. Edukasi peserta didik tentang PMKP dan PPI

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	Keselamatan Pasien	pasien dalam praktik klinik.	2. Keterlibatan peserta didik dalam proyek mutu (bila ada) 3. Monitoring dampak pendidikan terhadap mutu layanan 4. Pelaporan kepada pimpinan

2) Standar Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1. Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP)			
1	AKP 1 – Skrining Pasien	Rumah sakit menetapkan proses skrining sejak kontak pertama untuk menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya RS serta menentukan diterima, dirujuk, atau ditransfer.	4. Ada regulasi akses & kesinambungan pelayanan 5. Skrining dilakukan di dalam/luar RS dan terdokumentasi 6. Hasil skrining dievaluasi tenaga kompeten untuk keputusan klinis 7. Pasien dirujuk bila kebutuhan tidak dapat dipenuhi
	AKP 1.1 – Triase Pasien Darurat	Pasien gawat darurat diprioritaskan menggunakan triase	1. Triase oleh staf kompeten dan berwenang

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		berbasis bukti agar segera mendapat tindakan.	2. Menggunakan kriteria triase berbasis bukti 3. Pasien darurat dinilai dan distabilisasi sebelum dipindah/dirujuk
	AKP 1.2 – Skrining Kebutuhan Pelayanan Saat Admisi	Menentukan jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien serta prioritas perawatan termasuk kebutuhan unit khusus/intensif.	1. Skrining kebutuhan pelayanan rawat inap 2. Penentuan prioritas pelayanan pasien 3. Kriteria masuk unit khusus atau intensif ditetapkan
	AKP 1.3 – Skrining Risiko/Kebutuhan Khusus	Mengidentifikasi risiko khusus pasien untuk keselamatan dan perencanaan pelayanan sejak awal.	1. Skrining risiko khusus sesuai kebijakan RS (mis: infeksi, jatuh, nyeri, geriatri, dll.) 2. Hasil skrining digunakan untuk penyesuaian pelayanan 3. Dokumentasi skrining dalam rekam medis
2	AKP 2 – Registrasi dan Admisi Pasien	Rumah sakit mengatur proses registrasi dan admisi agar pelayanan dimulai tepat waktu serta kebutuhan pasien terkoordinasi sejak awal masuk.	1. Regulasi proses registrasi dan admisi pasien 2. Identifikasi pasien saat registrasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			3. Informasi pelayanan disampaikan kepada pasien/keluarga 4. Koordinasi awal pelayanan setelah pasien diterima
	AKP 2.1 – Pengelolaan Alur dan Penumpukan Pasien	Rumah sakit mengelola alur pasien untuk mencegah keterlambatan pelayanan dan penumpukan (boarding) yang berisiko bagi keselamatan pasien.	1. Pemantauan ketersediaan tempat tidur/unit pelayanan 2. Prosedur penanganan pasien menunggu pelayanan/boarding 3. Prioritas pelayanan berdasarkan kondisi klinis 4. Tindak lanjut bila terjadi keterlambatan pelayanan 5. Evaluasi dan perbaikan alur pasien
3	AKP 3 – Kesiambungan Pelayanan	Rumah sakit menjamin pelayanan pasien berlangsung berkesinambungan melalui koordinasi antar profesional pemberi asuhan (PPA) selama proses perawatan.	1. Ada regulasi kesinambungan pelayanan pasien 2. Penetapan DPJP/penanggung jawab pelayanan 3. Koordinasi pelayanan antar profesi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Dokumentasi rencana asuhan terintegrasi
	AKP 3.1 – Transfer Internal Pasien	Perpindahan pasien antar unit dilakukan aman dengan komunikasi klinis lengkap sehingga tidak terjadi kehilangan informasi medis.	1. Prosedur transfer internal pasien 2. Serah terima klinis (handover) 3. Informasi kondisi pasien disampaikan lengkap 4. Monitoring pasien selama perpindahan
4	AKP 4 – Transfer Pasien Internal di Dalam Rumah Sakit	Rumah sakit mengatur perpindahan pasien antar unit pelayanan secara aman dan terkoordinasi agar kesinambungan asuhan tetap terjaga.	1. Ada regulasi transfer pasien internal 2. Penilaian kondisi pasien sebelum dipindahkan 3. Komunikasi dan serah terima klinis antar unit 4. Dokumentasi transfer dalam rekam medis 5. Pemantauan pasien selama perpindahan
5	AKP 5 – Pemulangan Pasien	Rumah sakit mengatur proses pemulangan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan setelah pasien keluar dari rumah sakit.	1. Regulasi pemulangan pasien 2. Perencanaan pemulangan sesuai kondisi pasien 3. Edukasi kepada pasien/keluarga

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Dokumentasi pemulangan
	AKP 5.1 – Ringkasan Pulang dan Informasi Tindak Lanjut	Pasien menerima informasi medis yang diperlukan untuk melanjutkan perawatan secara aman setelah pulang.	1. Ringkasan pulang diberikan 2. Instruksi perawatan lanjutan 3. Informasi obat dan kontrol 4. Dokumentasi rekam medis
	AKP 5.2 – Pasien Menolak Asuhan Medis / APS	Mengelola pasien yang menolak perawatan untuk meminimalkan risiko klinis.	1. Proses pengelolaan pasien menolak perawatan 2. Edukasi risiko medis 3. Pemulangan tetap sesuai prosedur 4. Pemberitahuan dokter lanjutan 5. Dokumentasi alasan pasien
	AKP 5.3 – Pasien Meninggalkan RS Tanpa Izin	Menjamin keselamatan pasien dan masyarakat bila pasien meninggalkan RS tanpa pemberitahuan.	1. Regulasi pasien melarikan diri 2. Identifikasi risiko bahaya pasien 3. Pelaporan kepada pihak berwenang
	AKP 5.4 – Rujukan Pasien	Pasien dirujuk sesuai kebutuhan pelayanan	1. Regulasi rujukan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		berkesinambungan dan kemampuan fasilitas penerima.	2. Kesesuaian kebutuhan klinis 3. Kepastian fasilitas penerima 4. Kerja sama antar fasilitas
	AKP 5.5 – Proses Rujukan Aman	Proses rujukan menjamin keselamatan pasien selama pemindahan antar fasilitas kesehatan.	1. Staf penanggung jawab rujukan 2. Monitoring pasien selama rujukan 3. Kesiapan alat/obat 4. Serah terima pasien
	AKP 5.6 – Dokumentasi Rujukan	Informasi medis pasien harus lengkap untuk mendukung kesinambungan asuhan di fasilitas penerima.	1. Dokumen rujukan lengkap 2. Informasi klinis relevan 3. Rekam medis menyertai pasien
	AKP 5.7 – Tindak Lanjut Pelayanan	Rumah sakit memastikan pasien memperoleh pelayanan lanjutan setelah keluar dari rumah sakit.	1. Instruksi tindak lanjut 2. Koordinasi pelayanan lanjutan 3. Dokumentasi tindak lanjut
6	AKP 6 – Transportasi Pasien	Rumah sakit menjamin transportasi pasien dilakukan aman, sesuai kondisi klinis, serta menjaga kesinambungan	1. Ada regulasi transportasi pasien 2. Penentuan moda transport sesuai kondisi pasien

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		pelayanan selama perpindahan.	3. Ketersediaan peralatan medis yang diperlukan selama transport 4. Pendampingan oleh tenaga kompeten 5. Pencegahan risiko infeksi dan keselamatan pasien selama transport 6. Dokumentasi transport pasien
2. Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)			
1	HPK 1	RS menjamin perlindungan hak pasien dan keluarga serta menentukan keterlibatan mereka dalam perawatan	3. Regulasi hak pasien & keluarga diterapkan 4. Ada proses identifikasi pihak yang dilibatkan pasien 5. Preferensi pasien terkait pemberian informasi ditetapkan 6. Staf dilatih mendukung partisipasi pasien & keluarga
	HPK 1.1	RS mengurangi hambatan akses layanan dan komunikasi	1. Identifikasi & pengurangan hambatan akses pelayanan 2. Informasi perawatan disampaikan dengan bahasa dipahami

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			3. Informasi hak & tanggung jawab tersedia/tertulis
	HPK 1.2	RS menghormati martabat, nilai budaya dan spiritual pasien	1. Perawatan menghargai harkat & martabat pasien 2. Menghormati nilai budaya & spiritual 3. Memenuhi kebutuhan bimbingan rohani
	HPK 1.3	RS menjaga privasi dan kerahasiaan informasi pasien	1. Privasi pasien dijaga selama perawatan 2. Kerahasiaan informasi sesuai regulasi 3. Persetujuan pelepasan informasi diminta 4. Pasien mendapat akses informasi kesehatannya
	HPK 1.4	RS melindungi harta benda pasien	1. Proses pencatatan & perlindungan barang pasien 2. Pasien diberi informasi tanggung jawab RS
	HPK 1.5	RS melindungi pasien dari kekerasan	1. Proses perlindungan dari kekerasan fisik/verbal 2. Identifikasi populasi berisiko 3. Pemantauan area terpencil

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
2	HPK 2	Pasien dan keluarga dilibatkan dalam pengambilan keputusan pelayanan	1. Proses keterlibatan pasien dalam asuhan 2. Edukasi kondisi medis & rencana terapi 3. Informasi hasil asuhan diharapkan 4. Informasi kemungkinan hasil tak diantisipasi 5. Fasilitasi second opinion
	HPK 2.1	Hak menolak/menghentikan terapi termasuk resusitasi	1. Proses penghentian terapi & resusitasi 2. Informasi konsekuensi & alternatif
	HPK 2.2	Hak pengelolaan nyeri & akhir hayat	1. Dukungan pengkajian & tata laksana nyeri 2. Dukungan kebutuhan akhir hayat
3	HPK 3	RS menyediakan mekanisme penyampaian keluhan dan penyelesaian konflik	1. Informasi proses pengaduan & konflik 2. Keluhan dikaji dan diselesaikan oleh petugas 3. Pasien & keluarga berpartisipasi
4	HPK 4	Persetujuan umum pelayanan diberikan saat awal pelayanan	1. Dokumentasi general consent

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			2. Informasi tindakan yang memerlukan informed consent 3. Informasi keterlibatan peserta didik
	HPK 4.1	Informed consent tindakan medis	1. Proses memperoleh informed consent 2. Dilakukan petugas kompeten & bahasa dipahami 3. Daftar tindakan yang memerlukan informed consent
	HPK 4.2	Persetujuan oleh pihak lain	1. Proses persetujuan oleh wakil sesuai hukum 2. Nama pemberi persetujuan dicatat
3. Pengkajian Pasien (PP)			
1	PP 1	Semua pasien diidentifikasi kebutuhan perawatan melalui proses pengkajian yang ditetapkan RS	1. RS menetapkan regulasi pengkajian awal & ulang medis-keperawatan 2. Isi minimal pengkajian ditetapkan 3. Dilakukan oleh PPA kompeten 4. Discharge planning mulai sejak pengkajian awal

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	PP 1.1	Pengkajian awal medis dan keperawatan menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan	1. Dilakukan ≤ 24 jam sejak masuk rawat inap 2. Menghasilkan diagnosis medis 3. Menghasilkan diagnosis keperawatan 4. Catatan pra operasi minimal tersedia 5. Pengkajian sebelum rawat ≤ 30 hari 6. Hasil dari luar diverifikasi
	PP 1.2	Skrining risiko dan kebutuhan khusus pasien	1. Kriteria risiko nutrisi ditetapkan 2. Skrining nutrisi dilakukan 3. Risiko nutrisi dilanjutkan pengkajian gizi 4. Skrining fungsi & risiko jatuh
	PP 1.3	Pengkajian tambahan populasi khusus	1. RS menetapkan jenis populasi khusus 2. Pengkajian tambahan dilakukan sesuai kebutuhan
2	PP 2	Pengkajian ulang dilakukan berkala untuk	1. Dilakukan DPJP, perawat, dan PPA lain

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
		menentukan rencana asuhan lanjutan	2. DPJP minimal harian 3. Perawat minimal tiap shift 4. PPA lain sesuai regulasi
3	PP 3	Pelayanan laboratorium tersedia sesuai kebutuhan pasien	1. Regulasi pelayanan laboratorium 2. Pelayanan 24 jam
	PP 3.1	Penanggung jawab laboratorium kompeten	1. Penanggung jawab ditetapkan direktur 2. Bukti pelaksanaan tanggung jawab
	PP 3.2	Kompetensi staf laboratorium	1. Interpreter hasil memenuhi kredensial 2. Pelaksana pemeriksaan memenuhi kredensial
	PP 3.3	Waktu penyelesaian pemeriksaan	1. Waktu pemeriksaan ditetapkan 2. Evaluasi pemeriksaan regular 3. Evaluasi pemeriksaan cito 4. Evaluasi rujukan
	PP 3.4	Pengelolaan reagensia	1. Penyimpanan & label sesuai prosedur 2. Audit reagensia
	PP 3.5	Pengelolaan spesimen	1. Proses pengelolaan spesimen lengkap 2. Monitoring & evaluasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	PP 3.6	Nilai normal hasil lab	1. Rentang nilai ditetapkan & dievaluasi 2. Dicantumkan di hasil
	PP 3.7	Kendali mutu laboratorium	1. PMI dilakukan 2. PME dilakukan
	PP 3.8	Laboratorium rujukan	1. Sertifikat akreditasi ada 2. Evaluasi kerja sama
	PP 3.9	Pelayanan darah	1. Regulasi pelayanan darah 2. Penanggung jawab kompeten 3. Monitoring mutu 4. Persetujuan tindakan
4	PP 4	RS memiliki regulasi pelayanan radiologi klinik	1. Regulasi radiologi 2. Pelayanan 24 jam
	PP 4.1	Penanggung jawab radiologi kompeten	1. Penanggung jawab ditetapkan direktur 2. Bukti pengawasan pelayanan
	PP 4.2	Kompetensi staf radiologi	1. Interpreter hasil memenuhi kredensial 2. Pelaksana pemeriksaan memenuhi kredensial
	PP 4.3	Waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi	1. Waktu pemeriksaan ditetapkan 2. Evaluasi regular 3. Evaluasi cito

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Evaluasi rujukan
	PP 4.4	Pengelolaan bahan radiologi	1. Proses logistik ditetapkan 2. Label & distribusi benar
	PP 4.5	Kendali mutu radiologi	1. PMI dilakukan 2. PME dilakukan
4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)			
1	PAP 1	Asuhan pasien diberikan seragam dan tidak bergantung waktu, unit, atau kemampuan bayar	1. RS menetapkan regulasi pelayanan & asuhan pasien 2. Asuhan seragam diterapkan pada seluruh pasien
	PAP 1.1	Asuhan terintegrasi dan terkoordinasi antar PPA	1. Pelayanan terintegrasi antar profesi 2. Kewenangan & instruksi PPA diatur dan terdokumentasi 3. Permintaan pemeriksaan ada indikasi klinis 4. Tindakan sesuai instruksi terdokumentasi 5. Tindakan invasif rawat jalan dikaji & dicatat
	PAP 1.2	Rencana asuhan individual berbasis pengkajian	1. Rencana asuhan dibuat ≤ 24 jam rawat inap 2. Dievaluasi & direvisi berkala

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			3. Instruksi berdasar rencana asuhan dicatat di CPPT 4. Sasaran klinis terukur 5. DPJP verifikasi harian
2	PAP 2	RS mengidentifikasi dan mengelola pasien/layanan risiko tinggi	1. RS menetapkan identifikasi & panduan pasien risiko tinggi 2. Pelayanan diberikan sesuai populasi (anak, dewasa, geriatri) 3. Risiko tambahan diidentifikasi
	PAP 2.1	Pelayanan geriatri	1. Regulasi pelayanan geriatri 2. Tim geriatri tersedia 3. Monitoring & evaluasi 4. Pelaporan kegiatan
	PAP 2.2	Edukasi kesehatan geriatri berbasis masyarakat	1. Program PKRS geriatri 2. Edukasi masyarakat 3. Media edukasi tersedia 4. Evaluasi kegiatan
	PAP 2.3	Pelayanan kesehatan jiwa	1. Regulasi pelayanan jiwa 2. Pelayanan menghormati HAM pasien jiwa 3. Monitoring evaluasi pelayanan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	PAP 2.4	Pencegahan risiko bunuh diri	1. Regulasi skrining & tatalaksana 2. Instrumen berbasis bukti 3. SPO pencegahan 4. Staf dilatih 5. Evaluasi lingkungan risiko 6. Monitoring program
	PAP 2.5	Deteksi kondisi pasien memburuk (EWS)	1. Sistem EWS diterapkan 2. Staf dilatih menggunakan EWS
	PAP 2.6	Pelayanan resusitasi	1. Resusitasi tersedia 24 jam 2. Peralatan & obat standar 3. Respons cepat <5 menit 4. Staf terlatih
	PAP 2.7	Pelayanan darah & produk darah	1. Prosedur transfusi diterapkan 2. Panduan klinis tersedia 3. Staf kompeten bertanggung jawab
3	PAP 3	Terapi nutrisi sesuai kondisi pasien	1. Makanan sesuai kebutuhan tersedia 2. Instruksi diet di rekam medis 3. Edukasi makanan keluarga 4. Terapi gizi terintegrasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			5. Monitoring terapi gizi
4	PAP 4	Pengkajian dan tata laksana nyeri efektif	1. Proses skrining & tata laksana nyeri 2. Informasi nyeri tindakan medis 3. Edukasi pasien/keluarga 4. Pelatihan staf
5	PAP 5	Asuhan pasien fase akhir kehidupan berfokus kenyamanan dan martabat	1. Pengkajian pasien fase akhir kehidupan 2. Asuhan psikososial, emosional, kultural, spiritual
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)			
1	PAB 1	RS menyelenggarakan pelayanan anestesi & sedasi terintegrasi sesuai standar profesi dan kebutuhan pasien	1. Regulasi anestesi, sedasi & bedah ditetapkan 2. Pelayanan memenuhi kebutuhan pasien 3. Tersedia 24 jam
2	PAB 2	Pelayanan anestesi dipimpin dokter anestesi kompeten	1. Pelayanan seragam sesuai regulasi 2. Penanggung jawab dokter anestesi menjalankan fungsi pengawasan & mutu 3. Evaluasi bila menggunakan PPA eksternal

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
3	PAB 3	Sedasi moderat & dalam dilakukan aman dan seragam di semua area RS	1. Sedasi sesuai kebijakan & lokasi yang ditetapkan 2. Peralatan emergensi tersedia 3. Pendamping PPA terlatih selalu siaga
4	PAB 3.1	Tenaga medis pemberi sedasi kompeten	1. Kompeten teknik sedasi & penanganan komplikasi 2. PPA pemantau kompeten 3. Kompetensi tercatat
5	PAB 3.2	RS memiliki panduan praktik klinis sedasi	1. Pengkajian prasedasi dicatat 2. Pemantauan selama sedasi terdokumentasi 3. Kriteria pemulihan digunakan
6	PAB 4	Setiap pasien menjalani asesmen pra-anestesi & pra-induksi	1. Pengkajian pra-anestesi dilakukan 2. Pengkajian pra-induksi terpisah 3. Dilakukan PPA kompeten & dicatat
7	PAB 5	Risiko, manfaat & alternatif anestesi dijelaskan kepada pasien	1. Informasi anestesi diberikan 2. Didokumentasikan dalam informed consent

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
8	PAB 6	Status fisiologis pasien dipantau selama anestesi	1. Jenis & frekuensi monitoring sesuai kondisi pasien 2. Dicatat di rekam medis
	PAB 6.1	Pemantauan pasca anestesi dan kriteria pemindahan pasien	1. Monitoring pasca anestesi terdokumentasi 2. Transfer sesuai kriteria baku 3. Waktu pemulihan dicatat
9	PAB 7	Operasi direncanakan berdasarkan pengkajian prabedah	1. Pengkajian prabedah oleh DPJP 2. Diagnosis & rencana operasi terdokumentasi
10	PAB 7.1	Pasien diberi informasi tindakan bedah	1. Risiko, manfaat & alternatif dijelaskan 2. Dicatat pada informed consent
11	PAB 7.2	Laporan operasi lengkap	1. Laporan operasi memuat data penting operasi 2. Tersedia sebelum pasien dipindah
12	PAB 7.3	Rencana asuhan pascaoperasi	1. Dicatat ≤ 24 jam 2. Berdasar kebutuhan pasien 3. Direvisi bila perlu
13	PAB 7.4	Operasi dengan implan dikelola khusus	1. RS mengidentifikasi jenis implan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			2. Kebijakan penggunaan & pelacakan 3. Proses recall & pemantauan pasien
6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)			
1	PKPO 1	Sistem pelayanan kefarmasian dikelola sesuai regulasi untuk menjamin kebutuhan obat pasien	1. Regulasi sistem kefarmasian 2. Apoteker kompeten melakukan supervisi 3. Kajian sistem tiap tahun 4. Tersedia sumber informasi obat
2	PKPO 2	Formularium obat ditetapkan dan dipatuhi	1. Penyusunan formularium kolaboratif 2. Pemantauan kepatuhan 3. Evaluasi tahunan efektivitas-keamanan-biaya 4. Perencanaan & pengadaan melibatkan apoteker
3	PKPO 3	Penyimpanan obat aman dan sesuai standar	1. Penyimpanan sesuai stabilitas 2. Pengawasan apoteker 3. Narkotika terkontrol 4. Pelabelan akurat

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
4	PKPO 3.1	Obat dengan penanganan khusus dikelola aman	1. B3, radioaktif, nutrisi parenteral, obat penelitian, dan donasi dikelola sesuai aturan
5	PKPO 3.2	Obat emergensi tersedia dan terkontrol	1. Penyimpanan seragam termasuk ambulans 2. Pemantauan & penggantian 3. Tata laksana obat emergensi
6	PKPO 3.3	Recall dan pemusnahan obat	1. BUD dicantumkan 2. Pelaporan obat rusak 3. Proses recall 4. Pemusnahan obat
7	PKPO 4	Rekonsiliasi obat mencegah medication error	1. Rekonsiliasi saat masuk, pindah, pulang 2. Terdokumentasi di rekam medis
8	PKPO 4.1	Peresepan obat benar dan terbaca	1. Resep lengkap 2. Evaluasi resep tidak jelas 3. Pengelolaan resep khusus; daftar obat di rekam medis & diberikan saat pulang
9	PKPO 5	Dispensing aman sesuai standar	1. Sistem dispensing seragam 2. Staf kompeten 3. Fasilitas sesuai

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Obat siap pakai 5. Etiket lengkap
10	PKPO 5.1	Pengkajian resep & telaah obat	1. Telaah administratif-farmasetik-klinis 2. Memastikan benar pasien, obat, dosis, rute, waktu
11	PKPO 6	Pemberian obat aman	1. PPA kompeten 2. Verifikasi double check high alert; 3. Pasien diberi informasi obat
12	PKPO 6.1	Penggunaan obat mandiri pasien dikendalikan	1. Penilaian obat dari luar RS 2. Edukasi penggunaan mandiri 3. Monitoring kepatuhan
13	PKPO 7	Pemantauan terapi obat kolaboratif	1. Monitoring efek & efek samping 2. Pelaporan efek samping obat
14	PKPO 7.1	Pencegahan medication error	1. Regulasi medication safety 2. Sistem pelaporan 3. Upaya pencegahan 4. Pelatihan staf
7. Komunikasi dan Edukasi (KE)			

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	KE 1	RS menyelenggarakan program edukasi pasien melalui PKRS terkoordinasi	1. Regulasi PKRS 2. Pembentukan tim PKRS 3. Program edukasi tahunan 4. Edukasi menggunakan media/metode yang ditetapkan
2	KE 2	Pasien & keluarga memperoleh informasi pelayanan dan aksesnya	1. Informasi layanan tersedia 2. Info alternatif pelayanan lain 3. Akses informasi tepat waktu tanpa diskriminasi 4. Bukti pemberian informasi
3	KE 3	Kebutuhan edukasi pasien dikaji sebelum edukasi	1. Pengkajian kemampuan & kemauan belajar dicatat 2. Hambatan edukasi dinilai 3. Hasil pengkajian dipakai merencanakan edukasi
4	KE 4	Edukasi proses asuhan sesuai bahasa & pemahaman pasien	1. Edukasi dengan bahasa dipahami 2. Penjelasan diagnosis-rencana-hasil terapi 3. Edukasi cuci tangan, obat, alat medis, nutrisi,

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			nyeri, rehabilitasi & perawatan rumah
5	KE 5	Metode edukasi disesuaikan nilai & preferensi pasien	1. Pemahaman pasien dipastikan 2. Edukasi terdokumentasi 3. Materi tersedia & diperbarui 4. Ormat mudah dipahami 5. Tersedia penerjemah
6	KE 6	Edukasi berkelanjutan melalui jejaring komunitas	1. Identifikasi sumber edukasi komunitas 2. Jejaring pelayanan 3. Informasi tindak lanjut ke FKTP 4. Bukti edukasi lanjutan
7	KE 7	PPA mampu memberikan komunikasi efektif	1. PPA dilatih komunikasi efektif 2. Edukasi diberikan kolaboratif kepada pasien & keluarga

3) Standar Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	SKP 1 – Identifikasi Pasien	Menjamin pasien menerima pelayanan yang tepat melalui identifikasi benar	2. Regulasi SKP 1–6 ditetapkan 3. Identifikasi minimal dua identitas

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Dilakukan pada tindakan, pemberian obat/darah, pemeriksaan diagnostik & penyajian makanan 5. Identifikasi khusus pada kondisi khusus dan pelabelan
2	SKP 2 – Komunikasi Efektif	Mengurangi kesalahan akibat komunikasi lisan/telepon, hasil kritis dan handover	1. Metode write-read-confirm & SBAR diterapkan 2. Pelaporan hasil kritis ≤30 menit 3. Handover standar antar PPA dan antar unit terdokumentasi
3	SKP 3 – Keamanan Obat High Alert & LASA	Mengurangi cedera akibat obat berisiko tinggi	1. Daftar obat high alert & LASA ditetapkan 2. Pengelolaan seragam seluruh RS 3. Evaluasi & pembaruan berkala
	SKP 3.1 – Elektrolit Konsentrat	Mencegah kesalahan penggunaan elektrolit konsentrat	1. Penyimpanan di farmasi kecuali kondisi klinis tertentu 2. Akses terbatas & pelabelan jelas;

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			protokol koreksi elektrolit
4	SKP 4 – Tepat Pasien, Prosedur, dan Sisi Operasi	Mencegah salah pasien/sisi/prosedur operasi	1. Verifikasi pra operasi 2. Site marking oleh operator; time-out sebelum tindakan 3. Sign-out setelah tindakan
5	SKP 5 – Pencegahan Infeksi (Hand Hygiene)	Menurunkan infeksi terkait pelayanan kesehatan	1. Penerapan hand hygiene standar WHO 2. Evaluasi dan perbaikan program
6	SKP 6 – Risiko Jatuh Rawat Jalan	Mengurangi cedera akibat jatuh di rawat jalan	1. Skrining risiko jatuh 2. Intervensi bila berisiko 3. Dokumentasi
	SKP 6.1 – Risiko Jatuh Rawat Inap	Mengurangi cedera akibat jatuh di rawat inap	1. Pengkajian awal & ulang risiko jatuh; 2. Ntervensi 3. Dokumentasi

4) Standar Kelompok Program Nasional

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
1	PROGNAS 1 – Peningkatan Kesehatan Ibu & Bayi (PONEK)	RS melaksanakan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif 24 jam	1. Regulasi ponek 24 jam 2. Tim ponek ditetapkan 3. Program kerja 4. Bukti pelaksanaan 5. Monitoring & evaluasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
	PROGNAS 1.1 – Pembinaan Jejaring Rujukan Ibu Bayi	RS membina fasilitas kesehatan jejaring rujukan	1. Program pembinaan jejaring 2. Pembinaan berkala 3. Evaluasi pembinaan
2	PROGNAS 2 – Penanggulangan Tuberkulosis	RS melaksanakan program TB promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif	1. Regulasi TB 2. Tim TB RS 3. Bukti promosi, surveilans & pencegahan 4. Laporan kegiatan
	PROGNAS 2.1 – Sarana Prasarana TB	RS menyediakan fasilitas pelayanan TB sesuai standar	1. Ruang rawat jalan TB sesuai PPI 2. Ruang rawat inap TB sesuai standar 3. Ruang sputum sesuai standar
	PROGNAS 2.2 – Pelayanan TB sesuai pedoman	RS melaksanakan tata laksana TB sesuai regulasi	1. Kepatuhan PPK TB 2. Ketersediaan OAT 3. Pelayanan TB MDR (bila rujukan) 4. Pencatatan & pelaporan
3	PROGNAS 3 – Penanggulangan HIV/AIDS	RS melaksanakan pelayanan rujukan HIV/AIDS komprehensif	1. Kebijakan HIV/AIDS 2. Fungsi rujukan 3. Layanan PITC/PMTCT 4. Pelayanan IO 5. Penyediaan ARV 6. Monitoring & evaluasi

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
4	PROGNAS 4 – Penurunan Stunting & Wasting	RS menjalankan program gizi untuk menurunkan stunting dan wasting	1. Kebijakan program gizi 2. Tim program 3. Sistem rujukan kasus gizi
	PROGNAS 4.1 - Pendampingan & Jejaring Gizi	RS membina jejaring layanan gizi	1. Pendampingan intervensi & pengelolaan gizi 2. Monitoring, evaluasi & pelaporan
5	PROGNAS 5 - Pelayanan KB Rumah Sakit	RS melaksanakan program keluarga berencana & kesehatan reproduksi	1. Kebijakan PKBRS 2. Tim PKBRS 3. Pelayanan KB pasca persalinan/keguguran 4. Monitoring & evaluasi
	PROGNAS 5.1 - Sumber Daya Pelayanan KB	RS menyediakan sarana dan konseling KB	1. Ketersediaan alat & obat kontrasepsi 2. Layanan konseling 3. Ruang pelayanan KB memadai
6	PROGNAS 6 - Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	RS melaksanakan program pengendalian resistansi antimikroba	1. Regulasi PPRA 2. Tim PPRA 3. Pelaksanaan program 4. Monitoring & evaluasi 5. Pelaporan berkala
	PROGNAS 6.1 - Penatagunaan Antimikroba (AMS/PGA)	RS menerapkan penggunaan antimikroba rasional	1. Implementasi stewardship 2. Panduan penggunaan antimikroba 3. Pengawasan penggunaan

No	Standar	Maksud & Tujuan (Ringkasan Substansi)	Elemen Penilaian (EP)
			4. Evaluasi indikator

3. Urgensi Pengaturan dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah di Indonesia dalam Perspektif Filosofis, Yuridis, Sosiologis, dan Politik Hukum

Urgensi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari perkembangan sistem kesehatan nasional, dinamika kebutuhan masyarakat, serta arah kebijakan hukum kesehatan yang terus mengalami transformasi. Sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan standar profesional kesehatan dengan prinsip-prinsip syariah, rumah sakit syariah menunjukkan perkembangan yang cukup signifikan baik dari aspek kelembagaan, pelayanan, maupun sertifikasinya. Di sisi lain, perkembangan tersebut belum sepenuhnya diikuti oleh pengaturan yang komprehensif dalam sistem hukum nasional. Oleh karena itu, untuk memperoleh gambaran yang utuh mengenai kebutuhan pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah, perlu dilakukan penelusuran terhadap berbagai landasan yang melatarbelakanginya, baik dari perspektif filosofis yang berkaitan dengan nilai dan tujuan penyelenggaraan kesehatan, perspektif sosiologis yang mencerminkan kebutuhan serta perkembangan masyarakat, perspektif yuridis yang berkaitan dengan konstruksi dan kecukupan regulasi yang berlaku, maupun perspektif politik hukum yang menunjukkan arah kebijakan negara dalam pembangunan sistem hukum kesehatan di Indonesia.

a. Landasan filosofis

Landasan filosofis dalam pembentukan peraturan perundang-undangan mencakup nilai-nilai dan prinsip-prinsip dasar yang menjadi pijakan bagi pembentukan hukum. Filsafat hukum berfungsi sebagai pedoman dalam menentukan tujuan dan arah dari peraturan perundang-undangan yang akan disusun. Beberapa aspek penting dari landasan filosofis ini meliputi:²³

²³ Lina Sinaulan, *Ilmu Perundang-Undangan: Teori, Filosofi, Dan Teknik Pembentukan Peraturan*, ed. Solikhan, Cet.Ke-1 (Kebumen: Global Teras Fana, 2025), 96.

- 1) Keadilan. Keadilan merupakan salah satu nilai fundamental yang harus diperhatikan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan. Hukum harus mencerminkan prinsip keadilan, baik dalam substansi maupun implementasinya. Dalam konteks ini, pembentuk undang-undang harus mempertimbangkan bagaimana norma-norma hukum dapat melindungi hak-hak individu dan kelompok, serta mewujudkan keseimbangan antara berbagai kepentingan yang ada dalam masyarakat.
- 2) Kemanusiaan. Landasan filosofis juga mencakup nilai-nilai kemanusiaan yang menegaskan pentingnya penghormatan terhadap martabat setiap manusia. Hukum harus berfungsi untuk melindungi hak asasi manusia dan mencegah terjadinya pelanggaran terhadap martabat manusia. Dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, penting untuk memastikan bahwa norma-norma yang dihasilkan tidak bersifat diskriminatif serta memberikan perlindungan yang setara kepada seluruh individu.
- 3) Kesejahteraan Sosial. Pembentukan peraturan perundang-undangan juga harus memperhatikan tujuan untuk mewujudkan kesejahteraan sosial. Hukum harus berfungsi meningkatkan kualitas hidup masyarakat dan menciptakan kondisi yang mendukung pembangunan sosial maupun ekonomi. Dalam konteks ini, pembentuk undang-undang perlu mempertimbangkan dampak kebijakan hukum terhadap kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

Berdasarkan ketentuan Pasal 28H UUD NRI Tahun 1945 menyatakan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selanjutnya memperhatikan ketentuan Pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, mengatur bahwa setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Dalam perspektif hak yang dimiliki masyarakat tersebut, menunjukkan kesesuaian dengan Deklarasi PBB Tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia yang mengatur bahwa hak dasar kesehatan merupakan hak asasi manusia. Dari ayat ini dapat dipahami bahwa sehat merupakan hak yang secara kodrati melekat dan tidak terpisahkan dari manusia, harus dilindungi, dihormati, ditegakkan demi peringatan martabat kemanusiaan,

kesejahteraan, kebahagiaan, kecerdasan serta keadilan. Dalam rangka memenuhi hak dasar tersebut, Negara wajib melakukan pembangunan kesehatan. Dalam perspektif hukum administrasi negara tanggung jawab ini dilaksanakan melalui tugas dan fungsi pemerintah dengan cara merealisasikan, mengurus, dan mengatur penyelenggaraan pembangunan di bidang kesehatan. Tugas mengatur tersebut tidak hanya dilakukan dengan membentuk Undang-Undang yang dilakukan oleh Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) dan Pemerintah Pusat tetapi juga melalui pembuatan regulasi oleh Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah itu sendiri, serta penegakan hukumnya (law enforcement).²⁴

Konstitusi menjamin adanya hak hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia. International Health Regulation (IHR) sebagai instrumen regulasi internasional yang mengikat bagi seluruh negara anggota World Health Organization (WHO), maupun bukan negara WHO. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral pembangunan nasional. Pembangunan nasional dapat terlaksana sesuai dengan cita bangsa jika diselenggarakan oleh sumber daya manusia yang cerdas dan sehat serta dukungan perencanaan kesehatan dan dukungan sumber daya yang memadai. Pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan harus mempunyai kontribusi positif terbentuknya lingkungan dan perilaku yang sehat. Mencermati hal tersebut, bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara. Untuk mencapai cita-cita tersebut, setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan, dalam arti bahwa pembangunan nasional

²⁴ Badan Legislasi Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, *Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Tentang Kesehatan*, 2023

harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat.²⁵

b. Landasan Yuridis

Landasan yuridis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk mengatasi permasalahan hukum atau mengisi kekosongan hukum dengan mempertimbangkan aturan yang telah ada, yang akan diubah, atau yang akan dicabut guna menjamin kepastian hukum dan rasa keadilan masyarakat. Landasan yuridis menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi atau materi yang diatur sehingga perlu dibentuk Peraturan Perundang-Undangan yang baru. Beberapa persoalan hukum itu, antara lain peraturan yang sudah ketinggalan, peraturan yang tidak harmonis atau tumpang tindih, jenis peraturan perundang-undangan yang lebih rendah dari Undang-Undang sehingga daya berlakunya lemah, peraturannya sudah ada tetapi tidak memadai, peraturannya memang sama sekali belum ada dan adanya beberapa Undang-Undang yang diajukan yudisial review oleh masyarakat sehingga substansi Undang-Undang tersebut harus disesuaikan dengan hasil putusan Mahkamah Konstitusi. Landasan yuridis akan digunakan sebagai dasar hukum dalam peraturan perundang-undangan yang akan disusun.

Landasan yuridis merupakan landasan hukum yang menjadi dasar kewenangan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan. Landasan ini berkaitan dengan ada atau tidaknya dasar hukum yang memberikan kewenangan kepada pejabat atau badan tertentu untuk membentuk peraturan perundang-undangan. Dasar hukum kewenangan tersebut sangat penting dalam proses pembentukan peraturan. Tanpa adanya dasar yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan, seorang pejabat atau suatu badan tidak memiliki kewenangan untuk mengeluarkan peraturan. Landasan yuridis ini dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:²⁶

²⁵ Badan Legislasi Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, *Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Tentang Kesehatan*, 2023

²⁶ M. Solly Lubis, *Ilmu Pengetahuan Perundang-Undangan* (Bandung: Mandar Maju, 2009), 19.

- 1) Landasan yuridis formil, yaitu landasan yuridis yang memberikan kewenangan kepada instansi tertentu. Sebagai contoh, Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 menjadi landasan yuridis secara formil bagi Presiden untuk mengajukan Rancangan Undang-Undang (RUU).
- 2) Landasan yuridis materiil, yaitu landasan yuridis yang berkaitan dengan isi atau materi yang diatur, yakni dasar hukum untuk mengatur hal-hal tertentu. Misalnya, Pasal 18 Undang-Undang Dasar 1945 menjadi landasan yuridis secara materiil dalam pembentukan undang-undang organik mengenai Pemerintahan Daerah.

c. Landasan Sosiologis

Landasan sosiologis dalam pembentukan peraturan perundang-undangan mencakup pemahaman mengenai kondisi sosial, budaya, dan ekonomi tempat hukum akan diberlakukan. Landasan ini penting untuk memastikan bahwa norma-norma hukum yang dibentuk relevan dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Beberapa aspek penting dari landasan sosiologis ini meliputi: Pertama, pemahaman tentang Masyarakat. Pembentuk undang-undang harus memiliki pemahaman yang komprehensif mengenai masyarakat yang akan dipengaruhi oleh norma-norma hukum. Hal ini mencakup pemahaman terhadap nilai-nilai, norma-norma, dan kebiasaan yang hidup dalam masyarakat. Dengan memahami konteks sosial tersebut, pembentuk undang-undang dapat merumuskan norma-norma yang lebih sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat. Kedua, dampak sosial hukum. Penting untuk mempertimbangkan dampak sosial dari norma-norma hukum yang dirancang. Pembentuk undang-undang harus menganalisis bagaimana norma-norma tersebut memengaruhi kehidupan masyarakat, termasuk kemungkinan dampak positif maupun negatif. Dengan demikian, peraturan perundang-undangan yang dihasilkan dapat berkontribusi terhadap pembangunan sosial yang berkelanjutan. Ketiga, partisipasi Masyarakat. Landasan sosiologis juga mencakup pentingnya keterlibatan masyarakat dalam proses pembentukan undang-undang. Masyarakat perlu diberikan ruang untuk berpartisipasi dalam proses legislasi sehingga dapat menyampaikan aspirasi dan kebutuhannya. Keterlibatan masyarakat

dapat meningkatkan legitimasi hukum serta memastikan bahwa norma-norma yang dibentuk mencerminkan kepentingan masyarakat.²⁷

Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan sebagai perwujudan hak asasi manusia Indonesia dalam kondisi sehat secara fisik mental dan spiritual secara menyeluruh tanpa penyakit sebagai bukti derajat kesehatan nasional, diperlukan pembangunan kesehatan yang mumpuni secara paripurna yang berdasarkan kepada Ketuhanan yang Maha Esa, pemberdayaan dan kemandirian bagi setiap orang dan masyarakat secara adil dan merata dengan upaya kesehatan pengutamaan manfaat, pencegahan penyakit dan pemeliharaan peningkatan kesehatan. Namun, tantangan pembangunan kesehatan nasional Indonesia dihadapi Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam upaya peningkatan penyelenggaraan kesehatan.

Mengantisipasi hal tersebut, dilakukan transformasi kesehatan yang dituangkan dalam 6 (enam) pilar. Pertama, transformasi layanan kesehatan primer yang fokus pada peningkatan akses masyarakat ke sistem kesehatan dasar (basic healthcare system). Puskesmas dan klinik di seluruh pelosok negeri harus dibantu untuk meningkatkan pelayanan promotif dan preventifnya. Kedua, transformasi layanan rujukan untuk memudahkan akses masyarakat ke layanan kesehatan sekunder, di mana konsentrasi pembangunan rumah sakit harus dilakukan pemerataan tidak hanya terkonsentrasi di kota besar. Masyarakat yang sakit harus mendapatkan layanan kesehatan yang mudah diakses dengan kualitas yang baik tanpa harus antri lama atau pergi berobat ke luar negeri. Saat ini terdapat indikasi banyak masyarakat berobat ke luar negeri, sehingga perlu direspons dengan penguatan wisata Kesehatan (health tourism/medical tourism) sehingga kualitas fasilitas pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan sehingga mampu bersaing dengan fasilitas pelayanan kesehatan mancanegara.

Ketiga, transformasi ketahanan kesehatan. Indonesia sebagai negara yang dikaruniai sumber daya alam yang melimpah dan di sisi lain sering mengalami bencana yang menimbulkan korban yang cukup banyak. Oleh karenanya harus membangun sistem ketahanan kesehatan agar selalu siap siaga dan mampu

²⁷ Sinaulan, *Ilmu Perundang-Undangan: Teori, Filosofi, Dan Teknik Pembentukan Peraturan*, 98–99.

merespons bencana alam maupun nonalam (termasuk wabah) dengan cepat. Keempat, transformasi pembiayaan Kesehatan dengan mewujudkan pembiayaan yang berkesinambungan, masuk akal, dan mendukung pemberian layanan yang adil dan merata, serta dalam skala yang bisa ditanggung secara berkesinambungan oleh negara. Kelima, transformasi sumber daya manusia Kesehatan yang dilakukan dengan meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan standar WHO dan rata-rata Asia Tenggara, dengan mempercepat tenaga kesehatan menyelesaikan pendidikannya dan ditempatkan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Keenam, transformasi teknologi Kesehatan di mana dalam konteks pengambilan kebijakan perlu dilakukan peningkatan kualitas yang dilakukan melalui proses pengambilan kebijakan yang berbasis data. Selain itu, dalam konteks pelayanan kesehatan, akses masyarakat terhadap layanan telemedicine harus ditingkatkan, termasuk peningkatan kedokteran presisi (precision medicine) yang masih tertinggal jauh dari negara lain. Transformasi di bidang Kesehatan hanya dapat diwujudkan apabila didukung oleh peraturan perundang-undangan yang relevan dari level Undang-Undang sampai dengan peraturan pelaksanaannya. Dengan demikian, pengaturan di bidang Kesehatan yang tersebar di berbagai Undang-Undang perlu dilakukan simplifikasi dan unifikasi sehingga dapat mendukung transformasi Kesehatan dengan optimal.²⁸

Selain itu, terdapat beberapa permasalahan yang muncul di masyarakat dalam hal di bidang kesehatan. Pertama, kondisi pandemi COVID-19 memberikan tekanan kepada seluruh tatanan masyarakat dan menambahkan beban tambahan dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan masyarakat. Kedua, munculnya penyakit infeksi baru pada manusia yang disebabkan oleh interaksi antara manusia dan lingkungan Indonesia termasuk hewan (zoonosis) diperparah dengan terbukanya transportasi dalam negeri maupun antar negara dengan jumlah penduduk yang besar dan wilayah geografis yang luas. Ketiga, Undang-Undang terkait kesehatan yang eksisting pada saat ini yang mencakup beberapa Undang-Undang di bidang kesehatan, substansi di dalamnya tumpang tindih dan substansi

²⁸ Badan Legislasi Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, *Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Tentang Kesehatan*, 2023

yang berdampak pada menghalangi transformasi sistem kesehatan Indonesia. Berbagai gambaran sosiologis tersebut mencerminkan bahwa Negara masih dihadapkan pada berbagai tantangan dalam upaya peningkatan Kesehatan sehingga perlu langkah atau kebijakan yang sistematis dan komprehensif guna tercapainya tujuan pembangunan Kesehatan nasional.

d. Landasan Politik Hukum

Politik hukum merupakan kebijakan dari negara melalui badan badan negara yang berwenang untuk menetapkan peraturan peraturan yang dikendaki, yang diperkirakan akan digunakan untuk mengekspresikan apa yang terkandung dalam masyarakat dan untuk mencapai apa yang dicita citakan. Hal ini secara substantif sejalan dengan pendapat Satjipto Raharjo, yang jelaskan politik hukum sebagai kegiatan memilih dan metode yang hendak dipakai untuk mencapai suatu tujuan sosial dan hukum tertentu dalam masyarakat.²⁹

Politik hukum di bidang kesehatan pada dasarnya memperlihatkan bagaimana negara memosisikan kesehatan sebagai bagian dari agenda pembangunan nasional. Dalam konteks Indonesia, politik hukum kesehatan cenderung diarahkan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar, pemerataan akses layanan, pengendalian penyakit, peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, serta memastikan tersedianya layanan kesehatan yang bersifat universal melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional. Konfigurasi ini menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan nasional masih bersifat umum, universal, dan ditujukan bagi seluruh warga negara tanpa pembedaan berdasarkan karakteristik pelayanan tertentu. Dalam kerangka tersebut, rumah sakit syariah belum tampak sebagai isu yang memperoleh pengaturan khusus dalam konfigurasi politik hukum kesehatan nasional. Kondisi ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah masih memerlukan justifikasi yang lebih kuat agar dapat diakui sebagai variasi pelayanan kesehatan yang sah dalam sistem hukum nasional.

Untuk melihat arah politik hukum terhadap rumah sakit syariah, dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) menjadi salah satu

²⁹ Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2012), 352.

rujukan penting untuk membaca prioritas pembangunan kesehatan nasional. Melalui dokumen RPJMN ini dapat diketahui bahwa negara menempatkan kesehatan sebagai bagian dari agenda pembangunan yang berorientasi pada pemerataan akses, peningkatan kualitas layanan, penguatan jaminan kesehatan, serta tata kelola kesehatan yang berkelanjutan. Untuk melihat posisi rumah sakit syariah dalam kerangka tersebut, berikut disajikan ringkasan program-program dan arah kebijakan kesehatan nasional dalam RPJMN.

Gambar 4.2

8 Program Prioritas Nasional³⁰



³⁰ Prioritas Nasional adalah struktur pokok seluruh rencana pembangunan RPJMN Tahun 2025-2029, Untuk pencapaian sarasannya, setiap Prioritas Nasional diterjemahkan dalam Program Prioritas, Kegiatan Prioritas, dan Proyek Prioritas yang memiliki sasaran yang terukur untuk memudahkan pelaksanaannya di Kementerian/Lembaga, Pemerintah Daerah, dan Badan Usaha (BUMN, Swasta).

Program Prioritas Nasional dalam RPJMN 2025-2029 menunjukkan bahwa sektor kesehatan termasuk di dalam prioritas nasional nomor 4. Lebih lanjut, arah kebijakan kesehatan dalam RPJMN kemudian dijabarkan secara lebih operasional melalui sejumlah Program Prioritas (PP), Kegiatan Prioritas (KP), dan Proyek Prioritas (ProP/Pro-PN) di bidang kesehatan

4. Kontribusi Hukum Islam terhadap Pengembangan Sistem Hukum Rumah Sakit

a. Standar Syariah bagi Penyelenggaraan Rumah Sakit Syariah

Penyelenggaraan rumah sakit syariah memerlukan adanya sistem standarisasi yang jelas. Tujuan dari standarisasi adalah untuk membentuk kerangka kerja yang jelas serta transparan yang dapat diikuti oleh seluruh pihak dalam industri syariah agar produk dan layanan selaras dengan prinsip-prinsip syariah, serta kebutuhan pasar.³¹ Standar syariah untuk rumah sakit syariah dibuat sebagai kerangka aturan yang mengatur seluruh proses penyelenggaraan layanan kesehatan, baik dalam hal pengelolaan manajemen maupun dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien. Ruang lingkup standarisasi mencakup berbagai aspek strategis, diantaranya pengelolaan lembaga, sumber daya manusia, sistem pelayanan medis dan nonmedis, serta mekanisme supervisi dan penjaminan kepatuhan terhadap syariah. Untuk memudahkan pemahaman mengenai cakupan dan struktur standar syariah dalam rumah sakit syariah secara sistematis dan menyeluruh, maka ruang lingkup standarisasi tersebut disajikan dalam bentuk tabel.

Tabel 4.8
Standar dan Elemen Penilaian Rumah Sakit Syariah³²

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
1	Standar Syariah Akses ke Rumah Sakit dan	1	Adanya regulasi untuk penerimaan yang memuat nilai-nilai Islam

³¹ Achmad Shobirin Hasbulloh, Muhammad Syarif Dibaj, and Amelia Rahmaniah, "Standarisasi Produk Keuangan Syariah Tingkat Nasional Dan Internasional," *JOURNAL OF ISLAMIC AND LAW STUDIES* 9, no. 1 (2025): 127, <https://jurnal.uin-antasari.ac.id/index.php/jils/article/view/18061>.

³² MUKISI, *Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441* (Jakarta: MUKISI, 2019).

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
	Kontinuitas Pelayanan (SSARK) 8 Elemen Penilaian	2	Adanya Proses kesinambungan dan koordinasi asuhan spiritual
		3	Prosedur Persiapan pemulangan,
		4	Prosedur pemulangan pasien dan tindaklanjut
		5	Pasien pulang dibekali buku bimbingan Keislaman.
		6	Rumah Sakit menetapkan regulasi proses transfer pasien yang dilakukan secara Syariah.
		7	Rumah sakit menyediakan pelayanan transportasi sesuai kaidah Syariah.
		8	Ada bukti pelayanan transportasi syariah.
2	Standar Syariah Asesmen Pasien (SSAP) 11 Elemen Penilaian	1	RS memiliki regulasi tentang asesmen spiritual IGD/rawat jalan dan rawat inap
		2	Prosedur asesmen tambahan spiritual IGD/rawat jalan dan rawat inap
		3	Prosedur asesmen ulang spiritual IGD/rawat jalan dan rawat inap
		4	Ada bukti pelaksanaan asesmen pasien IGD dan rawat jalan
		5	Ada bukti pelaksanaan asesmen spiritual pasien rawat inap
		6	Penjagaan aurat pasien saat pengambilan spesimen darah di laboratorium.
		7	Pengambilan spesimen sperma di laboratorium secara syariah.
		8	Memasukkan mutu standar pelayanan minimal tentang membaca Basmalah

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		9	Menjaga aurat pasien saat pemeriksaan radiologi.
		10	Pemeriksaan radiologi tertentu (seperti HSG, USG Transvaginal, Ureterografi, Cystografi, dan lain-lain) diupayakan sesuai dengan gender.
		11	Memasukan mutu standar pelayanan minimal tentang membaca Basmalah saat memulai tindakan dan Hamdalah setelah selesai tindakan.
3	Standar Syariah Pelayanan Asuhan Pasien (SSPAP) 28 Elemen Penilaian	1	Ada regulasi yang mengatur pelayanan syariah pasien risiko tinggi.
		2	Bukti pelaksanaan Pendampingan spiritual pasien HD, HIV, Kanker stadium lanjut.
		3	Kebijakan dan Prosedur edukasi pelayanan ruhani klinik pasien TB
		4	Ada bukti pendampingan psikospiritual pada pasien TB
		5	Pendampingan spiritual bagi pasien koma
		6	Rumah sakit menerapkan pengadaan bahan makanan dan minuman sesuai dengan konsep syariah
		7	Produk kemasan yang digunakan tersertifikasi halal.
		8	Penyimpanan, pengolahan dan pendistribusian makanan dan minuman dilakukan sesuai syariah
		9	Bukti sertifikat halal MUI.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		10	Rumah sakit melakukan penjagaan pada aurat pasien, ikhtilath dan khalwat.
		11	Ibu menyusui dijamin penjagaan auratnya selama menyusui.
		12	Busana pasien diupayakan menutup aurat selama perawatan di rumah sakit.
		13	Pemeriksaan dan tindakan terhadap pasien diupayakan sesuai jenis kelamin.
		14	Pemasangan kateter urin sesuai dengan jenis kelamin.
		15	Pemeriksaan pasien diupayakan untuk menghindari terjadinya ikhtilath.
		16	Rumah sakit menerapkan pelayanan anestesi dan bedah sesuai kaidah Syariah.
		17	Pasien operasi dijamin penjagaan auratnya selama di ruang operasi.
		18	Staf mengingatkan/membimbing shalat kepada pasien sebelum operasi.
		19	Staf dan pasien berdoa sebelum operasi sebagai wujud ikhtiar dan tawakal kepada Allah SWT.
		20	Penjadwalan operasi tidak melewati waktu salat fardlu, sehingga tidak perlu menjama' shalat, kecuali emergency.
		21	Rumah sakit menyediakan pelayanan penatalaksanaan nyeri secara syariah
		22	Rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal sesuai kaidah syariah.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		23	Ibu hamil diberikan edukasi tentang fiqih ibu hamil dan didokumentasikan dalam rekam medis.
		24	Ibu melahirkan diberikan edukasi tentang fiqih melahirkan dan didokumentasikan dalam rekam medis.
		25	Ibu menyusui diberikan edukasi tentang fiqih menyusui, termasuk bukan anak kandung.
		26	Staf memberikan edukasi tentang fiqih keluarga berencana kepada melahirkan.
		27	Rumah sakit memberikan pelayanan kontrasepsi sebagai salah satu pelayanan reproduksi yang Islami.
		28	Pasien diberikan informasi terkait dengan pelayanan kontrasepsi dan pelayanan fertilitas sesuai dengan kaidah syariah.
4	Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO) 11 Elemen Penilaian	1	Ada regulasi yang menyebutkan komitmen rumah sakit menyediakan obat-obat yang tidak mengandung bahan yang diharamkan.
		2	Ada bukti rumah sakit telah melakukan pengkajian kehalalal-haraman obat yang tersedia.
		3	Ada alasan penggunaan obat dengan kandungan bahan yang diharamkan yang digunakan di rumah sakit.
		4	Bukti rapat koordinasi KFT (Komite Farmasi Terapi) dan Komite Syariah, ada rekomendasi dari Komite Syariah.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		5	Informed consent syariah, dalam penggunaan obat dengan kandungan bahan yang diharamkan.
		6	Rumah sakit menetapkan pada dokumen apa saja dicantumkan pesan-pesan agama.
		7	Ada bukti termuatnya pesan-pesan agama pada dokumen yang ditetapkan.
		8	Ada regulasi yang mengatur tentang pemberian obat, edukasi, dan konseling yang memuat pesan-pesan agama.
		9	Ada bukti pelaksanaan pemberian obat dengan pesan-pesan agama.
		10	Ada bukti pelaksanaan edukasi obat dengan pesan-pesan agama.
		11	Ada bukti pelaksanaan Konseling dengan pesan-pesan agama.
5	Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK) 13 Elemen Penilaian	1	Ada regulasi tentang bimbingan rohani Islam kepada pasien sesuai dengan kondisi spiritual yang dihadapi pasien
		2	Ada bukti pelaksanaan bimbingan rohani Islam kepada pasien
		3	Ada regulasi bahwa rumah sakit menyediakan pelayanan pendampingan rohani pada pasien dengan permintaan khusus.
		4	Ada bukti pelaksanaan pendampingan rohani pada pasien dengan permintaan khusus.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		5	Ada regulasi bahwa Rumah sakit menyediakan pelayanan ruqyah syar'iyah pada kasus yang dinilai membutuhkan.
		6	Ada bukti pelaksanaan pelayanan ruqyah syar'iyah (Apabila ada kasus yang membutuhkan hal itu).
		7	Ada regulasi bahwa Rumah sakit menyediakan pelayanan pada akhir kehidupan secara Syariah.
		8	Ada bukti pelaksanaan pelayanan talqin pada pasien sakaratul maut.
		9	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan sakaratul maut.
		10	Ada regulasi bahwa Rumah sakit menyediakan pelayanan jenazah secara syariah.
		11	Ada bukti pelaksanaan pelayanan jenazah secara syariah.
		12	Ada regulasi bahwa Rumah Sakit menyediakan layanan pengawetan jenazah.
		13	Ada bukti pelaksanaan layanan pengawetan jenazah.
6	Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE) 13 Elemen Penilaian	1	Ada regulasi tentang pendidikan pasien dan keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan pasien
		2	Materi edukasi peran serta keluarga dalam proses penyembuhan pasien
		3	Implementasi edukasi terhadap keluarga pasien

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		4	Rumah sakit menyediakan dan mengelola perpustakaan yang memuat literatur Islam; tafsir Al-Quran, Hadist-Hadits, fiqh orang sakit, dan fatwa MUI terkait kesehatan.
		5	Rumah sakit menyediakan bacaan Islami untuk pasien dan keluarga.
		6	Prosedur peminjaman buku perpustakaan oleh petugas rumah sakit, peneliti, pendidik, mahasiswa, pasien, dan keluarga.
		7	Rumah sakit menjalankan penyelesaian keluhan, konflik atau perbedaan pendapat secara syariah.
		8	Implementasi penyelesaian komplain secara syariah
		9	Rumah sakit menjalankan pendidikan dan pelatihan menggunakan komunikasi sesuai kaidah syariah kepada pasien dan keluarganya
		10	Pelaksanaan komunikasi kepada pasien dan keluarganya.
		11	Rumah sakit menjalankan program edukasi keislaman untuk pengunjung dan masyarakat
		12	Materi edukasi keislaman untuk pengunjung dan masyarakat
		13	Pelaksanaan edukasi keislaman untuk pengunjung dan masyarakat
7	Standar Syariah Manajemen	1	Perizinan Badan Hukum pemilik rumah sakit

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
	Organisasi (SSMO) 32 Elemen Penilaian	2	Struktur organisasi dan tata kelola (SOTK) pemilik
		3	Pembiayaan dari sumber yang tidak bertentangan dengan syariah
		4	Pembiayaan Pemilik dari sumber yang tidak bertentangan dengan syariah
		5	Pemilik menetapkan DPS, dan mereka yang bertanggung jawab di dalamnya diidentifikasi dengan jabatan atau nama.
		6	Struktur organisasi DPS dan tata kelolanya diuraikan dalam dokumen tertulis.
		7	DPS menyusun program kerja dan melakukan evaluasi serta tindaklanjutnya.
		8	Implementasi Program Kerja DPS
		9	DPS membuat laporan ke Pemilik
		10	Bukti tindak lanjut dari rumah sakit atas temuan DPS
		11	Corporate by laws memuat ketentuan pelayanan dan manajemen dilaksanakan secara Syariah.
		12	Mereka yang memegang jabatan sebagai direksi rumah sakit seluruhnya beragama Islam.
		13	Komitmen pengelolaan rumah sakit sesuai prinsip syariah dilaksanakan oleh Pengelola rumah sakit.
		14	Pemilik menetapkan visi dan misi rumah sakit yang di dalamnya memuat Islam secara eksplisit.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		15	Pengelola menetapkan Komite Syariah, dan mereka yang bertanggung jawab di dalamnya diidentifikasi dengan jabatan atau nama
		16	Struktur organisasi Komite Syariah dan tata kelolanya diuraikan dalam dokumen tertulis
		17	Komite Syariah menyusun program kerja dan melakukan evaluasi serta tindaklanjutnya
		18	Komite Syariah terlibat dalam memberikan rekomendasi terhadap setiap regulasi di Rumah Sakit
		19	Pengelola menetapkan bidang kerohanian, dan mereka yang bertanggung jawab di dalamnya, diidentifikasi dengan jabatan atau nama.
		20	Struktur organisasi bidang kerohanian dan tata kelolanya diuraikan dalam dokumen tertulis.
		21	Bidang kerohanian menyusun program kerja dan melakukan evaluasi serta tindaklanjutnya.
		22	Pengelola menetapkan lembaga ketakmuran masjid/mushala, dan mereka yang bertanggung jawab di dalamnya diidentifikasi dengan jabatan atau nama.
		23	Struktur organisasi lembaga ketakmuran dan tata kelolanya diuraikan dalam dokumen tertulis.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		24	Lembaga ketakmiran masjid/mushala menyusun program kerja dan melakukan evaluasi serta tindaklanjutnya.
		25	Pimpinan rumah sakit menetapkan dan mensosialisakan kebijakan pemberlakuan etika rumah sakit syariah
		26	Etika rumah sakit syariah diimplementasikan dalam bentuk program kerja rumah sakit, beserta evaluasi dan tindaklanjutnya
		27	Rumah sakit memiliki kebijakan akad syariah
		28	Akad antara rumah sakit dengan Sumber Daya Insani rumah sakit
		29	Akad antara rumah sakit dengan pasien
		30	Akad antara rumah sakit dengan pemasok alat kesehatan dan alat laboratorium
		31	Akad antara rumah sakit dengan pemasok obat dan logistik
		32	Akad antara rumah sakit dengan lembaga keuangan, asuransi, pendidikan, sosial
8	Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM) 10 Elemen Penilaian	1	Pelaksanaan edukasi keislaman untuk pengunjung dan masyarakat
		2	RS memiliki Regulasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai prinsip syariah dalam hal pemeliharaan aqidah, ibadah, akhlak dan muamalah.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		3	Rumah sakit memberlakukan Indikator Mutu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Syariah.
		4	Rumah sakit memberlakukan Indikator Mutu Wajib Syariah
		5	Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan indikator mutu syariah
		6	Rumah sakit memiliki regulasi tentang jenis dan sistem pelaporan IKPS yang meliputi poin a sampai dengan c dalam maksud dan tujuan.
		7	Rumah sakit menindaklanjuti laporan IKPS dengan analisa yang sesuai dengan grading IKPS.
		8	Rumah sakit melakukan proses design dan redesign berdasarkan rekomendasi dari analisa IKPS sampai tercapai perbaikan yang efektif.
		9	Rumah sakit memiliki program manajemen risiko yang meliputi aqidah, ibadah, akhlak dan muamalah
9	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI) 26 Elemen Penilaian	10	Rumah sakit melakukan kajian program islamisasi sesuai prioritas risiko dengan metode FMEA minimal 1x/tahun.
		1	Proses rekrutmen staf bersesuaian dengan perencanaan dan pola ketenagaan
		2	Seleksi penerimaan staf diselenggarakan sesuai prinsip syariah.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		3	Penempatan staf harus memperhatikan kompetensi dan sesuai prinsip syariah.
		4	Rumah sakit bekerja sama dengan Institusi Pendidikan Islam dalam perekrutan
		5	Rumah sakit menyelenggarakan orientasi umum dan khusus.
		6	Orientasi umum dan khusus yang diikuti oleh seluruh staf memuat materi tentang nilai-nilai Islam dan implementasinya dalam pelayanan di rumah sakit.
		7	Orientasi umum dan khusus diimplementasikan dengan diikuti seluruh sumber daya insani, dievaluasi dan ditindaklanjuti
		8	Proses pengembangan kompetensi staf dikelola sesuai dengan prinsip syariah.
		9	Proses Kredensial dan Re-kredensial sesuai prinsip syariah.
		10	Proses pengelolaan jenjang karir staf dikelola sesuai dengan prinsip syariah.
		11	Rumah sakit menyelenggarakan aktivitas penerapan nilai-nilai Islam bagi staf meliputi kegiatan Tahsin Shalat, Tahsin Al-Quran dan kegiatan kajian keIslaman lain.
		12	Rumah Sakit memiliki sistem penilaian kinerja pegawai (key performance indicator) yang memuat penilaian dalam aktivitas penerapan nilai-nilai Islam bagi

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
			staf (mutu wajib, SPM, ibadah shalat dan membaca Al-Quran).
		13	Proses penilaian kinerja staf dikelola sesuai prinsip syariah.
		14	Sistem imbalan dan sanksi dikelola sesuai dengan prinsip syariah.
		15	Kode etik dokter rumah sakit syariah diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit menjadi pedoman etik dalam pelayanan dokter di rumah sakit.
		16	Kode etik dokter rumah sakit syariah diimplementasikan dalam pelayanan kedokteran di rumah sakit.
		17	Pedoman perilaku perawat rumah sakit syariah diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit menjadi pedoman etik dalam pelayanan keperawatan.
		18	Pedoman perilaku perawat rumah sakit syariah diimplementasikan dalam pelayanan kedokteran di rumah sakit.
		19	RS menyelenggarakan budaya rumah sakit Islami.
		20	Implementasi budaya rumah sakit Islami.
		21	Staf rumah sakit memiliki kompetensi dalam hal fikih pasien.
		22	Prosedur pelayanan syariah di rumah sakit didukung oleh staf yang kompeten dalam hal fikih pasien.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		23	Sertifikat kompetensi dalam hal fikih pasien.
		24	Ada kebijakan tentang pelatihan (training) staf.
		25	Rumah sakit menjalankan program pelatihan (training) yang bersifat wajib untuk seluruh staf.
		26	Materi mandatory training Pengenalan <i>Maqāṣid asy-syarī'ah</i> , Bimbingan salat bagi pasien, Bimbingan do'a pre operasi, Bimbingan Taharah Bimbingan talqin, Bimbingan hijab pasien, Bimbingan fikih darah wanita, Komunikasi Islami.
10	Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF) 15 Elemen Penilaian	1	Rumah sakit menerapkan standarisasi fasilitas sesuai kaidah syariah
		2	Rumah sakit melakukan analisis kebutuhan fasilitas ibadah pasien
		3	Rumah sakit menerapkan standarisasi ruang perawatan sesuai kaidah syariah
		4	Rumah sakit menyediakan sarana ibadah yang memadai
		5	Rumah Sakit menerapkan sanitasi sesuai prinsip syariah meliputi (a) sampai dengan (e)
		6	Pengelolaan laundry menggunakan Sistem Jaminan Halal Laundry

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		7	Rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pengelolaan sanitasi secara
		8	Rumah sakit melakukan pengelolaan sampah sisa jaringan tubuh manusia secara syariah.
		9	Pemenuhan fasilitas pengelolaan sampah, darah / cairan tubuh sisa jaringan dan organ secara syariah.
		10	Monitoring dan evaluasi pengelolaan sampah, darah / cairan tubuh sisa jaringan dan organ secara syariah.
		11	Rumah sakit melakukan pengadaan dan pengelolaan sumber air suci dan mensucikan.
		12	Uji coba kesucian air.
		13	Prosedur Cuci Tangan diawali dengan Basmalah dan diakhiri dengan Hamdalah.
		14	Chemical untuk cuci tangan telah bersertifikat halal.
		15	Keterlibatan seluruh staf dalam mendukung terlaksananya prosedur cuci tangan
11	Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP) 11 Elemen Penilaian	1	Rumah Sakit memiliki Kebijakan, yang mengatur tentang pemasaran rumah sakit sesuai prinsip syariah yang memuat point (a) s.d. (d).
		2	Rumah sakit menyelenggarakan pemasaran sesuai prinsip syariah.
		3	Rumah sakit memiliki produk/jasa layanan sesuai prinsip syariah.

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		4	Rumah Sakit melakukan kerjasama pelayanan kesehatan dengan pihak lain menggunakan akad
		5	Rumah sakit memiliki kebijakan tentang promosi sesuai prinsip syariah.
		6	Rumah Sakit memiliki program promosi sesuai prinsip syariah.
		7	Media Promosi layanan rumah sakit tidak bertentangan dengan prinsip syariah
		8	Pengelolaan media promosi sesuai kaidah syariah.
		9	Ada kebijakan Rumah Sakit tentang pengelolaan HSR sesuai dengan prinsip syariah.
		10	Rumah Sakit memiliki program tentang HSR sesuai dengan prinsip syariah.
		11	Monitoring, evaluasi, dan pelaporan kegiatan HSR.
12	Standar Syariah Manajemen Akuntansi Dan Keuangan (SSMAK) 23 Elemen Penilaian	1	Tata kelola akuntansi dan keuangan syariah diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit, yang berisi tentang tata cara pengelolaan dan pengakuan pendapatan, pengelolaan pada huruf (a) sampai (g) sesuai kaidah syariah.
		2	Rumah sakit bekerjasama dengan lembaga keuangan syariah.
		3	Rumah sakit memiliki regulasi tentang perencanaan dan penganggaran yang mempertimbangkan unsur (a) sampai (g).

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
		4	Adanya unit atau tim khusus yang menyusun Rencana Kerja Anggaran.
		5	Rumah Sakit memiliki Rencana Kerja Anggaran yang memuat alokasi dana untuk dakwah
		6	Rumah sakit memiliki regulasi tentang pentarifan yang mempertimbangkan unsur a-d
		7	Adanya unit atau tim khusus yang menangani pentarifan.
		8	Implementasi penyusunan tarif di rumah sakit.
		9	Rumah sakit melayani pasien yang tidak mampu membayar dan menjalankan prosedur terkait keuangan terhadap pasien tersebut.
		10	Rumah sakit menangani dan mengelola administrasi atas kewajiban pasien yang tidak mampu bayar
		11	Rumah sakit menghapuskan kewajiban pasien yang tidak mampu membayar.
		12	Pedoman akuntansi dan keuangan menyebutkan penggunaan Laporan keuangan didasarkan pada standar laporan keuangan yang sesuai dengan bentuk organisasi (entitas) rumah sakit.
		13	Pedoman akuntansi dan keuangan menyebutkan penggunaan sebagian

No	Nama Standar	Elemen Penilaian	
			Laporan keuangan berdasar pada PSAK 101.
		14	Rumah Sakit melakukan pengelolaan terhadap dana kebajikan sesuai prinsip syariah
		15	Rumah sakit memiliki kebijakan pengendalian dan pengawasan keuangan sesuai prinsip syariah.
		16	Keterlibatan Dewan Pengawas Syariah dalam pemeriksaan laporan keuangan dan akad sesuai prinsip syariah
		17	Rumah sakit dan atau staf melakukan pembayaran ZIS.
		18	Izin lembaga ZIS milik rumah sakit atau MoU antara rumah sakit dengan lembaga ZIS yang resmi.
		19	Bukti pembayaran ZIS rumah sakit dan atau staf.
		20	Bukti penerimaan zakat dari mustahiq (bila disalurkan oleh rumah sakit).
		21	Laporan penyaluran ZIS
		22	Rumah sakit melakukan pendokumentasian penerimaan dan penyaluran dana wakaf.
		23	Rumah sakit melakukan pendokumentasian penerimaan dan penyaluran dana hibah.

Berdasarkan informasi yang terdapat dalam tabel tersebut, terlihat bahwa standar syariah untuk pengelolaan rumah sakit syariah dirancang secara menyeluruh dan mencakup seluruh aspek utama dalam penyelenggaraan layanan

kesehatan. Standarisasi ini tidak hanya menekankan pada pelayanan klinis terhadap pasien, tetapi juga mencakup berbagai aspek seperti tata kelola organisasi, pengelolaan sumber daya manusia, pengelolaan fasilitas, sistem mutu, serta aspek keuangan dan pemasaran. Semua hal tersebut diatur berdasarkan prinsip-prinsip syariah. Setiap standar diuraikan menjadi elemen-elemen penilaian yang dapat diterapkan, sehingga memungkinkan penilaian kepatuhan syariah dilakukan secara objektif dan terorganisasi.

Dengan ruang lingkup dan struktur seperti itu, standar syariah untuk rumah sakit syariah tidak dapat dipandang sebagai bagian administratif tambahan, melainkan sebagai kerangka normatif dan operasional yang memandu seluruh kegiatan rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa memenuhi standar syariah memerlukan komitmen yang kuat dari seluruh institusi, mulai dari para pemimpin hingga staf pelaksana layanan, serta diperlukan sistem pengawasan dan evaluasi yang terus-menerus agar nilai-nilai syariah dapat diterapkan secara nyata dalam setiap aktivitas pelayanan kesehatan sehari-hari.

b. Perkembangan Standar Rumah Sakit Syariah

Akreditasi rumah sakit syariah didasarkan pada konsep yang dibuat oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2012. Standar ini terdiri dari dua kelompok standar, yaitu standar manajemen rumah sakit dan standar pelayanan yang berfokus pada pasien. Proses penyusunan Standar Akreditasi Rumah Sakit Syariah terdiri dari 15 (lima belas) bab atau standar. Setiap standar akreditasi rumah sakit syariah terdiri dari lima bab yang memberikan penjelasan tentang *maqāsid asy-syarī'ah*, dan masing-masing bab dibagi menjadi dua kelompok standar: kelompok standar dan kelompok standar. Elemen penilaian ini digunakan dalam metodologi penilaian akreditasi KARS.³³ Berikut gagasan awal tabel standar dan instrumen akreditasi rumah sakit syariah :

³³ Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), *Standar Akreditasi Rumah Sakit Syariah Edisi 1436* (Jakarta: MUKISI, 2015), 1.

Tabel 4.9
Standar dan Elemen Penilaian Sertifikasi Rumah Sakit Syariah
Versi 1436

BAB	Kelompok Standar Manajemen Syariah	Elemen Penilaian	Kelompok Standar Pelayanan Syariah	Elemen Penilaian
<i>Hifz al-Dīn</i>	1. Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO)	19	1. Standar Syariah Akses Pelayanan (SSAP)	8
	2. Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	13	2. Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	22
	3. Standar Syariah Manajemen Keuangan (SSMAK)	6	3. Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)	9
	4. Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)	5	4. Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	4
	5. Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	8	5. Standar Syariah Pendidikan Pasien & Keluarga (SSPPK)	3
	6. Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM)	7		
<i>Hifz al-Nafs</i>	Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	4	1. Standar Syariah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (SSPPI) 2. Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	1 8
<i>Hifz al-'Aql</i>	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	7	1. Standar Syariah Akses Pelayanan (SSAP)	3 7

BAB	Kelompok Standar Manajemen Syariah	Elemen Penilaian	Kelompok Standar Pelayanan Syariah	Elemen Penilaian
			2. Standar Syariah Pelayanan Pendidikan Pasien & Keluarga (SSPPK)	
<i>Hifz al-Nasl</i>			Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	7
<i>Hifz al-Māl</i>	Standar Syariah Manajemen Keuangan (SSMAK)	9	Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	1
Total		78	Total	73

Standar dan elemen penilaian akreditasi syariah versi 1436, sebagaimana diuraikan di atas, menjadi landasan awal untuk pengembangan sistem penilaian Rumah Sakit Syariah karena perkembangan praktik Rumah Sakit Syariah dan evaluasi terhadap pelaksanaan standar akreditasi syariah. Namun demikian, standar perlu disesuaikan dan diperbarui karena perubahan regulasi pelayanan kesehatan, kebutuhan untuk memenuhi standar akreditasi rumah sakit nasional, dan pengalaman implementasi di lapangan. Oleh karena itu, pada tahun 2017, dilakukan perubahan pada struktur standar dan komponen penilaian akreditasi syariah versi 1438.

Tabel 4.10
Standar dan Elemen Penilaian Sertifikasi Rumah Sakit Syariah
Versi 1438

BAB	Kelompok Standar Manajemen Syariah	Elemen Penilaian	Kelompok Standar Pelayanan Syariah	Elemen Penilaian
<i>Hifz al-Dīn</i>	a. Standar Syariah Manajemen	28	1. Standar Syariah Akses Pelayanan	6

BAB	Kelompok Standar Manajemen Syariah	Elemen Penilaian	Kelompok Standar Pelayanan Syariah	Elemen Penilaian
	Organisasi (SSMO)	14	dan Kontinuitas (SSAPK)	3
	b. Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	5	2. Standar Syariah Assesmen Pasien (SSAP)	19
	c. Standar Syariah Manajemen Keuangan (SSMAK)	8	3. Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	9
	d. Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)	8	4. Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)	8
	e. Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	7	5. Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	4
	f. Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM)		6. Standar Syariah Pendidikan Pasien & Keluarga (SSPPK)	
<i>Hifz al-Nafs</i>	Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	4	1. Standar Syariah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (SSPPI) 2. Standar Syariah Pelayanan dan	2 14

BAB	Kelompok Standar Manajemen Syariah	Elemen Penilaian	Kelompok Standar Pelayanan Syariah	Elemen Penilaian
			Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	
<i>Ḥifẓ al-‘Aql</i>	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	6	1. Standar Syariah Pelayanan Pendidikan Pasien & Keluarga (SSPPK)	9
<i>Ḥifẓ al-Nasl</i>			Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	7
<i>Ḥifẓ al-Māl</i>	Standar Syariah Manajemen Keuangan (SSMAK)	12	Standar Syariah Pelayanan Pasien (SSPP)	2
Total		92	Total	83

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa standar dan elemen penilaian akreditasi syariah Rumah Sakit versi 1438 mengalami pengembangan yang signifikan dibandingkan versi sebelumnya. Perubahan tersebut tercermin dari meningkatnya jumlah elemen penilaian, baik pada kelompok standar manajemen syariah maupun standar pelayanan syariah, yang menunjukkan adanya penajaman indikator serta perluasan aspek yang dinilai dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Syariah.

Secara substansial, versi 1438 memperlihatkan penguatan integrasi prinsip *maqāṣid asy-syarī‘ah* ke dalam sistem manajemen dan pelayanan rumah sakit, khususnya pada aspek perlindungan agama (*ḥifẓ al-dīn*) dan jiwa (*ḥifẓ al-nafs*).

Penambahan dan penataan ulang elemen penilaian pada beberapa standar mengindikasikan upaya MUKISI untuk memastikan bahwa penerapan prinsip syariah tidak hanya bersifat normatif, tetapi juga operasional dan terukur dalam praktik pelayanan kesehatan. Dengan demikian, standar akreditasi syariah versi 1438 dapat dipahami sebagai bentuk penyempurnaan dari standar sebelumnya yang dirancang untuk meningkatkan relevansi, efektivitas, dan akuntabilitas sertifikasi Rumah Sakit Syariah. Temuan ini menjadi dasar penting untuk pembahasan selanjutnya mengenai implikasi perubahan standar tersebut terhadap tata kelola dan praktik pelayanan Rumah Sakit Syariah.

Meskipun standar dan elemen penilaian akreditasi syariah Rumah Sakit versi 1438 Hijriyah telah mengalami penguatan dibandingkan versi sebelumnya, perkembangan sistem akreditasi rumah sakit secara nasional turut memengaruhi perlunya penyesuaian lebih lanjut terhadap standar tersebut. Penyempurnaan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) versi 1, yang menggantikan konsep standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang mulai efektif pada Januari 2018,³⁴ kemudian diperbaharui lagi menjadi menjadi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) versi 1.1 yang mulai efektif Juli 2019,³⁵ menjadi salah satu faktor penting yang mendorong dilakukannya evaluasi terhadap Standar dan Instrumen Rumah Sakit Syariah yang telah ada.

Dalam konteks tersebut, MUKISI membentuk Tim Evaluasi Standar dan Instrumen Penilaian Rumah Sakit Syariah untuk melakukan penyelarasan standar syariah dengan kerangka SNARS versi 1.1. Proses evaluasi ini tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga melibatkan kajian normatif bersama Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), guna memastikan kesesuaian antara prinsip-prinsip syariah dan standar mutu pelayanan kesehatan. Hasil dari proses evaluasi dan kajian tersebut kemudian melahirkan Buku Standar dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah versi 1441, yang dirancang sebagai panduan bagi rumah sakit dalam mewujudkan Rumah Sakit Syariah tanpa mengesampingkan prinsip mutu

³⁴ Sutoto, "MEDIKARS (Media Informasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit)" (Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2019), 66.

³⁵ Sutoto, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Versi 1.1* (Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2019), VI.

dan keselamatan pasien sebagaimana diatur dalam standar akreditasi rumah sakit nasional.

Standar dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah versi 1441 disusun dengan pendekatan yang bersifat integratif, yakni menggabungkan landasan normatif berbasis *maqāṣid asy-syarī'ah* dengan kerangka operasional penyelenggaraan rumah sakit. Pendekatan ini dimaksudkan agar prinsip-prinsip syariah tidak hanya dipahami sebagai nilai etik abstrak, tetapi diterjemahkan secara sistematis ke dalam standar manajemen dan pelayanan yang dapat diimplementasikan serta diukur dalam praktik rumah sakit. Standar dan elemen penilaian dalam sertifikasi Rumah Sakit Syariah versi 1441 dibagi berdasarkan *maqāṣid al-syarī'ah*, yaitu *ḥifẓ al-dīn*, *ḥifẓ al-naḥs*, *ḥifẓ al-'aql*, *ḥifẓ al-nasl*, *ḥifẓ al-māl*. Pengelompokan ini menunjukkan bahwa setiap standar yang ditetapkan memiliki orientasi nilai yang jelas, serta diarahkan untuk menjamin terpenuhinya tujuan-tujuan syariah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Tabel 4.11

Pengelompokan Standar Syariah dalam *Maqāṣid asy-Syarī'ah*³⁶

Maqāṣid Al-Syarī'ah	Jumlah	Kelompok Standar
<i>Ḥifẓ al-Dīn</i>	33 standar 120 Elemen penilaian	Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO) Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM) Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)
<i>Ḥifẓ al-Naḥs</i>	6 standar 20 Elemen penilaian	Standar Syariah Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SSARK) Standar Syariah Asesmen Pasien (SSAP) Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)

³⁶ MUKISI, *Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441*, XII.

Maqāṣid Al-Syarī'ah	Jumlah	Kelompok Standar
		Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)
<i>Hifẓ al-'Aql</i>	6 standar 15 Elemen penilaian	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI) Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE)
<i>Hifẓ al-Nasl</i>	2 standar 7 Elemen penilaian	Standar Syariah Pelayanan Asuhan Pasien (SSPAP)
<i>Hifẓ al-Māl</i>	4 standar 14 Elemen penilaian	Standar Syariah Manajemen Akuntansi Dan Keuangan (SSMAK) Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)

Namun demikian, pengelompokan berdasarkan *maqāṣid al-syarī'ah* di atas tidak berdiri sendiri. Agar lebih implentatif dalam kaitannya untuk sertifikasi syariah, maka standar-standar syariah tersebut selanjutnya disusun ke dalam bab-bab standar yang dibedakan antara kelompok standar manajemen syariah dan kelompok standar pelayanan syariah. Hal ini bertujuan untuk memudahkan rumah sakit dalam memahami ruang lingkup kewajiban, sekaligus mempermudah proses asesmen dan evaluasi sertifikasi. Berikut standar dan elemen penilaian sertifikasi rumah sakit syariah versi 1441:

Tabel 4.12
Standar dan Elemen Penilaian Sertifikasi Rumah Sakit Syariah
Versi 1441³⁷

No	BAB	Jumlah	Elemen Yang Dinilai
1	Standar Syariah Akses ke Rumah Sakit	2	8

³⁷ MUKISI, 1.

No	BAB	Jumlah	Elemen Yang Dinilai
	dan Kontinuitas Pelayanan (SSARK)		
2	Standar Syariah Asesmen Pasien (SSAP)	3	11
3	Standar Syariah Pelayanan Asuhan Pasien (SSPAP)	7	28
4	Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)	3	11
5	Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	5	13
6	Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE)	5	13
7	Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO)	9	32
8	Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM)	3	10
9	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	9	26
10	Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	5	15
11	Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)	3	11
12	Standar Syariah Manajemen Akuntansi Dan Keuangan (SSMAK)	8	23
Total		62	201

Dengan demikian, pengelompokan standar sertifikasi Rumah Sakit Syariah versi 1441 dapat dipahami melalui dua sudut pandang yang saling melengkapi. Pertama, pengelompokan berdasarkan *maqāṣid asy-syarī'ah* yang menegaskan orientasi nilai dan tujuan normatif dari setiap standar. Kedua, pengelompokan berdasarkan bab standar yang memetakan standar tersebut ke dalam fungsi

manajerial dan pelayanan rumah sakit. Kedua pendekatan ini menunjukkan upaya MUKISI dalam menjembatani prinsip syariah dengan praktik pelayanan kesehatan modern secara sistematis dan terstruktur.

c. Peran DSN-MUI Dalam Sertifikasi Rumah Sakit Syariah

Dewan Syariah Nasional adalah lembaga yang dibentuk oleh MUI yang khusus untuk mengeluarkan fatwa fiqih muamalah. Sedangkan fatwa secara umum ditangani oleh komisi fatwa. DSN-MUI merupakan lembaga yang melaksanakan tugas MUI dalam menetapkan Fatwa dan berbagai derivasinya tentang ekonomi, keuangan dan bisnis syariah serta mengawasi penerapannya guna menumbuhkembangkan usaha bidang ekonomi, bisnis, dan keuangan syariah di Indonesia.³⁸ Pada prinsipnya, pembentukan DSN dimaksudkan oleh MUI sebagai usaha untuk efisiensi dan koordinasi para ulama dalam menanggapi isu-isu yang berhubungan dengan masalah ekonomi dan keuangan. Di samping itu, DSN diharapkan dapat berperan sebagai pengawas, pengarah dan pendorong penerapan nilai-nilai dan prinsip ajaran Islam dalam kehidupan ekonomi. Oleh sebab itu, DSN-MUI berperan secara proaktif dalam menanggapi perkembangan masyarakat Indonesia di bidang ekonomi dan keuangan.³⁹

Dalam sistem pengembangan ekonomi dan layanan yang berlandaskan syariah di Indonesia, Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) memiliki kedudukan yang penting sebagai lembaga yang berperan dalam penetapan norma-norma syariah. Salah satu peran utama lembaga DSN adalah mengeksplorasi, meneliti dan menyusun nilai-nilai serta asas-asas hukum. Islam (syariah) disusun dalam bentuk fatwa yang dapat digunakan sebagai pedoman. Dalam aktivitas dan urusan ekonomi pada umumnya dan terutama berkaitan dengan hal-hal dan aktivitas transaksi lembaga syariah, yaitu untuk melaksanakan kegiatan

³⁸ DSN-MUI, “Peraturan Organisasi Majelis Ulama Indonesia, Nomor: 11/PO-MUI/VIII/2021 Tentang Anggaran Dasar Dan Anggaran Rumah Tangga Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia.” (2021).

³⁹ M. Cholil Nafis, *Teori Hukum Ekonomi Syariah*, ed. Asrori S. Karni (Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), 2011), 83.

operasional, serta mengawasi pelaksanaan dan implementasi fatwa.⁴⁰ Untuk menjalankan peran tersebut, DSN-MUI memiliki tugas dan wewenang sebagai berikut:⁴¹

Pasal 4 Tugas

DSN-MUI mempunyai tugas:

- a. Menetapkan Fatwa atas sistem, kegiatan, produk, dan jasa LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- b. Mengawasi penerapan Fatwa melalui DPS di LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- c. Membuat Pedoman Implementasi Fatwa untuk lebih menjabarkan Fatwa Tertentu agar tidak menimbulkan multi penafsiran pada saat diimplementasikan di LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- d. Mengeluarkan Surat Edaran (Ta'limat) kepada LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- e. Memberikan rekomendasi anggota dan/atau mencabut rekomendasi anggota DPS dan Penasihat Syariah atau Komite Syariah pada LKS, LBS, dan LPS Lainnya;
- f. Memberikan Rekomendasi calon ASPM dan/atau mencabut Rekomendasi ASPM;
- g. Menerbitkan Pernyataan Kesesuaian Syariah atau Pernyataan Keselarasan Syariah bagi produk dan ketentuan yang diterbitkan oleh Otoritas terkait;
- h. Menerbitkan Pernyataan Kesesuaian Syariah atas sistem, kegiatan, produk, dan jasa LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- i. Menerbitkan Sertifikat Syariah bagi LBS dan LPS lainnya yang memerlukan;
- j. Menyelenggarakan Program Sertifikasi Keahlian Syariah bagi LKS, LBS, dan LPS lainnya;
- k. Melakukan sosialisasi dan edukasi dalam rangka meningkatkan literasi keuangan, bisnis, dan ekonomi syariah; dan
- l. Menumbuhkembangkan penerapan nilai-nilai syariah dalam kegiatan perekonomian pada umumnya dan keuangan pada khususnya.

Pasal 5 Wewenang

DSN-MUI mempunyai wewenang:

- a. memberikan peringatan kepada LKS, LBS, dan LPS lainnya untuk menghentikan penyimpangan dari Fatwa yang diterbitkan oleh DSN-MUI melalui DPS;

⁴⁰ Ahyar A Gayo, *Laporan Akhir Penelitian Hukum Tentang Kedudukan Fatwa MUI Dalam Upaya Mendorong Pelaksanaan Ekonomi Syariah*, Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum Dan HAM Republik Indonesia, 2011, 45.

⁴¹ DSN-MUI, Peraturan Organisasi Majelis Ulama Indonesia, Nomor: 11/PO-MUI/VIII/2021 tentang Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia.

- b. merekomendasikan kepada pihak yang berwenang untuk mengambil tindakan apabila peringatan tidak diindahkan;
- c. membekukan dan/atau membatalkan Sertifikat Syariah bagi LKS, LBS, dan LPS lainnya yang melakukan pelanggaran;
- d. menyetujui atau menolak permohonan LKS, LBS, dan LPS lainnya mengenai usul penggantian dan/atau pemberhentian DPS dan Penasihat Syariah atau Komite Syariah pada lembaga yang bersangkutan;
- e. merekomendasikan kepada pihak terkait untuk menumbuhkembangkan usaha bidang keuangan, bisnis, dan ekonomi syariah;
- f. menjalin kemitraan dan kerjasama dengan berbagai pihak, baik dalam maupun luar negeri untuk menumbuhkembangkan usaha bidang keuangan, bisnis, dan ekonomi syariah.

Berdasarkan tugas dan kewenangan tersebut, DSN-MUI memiliki posisi strategis dalam membentuk norma syariah yang hidup di masyarakat, termasuk dalam sektor pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak DSN-MUI, dijelaskan bahwa visi utama DSN-MUI adalah memasyarakatkan ekonomi syariah dan mensyariahkan ekonomi masyarakat. Dalam kerangka visi tersebut, ekonomi syariah dianggap sebagai suatu sistem yang terdiri dari tiga aspek utama. Pertama, aspek kegiatan ekonomi sektor riil yang mencakup penyediaan barang, jasa, dan layanan, di mana rumah sakit syariah ditempatkan sebagai bagian dari penyedia layanan jasa kesehatan yang menerapkan prinsip syariah. Kedua, aspek keuangan komersial yang mencakup berbagai lembaga dan aktivitas keuangan seperti perbankan, pasar modal, penjaminan, asuransi, dana pensiun (PPDP), perusahaan modal ventura, lembaga pembiayaan (PVML), serta industri keuangan digital yang mencakup Industri Aset Keuangan Digital (IAKD). Ketiga aspek filantropi yang mencakup pengelolaan zakat, infak, dan sedekah sebagai alat distribusi dan penerapan keadilan sosial. Menurut DSN-MUI, ketiga aspek tersebut tidak bisa dipandang secara terpisah, melainkan membentuk sebuah ekosistem ekonomi syariah yang perlu dikembangkan secara bersamaan dan terpadu. Oleh karena itu, sertifikasi rumah sakit syariah dianggap sebagai bagian dari upaya strategis DSN-MUI dalam memperkuat penerapan nilai-nilai syariah di sektor riil,

terutama di bidang layanan kesehatan, sehingga sesuai dengan prinsip-prinsip ekonomi syariah secara keseluruhan.⁴²

DPS dibentuk sebagai perangkat yang menjalankan mandat DSN-MUI di tingkat institusi, sehingga pengawasan terhadap penerapan prinsip syariah dapat dilakukan secara langsung dalam penyelenggaraan kegiatan rumah sakit. Hal ini sama halnya dengan praktik yang terjadi di Lembaga Keuangan Syariah, di mana secara praktis, peran dan fungsi DSN-MUI terhadap LKS di Indonesia dilaksanakan oleh DPS.⁴³

Dalam praktik pengawasan rumah sakit syariah, fungsi pengawasan yang dimiliki oleh Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) dilaksanakan melalui keberadaan Dewan Pengawas Syariah (DPS) pada masing-masing rumah sakit syariah. Melalui mekanisme ini, DSN-MUI memastikan bahwa prinsip syariah diterapkan secara konsisten dalam operasional rumah sakit syariah. Dewan Pengawas Syariah memiliki tugas untuk mengawasi pelaksanaan fatwa dan keputusan DSN-MUI dalam lingkungan rumah sakit syariah. Pengawasan tersebut mencakup tidak hanya aspek kepatuhan terhadap fatwa, tetapi juga pelaksanaan operasional rumah sakit agar tetap sesuai dengan prinsip-prinsip syariah. Dalam menjalankan tugasnya, DPS berpedoman pada fatwa Majelis Ulama Indonesia, fatwa DSN-MUI, serta fatwa lain yang dipandang muktabar dan relevan dengan praktik pelayanan kesehatan berbasis syariah.⁴⁴

Secara kelembagaan, DPS merupakan bagian yang terafiliasi dengan rumah sakit syariah yang menjadi objek pengawasannya. Dalam melaksanakan tugas pengawasan tersebut, DPS bertanggung jawab kepada DSN-MUI. Pelaporan mengenai pelaksanaan pengawasan, temuan di lapangan, serta kepatuhan terhadap prinsip syariah disampaikan kepada DSN-MUI sesuai dengan ketentuan yang telah

⁴² Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026.

⁴³ Iyoyo Dianto, Muhammad Arif, and Abdul Majid, "Peran Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia Dan Dewan Pengawas Syariah Terhadap Implementasi Akad Syariah Di Perbankan Syariah Indonesia," *Syarikat: Jurnal Rumpun Ekonomi Syariah* 8, no. 1 (2025): 70, [https://doi.org/https://doi.org/10.25299/syarikat.2025.vol8\(1\).22238](https://doi.org/https://doi.org/10.25299/syarikat.2025.vol8(1).22238).

⁴⁴ Wawancara dengan Irawan Zamzam (Sekretaris Komite Syariah Rumah Sakit Islam Siti Khadijah), Palembang, 05 Februari 2026.

ditetapkan. Intinya adalah, sebagai pihak yang terafiliasi dengan DSN-MUI, keberadaan DPS memiliki peran dan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa seluruh produk dan operasional lembaga syariah mematuhi prinsip-prinsip syariah.⁴⁵

d. Peran MUKISI dalam Penyelenggaraan Rumah Sakit Syariah

Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) adalah organisasi yang menggabungkan para penyelenggara dan pelaksana sarana kesehatan Islam di Indonesia. MUKISI didasarkan pada nilai-nilai Islam dan bekerja secara independen dan profesional dengan tujuan membangun sumber daya manusia Indonesia yang berkualitas dan berkarakter insan kamil. MUKISI berfungsi sebagai tempat untuk mengatur, meningkatkan, dan membina institusi pelayanan kesehatan Islam dalam konteks ini.

Pembentukan awal MUKISI dapat ditemukan sejak berdirinya Badan Kerjasama Rumah Sakit Islam (BKRSI) pada tahun 1979. Ketika BKRSI muncul, orang mulai menyadari betapa pentingnya bekerja sama dan mengorganisasi rumah sakit Islam untuk menangani masalah pengelolaan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks. Pada tahun 1990-an, upaya untuk memperkuat organisasi rumah sakit Islam meningkat. Ini ditunjukkan dalam Semiloka Pemantapan Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit Islam di Indonesia, yang diadakan di Kaliurang, Yogyakarta, dari 10 hingga 12 Juli 1994. Dalam forum tersebut, diputuskan bahwa organisasi nasional harus didirikan untuk menghimpun rumah sakit Islam secara lebih representatif dan terorganisir. Dr. H. Sugiat As., SKM, ditunjuk sebagai ketua tim untuk pembentukan organisasi yang dimaksud pada kesempatan itu. Setelah perjanjian tersebut dicapai, MUKISI secara resmi didirikan dan diresmikan pada tanggal 1 Oktober 1994 di Ciloto, Bogor, Jawa Barat. Pada struktur organisasi awal, dr. H. Sugiat As., SKM ditunjuk sebagai Pimpinan Majelis Pusat. Deklarasi ini menandai lahirnya MUKISI sebagai organisasi nasional yang

⁴⁵ Riska Febrian et al., "Peran Dewan Pengawas Syariah Dan Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (MUI)," *Jurnal Rumpun Manajemen Dan Ekonomi* 1, no. 1 (2024): 110, <https://www.ejurnal.kampusakademik.co.id/index.php/jrme/article/view/1137>.

memiliki tujuan strategis untuk meningkatkan dan memperkuat pelayanan kesehatan Islam di Indonesia.⁴⁶

Peran MUKISI dalam sertifikasi Rumah Sakit Syariah berawal dari keterlibatannya dalam tahap perumusan gagasan dan konseptualisasi Rumah Sakit Syariah itu sendiri. Seiring meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang tidak hanya bermutu dan aman, tetapi juga selaras dengan prinsip-prinsip syariah, MUKISI menjadi forum strategis bagi rumah sakit Islam untuk mendiskusikan dan merumuskan konsep Rumah Sakit Syariah yang kontekstual dengan sistem kesehatan nasional. Sebagai organisasi yang mengkoordinasikan Rumah Sakit Syariah, MUKISI kini bekerja sama dengan DSN MUI (Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia) untuk menyusun standar sertifikasi yang dapat dijadikan alat bagi Rumah Sakit Syariah. Keberadaan Rumah Sakit Syariah tidak hanya mengemban misi kemanusiaan, tetapi juga berperan sebagai sarana pengabdian kepada Allah; dengan kata lain, rumah sakit menjadi pilihan tempat hidup untuk mencari ma'isyah dan melaksanakan ibadah.⁴⁷

B. Hasil Penelitian dan Pembahasan

1. Analisis Kepastian Hukum dan Problematika Yuridis Pengaturan Rumah Sakit Syariah dalam Sistem Hukum Kesehatan di Indonesia

Pembahasan mengenai kepastian hukum dan problematika yuridis pengaturan rumah sakit syariah harus ditempatkan dalam kerangka sistem hukum kesehatan nasional yang berlaku di Indonesia. Permasalahan utama bukan terletak pada bagaimana rumah sakit syariah melaksanakan pelayanan kesehatan, melainkan pada sejauh mana sistem hukum kesehatan nasional memberikan kepastian hukum terhadap eksistensi, pengaturan, dan penyelenggaraan rumah sakit syariah sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional. Oleh karena itu, analisis pada bagian ini difokuskan pada pengaturan normatif yang berlaku,

⁴⁶ Masyhudi, "Transformasi Ekonomi Syariah Di Bidang Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit) Dalam Menjawab Dinamika Perekonomian Global (Melalui Sertifikasi Rumah Sakit Syariah), Prsentasi Disampaikan Dalam Acara Seminar Nasional Ikatan Akuntan Indonesia."

⁴⁷ Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), *Kode Etik Rumah Sakit Syariah* (Jakarta: MUKISI, 2017), 2.

problematika yuridis yang muncul, serta implikasinya terhadap kepastian hukum. Rumah sakit dalam kerangka hukum nasional diposisikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.⁴⁸ Hak atas pelayanan kesehatan tersebut merupakan hak konstitusional yang dijamin negara,⁴⁹ yang menuntut penyediaan fasilitas kesehatan yang layak sebagai bentuk tanggung jawab negara dalam menjamin kesejahteraan warga negara secara menyeluruh.⁵⁰ Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan tunduk pada berbagai regulasi mulai dari undang-undang hingga peraturan teknis yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara komprehensif.⁵¹

Perkembangan rumah sakit syariah di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan adanya transformasi pelayanan kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada aspek medis, tetapi juga mengintegrasikan nilai-nilai syariah sebagai bagian dari tata kelola dan pelayanan kepada masyarakat. Fenomena tersebut ditandai dengan semakin banyaknya rumah sakit yang mengadopsi prinsip-prinsip syariah melalui pemenuhan standar yang disusun oleh DSN-MUI dan MUKISI,⁵² di samping tetap menjalankan kewajiban untuk memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan. Di sisi lain, sistem hukum kesehatan nasional yang terus mengalami pembaruan melalui berbagai regulasi

⁴⁸ Notoatmodjo, *Etika & Hukum Kesehatan*, 154.

⁴⁹ Pasal 28 H ayat 1 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

⁵⁰ Pasal 34 ayat 3 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

⁵¹ Yusuf Alam Romadhon, *Manajemen Holistik Rumah Sakit* (Surakarta: Muhammadiyah University Press, 2024), 11.

⁵² MUKISI mencatat dari 500 anggota yang terdaftar, terdapat 74 rumah sakit yang telah tersertifikasi dan sedang berproses, meliputi 17 rumah sakit tersertifikasi syariah, 10 resertifikasi, 4 sertifikasi melalui survei istiqomah, 8 pra-survei, 18 pendampingan, dan 17 pendaftar pendampingan. Tren ini terus berlanjut pada tahun 2024, ketika jumlah institusi layanan kesehatan yang telah memperoleh atau sedang menjalani sertifikasi syariah meningkat menjadi 79 lembaga, terdiri atas 13 resertifikasi, 11 sertifikasi rumah sakit syariah, 9 survei istiqomah, 16 pra-survei, 18 pendampingan, dan 12 pendaftaran pendampingan. Hingga akhir 2025, tercatat 39 rumah sakit di berbagai daerah di Indonesia masih memiliki sertifikasi syariah yang berlaku atau sedang dalam proses perpanjangan. Data tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit syariah telah berkembang menjadi kecenderungan nyata dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yang terus memperoleh perhatian dan dukungan kelembagaan. Mukisi, "Jumlah RS Syariah Di Indonesia Kian Meningkat, Hampir 100 Rumah Sakit Yang Mendaftar Sertifikasi." Lihat juga MUKISI, "Informasi Jumlah Rumah Sakit Syariah." DSN-MUI, "Senarai Produk Bersertifikat." diakses 15 November 2025.

belum secara eksplisit mengakomodasi keberadaan rumah sakit syariah sebagai suatu bentuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memiliki karakteristik tersendiri. Kondisi ini menimbulkan persoalan yang tidak lagi terbatas pada implementasi norma, melainkan bergeser pada persoalan kepastian hukum mengenai kedudukan, pengaturan, dan legitimasi rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Kepastian hukum merupakan salah satu tujuan fundamental dalam pembentukan dan penyelenggaraan hukum karena berfungsi memberikan pedoman yang jelas mengenai hak, kewajiban, serta batas kewenangan setiap subjek hukum. Menurut **Gustav Radbruch** menegaskan bahwa hukum yang baik harus memenuhi tiga nilai dasar secara seimbang, yakni keadilan (*justice*), kemanfaatan (*expediency*), dan kepastian (*legal certainty*).⁵³ Ketiadaan pengaturan yang jelas mengenai rumah sakit syariah menunjukkan bahwa dimensi kepastian hukum belum terpenuhi, karena tidak terdapat norma yang secara tegas mendefinisikan, mengklasifikasikan, dan mengatur standar operasional rumah sakit berbasis prinsip syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Lebih lanjut, **Lon L. Fuller** melalui konsep *the inner morality of law* menegaskan bahwa suatu sistem hukum hanya dapat berfungsi secara efektif apabila memenuhi prinsip-prinsip dasar, antara lain adanya aturan yang jelas, dipublikasikan, tidak saling bertentangan, dapat dipahami, serta memungkinkan untuk dilaksanakan. Dengan demikian, kepastian hukum tidak hanya berkaitan dengan keberadaan suatu peraturan perundang-undangan, tetapi juga menyangkut kualitas substansi norma yang mampu memberikan kejelasan, konsistensi, dan prediktabilitas dalam penerapannya.⁵⁴

Berdasarkan berbagai pandangan tersebut, kepastian hukum dalam penelitian ini tidak dipahami sebatas keberadaan regulasi yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit, melainkan diukur melalui beberapa indikator yang

⁵³ Jean Dabin Emil Lask, Gustav Radbruch, *The Legal Philosophies of Lask, Radbruch, and Dabin, Translated by Kurt Wilk* (Cambridge-Massachusetts: Harvard University Press, 1950), 107.

⁵⁴ Fuller, *The Morality of Law*, 39. Lihat juga Tucker, "The Morality of Law, by Lon L. Fuller." 274.

menunjukkan kualitas suatu norma hukum. Pertama, kejelasan norma, yaitu adanya pengaturan yang secara eksplisit mengakui dan mendefinisikan objek yang diatur sehingga tidak menimbulkan ambiguitas. Kedua, konsistensi pengaturan, yaitu kesesuaian dan harmonisasi antarperaturan dalam satu sistem hukum tanpa menimbulkan konflik norma. Ketiga, tidak menimbulkan multitafsir, sehingga setiap pemangku kepentingan memiliki pemahaman yang sama mengenai hak, kewajiban, maupun prosedur yang harus dipenuhi. Keempat, memberikan perlindungan hukum, baik bagi penyelenggara rumah sakit, tenaga kesehatan, maupun pasien sebagai penerima layanan. Kelima, dapat dilaksanakan (*implementable*), yaitu norma tersebut memiliki mekanisme kelembagaan, standar operasional, serta instrumen pengawasan yang memungkinkan untuk diterapkan secara efektif. Kelima indikator tersebut selanjutnya digunakan sebagai instrumen analisis dalam menilai sejauh mana peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit telah memberikan kepastian hukum terhadap eksistensi dan penyelenggaraan rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan di Indonesia.

Apabila diukur berdasarkan indikator kepastian hukum sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada dasarnya telah memberikan kepastian hukum mengenai penyelenggaraan rumah sakit secara umum melalui pengaturan mengenai definisi rumah sakit, klasifikasi,⁵⁵ penyelenggaraan pelayanan, hak dan kewajiban rumah sakit, hak pasien, perizinan, pembinaan, serta pengawasan.⁵⁶ Dari aspek kejelasan norma, pengaturan tersebut telah memberikan landasan hukum yang memadai bagi penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia. Namun demikian, kepastian hukum yang diberikan masih bersifat umum karena belum mengakomodasi keberadaan rumah sakit syariah sebagai bentuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkembang di tengah masyarakat. Tidak terdapat ketentuan yang secara eksplisit

⁵⁵ Pasal 18-24 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

⁵⁶ Pasal 54 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

mengatur definisi, karakteristik, maupun kedudukan rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional, sehingga eksistensinya masih diposisikan sama dengan rumah sakit pada umumnya tanpa adanya pengakuan terhadap kekhususan prinsip syariah yang diterapkan dalam tata kelola maupun pelayanan kesehatan.

Ketiadaan pengaturan tersebut menunjukkan bahwa indikator kejelasan norma belum sepenuhnya terpenuhi terhadap rumah sakit syariah. Dari sisi konsistensi dan perlindungan hukum, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 memang memberikan jaminan hukum bagi seluruh rumah sakit tanpa membedakan karakteristiknya, tetapi belum memberikan dasar normatif yang secara spesifik melindungi penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis syariah. Akibatnya, berbagai aspek yang menjadi ciri khas rumah sakit syariah, seperti keberadaan Dewan Pengawas Syariah, penerapan prinsip-prinsip syariah dalam pelayanan, maupun standar kepatuhan syariah, berkembang melalui mekanisme di luar sistem hukum negara.⁵⁷ Kondisi ini menyebabkan kepastian hukum terhadap rumah sakit syariah belum terbangun secara utuh karena pengakuan terhadap praktik tersebut lebih bertumpu pada standar dan sertifikasi yang disusun oleh lembaga non-pemerintah daripada norma yang dibentuk oleh pembentuk undang-undang. Dengan demikian, meskipun Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 telah berhasil memberikan kepastian hukum terhadap penyelenggaraan rumah sakit secara umum, regulasi ini masih menyisakan ruang kosong (*normative gap*) terkait pengaturan rumah sakit syariah yang berimplikasi pada belum optimalnya kepastian hukum bagi penyelenggara maupun masyarakat pengguna layanan kesehatan syariah.

Secara historis bahwa rumah sakit syariah pertama kali ada itu tahun 2017. Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan proyek percontohan pertama untuk rumah sakit syariah oleh Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) pada tanggal 26 September 2017, RSI Sultan Agung resmi mendapat

⁵⁷ Dalam praktiknya, aspek syariah rumah sakit syariah mengacu pada fatwa DSN-MUI nomor 107 tahun 2016 dan Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441 yang dikeluarkan oleh MUKISI. Fadillah Mursid et al., "Legal Construction of Sharia Hospital Certification: Juridical Dynamics and Complexity," *Nurani: Jurnal Kajian Syari'ah Dan Masyarakat* 26, no. 1 (2026): 82–83, <https://doi.org/https://doi.org/10.19109/nurani.v26i1.33884>.

penetapan sebagai rumah sakit syariah yang pertama di Indonesia.⁵⁸ Sedangkan regulasi tentang rumah sakit UU nya tahun 2009 dan PP nya tahun 2013. Melihat fakta bahwa Undang-undang rumah sakit ada terlebih dahulu di bandingkan dengan keberadaan rumah sakit syariah, maka sangat wajar jika norma yang ada di dalamnya belum mengatur prinsip-prinsip syariah di dalamnya.

Kesenjangan antara waktu lahirnya regulasi rumah sakit pada tahun 2009 dan kemunculan konsep rumah sakit syariah pada tahun 2017 tidak dapat dilepaskan dari dinamika perkembangan masyarakat itu sendiri. Kebutuhan akan layanan kesehatan berbasis prinsip syariah merupakan manifestasi dari perubahan nilai, kesadaran, dan tuntutan sosial yang berkembang di tengah masyarakat. Dalam konteks ini, hukum tidak serta-merta hadir secara simultan mengikuti perubahan tersebut, melainkan cenderung bersifat reaktif dan adaptif. Oleh karena itu, kondisi belum terakomodasinya prinsip-prinsip syariah dalam Undang-Undang Rumah Sakit menjadi refleksi nyata dari karakter hukum yang kerap tertinggal dari perkembangan sosial, sebagaimana dikemukakan dalam perspektif realisme hukum bahwa hukum senantiasa bergerak mengikuti, bukan mendahului, perubahan masyarakat.⁵⁹ Hal ini terkenal dengan Adagium *Het recht hinkt achter de feiten aan* (Hukum tertatih mengikuti perkembangan masyarakat).⁶⁰

Pada tahun 2021 Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Rumah Sakit. PP merupakan turunan dari UU 44/2009 dan mencabut PP sebelumnya. PP 47 ini yang menegaskan aspek administratif dan teknis rumah sakit. Sebagai peraturan pelaksana dari Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 diharapkan mampu memperjelas berbagai ketentuan teknis mengenai penyelenggaraan rumah sakit. Regulasi ini mengatur secara lebih rinci mengenai klasifikasi rumah sakit, penyelenggaraan pelayanan, sumber daya manusia, perizinan, tata kelola, pembinaan, dan pengawasan sehingga secara umum

⁵⁸ Rofiq, "MUKISI Dan RSI Sultan Agung, Rumah Sakit Syariah Pertama." Diakses 08 November 2023.

⁵⁹ Shidarta, *Penerapan Hukum Progresif Di Tengah Perubahan Masyarakat Dalam Bunga Rampai Memperkuat Peradaban Hukum Dan Ketatanegaraan Indonesia*, ed. Imran and Festy Rahma Hidayati (Jakarta: Sekretariat Jenderal Komisi Yudisial Republik Indonesia, 2019), 180.

⁶⁰ Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum Dalam Pembangunan*, 104.

memperkuat kepastian hukum terhadap operasional rumah sakit di Indonesia. Apabila dianalisis berdasarkan indikator kepastian hukum, keberadaan peraturan pemerintah ini telah meningkatkan implementabilitas norma karena menyediakan mekanisme yang lebih operasional dibandingkan ketentuan dalam undang-undang. Namun demikian, penguatan tersebut masih berorientasi pada penyelenggaraan rumah sakit secara umum dan belum memberikan pengaturan khusus mengenai rumah sakit syariah. Ketidadaan pengaturan mengenai rumah sakit syariah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 menunjukkan bahwa regulasi ini belum mampu mengisi kekosongan norma yang terdapat pada tingkat undang-undang. Pengaturan rumah sakit syariah ini menunjukkan adanya ketidaksinkronan antara kebutuhan sebagian masyarakat muslim akan rumah sakit berbasis syariah⁶¹

Terbaru pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan “*Omnibus Law*” dibidang kesehatan dengan mengesahkan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Dengan disahkannya Undang-Undang *Omnibus law* dibidang kesehatan ini, maka sekaligus mencabut 11 undang-undang lainnya termasuk Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.⁶² Regulasi tersebut diperkuat dengan peraturan pelaksana seperti peraturan pemerintah dan peraturan menteri kesehatan yang mengatur aspek operasional, standar pelayanan, serta akreditasi rumah sakit. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, dan 4.6 pada pembahasan deskripsi data. Pada regulasi yang baru ini rumah sakit sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan.⁶³

UU ini merupakan hasil reformasi besar bidang kesehatan melalui pendekatan *omnibus law*. Menariknya, dalam keseluruhan 458 pasal, tidak terdapat satu pun pasal yang menyebut istilah “syariah” atau “rumah sakit syariah.” Meskipun ada perombakan besar-besaran dalam sistem hukum kesehatan nasional, ironisnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tidak menawarkan ketentuan spesifik mengenai rumah sakit syariah, dalam peraturan baru ini, isu-isu yang berkaitan dengan nilai-nilai agama hanya dibahas dalam dua pasal, yaitu Pasal 57

⁶¹ Djannah and Ruliyandari, “Analisis Kebutuhan Masyarakat Terhadap Rumah Sakit Berbasis Syariah Berdasarkan Sikap.”

⁶² Pasal 454 Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁶³ Pasal 168 Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

yang menangani aspek kesehatan reproduksi, dan Pasal 158 yang berkaitan dengan tindakan bedah mayat. Artinya pemerintah belum membuat kebijakan khusus dalam bentuk regulasi terkait keberadaan rumah sakit syariah. Padahal dalam hasil temuan penelitian Muhammad Maksum dkk menjelaskan bahwa dalam penerapan prinsip syariah di rumah sakit memerlukan dukungan regulasi.⁶⁴

Dalam konteks kepastian hukum, keberadaan undang-undang ini diharapkan tidak hanya memperbarui substansi pengaturan mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tetapi juga mampu mengakomodasi berbagai bentuk praktik pelayanan kesehatan yang telah berkembang, termasuk rumah sakit syariah. Namun, apabila dianalisis berdasarkan indikator kepastian hukum, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 belum memberikan pengakuan normatif terhadap eksistensi rumah sakit syariah. Regulasi ini tetap mengatur rumah sakit sebagai bagian dari fasilitas pelayanan kesehatan tanpa membedakan karakteristik penyelenggaraan yang berbasis prinsip syariah. Akibatnya, indikator kejelasan norma belum terpenuhi karena tidak terdapat ketentuan yang secara eksplisit mendefinisikan, mengklasifikasikan, maupun mengatur karakteristik rumah sakit syariah sebagai salah satu bentuk penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia.

Ketiadaan pengaturan tersebut juga berdampak pada belum terpenuhinya indikator perlindungan hukum dan konsistensi regulasi. Di satu sisi, negara memberikan ruang bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, nilai, dan keyakinan yang dianut, termasuk pelayanan yang berlandaskan prinsip-prinsip syariah. Namun di sisi lain, sistem hukum positif belum menyediakan instrumen hukum yang secara khusus mengatur penyelenggaraan rumah sakit syariah sebagai konsekuensi dari berkembangnya kebutuhan tersebut. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara perkembangan praktik sosial (*das sein*) dengan konstruksi hukum positif (*das sollen*). Akibatnya, rumah sakit syariah tetap menjalankan sistem tata kelola dan pelayanan berdasarkan standar syariah yang berkembang melalui mekanisme non-

⁶⁴ Maksum et al., "Sharia Service as An Added Value: Response to Sharia Standard in Hospital Service," 424.

legislatif tanpa memperoleh legitimasi normatif yang memadai dalam sistem hukum nasional. Dari perspektif kepastian hukum, kondisi tersebut menunjukkan bahwa Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 masih menyisakan ruang kosong pengaturan (*regulatory gap*) yang berpotensi menimbulkan ketidakjelasan mengenai kedudukan hukum rumah sakit syariah dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.

Sebagai peraturan pelaksana dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 diharapkan mampu menerjemahkan ketentuan normatif undang-undang ke dalam pengaturan yang lebih operasional. Peraturan ini mengatur berbagai aspek penyelenggaraan kesehatan secara lebih rinci, termasuk penyelenggaraan rumah sakit, perizinan, mutu pelayanan, keselamatan pasien, sumber daya manusia kesehatan, serta mekanisme pembinaan dan pengawasan. Keberadaan regulasi ini memperkuat kepastian hukum terhadap tata kelola pelayanan kesehatan nasional karena menyediakan pedoman teknis yang lebih jelas bagi penyelenggara pelayanan kesehatan. Namun demikian, apabila dianalisis secara khusus terhadap rumah sakit syariah, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 belum memberikan perubahan yang signifikan dibandingkan regulasi sebelumnya.

Tidak ditemukannya pengaturan mengenai definisi rumah sakit syariah, standar pelayanan berbasis syariah, mekanisme pengawasan kepatuhan syariah, maupun pengakuan terhadap perangkat kelembagaan seperti Dewan Pengawas Syariah menunjukkan bahwa regulasi ini belum mengisi kekosongan norma yang telah ada sejak Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009. Bahkan, ketika pemerintah melakukan reformasi besar terhadap sistem hukum kesehatan nasional melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 beserta peraturan pelaksanaannya, peluang untuk memberikan kepastian hukum terhadap rumah sakit syariah belum dimanfaatkan secara optimal. Konsekuensinya, penyelenggaraan rumah sakit syariah masih bertumpu pada standar yang disusun oleh organisasi profesi dan lembaga keagamaan, sementara regulasi negara hanya mengatur aspek-aspek umum penyelenggaraan rumah sakit. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa indikator kepastian hukum berupa kejelasan norma, harmonisasi pengaturan,

perlindungan hukum, dan implementabilitas belum terpenuhi secara komprehensif bagi rumah sakit syariah. Oleh karena itu, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 belum dapat dipandang sebagai regulasi yang memberikan kepastian hukum secara penuh terhadap penyelenggaraan rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Berdasarkan analisis terhadap peraturan perundang-undangan terkait rumah sakit di atas dapat disimpulkan bahwa sistem hukum kesehatan nasional pada dasarnya telah memberikan kepastian hukum terhadap penyelenggaraan rumah sakit secara umum. Akan tetapi, apabila dianalisis secara khusus terhadap rumah sakit syariah berdasarkan indikator kepastian hukum, masih terdapat sejumlah kekurangan yang menunjukkan belum optimalnya pengaturan dalam sistem hukum positif. Kekurangan tersebut meliputi belum adanya **pengakuan normatif** terhadap rumah sakit syariah sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional, belum adanya definisi hukum yang memberikan batasan mengenai karakteristik rumah sakit syariah, belum tersedianya klasifikasi atau bentuk kelembagaan yang mengakomodasi penyelenggaraan rumah sakit berbasis syariah, belum adanya **standar nasional** yang mengintegrasikan aspek kepatuhan syariah ke dalam sistem akreditasi, serta belum diaturnya **mekanisme pengawasan** terhadap penerapan prinsip-prinsip syariah dalam penyelenggaraan rumah sakit.

Dengan demikian, problematika yuridis yang paling mendasar dalam pengaturan rumah sakit syariah adalah adanya kekosongan norma (*normative gap*) dalam sistem hukum kesehatan nasional. Kekosongan norma tersebut bukan berarti tidak terdapat peraturan yang mengatur rumah sakit, melainkan tidak adanya ketentuan yang secara khusus mengatur eksistensi rumah sakit syariah sebagai bentuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memiliki karakteristik tersendiri. Akibatnya, berbagai prinsip yang menjadi ciri khas rumah sakit syariah, seperti tata kelola berbasis syariah, keberadaan Dewan Pengawas Syariah, pemenuhan kepatuhan syariah (*sharia compliance*), serta standar pelayanan yang berorientasi pada *maqāṣid asy-syarī'ah*, belum memperoleh landasan hukum yang eksplisit dalam peraturan perundang-undangan.

Kekosongan norma tersebut memiliki implikasi yang lebih luas daripada sekadar tidak adanya pengaturan khusus. Dari perspektif hukum administrasi negara, ketiadaan dasar hukum menyebabkan tidak adanya parameter yang dapat digunakan oleh pemerintah dalam melakukan pembinaan, pengawasan, maupun evaluasi terhadap penerapan prinsip-prinsip syariah di rumah sakit. Di sisi lain, bagi penyelenggara rumah sakit, kondisi ini menimbulkan ketidakjelasan mengenai kedudukan hukum standar syariah yang diterapkan, sedangkan bagi masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan, tidak tersedia jaminan hukum yang secara eksplisit melindungi hak pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prinsip-prinsip syariah.⁶⁵ Adanya ketidakpastian hukum terhadap pemenuhan hak pasien dalam pemenuhan prinsip syariah tentu bertentangan dengan perlindungan konsumen.⁶⁶

Problematisa yuridis yang telah diuraikan di atas menunjukkan bahwa belum optimalnya kepastian hukum pengaturan rumah sakit syariah tidak dapat dilepaskan dari dinamika perubahan hukum yang berlangsung dalam sistem hukum kesehatan nasional. Kondisi ini menunjukkan bahwa persoalan pengaturan rumah sakit syariah bukan semata-mata disebabkan oleh ketiadaan regulasi, melainkan juga oleh lambatnya proses adaptasi hukum terhadap perubahan kebutuhan dan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat. Dalam konteks rumah sakit, hukum belum sepenuhnya mampu mengikuti kebutuhan masyarakat muslim yang menghendaki layanan kesehatan berbasis nilai-nilai syariah. Teori perubahan hukum menjelaskan bahwa hukum pada dasarnya bersifat dinamis dan berkembang seiring dengan perubahan nilai, norma, dan kondisi sosial masyarakat.⁶⁷ **Eugene Ehrlich**, dalam kaitannya dengan perubahan hukum berpendapat bahwa hukum adalah cerminan dari hubungan antar manusia dan struktur sosial-ekonomi masyarakat, bukan hanya

⁶⁵ Ketidakjelasan dalam informasi dan pemenuhan hak pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan berbasis syariah, sedangkan rumah sakitnya berbasis syariah maka ini melanggar ketentuan pasal 4 huruf b Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen .

⁶⁶ Pasal 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen menjelaskan bahwa Perlindungan konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada konsumen.

⁶⁷ Safudin et al., *Memahami Teori Hukum: Percikan Pemikiran Ilmu Hukum Lintas Mazhab*, 104.

sekumpulan aturan formal perundang-undangan. Menurutnya, hukum lahir dan berkembang dari interaksi sosial dan ekonomi dalam kehidupan sehari-hari, menunjukkan bahwa hukum lebih dari sekadar aturan yang diberlakukan oleh negara, melainkan ekspresi langsung dari kesadaran masyarakat tentang kebutuhan mereka.⁶⁸ Oleh karena itu idealnya hukum yang baik lahir dari kesadaran bersama dan jiwa masyarakat (*volksgeist*), sehingga lebih ditaati dan efektif mewujudkan ketertiban sosial.⁶⁹ Karena jika hukum tidak lahir atau berakar dari *value* dan kebiasaan dalam masyarakat maka tidak mudah bagi rakyat untuk melaksanakan setiap aturan yang ada.⁷⁰ Oleh karena itu, kemunculan rumah sakit syariah tidak dapat dipandang sebagai fenomena yang terpisah, melainkan sebagai bagian dari transformasi sosial yang menuntut respons hukum. Ketika hukum tidak segera menyesuaikan diri, maka akan muncul kesenjangan antara norma hukum dengan praktik sosial. Kesenjangan ini terlihat dari belum adanya pengaturan eksplisit mengenai rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Selain dapat dijelaskan melalui teori perubahan hukum modern, pengaturan rumah sakit syariah juga sejalan dengan pemikiran Ibnu Qayyim al-Jauziyyah mengenai fleksibilitas hukum dalam merespons perubahan kehidupan masyarakat. Ibnu Qayyim menegaskan bahwa perubahan fatwa dan hukum dapat terjadi seiring dengan perubahan zaman, tempat, keadaan, niat, dan kebiasaan.

تَغْيِيرُ الْفَتَوَى وَاخْتِلَافُهَا بِحَسَبِ تَغْيِيرِ الْأَزْمَنِ وَالْأَمَكَةِ وَالْأَحْوَالِ وَالنِّيَّاتِ وَالْعَوَانِدِ.⁷¹

Pandangan tersebut menunjukkan bahwa hukum tidak boleh dipahami sebagai sesuatu yang statis, tetapi harus mampu menyesuaikan diri dengan

⁶⁸ Elmi et al., *Teori Hukum (Perkembangan Pemikiran Hukum Dan Aplikasinya Dalam Berbagai Kajian Dan Penelitian Hukum)*, 161.

⁶⁹ Lili Rasjidi and Ira Thania Rasjidi, *Pengantar Filsafat Hukum*, Cet.II (Bandung: Mandar Maju, 2002), 62.

⁷⁰ Satjipto Rahardjo, *Hukum Dan Perilaku (Hidup Baik Adalah Dasar Hukum Yang Baik)*, Cet.I (Jakarta: Kompas, 2009), 116.

⁷¹ Al-Jauziyyah, *I'lam Al-Muwaqqi'in 'An Rab Al-'Alamīn*, Juz 4, 337. Teori perubahan hukum dalam berbagai literatur memang identik disandarkan pada Ibnu Qayyim al-Jauziyyah dengan kaidah di atas yang ditulis dalam karya beliau. Namun demikian jika kita baca di beberapa literatur terdapat beberapa kaidah yang mungkin secara substansi memiliki kesamaan namun memiliki redaksi yang berbeda, berikut beberapa kaidah terkait perubahan hukum yang penulis temukan لا يَتَغَيَّرُ الْفَتْوَى (الْحُكْمُ) بِتَغْيِيرِ الْأَزْمَنِ وَالْأَمَكَةِ وَالْأَحْوَالِ dan لا يُنْكَرُ تَغْيِيرُ الْأَحْكَامِ بِتَغْيِيرِ الْأَزْمَانِ lihat pada karya Umar, *Kaidah Fiqhiyyah Dan Pembaharuan Hukum Islam*, 95 dan 97. Lihat juga kaidah لا يُنْكَرُ تَغْيِيرُ الْأَحْكَامِ بِتَغْيِيرِ الْقَرَانِ وَالْأَزْمَانِ dalam Saha Salim Mikdats, *Taghoyar Al-Ahkam*, 23.

perkembangan kemaslahatan yang menjadi tujuan pembentukannya. Dalam konteks penelitian ini, munculnya rumah sakit syariah merupakan bentuk perkembangan kebutuhan masyarakat yang sebelumnya belum menjadi perhatian ketika regulasi rumah sakit pertama kali disusun. Oleh karena itu, perubahan sistem pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan prinsip-prinsip syariah semestinya direspons melalui pembaruan regulasi agar hukum tetap relevan dengan dinamika sosial dan mampu memberikan kepastian hukum bagi seluruh pemangku kepentingan. Dengan demikian, pemikiran Ibnu Qayyim memberikan landasan filosofis bahwa pembaruan hukum terhadap pengaturan rumah sakit syariah bukanlah penyimpangan dari sistem hukum, melainkan bagian dari upaya mewujudkan kemaslahatan sesuai dengan perkembangan masyarakat.

Analisis mengenai kepastian hukum, problematika yuridis, dan dinamika perubahan hukum menunjukkan bahwa pengaturan rumah sakit syariah tidak cukup dipahami sebagai persoalan teknis pembentukan peraturan perundang-undangan, melainkan harus ditempatkan dalam kerangka pembangunan hukum nasional. Dalam perspektif **Roscoe Pound**, hukum berfungsi sebagai *law as a tool of social engineering*,⁷² yaitu instrumen yang digunakan untuk mengarahkan, menata, dan menyeimbangkan berbagai kepentingan yang berkembang dalam masyarakat. Hukum tidak hanya bertugas menjaga ketertiban, tetapi juga harus mampu mengakomodasi perubahan sosial melalui pembentukan norma yang memberikan kepastian sekaligus menjawab kebutuhan masyarakat. Dalam konteks rumah sakit syariah, berkembangnya pelayanan kesehatan berbasis prinsip syariah merupakan realitas sosial yang memerlukan respons hukum. Oleh karena itu, **pengaturan rumah sakit syariah bukan dimaksudkan untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang eksklusif**, melainkan sebagai bentuk rekayasa sosial yang memungkinkan negara memberikan kepastian hukum terhadap praktik pelayanan kesehatan yang telah berkembang dan diterima oleh masyarakat. Dengan demikian, pembentukan regulasi mengenai rumah sakit syariah merupakan bagian

⁷² Tanya, Simanjuntak, and Hage, *Teori Hukum Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang Dan Generasi*, 139. Lihat juga Praja, *Teori Hukum Dan Aplikasinya*, 153. Dan Asmaruddin et al., *Asas Tanggung Jawab Sebuah Pembaruan Asas-Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*, 47.

dari fungsi hukum dalam mengintegrasikan kebutuhan sosial ke dalam sistem hukum nasional sehingga tercipta keteraturan, perlindungan hukum, dan keadilan bagi seluruh pemangku kepentingan.

Konsep tersebut sejalan dengan pemikiran Mochtar Kusumaatmadja yang menempatkan hukum sebagai sarana pembaruan dan pembangunan masyarakat. Menurut teori ini, hukum tidak hanya berfungsi mempertahankan ketertiban, tetapi juga menjadi instrumen yang mengarahkan perubahan menuju tujuan pembangunan nasional.⁷³ Dalam konteks sistem hukum kesehatan, pembangunan hukum tidak hanya diukur dari banyaknya regulasi yang dibentuk, tetapi juga dari kemampuan regulasi tersebut menjawab perkembangan kebutuhan masyarakat dan memberikan kepastian hukum terhadap berbagai bentuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, belum diakomodasinya rumah sakit syariah dalam sistem peraturan perundang-undangan menunjukkan adanya ruang yang masih perlu disempurnakan dalam pembangunan hukum kesehatan nasional. Kehadiran regulasi yang mengakui dan mengatur rumah sakit syariah tidak hanya akan memperkuat kepastian hukum, tetapi juga mencerminkan kemampuan sistem hukum nasional untuk berkembang secara adaptif, inklusif, dan responsif terhadap dinamika masyarakat. Dalam perspektif ini, pembangunan hukum merupakan proses yang berkelanjutan untuk menyelaraskan perkembangan hukum dengan perkembangan sosial sehingga keduanya berjalan secara harmonis. Filsafat hukum juga memandang bahwa pembangunan hukum harus berangkat dari analisis terhadap asas-asas hukum dan persoalan yuridis yang berkembang dalam masyarakat agar hukum mampu menjalankan fungsi pengaturannya secara efektif.⁷⁴

Berdasarkan uraian tersebut, pembangunan hukum kesehatan nasional perlu diarahkan pada integrasi dan harmonisasi antara hukum negara dengan perkembangan praktik pelayanan kesehatan berbasis syariah yang telah hidup dalam masyarakat. Harmonisasi tersebut tidak dimaksudkan untuk membentuk rezim hukum yang terpisah, melainkan mengintegrasikan prinsip-prinsip

⁷³ Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum Dalam Pembangunan*, 13–14.

⁷⁴ Baso Madiung dan Firman Anugrah, *Metodologi Penelitian Dan Penulisan Karya Ilmiah Hukum*, Cet.Ke-1 (Depok: Rajawali Pers, 2025), 37.

penyelenggaraan rumah sakit syariah ke dalam sistem hukum kesehatan nasional melalui pengaturan yang jelas mengenai pengakuan, standar, kelembagaan, pembinaan, dan pengawasan. Dengan demikian, sistem hukum tidak hanya memberikan kepastian terhadap penyelenggaraan rumah sakit secara umum, tetapi juga mampu mengakomodasi karakteristik rumah sakit syariah sebagai bagian dari pelayanan kesehatan nasional. Arah pembangunan hukum seperti ini mencerminkan fungsi hukum sebagai instrumen pembaruan masyarakat sekaligus sebagai sarana untuk mewujudkan sistem hukum kesehatan yang integratif, adaptif, dan berorientasi pada kemaslahatan masyarakat.

Berdasarkan keseluruhan pembahasan pada subbab ini, dapat disimpulkan bahwa kepastian hukum pengaturan rumah sakit syariah pada hakikatnya bukan sekadar kebutuhan administratif atau formalitas regulasi, melainkan merupakan instrumen untuk mewujudkan kemaslahatan dalam sistem hukum kesehatan nasional. Kepastian hukum yang diwujudkan melalui pengakuan normatif, kejelasan standar, harmonisasi regulasi, serta mekanisme pembinaan dan pengawasan akan memberikan perlindungan terhadap agama, jiwa, harta, dan hak-hak pasien secara berkeadilan. Dengan demikian, pembangunan regulasi rumah sakit syariah tidak hanya memenuhi tuntutan teori kepastian hukum dan pembangunan hukum, tetapi juga sejalan dengan tujuan *maqāṣid asy-syarī'ah* yakni *Maṣlahah*.

2. Analisis Kritik Hukum Islam Terhadap Peraturan Perundang-Undangan Terkait Rumah Sakit di Indonesia

Kritik hukum Islam terhadap peraturan perundang-undangan tentang rumah sakit di Indonesia didasarkan pada adanya ketidaksinkronan antara kebutuhan sebagian masyarakat muslim akan rumah sakit berbasis syariah⁷⁵ dengan struktur hukum kesehatan nasional yang berlaku saat ini. Pengaturan rumah sakit dalam sistem hukum Indonesia menunjukkan konstruksi normatif yang berlapis dan sistematis, mulai dari Undang-Undang Dasar 1945 sampai peraturan Menteri

⁷⁵ Djannah and Ruliyandari, "Analisis Kebutuhan Masyarakat Terhadap Rumah Sakit Berbasis Syariah Berdasarkan Sikap."212.

kesehatan. Hal ini merupakan implementasi langsung dari teori hierarki norma hukum (Stufenbautheorie)⁷⁶

Berdasarkan hasil temuan penelitian yang telah di paparkan pada tabel 4.4 bagian deskripsi data dapat dilihat bahwa ketentuan mengenai rumah sakit dalam regulasi terbaru menunjukkan adanya pergeseran model pengaturan yang cukup mendasar dibandingkan dengan aturan-aturan sebelumnya, di mana rumah sakit tidak lagi diposisikan sebagai subjek yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan nasional.⁷⁷ Perubahan ini berdampak pada konstruksi norma yang tidak lagi terpusat dalam satu bagian khusus, tetapi tersebar dalam berbagai rumpun pengaturan yang saling terhubung, seperti aspek kelembagaan, fungsi layanan rujukan,⁷⁸ standar mutu,⁷⁹ standar pelayanan,⁸⁰ tanggungjawab hukum,⁸¹ hingga mekanisme pengawasan.⁸² Dengan pendekatan tersebut, rumah sakit tidak hanya dipandang sebagai penyedia layanan kesehatan semata, tetapi juga sebagai elemen strategis dalam ekosistem kesehatan yang terintegrasi. Ketentuan terkait rumah sakit tetap diakomodasi, namun direposisi dalam kerangka besar penyelenggaraan layanan kesehatan nasional. Selanjutnya, pengaturan yang lebih teknis dan operasional dituangkan dalam peraturan pelaksana sebagai bentuk konkret dari pendekatan sistemik tersebut.

Pada tingkat operasional, pengaturan rumah sakit kemudian dijabarkan lebih lanjut melalui Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2024 yang memuat ketentuan teknis penyelenggaraan pelayanan kesehatan, hal ini sebagaimana telah dijelaskan pada temuan hasil penelitian di deskripsi data tabel 4.5 aturan turunan ini mengatur secara rinci mengenai klasifikasi rumah

⁷⁶ Muhtadi Muhtadi, "Penerapan Teori Hans Kelsen Dalam Tertib Hukum Indonesia," *FIAT JUSTISIA: Jurnal Ilmu Hukum* 5, no. 3 (2011): 293.

⁷⁷ Pasal 1 ayat 10, 168, dan 184 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁷⁸ Pasal 26, 37-39 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁷⁹ Pasal 23-24 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁰ Pasal 189 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸¹ Pasal 192-193 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸² Pasal 421-423 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

sakit,⁸³ jenis pelayanan,⁸⁴ tata kelola organisasi,⁸⁵ kewajiban pelayanan,⁸⁶ standar mutu yang harus dipenuhi oleh rumah sakit,⁸⁷ serta Pengawasan rumah sakit.⁸⁸ Ketentuan ini menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya dituntut untuk memenuhi standar administratif, tetapi juga standar klinis dan manajerial yang ketat dalam rangka menjamin keselamatan pasien.

Pemerintah dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan mendelegasikan⁸⁹ pada aturan sistem akreditasi rumah. Sistem akreditasi ini tujuannya adalah dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Regulasi ini secara komprehensif mengatur berbagai aspek penyelenggaraan akreditasi, mulai dari kewajiban setiap rumah sakit untuk memperoleh status akreditasi,⁹⁰ tahapan pelaksanaan akreditasi oleh lembaga independen,⁹¹ proses penyelenggaraan akreditasi,⁹² hingga mekanisme pembinaan dan pengawasan oleh pemerintah pusat maupun daerah.⁹³ Selain itu, sistem akreditasi dalam tataran konkrit dijabarkan dalam STARKES memperlihatkan

⁸³ Pasal 820 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁴ Pasal 819-821 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁵ Pasal 822-823 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁶ Pasal 833 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁷ 839-840 Pasal Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁸ Pasal 831-832 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

⁸⁹ Delegasi (dalam konteks perundang-undangan) adalah kewenangan yang diberikan dari suatu Undang-Undang kepada suatu peraturan perundang undangan di bawahnya sebagai peraturan pelaksana dari Undang-Undang tersebut, yang mana pembuatnya disebut sebagai delegated legislator. Jika suatu peraturan perundang-undangan dibuat tidak berdasarkan salah satu dari kedua kewenangan ini maka ia tidak sah. Magantara, *Catatan Kritis Omnibus Law UU Cipta Kerja d Alam Sudut Pandang Hukum Administrasi Pemerintahan*, 5–6.

⁹⁰ Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

⁹¹ Pasal 4-6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

⁹² Pasal 7-12 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

⁹³ Pasal 17-19 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

adanya pendekatan berbasis indikator dan evaluasi berkelanjutan, di mana setiap aspek pelayanan rumah sakit dinilai secara sistematis.⁹⁴

Konstruksi regulasi tersebut menunjukkan bahwa pengaturan rumah sakit masih didominasi oleh pendekatan universal yang bersifat netral terhadap nilai-nilai tertentu (Prinsip syariah). Ketiadaan pengaturan mengenai prinsip syariah tidak hanya terlihat pada tingkat undang-undang, tetapi juga pada peraturan pelaksana dan standar akreditasi yang menjadi pedoman operasional rumah sakit. Sistem akreditasi rumah sakit di Indonesia saat ini mengacu pada Kerangka Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES). STARKES sebagai standar nasional tidak secara eksplisit dibangun di atas kerangka normatif syariah, melainkan menggunakan pendekatan universal dalam menjamin mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan baik standar kelompok manajemen rumah sakit, kelompok pelayanan berfokus pada pasien, kelompok sasaran keselamatan pasien dan kelompok program nasional.⁹⁵ Secara substansi standar akreditasi rumah sakit sebagian kompatibel dengan nilai-nilai syariah. Hal ini terlihat dari berbagai kelompok standar yang mengandung nilai amanah, keadilan, profesionalitas, serta perlindungan terhadap jiwa manusia. Berikut disajikan tabel pemetaan antara kelompok standar akreditasi rumah sakit dan prinsip syariah yang relevan.

Tabel 4.13

Standar STARKES Yang Kompatibel Dengan Prinsip Syariah

No	Kelompok Standar	Substansi Utama	Prinsip Syariah
1	Manajemen RS (TKRS, KPS, MRMIK)	Tata kelola, akuntabilitas, etika, SDM, rekam medis	Tanggung jawab, kejujuran, akuntabilitas (Amanah)
2	Pelayanan Berfokus Pasien (HPK, PAP, KE, AKP)	Hak pasien, informed consent, pelayanan adil, edukasi	Keadilan & penghormatan martabat manusia ('Adl, Karamah)

⁹⁴ Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

⁹⁵ Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

3	PMKP	Mutu pelayanan & perbaikan berkelanjutan	Profesionalitas & kualitas optimal (Ihsan, Itqan)
4	PPI	Pencegahan infeksi	Penjagaan jiwa (<i>ḥifẓ an-nafs</i>)
5	MFK	Keselamatan fasilitas & lingkungan	Keamanan & keselamatan pasien (<i>ḥifẓ an-nafs</i>)
6	SKP	Sasaran keselamatan pasien	Pencegahan cedera & kematian (<i>ḥifẓ an-nafs</i>)
7	Program Nasional	TB, HIV, stunting, KB, PPRA	Kemaslahatan masyarakat luas (<i>Maṣlahah</i>)
8	PPK	Pendidikan klinik	Pengembangan kompetensi profesional (Ihsan dan <i>ḥifẓ al-‘aql</i>)

Berdasarkan uraian tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa STARKES memiliki karakter sebagai standar yang *value-compatible* dengan prinsip syariah, meskipun tidak secara eksplisit berbasis syariah. Pendekatan ini berbeda dengan standar sertifikasi rumah sakit syariah yang dikembangkan oleh MUKISI. Dalam standar MUKISI, *maqāṣid asy-syarī'ah* secara eksplisit dijadikan sebagai dasar penyusunan standar dan elemen penilaian.⁹⁶ *Maqāṣid asy-syarī'ah*, yang menjadi dasar dalam pengoperasian rumah sakit syariah, merujuk pada konsep yang dikemukakan oleh Imam As-Syatibi Al-Maliki. Menurut beliau, *Maqāṣid asy-syarī'ah ḍarūriyyāt* terdiri dari lima unsur pokok yang bertujuan untuk memelihara kebutuhan primer manusia. Lima unsur tersebut adalah penjagaan agama (*ḥifẓ ad-dīn*), penjagaan jiwa (*ḥifẓ an-nafs*), penjagaan akal (*ḥifẓ al-‘aql*), penjagaan

⁹⁶ MUKISI, *Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441*.

keturunan (*ḥifẓ an-nasl*), dan penjagaan harta (*ḥifẓ al-māl*).⁹⁷ Kelima unsur ini menjadi tolak ukur yang sangat penting dalam penyusunan standar operasional rumah sakit syariah, baik dalam aspek manajemen maupun pelayanan. Untuk memperjelas bagaimana prinsip *maqāṣid asy-syarī'ah* diimplementasikan dalam sistem sertifikasi rumah sakit syariah dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.14
Pengelompokan Standar dan Instrumen Penilaian Rumah Sakit Syariah
Versi 1441

No	Nama Bab	Jumlah Standar	Elemen Penilaian	Maqāṣid asy-syarī'ah
Kelompok Pelayanan				
1	Standar Syariah Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SSARK)	2	8	<i>Ḥifẓ an-naḥs</i>
2	Standar Syariah Asesmen Pasien (SSAP)	3	11	<i>Ḥifẓ an-naḥs</i>
3	Standar Syariah Pelayanan Asuhan Pasien (SSPAP)	7	28	<i>Ḥifẓ an-nasl</i>
4	Standar Syariah Pelayanan Obat Syariah (SSPO)	3	11	<i>Ḥifẓ an-naḥs</i>
5	Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian (SSPBK)	5	13	<i>Ḥifẓ an-naḥs</i>
6	Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE)	5	13	<i>Ḥifẓ al-'aql</i>
Kelompok Manajemen				
7	Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO)	9	29	<i>Ḥifẓ ad-dīn</i>

⁹⁷ Al-Syātibi, *Al-Muwaḥḩāt Fī Usūl Al-Sharī'a*, Disusun Oleh Muhammad Abdullah Darraz, juz II, 8–11. Atau bisa dilihat juga dalam versi terbaru Al-Syātibi, *Al-Muwaḥḩāt Fī Usūl Al-Sharī'a*, Tahqiq Oleh Abdul Salam Abdul Syafi Muhammad., Juz II, 221-223.

8	Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM)	3	10	<i>Hifẓ ad-dīn</i>
9	Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI)	9	26	<i>Hifẓ al-‘aql</i>
10	Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF)	5	15	<i>Hifẓ ad-dīn</i>
11	Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP)	3	11	<i>Hifẓ al-māl</i>
12	Standar Syariah Manajemen Akuntansi dan Keuangan (SSMAK)	8	23	<i>Hifẓ al-māl</i>

Tabel ini menunjukkan bahwa seluruh standar dalam sistem MUKISI tidak hanya kompatibel, tetapi secara struktural diturunkan langsung dari kerangka *maqāṣid asy-syarī’ah*, sehingga mencerminkan pendekatan normatif yang sistematis dan aplikatif. Pendekatan ini menunjukkan bahwa standar MUKISI bersifat *value-based* atau secara eksplisit menggunakan prinsip syariah sebagai dasar pengembangan standar, dan sebagai acuan dalam sistem penilaian sertifikasi syariah. Dengan demikian, terdapat perbedaan mendasar antara STARKES dan standar MUKISI, yaitu pada basis konseptualnya. STARKES merepresentasikan pendekatan universal yang kompatibel dengan nilai syariah, sedangkan MUKISI merupakan pendekatan normatif yang secara eksplisit berbasis *maqāṣid asy-syarī’ah*. Perbedaan ini menjadi temuan penting dalam penelitian, karena menunjukkan adanya dua paradigma dalam pengembangan standar rumah sakit. Pertama, paradigma kompatibilitas nilai (*value-compatible*), dan kedua, paradigma berbasis nilai (*value-based*). Temuan ini sekaligus membuka ruang bagi integrasi kedua pendekatan dalam pengembangan model rumah sakit yang tidak hanya memenuhi standar nasional, tetapi juga selaras dengan prinsip-prinsip syariah secara komprehensif.

Dalam perspektif kritik hukum Islam, kondisi ini menunjukkan belum terakomodasinya prinsip keberlakuan hukum Islam bagi umat Muslim dalam sektor pelayanan kesehatan. Hal ini tidak hanya mencerminkan kekosongan norma, tetapi juga memperlihatkan adanya keterbatasan paradigma hukum nasional dalam mengakomodasi keberlakuan hukum Islam secara substantif. Dalam perspektif kritik hukum Islam, hal ini menunjukkan bahwa integrasi nilai-nilai syariah masih berada pada tataran simbolik dan belum mencapai level normatif yang mengikat. Akibatnya, praktik pelayanan kesehatan berbasis syariah belum memperoleh legitimasi hukum yang kuat dalam sistem hukum nasional. Tidak adanya pengaturan eksplisit mengenai rumah sakit berbasis syariah menunjukkan adanya ketidakpastian hukum dalam sistem hukum positif di Indonesia.

Persoalan rumah sakit syariah ini memiliki dua dimensi yang merupakan hak setiap warga negara yang di akomodir secara konstitusional. **Pertama**, hak terkait kesehatan, yang di atur dalam Pasal 28 H ayat (1) dan 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Kemudian juga hak kesehatan ini secara eksplisit diatur dalam ketentuan Pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, ditegaskan bahwa setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Hak tersebut selaras juga dengan prinsip-prinsip dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa Tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia, yang menempatkan hak atas kesehatan sebagai bagian esensial dari hak asasi manusia.⁹⁸ Berdasarkan ketentuan-ketentuan tersebut, negara memiliki kewajiban untuk memastikan tersedianya akses yang cukup bagi seluruh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan optimal. Hal ini merupakan bentuk tanggung jawab pemerintah dalam menghormati, melindungi, serta memenuhi hak asasi manusia,

⁹⁸ Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Ditetapkan oleh Majelis Umum dalam resolusi 217 A (III) tertanggal 10 Desember 1948

khususnya hak atas kesehatan, melalui implementasi norma-norma HAM secara nyata.⁹⁹

Kedua, hak terkait keyakinan beragama dan menjalankan aturannya, yang di atur dalam pasal 28 E ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa “Setiap orang bebas memeluk agama dan beribadat menurut agamanya, memilih pendidikan dan pengajaran, memilih pekerjaan, memilih kewarganegaraan, memilih tempat tinggal diwilayah negara dan meninggalkannya, serta berhak Kembali” hal ini juga ditegaskan dalam Pasal 22 Undang-Undang No.39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) bahwa “Setiap orang bebas memeluk agamanya masing-masing dan untuk beribadat menurut agamanya dan kepercayaannya itu. (2) Negara menjamin kemerdekaan setiap orang memeluk agamanya dan kepercayaannya itu”, dan Pasal 18 ayat (1) dan (2) UU No.12 tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Civil and Political Rights* menyatakan bahwa “Setiap orang berhak atas kebebasan berpikir, keyakinan dan beragama. Hak ini mencakup kebebasan untuk menetapkan agama atau kepercayaan atas pilihannya sendiri, dan kebebasan, baik secara sendiri maupun bersama-sama dengan orang lain, baik di tempat umum atau tertutup, untuk menjalankan agama dan kepercayaannya dalam kegiatan ibadah, pentaatan, pengamalan, dan pengajaran”.

Berdasarkan pada amanah konstitusi tersebut, maka negara berkewajiban untuk memenuhinya. Untuk hak kesehatan tentu ini sudah di realisasikan melalui undang-undang kesehatan beserta turunannya yang menjadi dasar acuan sistem kesehatan nasional. Sedangkan untuk hak konstitusional mengenai jaminan dalam beragama dan pentaatan pengamalan, ini belum terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional Indonesia. Bagi masyarakat Muslim, kesehatan bukan hanya soal pengobatan, tapi bagaimana dalam proses pengobatan tersebut juga harus memperhatikan nilai-nilai dan prinsip yang di atur dalam tatanan agama, misalnya dalam menjalankan pengobatan seorang muslim juga harus memperhatikan obat yang dikonsumsi tidak boleh mengandung unsur yang diharamkan. Norma-norma

⁹⁹ Ardinata, “Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia (HAM),” 219.

yang ada dalam Islam termasuk terkait pengobatan adalah bagian dari pentaatan dalam pengamalan atas pilihan beragama, dan negara harus menjamin itu sesuai amanah konstitusi.

Bagi masyarakat Muslim, kesehatan tidak semata-mata dipahami sebagai upaya kuratif melalui pengobatan di rumah sakit, melainkan juga mencakup kepatuhan terhadap nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang bersumber dari ajaran agama. Proses pengobatan harus selaras dengan ketentuan syariah, seperti kewajiban memastikan bahwa obat atau tindakan medis yang digunakan tidak mengandung unsur yang diharamkan.¹⁰⁰ Hal ini menunjukkan bahwa aspek kesehatan dalam Islam memiliki dimensi etik dan spiritual yang tidak terpisahkan dari keyakinan keagamaan, sehingga setiap tindakan medis menjadi bagian dari manifestasi ketaatan individu dalam menjalankan ajaran agamanya.

Lebih lanjut, norma-norma keagamaan yang mengatur praktik kesehatan tersebut merupakan bagian dari pentaatan dalam pengamalan atas pilihan beragama yang dijamin konstitusi. Oleh karena itu, negara memiliki kewajiban konstitusional untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak tersebut, termasuk dengan menyediakan sistem pelayanan kesehatan yang akomodatif terhadap prinsip-prinsip syariah. Dengan demikian, integrasi antara aspek kesehatan dan prinsip syariah tidak hanya menjadi tanggung jawab individu, tetapi juga menjadi bagian dari tanggung jawab negara dalam mewujudkan perlindungan hak asasi manusia secara menyeluruh.

Kondisi ini sebenarnya pernah di singgung oleh Juhaya S. Praja yang intinya menyimpulkan bahwa sampai saat ini, banyak umat Islam di Indonesia yang masih belum sepenuhnya mengamalkan ajaran Islam secara menyeluruh. Kepatuhan mereka kebanyakan hanya terfokus pada ibadah dasar seperti sholat lima waktu, zakat, puasa, dan Haji.¹⁰¹ Hal ini menunjukkan aspek-aspek lain dari ajaran Islam,

¹⁰⁰ Islam menganjurkan berobat dan melarang berobat dengan yang haram sebagaimana hadis-hadis berikut: *إِنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ الدَّاءَ وَالنَّوَاءَ، وَجَعَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءً، فَتَدَاوُوا وَلَا تَتَدَاوُوا بِحَرَامٍ*. Salim bin 'Ied al-Hilali, *Ensiklopedi Larangan Menurut Al-Qur'an Dan As-Sunnah, Alih Bahasa Abu Ihsan Al-Atsari* (Bogor: Pustaka Imam asy-Syafi'i, 2005), 202. *إِنَّ اللَّهَ لَمْ يَجْعَلْ شِفَاءَكُمْ فِي مَا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ*. Ahmad bin 'Ali bin Muhammad bin Hajar al-'Asqalanī, *Fath Al-Bārī Syarah Ṣaḥīḥ Al-Bukhārī* (Beirut-Libanon: Dār al-Ryan, 1986), Juz 10, 78.

¹⁰¹ Praja, *Teori Hukum Dan Aplikasinya*, 81.

termasuk prinsip-prinsip syariah dalam kesehatan, seringkali kurang mendapat perhatian. Termasuk negara juga belum sepenuhnya mengakomodir atas amanah konstitusi terkait penjaminan atas pentaatan pengamalan atas pilihan beragama, dalam konteks ini adalah terkait pengobatan berbasis syariah.

Kondisi tersebut semakin menegaskan temuan bahwa perlindungan hak kebebasan beragama di Indonesia masih belum efektif, yang disebabkan oleh belum berfungsinya konstitusi sebagai *living constitution* yang mampu menjamin hak-hak warga negara secara substantif.¹⁰² Temuan tersebut semakin menegaskan bahwa problem ketidaktimoptimalan integrasi nilai-nilai syariah dalam sistem pelayanan kesehatan nasional tidak dapat dilepaskan dari dinamika yang lebih luas dalam konstruksi hukum nasional Indonesia. Dalam kajian teoritik, posisi hukum Islam dalam sistem hukum nasional tidak bersifat statis, melainkan senantiasa bergerak mengikuti dinamika sosial, politik, dan konfigurasi kekuasaan yang melingkupinya.¹⁰³ Hal ini menunjukkan bahwa keterbatasan akomodasi prinsip-prinsip syariah dalam regulasi rumah sakit bukan semata persoalan normatif, tetapi juga berkaitan erat dengan bagaimana negara memposisikan hukum Islam dalam arsitektur hukum nasional. Dengan demikian, ketidakhadiran pengaturan yang komprehensif mengenai pelayanan kesehatan berbasis syariah dapat dipahami sebagai refleksi dari tarik-menarik kepentingan, orientasi kebijakan, serta paradigma hukum yang berkembang dalam sistem hukum Indonesia. Oleh karena itu, diperlukan rekonstruksi regulasi yang tidak hanya berbasis pada pendekatan positivistik, tetapi juga mengintegrasikan nilai-nilai *maqāṣid asy-syarī'ah* sebagai bagian dari upaya mewujudkan perlindungan hak konstitusional umat Islam secara substantif.

Dalam perspektif **Teori hukum kritis** (Critical Legal Theory), hukum tidak dapat dipahami sebagai sistem yang netral dan bebas nilai, melainkan sebagai produk konstruksi sosial yang sarat dengan kepentingan, relasi kuasa, dan ideologi

¹⁰² Vivi Rohmana and Avivah Firisqi Leksono, "Jaminan Konstitusional Kebebasan Beragama: Kajian Normatif Pasal 28Edan 29 UUD NRI 1945," *JiIP-Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan* 9, no. 2 (2026): 1491, <https://doi.org/https://doi.org/10.54371/jiip.v9i2.10446>.

¹⁰³ Ahmad Kamil, Nurasih Nurasih, and Faisar Ananda Arfa, "Teori Pemberlakuan Hukum Islam Di Indonesia," *ANDREW Law Journal* 4, no. 2 (2025): 942, <https://doi.org/https://doi.org/10.61876/alj.v4i2.143>.

tertentu.¹⁰⁴ Pendekatan ini menolak asumsi formalisme hukum yang melihat hukum sebagai seperangkat norma objektif yang berdiri sendiri. Sebaliknya, menurut Roberto M. Unger bahwa hukum akan selalu mengandung unsur keberpihakan, hukum dipandang sebagai refleksi dari konfigurasi kekuasaan yang dominan dalam masyarakat.¹⁰⁵ Dalam konteks Undang-Undang Kesehatan terkait rumah sakit, konstruksi norma yang ada tidak dapat dilepaskan dari paradigma negara modern yang cenderung menempatkan aspek administratif dan teknokratis sebagai prioritas utama. Hal ini menunjukkan bahwa pembentukan norma hukum rumah sakit dalam Undang-Undang kesehatan tidak berada dalam ruang hampa, melainkan dipengaruhi oleh orientasi ideologis tertentu yang membentuk arah dan substansi pengaturannya.

Dalam praktiknya, hukum sering kali menampilkan dirinya sebagai instrumen yang objektif dan universal, namun sesungguhnya mengandung bias nilai tertentu yang tidak selalu tampak secara eksplisit. Dalam pengaturan mengenai rumah sakit, Undang-Undang Kesehatan tampak memberikan standar pelayanan yang berlaku umum bagi seluruh masyarakat. Akan tetapi, di balik klaim universalitas tersebut, terdapat kecenderungan untuk mengabaikan kebutuhan spesifik kelompok masyarakat tertentu, termasuk umat Islam yang menghendaki pelayanan kesehatan berbasis syariah.¹⁰⁶ Kondisi ini menunjukkan bahwa netralitas hukum bersifat semu, karena pada kenyataannya hukum justru merepresentasikan nilai dominan yang tidak sepenuhnya inklusif. Dengan demikian, apa yang disebut sebagai hukum “netral” pada dasarnya merupakan bentuk hegemoni nilai tertentu yang terselubung.

Dalam kerangka relasi kuasa, negara melalui regulasi kesehatan memiliki posisi dominan dalam menentukan standar dan arah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Posisi ini menempatkan masyarakat, termasuk umat Islam, lebih sebagai objek yang harus menyesuaikan diri dengan ketentuan yang telah ditetapkan,

¹⁰⁴ Kasim, *Gerakan Studi Hukum Kritis*, 28. Lihat juga Muhammad, *Filsafat Hukum: Refleksi Kritis Terhadap Hukum Dan Hukum Indonesia (Dalam Dimensi Ide Dan Aplikasi)*, 284.

¹⁰⁵ Unger, *Gerakan Studi Hukum Kritis*, Terj. Narulita Yusron, *The Critic Legal Studies Movement*, 13.

¹⁰⁶ Djannah and Ruliyandari, “Analisis Kebutuhan Masyarakat Terhadap Rumah Sakit Berbasis Syariah Berdasarkan Sikap.”

daripada sebagai subjek yang turut menentukan arah kebijakan. Ketimpangan relasi ini mengakibatkan terbatasnya ruang bagi artikulasi kebutuhan spesifik masyarakat dalam norma hukum. Dalam konteks rumah sakit syariah, kondisi ini tercermin dari tidak adanya pengakuan normatif yang kuat dalam undang-undang, meskipun secara sosiologis kebutuhan tersebut nyata. Dengan demikian, hukum berfungsi tidak hanya sebagai alat pengatur, tetapi juga sebagai instrumen dominasi yang membatasi kemungkinan alternatif pengaturan berbasis nilai keagamaan.

Berdasarkan keseluruhan analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa problem dalam regulasi kesehatan bukan sekadar terletak pada kekurangan teknis atau ketidaklengkapan norma, melainkan pada adanya bias ideologis yang bersifat struktural dalam pembentukan hukum itu sendiri. Undang-Undang Kesehatan, dalam perspektif hukum kritis, merefleksikan paradigma hukum yang cenderung eksklusif terhadap nilai-nilai tertentu, khususnya nilai keagamaan dalam pelayanan kesehatan. Akibatnya, kebutuhan akan rumah sakit berbasis syariah tidak memperoleh tempat yang proporsional dalam sistem hukum nasional. Oleh karena itu, diperlukan upaya dekonstruksi terhadap asumsi-asumsi dasar dalam pembentukan hukum kesehatan, agar hukum tidak hanya berfungsi sebagai instrumen regulatif, tetapi juga sebagai sarana yang responsif terhadap keberagaman nilai dalam masyarakat. Dengan demikian, kritik hukum kritis membuka ruang bagi rekonstruksi hukum yang lebih adaptif terhadap realitas sosial.

Dalam perspektif hukum Islam, setiap kebijakan yang di ambil seorang pemimpin harus didasarkan atau berorientasi pada kemasalahtan, sebagaimana yang di sampaikan oleh Imam Syafi'i sebagaimana dikutip oleh Jalāluddīn 'Abdurrahman As-Suyūṭi, dalam kitab *Al-Asybah wa an-Nazāir fī Qawā'id Wa Furū'i Fiqhi Asy-Syāfi'iyah* dengan redaksi sebagai berikut:

تَصَرَّفُ الْإِمَامُ عَلَى الرَّعِيَّةِ مَنْوُظٌ بِالْمَصْلَحَةِ.¹⁰⁷

Dalam kerangka hukum Islam, konsep *maṣlahah* merupakan prinsip fundamental yang menjadi tujuan utama ditetapkannya syariat, yakni untuk

¹⁰⁷ Jalāluddīn 'Abdurrahman As-Suyūṭi, *Al-Asybah Wa an-Nazāir Fī Qawā'id Wa Furū'i Fiqhi Asy-Syāfi'iyah* (Beirut-Libanon: Dār Al-Kutub Al-'Ilmiyah, 1983), 121.

mewujudkan kemanfaatan dan mencegah kemudharatan bagi manusia.¹⁰⁸ *Maṣlahah* tidak hanya dipahami secara abstrak, tetapi memiliki struktur hierarkis yang sistematis dalam kajian *maqāṣid asy-syarī'ah*. Para ulama ushul fikih mengklasifikasikan *maṣlahah* ke dalam tiga tingkatan, yaitu (1) *Darūriyyāt*, (2) *Hājiyyāt*, dan (3) *Tahsiniyyāt*. *Darūriyyāt* adalah kebutuhan dasar yang esensial untuk menjaga kebaikan dan kesejahteraan, baik dalam konteks duniawi maupun ukhrawi. Tanpa *daruriyyah*, kehidupan akan menjadi kacau dan menderita, baik di dunia maupun di akhirat. *Darūriyyāt* mencakup perlindungan agama, jiwa, keturunan, harta benda, dan akal. *Hājiyyāt*, adalah kebutuhan yang membawa kemudahan dan menghilangkan kesulitan, yang tanpanya kehidupan tidak rusak tetapi akan mengalami kesulitan. *Hājiyyāt*, memperbaiki dan melengkapi *darūriyyāt* mengurangi kesulitan dan menciptakan keseimbangan tanpa ekstrem. *Tahsiniyyāt* berkaitan dengan mengikuti kebiasaan baik dan menghindari yang buruk, berlandaskan akal sehat, sering dihubungkan dengan keutamaan akhlak. *Tahsiniyyāt* melengkapi *darūriyyāt*, dan *hājiyyāt*, fokus pada estetika, kenyamanan, dan sopan santun dalam hubungan manusia dengan tuhan dan sesama.¹⁰⁹

Klasifikasi *maṣlahah* menjadi *darūriyyāt*, *hājiyyāt*, dan *tahsiniyyāt* memberikan kerangka hierarkis dalam menilai urgensi norma hukum. *Darūriyyāt* mencakup kebutuhan esensial yang wajib dipenuhi, *hājiyyāt* berfungsi menghilangkan kesulitan, *tahsiniyyāt* menyempurnakan kualitas hidup. *Maṣlahah darūriyyāt* menurut Al-Ghazali¹¹⁰ terdiri dari penjagaan agama (*ḥifẓ ad-dīn*),

¹⁰⁸ Pemaknaan terhadap *maṣlahah* sendiri dikalangan ahli memiliki kesamaan secara substansi meskipun dengan redaksi yang sedikit berbeda, seperti yang di ungkapkan Al-Khawarizmi, المَزَادُ بِالْمَصْلَحَةِ: الْمَحَافِظَةُ عَلَى مَقْصُودِ الشَّارِعِ بِدَفْعِ الْمَقَاسِدِ عَنِ الْخَلْقِ. Al-Zuhaili, *Uṣul Al-Fiqh Al-Islāmī*, Juz II, 757. Sementara Ali Hasballah mengemukakan bahwa عَلِمْتُ أَنَّ الشَّرَائِعَ لَا يُرَادُ بِهَا إِلَّا تَحْقِيقُ مَصَالِحِ الْخَلْقِ، وَأَنَّ الْمَزَادَ بِالْمَصْلَحَةِ جَلْبُ الْمَنْفَعَةِ وَدَفْعُ الْمَضَرَّةِ. Hasballāh, “Al-Uṣūlul Tasyrī’ Al-Islāmī,” 169. Al-Ghazali mengartikan *maṣlahah* sebagai berikut: أَمَّا الْمَصْلَحَةُ فَهِيَ عِبَارَةٌ فِي الْأَصْلِ عَنْ جَلْبِ مَنْفَعَةٍ أَوْ دَفْعِ مَضَرَّةٍ. Al-Ghazali, *Al-Mustaṣfā Min ‘Ilm Al-Uṣūl*, Muḥaqiq Ḥamzah Bin Zuhair Ḥafidz,” Juz II, 481-482.

¹⁰⁹ Al-Syātibi, *Al-Muwafāqāt Fī Usūl Al-Sharī’a*, Disusun Oleh Muhammad Abdullah Darraz, juz II, 8–11. Atau bisa dilihat juga dalam versi terbaru Al-Syātibi, *Al-Muwafāqāt Fī Usūl Al-Sharī’a*, Tahqiq Oleh Abdul Salam Abdul Syaḥī Muhammad., Juz II, 221-223.

¹¹⁰ Jāsser ‘Audah mengungkapkan bahwa pembagian *maṣlahah* berdasarkan tingkatannya yang dikemukakan al-Gazālī ini merupakan bentuk pengembangan dari Al-Juwaynī selaku guru dari al-Ghazali. Masih menurut Jaser, kitab *al-Burhān fī Usūl al-Fiqh* dianggap sebagai karya fikih pertama yang mengemukakan sebuah teori tentang jenjang-jenjang kebutuhan dasar.¹¹⁰ Menurut Al-

penjagaan jiwa (*hifẓ an-nafs*), penjagaan akal (*hifẓ al-'aql*), penjagaan keturunan (*hifẓ an-nasl*), dan penjagaan harta (*hifẓ al-māl*). Komposisi ini senada dengan yang di sampaikan oleh dan Al-Syatibi meskipun dengan urutan yang sedikit berbeda.¹¹¹ *Maqāṣid al-syarī'ah* tersebut menjadi parameter konkret dalam menilai sejauh mana regulasi terkait rumah sakit mencerminkan kemaslahatan.

Pendekatan ini menempatkan rumah sakit bukan sekadar institusi pelayanan medis, tetapi sebagai ruang pemenuhan kebutuhan dasar manusia secara komprehensif. Setiap aspek diuji melalui dua indikator, yaitu normatif yakni dengan melihat keberadaan aturan dalam Undang-Undang Kesehatan dan turunannya, dan dampak atau implikasi terhadap pasien. Hal ini penting karena *maqāṣid asy-syarī'ah* secara substansial bertujuan menjaga lima kebutuhan pokok manusia. Dengan demikian, analisis tidak berhenti pada apakah regulasi tersebut “baik” atau “buruk”. Output analisis kemudian diklasifikasikan menjadi terpenuhi, parsial, atau tidak terpenuhi, sehingga menghasilkan evaluasi yang terukur.

Pada aspek *hifẓ ad-dīn*,¹¹² analisis diarahkan pada sejauh mana regulasi menjamin layanan berbasis syariah, seperti ketersediaan pelayanan ibadah,

Juwaynī *al-Maqāṣid* memiliki lima jenjang yaitu: *ad-darūrāt* (keniscayaan-keniscayaan), *al-hājjat al-'āmmah* (kebutuhan-kebutuhan publik), *al-makrūmāt* (tindakan moral), *al-mandūbāt* (anjaran-anjaran), dan ‘apa yang tidak dapat dikembalikan kepada maksud yang spesifik’. Beliau menyarankan bahwa tujuan hukum Islami adalah *al-'iṣmah* (proteksi atau perlindungan yang nyata) terhadap keimanan, jiwa, akal, ranah-ranah kepribadian, dan harta. Al-Gazālī kemudian mengurutkan jenjang kebutuhan tersebut dan mencetuskan istilah perlindungan/pelestarian (*hifẓ*) terhadap kebutuhan-kebutuhan ini sehingga urutannya menjadi penjagaan agama (*hifẓ ad-dīn*), penjagaan jiwa (*hifẓ an-nafs*), penjagaan akal (*hifẓ al-'aql*), penjagaan keturunan (*hifẓ an-nasl*), dan penjagaan harta (*hifẓ al-māl*). Audah, *Membumikan Hukum Islam Melalui Maqāṣid Syarī'ah*, Terj Rosidin Dan 'Ali 'Abd El-Mun'im, 51.

¹¹¹ Imam Syatibi dalam kitab *Al-Muwafāqāt Fī Usūl Al-Sharī'* mengurutkan *maqāṣid asy-syarī'ah* dalam tingkat *maṣlahah darūriyyāt* dengan urutan sebagai berikut: Penjagaan agama (*hifẓ ad-dīn*), penjagaan jiwa (*hifẓ an-nafs*), penjagaan keturunan (*hifẓ an-nasl*), penjagaan harta (*hifẓ al-māl*), dan penjagaan akal (*hifẓ al-'aql*), meskipun demikian, dalam menguraikan urutan tersebut, Syatibi dalam catatan kaki nya menyebutkan bahwa urutan masalah dari yang tertinggi sampai terendah adalah *hifẓ ad-dīn*, *hifẓ an-nafs*, *hifẓ al-'aql*, *hifẓ an-nasl*, dan *hifẓ al-māl*. Meskipun demikian Syatibi sendiri mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan dalam hal ini, Sebagian ulama mendahulukan jiwa atas agama. Al-Syātibi, *Al-Muwafāqāt Fī Usūl Al-Sharī'a*, *Tahqiq Oleh Abdul Salam Abdul Syafi Muhammad.*, Juz II, 222.

¹¹² *Hifẓ Ad-Dīn* merupakan prioritas tertinggi dalam *maqāṣid asy-syarī'ah*. Tujuannya adalah memastikan bahwa manusia tetap berada dalam koridor tauhid dan keimanan yang benar. Dalam konteks ini menjaga dan memelihara agama dapat dimaknai sebagai upaya menjalankan seluruh kewajiban keagamaan secara konsisten sesuai tuntunan syariat. Hal ini mencakup pelaksanaan shalat lima waktu dengan tata cara yang benar, termasuk adanya keringanan dalam kondisi tertentu seperti melaksanakan shalat dengan duduk apabila tidak mampu berdiri. Selain itu,

makanan dan obat halal, hingga kebijakan medis yang sesuai prinsip Islam. Berikut dipaparkan hasil temuan aspek ini dalam bentuk tabel:

Tabel 4.15

Pemetaan Ketentuan Regulasi terkait Rumah Sakit dalam Perspektif *Hifz Ad-Dīn*

Ketentuan	Relavansi Hifz al-Dīn	Sifat
Undang-Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan		
Pasal 2 (a) Ketuhanan dan perikemanusiaan	Pengakuan nilai agama	Implisit Normatif
Pasal 2 (b) Keseimbangan fisik-spiritual	Akomodasi kebutuhan spiritual	Implisit Normatif
Pasal 2 (j) Nondiskriminatif (agama)	Kebebasan beragama	Eksplisit Protektif
Pasal 2 (k) Nilai moral & agama	Integrasi nilai agama dalam kebijakan	Eksplisit Ideologis
Pasal 189 (i) Sarana ibadah	Fasilitasi ibadah pasien	Eksplisit Operasional
Pasal 189 (m) Hak pasien dihormati	Perlindungan praktik keagamaan	Implisit Umum
Peraturan Pemerintah 28 Tahun 2024		

juga meliputi kewajiban mengonsumsi makanan yang halal dan baik, menutup aurat baik di dalam maupun di luar pelaksanaan shalat, serta menjalankan berbagai bentuk ibadah lainnya sesuai dengan ketentuan agama. Firdaus, “Analisis Preferensi Masyarakat Terhadap Maqasid Syariah Islamiyah Yang Diterapkan Pada Rumah Sakit Islam Di Surabaya,” 176. Tanpa penjagaan terhadap agama, nilai-nilai moral akan kehilangan arah, dan hukum kehilangan legitimasi etiknya. Imam al-Syatibi menegaskan bahwa *hifz al-dīn* memiliki dua dimensi: pemeliharaan agama secara individu melalui ibadah dan secara sosial melalui penegakan syariat. Dalam konteks modern, penjagaan agama tidak hanya dimaknai sebagai kewajiban menjalankan ibadah ritual, tetapi juga meliputi kebebasan beragama dan penghormatan terhadap keyakinan orang lain, selama tidak mengganggu ketauhidan. Ropiah, *Menyulam Cinta Di Tengah Perbedaan: Fondasi Sosial-Keagamaan Dan Relevansi Maqasid Syariah Dalam Islam Modern*, 33. Konsep menjaga agama tidak semata bermakna proteksi terhadap umat Islam, tetapi juga menghormati kebebasan keyakinan. Dalam konteks negara plural seperti Indonesia, hal ini berarti melindungi hak non-Muslim menjalankan ibadahnya, mencegah kriminalisasi terhadap mualaf, dan menjamin toleransi antarumat beragama. Aplikasinya: Hukum pidana Islam (jinayat) di Aceh tidak diberlakukan kepada non-Muslim kecuali mereka memilih tunduk padanya, sebagai bentuk perlindungan terhadap kebebasan beragama yang dijamin konstitusi Yarmunida, “Aplikasi Hukum Syariah Dalam Masyarakat Modern,” 110–11.

Ketentuan	Relavansi Hifz al-Dīn	Sifat
Pasal 833 (b) pelayanan non-diskriminatif	Kebebasan beragama	Eksplisit Protektif
Pasal 833 (i) penyediaan sarana ibadah	Fasilitasi ibadah pasien	Eksplisit Operasional
Pasal 833 (m) menghormati dan melindungi hak pasien	Perlindungan praktik keagamaan	Implisit Umum

Berdasarkan hasil temuan penelitian di atas jika dikelompokkan secara klaster, ketentuan yang berkaitan dengan *hifz ad-dīn* dalam regulasi kesehatan menunjukkan dua level pengaturan. Pertama pada level normatif, agama diakui sebagai landasan etik melalui prinsip Ketuhanan, keseimbangan spiritual, dan nondiskriminasi.¹¹³ Namun, pengakuan ini masih bersifat deklaratif dan belum sepenuhnya diterjemahkan ke dalam standar pelayanan konkret. Kedua pada level operasional, seperti khususnya penyediaan sarana ibadah dan penghormatan hak pasien,¹¹⁴ hal ini mulai merepresentasikan implementasi nyata *hifz ad-dīn*.

Namun demikian, dalam konstruksi Undang-Undang Kesehatan, ketentuan terkait rumah sakit syariah belum dirumuskan secara eksplisit dan komprehensif. Kondisi ini menunjukkan adanya kekosongan norma yang berdampak pada tidak terakomodasinya kebutuhan religius masyarakat muslim dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Padahal, dalam perspektif *maqāṣid asy-syarī'ah*, perlindungan agama merupakan aspek primer (*darūriyyāt*,) yang tidak dapat diabaikan. Ketika regulasi tidak mampu menjamin terpenuhinya aspek ini, maka secara substantif dapat dikatakan bahwa hukum tersebut belum sepenuhnya memenuhi prinsip kemaslahatan. Dengan demikian, analisis ini menunjukkan bahwa terdapat ketidaksesuaian antara norma hukum positif dengan tujuan dasar hukum Islam. Hal ini menjadi titik awal untuk mengidentifikasi perlunya rekonstruksi norma yang lebih responsif terhadap dimensi religius.

¹¹³ Pasal 2 Huruf a, b, j, dan k Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

¹¹⁴ Pasal 189 Undang-undang kesehatan dan Pasal 833 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Pasal 189 (c) - Gawat darurat	Penyelamatan jiwa segera	Operasional Kritis
Pasal 189 (d) - Penanggulangan bencana	Perlindungan korban	Operasional
Pasal 189 (g) - Standar mutu	Pencegahan risiko medis	Operasional
Pasal 189 (o) - Pencegahan kecelakaan	Keselamatan lingkungan RS	Operasional
Pasal 837-838 Darurat & bencana	Larangan menolak pasien	Eksplisit Kritis
PMKP & SKP – Keselamatan pasien	Pencegahan insiden medis	Sistemik Operasional
PPI – Pencegahan infeksi	Perlindungan dari penyakit	Sistemik

Berdasarkan hasil pemetaan terhadap ketentuan yang ada, pada dimensi *hifz al-nafs*, regulasi kesehatan di Indonesia justru menunjukkan tingkat pemenuhan yang relatif tinggi. Undang-Undang Kesehatan secara tegas mengatur tentang keselamatan pasien,¹¹⁶ indikator operasional seperti standar pelayanan dan mutu,¹¹⁷ akreditasi rumah sakit,¹¹⁸ dan pengawasan terhadap praktik medis¹¹⁹ menunjukkan bahwa aspek perlindungan jiwa telah menjadi prioritas utama dalam sistem hukum kesehatan. Dalam perspektif *maṣlahah*, hal ini mencerminkan terpenuhinya

¹¹⁶ Pasal 2 huruf (g) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Serta Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang di dalam instrumennya terdapat beberapa standar yang fokus masalah keselamatan pasien seperti Standar Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP), Standar Keselamatan Pasien dalam Lingkungan Fisik dalam Standar Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK) serta Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).

¹¹⁷ Pasal 23-25 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Pasal 839 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

¹¹⁸ Pasal 178 angka 3 huruf (c) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Pasal 885 angka 3 huruf (c) dan 895 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

¹¹⁹ Pasal 421- 423 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Pasal 831 - 832 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

kebutuhan primer yang bersifat esensial bagi keberlangsungan hidup manusia. Namun demikian, analisis ini tidak berhenti pada pengakuan atas kelebihan tersebut, melainkan juga menyoroti bahwa pemenuhan aspek biologis belum diimbangi dengan pemenuhan aspek spiritual. Dengan kata lain, kemaslahatan yang dihasilkan masih bersifat parsial. Oleh karena itu, perlu dilakukan integrasi antara perlindungan fisik dan nilai religius agar tercapai kemaslahatan yang holistik.

Pada aspek *Hifz Al-‘Aql*,¹²⁰ perhatian analisis diarahkan pada peran regulasi dalam membentuk praktik medis yang rasional, berbasis ilmu pengetahuan, serta didukung oleh update dan upgrade pengetahuan tenaga kesehatan dan edukasi pasien dalam proses pengambilan keputusan. Berikut dipaparkan hasil temuan aspek ini dalam bentuk tabel:

Tabel 4.17

Pemetaan Ketentuan Regulasi terkait Rumah Sakit dalam Perspektif *Hifz Al-‘Aql*

Ketentuan	Relavansi <i>Hifz al-‘Aql</i>	Sifat
Pasal 2 (d) - Ilmiah	Berbasis ilmu & rasionalitas	Eksplisit Normatif
Pasal 2 (f) - Etika & profesionalitas	Integritas intelektual tenaga medis	Eksplisit Normatif

¹²⁰ Akal merupakan anugerah yang membedakan manusia dari makhluk lain, sehingga penjagaannya menjadi bagian penting dari tujuan syariat. Hal ini diwujudkan melalui larangan terhadap segala hal yang merusak kesadaran, seperti khamar dan narkoba, serta dorongan kuat untuk menuntut ilmu dan berpikir kritis. Selain itu, menjaga akal juga berarti melindungi kebebasan berpikir dari indoktrinasi yang dapat melemahkan rasionalitas. Dalam masyarakat yang plural, penghargaan terhadap perbedaan pandangan dan pengembangan ilmu pengetahuan menjadi bagian integral dari implementasi *maqāṣid*. Ropiah, *Menyulam Cinta Di Tengah Perbedaan: Fondasi Sosial-Keagamaan Dan Relevansi Maqasid Syariah Dalam Islam Modern*, 34. Pemeliharaan akal pada era modern diwujudkan melalui penguatan sistem pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Selain itu, diperlukan upaya menangkal penyebaran hoaks dan radikalisme, serta pelarangan terhadap zat-zat yang merusak akal seperti narkoba. Di sisi lain, kemajuan teknologi dan inovasi juga diakui sebagai bagian penting dalam pengembangan akal. Dalam kerangka *maqāṣid* larangan terhadap konsumsi alkohol tidak hanya bersifat moral, tetapi juga bertujuan menjaga kesadaran dan rasionalitas manusia. Yarmunida, “Aplikasi Hukum Syariah Dalam Masyarakat Modern,” 111.

Pasal 139 UU 17/2023 Penggunaan Narkotika dalam pengobatan	preventif dan kontrol penggunaan zat yang berpotensi merusak akal	Eksplisit
Pasal 917-922 PP 28/2024 Penggunaan Narkotika dan obat bebas dalam pengobatan	preventif dan kontrol penggunaan zat yang berpotensi merusak akal	Eksplisit
Standar Komunikasi dan Edukasi & HPK - Edukasi & <i>informed consent</i>	Literasi dan pemahaman pasien	Eksplisit Sistemik
Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 7	Literasi dan pemahaman pasien	Eksplisit Sistemik
SKP 2 - Komunikasi efektif	Transfer pengetahuan akurat	Eksplisit Sistemik
Standar Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan (PPK) 5 Integrasi Pendidikan dengan Program Mutu dan Keselamatan Pasien	Literasi dan pemahaman tenaga kesehatan	Eksplisit Sistemik
Standar Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 2 Edukasi kesehatan geriatri berbasis masyarakat	Literasi dan pemahaman masyarakat	Eksplisit Sistemik

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa dimensi *hifz al-'aql* dalam regulasi kesehatan terbangun melalui fondasi ilmiah dan etika profesional sebagai basis normatif utama. Ketentuan bahwa pelayanan kesehatan harus berlandaskan rasionalitas ilmiah dan integritas intelektual tenaga medis.¹²¹ Hal ini menunjukkan bahwa perlindungan akal tidak hanya dimaknai sebagai pencegahan kerusakan, tetapi juga sebagai upaya menjaga kualitas berpikir, objektivitas, dan keilmuan

¹²¹ Pasal 2 huruf (d) dan (f) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

dalam praktik medis. Rasionalitas tersebut menjadi prasyarat penting dalam pengambilan keputusan klinis yang tepat dan dapat dipertanggungjawabkan. Namun, pendekatan ini masih dominan dalam kerangka ilmiah modern tanpa eksplisit mengaitkannya dengan nilai-nilai spiritual (syariah).

Selanjutnya, aspek preventif dalam perlindungan akal tampak kuat dalam pengaturan terkait narkoba dan obat keras. Regulasi ini menekankan pengendalian ketat terhadap produksi, distribusi, dan penggunaan zat yang berpotensi merusak fungsi kognitif manusia.¹²² Pendekatan ini sejalan dengan prinsip kehati-hatian (*precautionary principle*).¹²³ Dalam hal ini terlihat bahwa dimensi *hifẓ al-‘aql* telah diakomodasi secara cukup kuat. Perlindungan akal dalam konteks ini tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga preventif, dengan adanya kontrol terhadap penggunaan zat yang berpotensi merusak akal. Ketentuan mengenai kewajiban standar produksi, distribusi, serta penggunaan obat berbasis resep tenaga medis menunjukkan adanya upaya sistematis dalam menjaga fungsi kognitif dan mencegah penyalahgunaan zat adiktif. Selain itu, klasifikasi obat berdasarkan tingkat risiko menegaskan adanya perlindungan terhadap akal melalui regulasi berbasis kehati-hatian.

Namun demikian, perlindungan akal dalam regulasi ini masih dominan dipahami dalam kerangka medis dan farmakologis, yaitu sebatas pengendalian risiko biologis dan psikis. Pendekatan tersebut belum sepenuhnya mengintegrasikan dimensi moral dan spiritual sebagai bagian dari *hifẓ al-‘aql*. Dalam konteks *maqāṣid asy-syarī’ah*, perlindungan akal tidak hanya mencakup pencegahan kerusakan fisik dan mental, tetapi juga pembinaan kesadaran etis dan spiritual individu. Oleh karena itu, meskipun secara normatif ketentuan ini telah mencerminkan *hifẓ al-‘aql*, secara substantif masih terdapat ruang penguatan melalui integrasi nilai-nilai syariah agar perlindungan akal menjadi lebih holistik.

¹²² Pasal 139 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Pasal 917-922 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

¹²³ *Precautionary principle* secara umum dipahami sebagai prinsip kehati-hatian yang menuntut tindakan preventif sebelum terjadinya risiko, dan dalam perkembangannya telah diakui sebagai high-order legal principle yang menjadi landasan normatif dalam pembentukan kebijakan publik dan regulasi hukum. Emmy Latifah, “Precautionary Principle Sebagai Landasan Dalam Merumuskan Kebijakan Publik,” *Yustisia* Vol. 5, no. 2 (2016): 278–93, <https://doi.org/https://doi.org/10.20961/yustisia.v5i2.8742>.

Lebih lanjut, perlindungan akal tercermin melalui standar komunikasi, edukasi. Ketentuan seperti *informed consent*, komunikasi efektif, dan edukasi kesehatan menunjukkan bahwa perlindungan akal juga diwujudkan dalam bentuk peningkatan literasi dan pemahaman pasien. Hal ini penting agar pasien mampu mengambil keputusan secara rasional dan sadar terhadap tindakan medis yang dijalani. Edukasi berbasis masyarakat, seperti pada pelayanan geriatri, juga memperluas cakupan perlindungan akal hingga level komunitas.¹²⁴ Dengan demikian, perlindungan akal tidak hanya bersifat individual, tetapi juga kolektif dan sistemik. Namun demikian, orientasi edukasi masih cenderung berfokus pada aspek kognitif dan informasi medis. Berdasarkan hal ini maka, diperlukan integrasi nilai-nilai syariah agar perlindungan akal menjadi lebih holistik, mencakup dimensi etis dan spiritual dalam proses pelayanan kesehatan.¹²⁵

Ketentuan terkait edukasi dalam regulasi terkait rumah sakit, yang diberikan kepada pasien lebih berorientasi pada aspek medis dan rasionalitas ilmiah, tanpa mempertimbangkan dimensi spiritual sebagai bagian dari proses penyembuhan. Padahal aspek spiritual juga memiliki kontribusi dalam proses penyembuhan pasien.¹²⁶ Dalam konteks masyarakat religius, kondisi ini menunjukkan adanya

¹²⁴ HPK 4.1 terkait *Informed consent* tindakan medis, standar Komunikasi dan Edukasi (KE), dan Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) khususnya PAP 2.2 dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

¹²⁵ Pada rumah sakit yang tersertifikasi syariah oleh DSN-MUI literasi dan standar edukasi pasien selain memperhatikan aspek edukasi kesehatan, juga ada materi terkait edukasi fikih pasien (seperti toharoh, dan solat untuk orang sakit, fikih darah wanita, bimbingan doa pre operasi, hijab bagi pasien, termasuk komunikasi islami). Materi-materi tersebut dalam praktiknya diberikan oleh komite kerohanian kepada pasien dan keluarga pasien. Hal ini berdasarkan hasil wawancara dengan Irawan Zamzam (Sekretaris Komite Syariah Rumah Sakit Islam Siti Khadijah), Palembang, 05 Februari 2026. Realitas ini sebenarnya mengacu pada Standar Syariah Komunikasi dan Edukasi (SSKE) yang ditetapkan oleh MUKISI dan DSN-MUI sebagai acuan sertifikasi rumah sakit syariah. MUKISI, *Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441*, 48–55.

¹²⁶ Terdapat banyak penelitian menunjukkan bahwa integrasi aspek spiritual dalam proses penyembuhan memiliki kontribusi signifikan terhadap kesehatan pasien. Di antaranya adalah hasil temuan dari Asriyani dkk yang menegaskan bahwa integrasi nilai-nilai spiritual dalam pelayanan kesehatan bukan hanya bersifat normatif, tetapi juga memiliki dampak klinis yang nyata. Dalam kerangka *maqāṣid asy-syarī'ah*, Implementasi prinsip-prinsip tersebut dalam layanan kesehatan terbukti mampu meningkatkan outcome pasien, baik dari aspek klinis maupun spiritual, seperti peningkatan kesadaran, penurunan distress spiritual, serta meningkatnya kepuasan pasien dan keluarga dalam Asriyani Suhermi Christina Nur Widayati Febrianto Dwi Putra Hadju Purwono Chanif Rohmat Suprpto, "Aspek Maqashid Asy-Syariah Pada Pasien Di Unit Perawatan Kritis," *Window of Nursing Journal* Volume 6, no. 2 (2025): 142. Selain itu hasil penelitian terkait metode "7 Rahasia Penyembuhan Al-Qur'an" oleh Rehab Hati Foundation mengungkapkan bahwa praktik

keterbatasan dalam konstruksi norma hukum yang belum sepenuhnya adaptif terhadap nilai yang hidup di masyarakat. Oleh karena itu, meskipun secara formal aspek ini telah terpenuhi, secara substantif masih terdapat ruang untuk penguatan melalui integrasi nilai-nilai syariah. Hal ini penting agar perlindungan akal tidak hanya bersifat kognitif, tetapi juga etis dan spiritual.

Pada aspek *Hifz An-Nasl*,¹²⁷ kritik ditujukan pada bagaimana regulasi kesehatan berinteraksi dengan dimensi keluarga, khususnya dalam pelayanan ibu dan anak, keterlibatan keluarga dalam perawatan, serta upaya menjaga keberlanjutan generasi dan kejelasan nasab. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa perlindungan keluarga dalam regulasi kesehatan tidak lagi semata hadir dalam bentuk implisit dan normatif, tetapi telah menunjukkan pengaturan yang lebih eksplisit pada aspek tertentu. Berikut dipaparkan hasil temuan aspek ini dalam bentuk tabel:

spiritual seperti bacaan Al-Qur'an, ruqyah, dan pengobatan Nabi tidak hanya berdampak pada ketenangan batin, tetapi juga terbukti mampu menurunkan tingkat kecemasan serta meningkatkan kesejahteraan emosional pasien. Lebih jauh, pendekatan ini juga memberikan efek terapeutik yang relevan dalam konteks medis modern, termasuk kontribusinya terhadap perbaikan kondisi fisik. Temuan ini menegaskan bahwa kombinasi antara pendekatan ilmiah dan spiritual dapat memperkaya model pengobatan holistik, sehingga integrasi dimensi spiritual dalam layanan kesehatan menjadi penting untuk meningkatkan kualitas penyembuhan secara menyeluruh. Nuruddin Al Indunissy and Andik Isdianto, "Integrasi Penyembuhan Spiritual Dan Ilmiah Dalam 7 Metode Penyembuhan Al-Qur'an Dari Rehab Hati," *Jurnal Education And Development* 13, no. 3 (2025): 267, <https://doi.org/https://doi.org/10.61136/mpfd0466>. Temuan empiris juga menunjukkan bahwa efektivitas pendekatan spiritual dalam penyembuhan semakin nyata pada masa pandemi COVID-19. Sejumlah penelitian mengungkap bahwa terapi berbasis Al-Qur'an berperan penting dalam membantu pasien menghadapi tekanan psikologis akibat pandemi, seperti stres dan kecemasan. Intervensi spiritual ini terbukti mampu memberikan ketenangan jiwa, meningkatkan ketahanan mental, serta memperkuat kondisi emosional pasien. Lilin Rosyanti, Indriono Hadi, and Akhmad Akhmad, "Spiritual Health Al-Qur'an Terapy as Physical and Psychological Treatment during the COVID-19 Pandemic," *Health Information: Jurnal Penelitian* 14, no. 1 (2022): 89, <https://doi.org/https://doi.org/10.36990/hijp.v14i1.480>.

¹²⁷ Menjaga dan memelihara keluarga adalah salah satu tujuan syariat dalam rangka melindungi kehormatan dan keberlangsungan keturunan manusia. Hal ini tercermin dalam pengaturan pernikahan, hubungan keluarga, serta tanggung jawab terhadap anak. Pernikahan tidak hanya dipandang sebagai kontrak sosial, tetapi juga sebagai institusi moral. Larangan zina, kewajiban menutup aurat, serta tanggung jawab orang tua dalam mendidik anak merupakan bagian dari perlindungan terhadap keturunan. Dalam konteks kontemporer, isu seperti pernikahan lintas agama menjadi perhatian karena berpotensi memengaruhi identitas dan pendidikan spiritual anak, sehingga menjaga keturunan tidak hanya bersifat biologis, tetapi juga mencakup aspek moral dan spiritual. Ropiah, *Menyulam Cinta Di Tengah Perbedaan: Fondasi Sosial-Keagamaan Dan Relevansi Maqasid Syariah Dalam Islam Modern*, 34.

Tabel 4.18
Pemetaan Ketentuan Regulasi terkait Rumah Sakit dalam Perspektif *Hifz*
An-Nasl

Ketentuan	Relavansi Hifz al-Nasl	Sifat
Pasal 2 (b) - Keseimbangan fisik, jiwa, dan spiritual	Keharmonisan keluarga	Implisit Normatif
Pasal 2 (e) - Pemerataan layanan	Akses kesehatan keluarga	Normatif Protektif
Pasal 2 (r) - Kearifan budaya	Nilai sosial & keluarga	Implisit
Pasal 189 (e-f) - Fungsi sosial	Perlindungan keluarga rentan	Eksplisit Sosial
Pasal 189 (i) - Fasilitas ibu/anak	Dukungan keluarga inti	Eksplisit Operasional
Pasal 189 (l) - Informasi pasien	Edukasi keluarga	Eksplisit
Pasal 189 (m) - Hak pasien	Perlindungan relasi keluarga	Implisit
Pasal 24-29 PP 28/2024 Pemberian ASI eksklusif	Menjaga kejelasan nasab	Eksplisit
Pasal 100-114 PP 28/2024 terkait reproduksi	Menjaga kejelasan nasab	Eksplisit
HPK - Keterlibatan keluarga	Partisipasi keluarga	Sistemik
PAP - Asuhan ibu/anak/geriatri	Ketahanan keluarga	Operasional
PPK - Edukasi kesehatan	Peran keluarga dalam perawatan	Sistemik

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa perlindungan keluarga dalam regulasi kesehatan tidak lagi semata hadir dalam bentuk implisit dan normatif, tetapi telah menunjukkan pengaturan yang lebih eksplisit pada aspek tertentu. Ketentuan pada tingkat asas, seperti keseimbangan, pemerataan, dan kearifan budaya, memang masih mencerminkan pengakuan normatif terhadap pentingnya keluarga sebagai bagian dari sistem sosial. Namun, pada level operasional, mulai

tampak adanya penguatan melalui kewajiban rumah sakit, keterlibatan keluarga dalam pelayanan, serta penyediaan fasilitas bagi ibu dan anak. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga tidak hanya diposisikan sebagai unit sosial yang didukung, tetapi juga mulai diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan secara lebih konkret.

Penguatan paling signifikan terlihat dalam ketentuan mengenai pemberian ASI dan reproduksi berbantuan. Pengaturan ASI,¹²⁸ termasuk mekanisme donor yang memperhatikan norma agama, secara langsung berkaitan dengan upaya menjaga keberlangsungan generasi dan kejelasan nasab serta hubungan kemahroman.¹²⁹ Demikian pula, ketentuan reproduksi berbantuan yang membatasi hanya pada pasangan suami istri sah, penggunaan gamet dari pasangan yang sama, serta larangan praktik tertentu yang bertentangan dengan norma agama, menunjukkan adanya perlindungan eksplisit terhadap garis keturunan.¹³⁰ Dalam perspektif *maqāṣid*, hal ini merupakan bentuk konkret dari implementasi *ḥifẓ al-nasl*, karena tidak hanya menjaga keberlangsungan hidup, dan kejelasan nasab, tetapi juga menjaga legitimasi hubungan keluarga dan keturunan.

Regulasi kesehatan saat ini telah mulai mengakomodasi perlindungan keturunan secara lebih eksplisit, meskipun belum sepenuhnya komprehensif. Meskipun regulasi yang ada telah mengatur aspek tertentu dari perlindungan keturunan, seperti pemberian ASI dan kesehatan reproduksi, pengaturannya masih belum mencakup dimensi *ḥifẓ al-nasl* secara utuh. Hal ini terlihat dari belum adanya ketentuan yang secara spesifik mengatur aspek fiqih pasien dalam siklus reproduksi, seperti fiqih kehamilan, persalinan, nifas, serta keluarga berencana berbasis syariah. Padahal, dalam standar pelayanan Rumah Sakit Syariah, aspek tersebut telah diakomodir melalui kewajiban edukasi kepada ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu menyusui mengenai fiqih terkait, serta pencatatannya dalam rekam medis. Selain itu, pelayanan maternal dan neonatal juga diarahkan agar

¹²⁸ Pasal 27 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

¹²⁹ Titin; Pudjiastuti Setiawati Wahyu, "Donor Bank ASI Dalam Pandangan Islam Dan Kesehatan," *Masterpiece: Journal of Islamic Studies and Social Sciences* 4, no. 1 (2026): 434, <https://doi.org/DOI: 10.62083/masterpiece.v4i1.216>.

¹³⁰ Pasal 111 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

sesuai dengan kaidah syariah, termasuk dalam menjaga kejelasan nasab dan relasi keluarga. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa regulasi nasional masih bersifat parsial, sementara standar syariah telah mengarah pada pendekatan yang lebih holistik dalam mewujudkan prinsip *hifz al-nasl*.

Pada aspek *Hifz Al-Māl*,¹³¹ pemeliharaan harta dalam syariat berkaitan dengan bagaimana suatu harta diperoleh, dan larangan mengambil atau memperoleh harta pihak lain dengan cara-cara yang tidak dibenarkan oleh tuntunan agama.¹³² Dalam kaitannya dengan rumah sakit maka, fokus pembahasannya adalah terkait bagaimana regulasi yang ada mengatur aspek keuangan hal ini berkaitan dengan sumber pendapatan rumah sakit, termasuk struktur pembiayaan, transparansi tarif, serta pengelolaan sumber daya agar tidak menimbulkan kerugian bagi pasien maupun institusi.

Rumah sakit memiliki struktur pendapatan yang beragam, yang berasal dari sumber internal maupun eksternal. Keragaman ini mencerminkan kompleksitas layanan yang diberikan serta peran strategis rumah sakit dalam sistem kesehatan. Secara umum, pendapatan utama rumah sakit berasal dari jasa pelayanan medis, seperti layanan rawat inap, rawat jalan, pemeriksaan laboratorium, radiologi, hingga tindakan operatif. Selain itu, rumah sakit juga memperoleh pemasukan melalui program pembiayaan kesehatan, baik dari BPJS Kesehatan maupun asuransi swasta, yang berfungsi sebagai mekanisme penjamin biaya pelayanan

¹³¹ Islam melindungi hak milik pribadi dan publik. Seperti larangan mencuri, kewajiban zakat, hukum waris, perlindungan transaksi ekonomi. Nurliana, "Ruang Lingkup Hukum Islam," 3. Harta dipandang sebagai sarana bagi manusia untuk menjalankan ibadah dan memenuhi kebutuhan hidup, bukan sebagai tujuan akhir. Oleh karena itu, Islam menegaskan bahwa kepemilikan harta harus dijaga, diperoleh melalui cara yang halal, serta dimanfaatkan untuk kemaslahatan. Dalam kerangka ini, syariat melarang berbagai praktik yang merugikan seperti pencurian, riba, penipuan, dan bentuk eksploitasi ekonomi lainnya. Sebaliknya, instrumen seperti zakat, sedekah, dan distribusi kekayaan yang adil menjadi mekanisme untuk menjaga keseimbangan sosial. Dalam perspektif *maqāsid*, pemeliharaan harta juga mencakup dorongan terhadap pembangunan ekonomi yang berkeadilan dan berkelanjutan. Pengelolaan harta yang halal dan distribusi yang proporsional diyakini mampu mengurangi kesenjangan sosial serta memperkuat solidaritas antar individu. Dalam konteks kehidupan lintas keyakinan, prinsip ini tetap relevan sebagai upaya mencegah ketimpangan dan ketidakadilan dalam pengelolaan ekonomi keluarga maupun masyarakat. Ropiah, *Menyulam Cinta Di Tengah Perbedaan: Fondasi Sosial-Keagamaan Dan Relevansi Maqasid Syariah Dalam Islam Modern*, 35.

¹³² Diab, *Maqashid Kesehatan Dan Etika Medis Dalam Islam (Sintesis Fikih Dan Kedokteran)*, 57.

pasien. Di luar layanan medis, terdapat pula sumber pendapatan nonmedis yang tidak kalah penting, seperti penyewaan fasilitas, penyelenggaraan pelatihan, serta kerja sama dengan pihak ketiga dalam berbagai bentuk layanan atau pengelolaan unit usaha. Tidak hanya itu, dukungan keuangan juga dapat berasal dari pemerintah dalam bentuk hibah atau subsidi, terutama bagi rumah sakit milik daerah dan rumah sakit pendidikan yang memiliki fungsi pelayanan publik dan pengembangan ilmu. Dengan berbagai sumber tersebut, rumah sakit dituntut untuk mengelola keuangan secara profesional, transparan, dan akuntabel guna menjamin keberlanjutan layanan kesehatan.¹³³

Regulasi kesehatan tidak secara eksplisit mengatur kehalalan sumber pendapatan, namun secara implisit memuat prinsip perlindungan harta melalui pengaturan keadilan pembiayaan, transparansi, dan akuntabilitas. Berdasarkan kerangka tersebut, diperlukan upaya untuk mengidentifikasi secara lebih konkret sejauh mana prinsip-prinsip *hifz al-māl* tercermin dalam ketentuan normatif yang terdapat dalam regulasi kesehatan. Untuk itu, penulis menyusun pemetaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang memiliki keterkaitan langsung maupun tidak langsung dengan prinsip *hifz al-māl*. Pemetaan ini bertujuan untuk menunjukkan posisi normatif regulasi dalam menjamin perlindungan harta, sekaligus menjadi dasar dalam melakukan analisis kritis berbasis *maṣlaḥah*. Berikut dipaparkan hasil temuan aspek ini dalam bentuk tabel:

Tabel 4.19

Pemetaan Ketentuan Regulasi terkait Rumah Sakit dalam Perspektif *Hifz Al-Māl*

Regulasi dan Pasal	Substansi (sifat)	Relavansi <i>Hifz al-Māl</i>
UU 17/2023 Pasal 3 huruf f	Pendanaan kesehatan berkeadilan & efisien (eksplisit)	Keadilan distribusi harta

¹³³ Alfi Wijaya Septian, “Manajemen Organisasi Layanan Sekunder (Rumah Sakit),” in *Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Intermediet*, ed. Nani Yniar, Cet. 1 (Purbalingga: Eurika Media Aksara, 2025), 204.

UU 17/2023 Pasal 4 ayat (1) huruf c	Layanan terjangkau (eksplisit)	Perlindungan ekonomi pasien
UU 17/2023 Pasal 4 huruf j	Hak informasi layanan (implisit)	Transparansi (anti gharar)
UU 17/2023 Pasal 6 & 10	Pemerataan & tanggung jawab negara (implisit)	Distribusi sumber daya
UU 17/2023 Pasal 37	Sumber pembiayaan kesehatan (eksplisit)	Struktur pendapatan RS
PP 28/2024 Pasal 2	Layanan efisien & terjangkau (eksplisit)	Efisiensi dan keadilan
PP 28/2024 Pasal 6–7	Akses layanan terjangkau (eksplisit)	Beban finansial masyarakat
PP 28/2024 Pasal 14 & 19	Keterjangkauan biaya layanan (implisit)	Perlindungan biaya
PP 28/2024 Pasal 31–38	Larangan konflik kepentingan (eksplisit)	Anti eksploitasi ekonomi
PP 28/2024 pasal 441 dan 817	Pengelolaan & sistem dana kesehatan (implisit)	Akuntabilitas & amanah

Berdasarkan hasil pemetaan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan terkait rumah sakit, terlihat bahwa regulasi telah memuat sejumlah norma yang berkaitan dengan aspek perlindungan harta, meskipun tidak secara eksplisit menggunakan terminologi *hifẓ al-māl*. Secara umum, regulasi menekankan prinsip efisiensi, efektivitas, dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, terdapat pula pengaturan mengenai sumber pembiayaan layanan kesehatan yang melibatkan negara, masyarakat, dan skema jaminan sosial di bidang kesehatan.¹³⁴

¹³⁴ Ketentuan mengenai jaminan sosial di bidang kesehatan mengacu pada pasal 441 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Ketentuan tersebut kemudian mengacu pada Pasal 18 Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial, skema jaminan sosial yang di atur adalah jaminan di bidang kesehatan. Skema jaminan sosial kesehatan di Indonesia dikelola oleh BPJS Kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berbasis asuransi sosial dan ekuitas. Program JKN diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial, dan prinsip ekuitas, yaitu

Lebih lanjut, jika temuan tersebut diklasifikasikan berdasarkan sifat pengaturannya, maka dapat dibedakan antara ketentuan yang bersifat eksplisit dan implisit dalam kaitannya dengan *hifz al-māl*. Ketentuan yang bersifat eksplisit umumnya berkaitan dengan aspek teknis, seperti kewajiban penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau, pengaturan sumber pembiayaan, serta prinsip efisiensi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Sementara itu, aspek-aspek yang lebih substantif, seperti keadilan distribusi sumber daya, transparansi dalam pembiayaan, serta perlindungan terhadap potensi eksploitasi ekonomi, cenderung diatur secara implisit.

Temuan normatif tersebut dianalisis menggunakan indikator *hifz al-māl* terkait pengelolaan harta dalam Islam. Menurut Abdul Wahil al-Faizin dan Nash Akbar Pengelolaan harta secara Islami terdiri dari lima aspek sebagai berikut:¹³⁵

- a. Penciptaan atau perolehan harta (wealth creation/accumulation) dipahami sebagai proses memperoleh kekayaan dengan cara yang sah menurut syariat, di mana tidak hanya hasilnya yang halal, tetapi juga sumber dan cara memperolehnya harus sesuai dengan prinsip-prinsip Islam.
- b. Konsumsi harta (wealth consumption) merujuk pada bagaimana seorang muslim menggunakan sebagian hartanya secara proporsional untuk memenuhi kebutuhan hidup, dengan tetap memperhatikan prinsip keseimbangan dan tidak berlebihan.

kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar prosentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (fakir miskin). Manfaat program JKN diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (managed care). Manfaat yang dapat diterima masyarakat melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah pelayanan Kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan badan penyelenggara jaminan sosial. Yoman Dharma Wiasa, *Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, Cet. 1 (Sigi: Feniks Muda Sejahtera, 2022), 28–29.

¹³⁵ Abdul Wahil al-Faizin Nash Akbar, *Tafsir Ekonomi Kontemporer Menggali Teori Ekonomi Dari Ayat-Ayat Al-Qur'an* (Jakarta: Gema Insani, 2018), 170–79.

- c. Penyucian harta (wealth purification) berarti upaya membersihkan harta yang dimiliki melalui mekanisme yang ditetapkan syariat, seperti zakat dan sedekah, sehingga harta menjadi lebih berkah dan bernilai ibadah.
- d. Distribusi harta (wealth distribution) adalah proses penyaluran kekayaan tidak hanya untuk kepentingan pribadi, tetapi juga untuk kepentingan sosial, guna menciptakan keadilan dan kesejahteraan bersama.
- e. Perlindungan harta (wealth protection) mencakup langkah menjaga dan mengamankan kekayaan, termasuk melalui perencanaan keuangan seperti menabung atau mekanisme perlindungan lainnya, agar kebutuhan masa depan individu dan keluarga tetap terjamin.

Dalam konteks kelembagaan rumah sakit sebagai entitas penyelenggara layanan publik di bidang kesehatan, aspek perolehan harta dimaknai sebagai sumber dan mekanisme pembiayaan rumah sakit, pengelolaan harta sebagai tata kelola keuangan dan efisiensi anggaran, distribusi sebagai pemerataan akses dan alokasi layanan kesehatan, perlindungan sebagai upaya mencegah kerugian ekonomi baik bagi pasien maupun institusi, serta penyucian harta sebagai bentuk transparansi, akuntabilitas, dan integritas dalam pengelolaan keuangan.

Dalam aspek perolehan, regulasi telah mengatur sumber pembiayaan layanan kesehatan melalui mekanisme yang sah seperti pembiayaan negara, jaminan sosial, dan kontribusi masyarakat. Di luar layanan medis, terdapat pula sumber pendapatan nonmedis yang tidak kalah penting, seperti penyewaan fasilitas, penyelenggaraan pelatihan, serta kerja sama dengan pihak ketiga dalam berbagai bentuk layanan atau pengelolaan unit usaha. Secara umum dapat dikategorikan sebagai bentuk perolehan yang legal.¹³⁶ Namun demikian, belum terdapat

¹³⁶ Dalam ekonomi dan keuangan syariah, “legal” dan “halal” memiliki ranah yang berbeda namun saling terkait. Legal memiliki makna sah secara hukum, hal ini merujuk pada kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan negara, sedangkan halal menunjuk pada kesesuaian substansial dengan prinsip dan hukum syariah Islam. Intinya legal adalah sah menurut aturan negara, sedangkan halal adalah sah menurut aturan agama. Pious A Partantao M. Dahlan Al Barry, *Kamus Ilmiah Populer* (Surakarta: Arloka, 1994), 211 dan 403. Dengan demikian, yang legal belum tentu halal, karena suatu transaksi bisa diperbolehkan menurut undang-undang tetapi masih mengandung unsur riba, gharar, atau ketidakadilan sehingga tetap bermasalah menurut hukum Islam seperti trading saham itu legal, namun menjadi tidak halal jika saham dari perusahaan yang bergerak di bidang miras, bank konvensional dll. Sebaliknya, yang halal umumnya mensyaratkan aspek legalitas, baik dalam bentuk perizinan, sertifikasi halal, maupun kepatuhan terhadap ketentuan

pengaturan yang secara eksplisit memastikan bahwa mekanisme tersebut terbebas dari hal-hal yang di larang dalam prinsip ekonomi dan keuangan syariah, seperti larangan riba (misalnya terkait adanya bunga atas keterlambatan bayar dari kerjasama dengan pihak ketiga), *gharar* (khususnya dalam konteks ketidakjelasan informasi dalam Tindakan yang berujung pada mahalanya biaya yang harus di bayar), dan riswah (hal ini terkait proses tender yang terjadi dalam pengadaan di di rumah sakit).

Selanjutnya pengaturan mengenai pengelolaan harta atau konsumsi harta rumah sakit dalam kerangka hukum yang terkait dengan rumah sakit, khususnya dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, pada dasarnya tidak dirumuskan secara eksplisit dalam terminologi ekonomi syariah, namun telah diakomodasi melalui pengaturan sistem pembiayaan dan pengelolaan sumber daya kesehatan. Regulasi tersebut menempatkan pendanaan kesehatan sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional yang harus dikelola secara efektif, efisien, dan transparan. Dalam UU Kesehatan, pengelolaan pendapatan rumah sakit juga menekankan prinsip keterjangkauan layanan, yang secara implisit mengarahkan penggunaan pendapatan agar tidak semata-mata berorientasi pada keuntungan, tetapi juga pada aksesibilitas masyarakat.¹³⁷

Sementara itu, dalam PP No. 28 Tahun 2024, pengelolaan harta diposisikan sebagai bagian dari pengelolaan sumber daya kesehatan yang mencakup perencanaan, penggunaan, dan pengawasan dana. Rumah sakit, khususnya yang berstatus Badan Layanan Umum, diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan, namun tetap dibatasi oleh prinsip efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas.¹³⁸ Dengan demikian, dapat dipahami bahwa regulasi telah mengatur

hukum ekonomi negara, karena legalitas menjadi indikator bahwa proses pengelolaan dan perolehan harta telah dilakukan secara transparan, amanah, dan terhindar dari praktik penipuan atau eksploitasi. Dalam kontek rumah sakit, regulasi kesehatan tidak secara eksplisit mengatur kehalalan sumber pendapatan, namun secara implisit memuat prinsip perlindungan harta melalui pengaturan keadilan pembiayaan, transparansi, dan akuntabilitas.

¹³⁷ Lihat ketentuan dalam pasal 3 huruf (f), pasal 6, dan 10 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

¹³⁸ Pasal 2 dan 822-825 Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

pengelolaan harta rumah sakit dalam kerangka teknis-administratif, melalui pengaturan sumber pendapatan, mekanisme pembiayaan, serta prinsip tata kelola keuangan. Namun, pengaturan tersebut belum secara eksplisit mengarah pada dimensi normatif yang lebih luas, seperti keadilan distribusi dan kemaslahatan, sehingga membuka ruang bagi analisis kritis berbasis *hifz al-māl*.

Selanjutnya dari aspek penyucian harta, secara konseptual, penyucian harta (dalam literatur ekonomi syariah sering disebut *wealth purification*¹³⁹) adalah bagian dari lima tahap pengelolaan harta.¹⁴⁰ Harta dianggap bukan kepemilikan mutlak, tetapi amanah, karenanya harus dikelola sebagaimana layaknya amanah, dan salah satu cara “menyucikannya” adalah menunaikan kewajiban yang terkait dengannya (terutama zakat, infak, sedekah, dan kewajiban lain). Penyucian harta dalam konteks rumah sakit selain terkait dengan memnuhi kewajibannya terkait penyucian harta tetapi juga dapat dimaknai sebagai mekanisme tanggungjawab sosial rumah sakit (*Hospital Social Responsibility*). Hal ini tercermin dalam kewajiban rumah sakit untuk melaksanakan fungsi sosial melalui penyediaan layanan kesehatan bagi pasien kurang mampu atau miskin, pemberian pelayanan gawat darurat tanpa kewajiban pembayaran di muka, penyediaan ambulans tanpa biaya, penanganan korban bencana dan kejadian luar biasa, serta pelaksanaan

¹³⁹ *Wealth purification* atau pembersihan harta belum dikenal dalam perencanaan keuangan konvensional. Perencanaan konvensional lebih berfokus pada penciptaan kekayaan, akumulasi kekayaan, perlindungan kekayaan, dan distribusi kekayaan. Pemurnian kekayaan atau pembersihan harta merupakan konsep yang sangat fundamental dalam perencanaan keuangan Islam. Dalam Islam, konsep ini sebenarnya telah ada dalam berbagai bentuk dan kesempatan. Al-Qur'an sebagai sumber utama cara hidup Islam (syariah) menyatakan: “Ambillah zakat dari sebagian harta mereka, dengan zakat itu kamu membersihkan dan mensucikan mereka, dan berdoaalah untuk mereka. Sesungguhnya doamu itu menjadi ketenteraman bagi mereka. Dan Allah Maha Mendengar lagi Maha Mengetahui” (QS. 9:103). Pertama dan terutama, pemurnian harta dilakukan melalui pemberian sedekah. Dalam bahasa Arab disebut zakat atau sedekah. Zakat adalah masdar bentuk ketiga dari kata *za-ka-ya* yang berarti bersih atau suci. Zakat membersihkan harta kita dari keburukan dunia dan melindungi jiwa kita dari kemelaratan, sifat egois, dan keserakahan. Zakat juga membantu mengurangi kemiskinan dalam masyarakat. Zakat juga berarti pertumbuhan. Oleh karena itu, siapa yang membayar zakat, hartanya akan bertambah. Sebagaimana Allah berfirman: “Perumpamaan orang-orang yang menafkahkan hartanya di jalan Allah adalah seperti sebutir biji yang menumbuhkan tujuh bulir; pada tiap-tiap bulir seratus biji. Allah melipatgandakan (ganjaran) bagi siapa yang Dia kehendaki. Dan Allah Maha Luas (karunia-Nya) lagi Maha Mengetahui” (QS. 2:261). Jaquir Iqbal, *Islamic Finance Management*, Cet. Ke 1 (New Delhi, India: Global Vision Publishing House, 2009), 268.

¹⁴⁰ Muhammad Irwan, “Kebutuhan Dan Pengelolaan Harta Dalam Maqashid Syariah,” *Elastisitas: Jurnal Ekonomi Pembangunan*, volume 3, no. 2 (2021): 160–74, <https://elastisitas.unram.ac.id/index.php/elastisitas/article/view/47>.

kegiatan sosial dalam rangka misi kemanusiaan.¹⁴¹ Bantuan-bantuan sosial tersebut mungkin bisa di kategorikan bagian dari bentuk penyucian harta karena secara tidak langsung rumah sakit telah mengeluarkan sebagian harta atau pendapatannya untuk kepentingan orang lain, namun demikian, ketentuan terkait kewajiban sosial yang ada dalam regulasi tersebut tidak membahas aspek zakat institusi atau bada hukum, padahal zakat badan hukum atau zakat institusi wajib di tunaikan.¹⁴² Berdasarkan hal ini maka, dapat dikatakan jika regulasi terkait rumah sakit saat ini belum sepenuhnya mengakomodir terkait aspek penyucian harta yang sejalan dengan *hifẓ al-māl*. Sehingga perlu dilakukan perubahan agar regulasi kesehatan mulai mengintegrasikan zakat dalam sistem keuangan rumah sakit.

Aspek distribusi harta (*wealth distribution*) dalam konteks regulasi kesehatan, khususnya dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024, tercermin dalam upaya negara untuk menjamin pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Prinsip ini tampak dalam ketentuan mengenai kewajiban pemerintah menyediakan layanan kesehatan yang merata, terjangkau, dan berkeadilan. Dalam perspektif *hifẓ al-māl*, distribusi harta tidak hanya dimaknai sebagai pembagian kekayaan secara ekonomi, tetapi juga sebagai distribusi manfaat dari sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, alokasi anggaran kesehatan, penetapan prioritas layanan, serta mekanisme pembiayaan melalui jaminan sosial merupakan instrumen distribusi yang sangat penting. Regulasi telah mengarahkan agar sumber daya kesehatan tidak terpusat pada kelompok tertentu, melainkan didistribusikan secara luas demi tercapainya kesejahteraan kolektif. Hal ini menunjukkan bahwa secara normatif, regulasi telah mengandung semangat keadilan distributif atas harta yang diperoleh, meskipun tidak secara eksplisit menggunakan terminologi *hifẓ al-māl*.

Perlindungan harta dalam regulasi kesehatan berkaitan dengan upaya menjaga stabilitas dan keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan, serta

¹⁴¹ Lihat ketentuan dalam pasal 188 huruf (f), Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Dan 833 huruf (f) Peraturan Pemerintah nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

¹⁴² Pasal 669 Peraturan Mahkamah Agung Nomor 2 Tahun 2008 tentang Kompilasi Hukum Ekonomi Syari'ah. Pasal 1 ayat 2 dan 10 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2011 Tentang Pengelolaan Zakat

melindungi masyarakat dari risiko ekonomi akibat pelayanan kesehatan. Dalam UU dan PP yang berlaku, perlindungan ini diwujudkan melalui pengaturan sistem jaminan kesehatan nasional, pengendalian biaya layanan, serta mekanisme pengawasan terhadap pengelolaan dana.¹⁴³ Dalam perspektif *ḥifẓ al-māl*, perlindungan harta tidak hanya berarti menjaga kekayaan dari kehilangan, tetapi juga memastikan bahwa sistem ekonomi berjalan secara adil dan tidak merugikan pihak tertentu. Oleh karena itu, regulasi telah berupaya menciptakan sistem yang mampu mengurangi beban finansial masyarakat, khususnya melalui skema pembiayaan berbasis asuransi sosial dan subsidi pemerintah. Hal ini menunjukkan bahwa secara konseptual, perlindungan harta telah menjadi bagian dari desain sistem kesehatan nasional. Meskipun demikian, efektivitas perlindungan harta dalam praktik masih menghadapi berbagai kendala. Permasalahan defisit dalam sistem jaminan kesehatan,¹⁴⁴ dan *fraud* dalam klaim layanan,¹⁴⁵ hal ini menunjukkan adanya celah dalam sistem perlindungan tersebut.

Secara keseluruhan, terkait aspek *ḥifẓ al-māl* analisis menunjukkan bahwa regulasi kesehatan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 telah memuat unsur-unsur perlindungan harta (*ḥifẓ al-māl*), khususnya melalui pengaturan sumber pembiayaan, pengelolaan anggaran, distribusi layanan, serta perlindungan sistem pembiayaan kesehatan, namun masih bersifat parsial dan belum terintegrasi secara komprehensif dalam kerangka *maqāṣid asy-syarī'ah*. Regulasi cenderung menitikberatkan pada aspek teknis-administratif seperti efisiensi, efektivitas, transparansi, dan akuntabilitas, sementara dimensi normatif

¹⁴³ Pasal 831-832 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana bagi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

¹⁴⁴ Direktur Utama BPJS Kesehatan, Prihati Pujowaskito mengatakan, pihaknya menanggung defisit sebesar Rp 2 triliun per bulannya. Romys Binekasri, BPJS Kesehatan Tanggung Defisit Rp 2 Triliun per Bulan, CNBC Indonesia, 08 April 2026. <https://www.cnbcindonesia.com/market/20260408182457-17-725075/bpjs-kesehatan-tanggung-defisit-rp-2-triliun-per-bulan> (diakses 1 Mei 2026).

¹⁴⁵ Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yang tergabung dalam Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (PK-JKN) mengungkap temuan kecurangan (*fraud*) senilai Rp35 miliar dari klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tiga rumah sakit di tiga provinsi di Indonesia. Pasha Yudha Ernowo, KPK Ungkap Kecurangan Klaim JKN di Tiga Rumah Sakit dengan Nilai Rp35 Miliar, Infopublik.id, Jumat, 26 Juli 2024. <https://infopublik.id/kategori/nasional-politik-hukum/845853/kpk-ungkap-kecurangan-klaim-jkn-di-tiga-rumah-sakit-dengan-nilai-rp35-miliar> (diakses 1 Mei 2026).

seperti penyucian harta melalui zakat institusi, serta pencegahan praktik ekonomi yang tidak sesuai prinsip syariah belum diatur secara eksplisit. Dengan demikian, regulasi dapat dikatakan telah mengarah pada tercapainya *maṣlahah*, namun masih berada pada tingkat parsial sehingga memerlukan penguatan agar selaras dengan tujuan perlindungan harta dan *maṣlahah*.

Berdasarkan analisis pada level *maṣlahah ḍarūriyyāt* yang telah diuraikan melalui lima indikator *maqāṣid* mulai dari *ḥifẓ ad-dīn*, *ḥifẓ an-naḥs*, *ḥifẓ al-‘aql*, *ḥifẓ al-nasl*, hingga *ḥifẓ al-māl* dapat disimpulkan bahwa pemenuhan kebutuhan primer dalam regulasi kesehatan masih bersifat parsial dan belum terintegrasi secara utuh. Padahal, dalam kerangka *maqāṣid asy-syarī‘ah*, aspek *ḍarūriyyāt* merupakan fondasi utama dalam menjaga kemaslahatan manusia, baik dalam dimensi agama maupun kehidupan duniawi. Ketidaktepurnaan pada level ini berimplikasi pada lemahnya pencapaian kemaslahatan pada tingkat berikutnya, sehingga menunjukkan adanya kebutuhan mendesak untuk memperkuat integrasi nilai-nilai *maqāṣid* dalam konstruksi regulasi kesehatan.

Lebih lanjut, analisis terhadap masing-masing indikator menunjukkan adanya ketimpangan dalam pemenuhan norma. Perlindungan jiwa (*ḥifẓ an-naḥs*) telah diakomodasi dengan baik melalui pengaturan keselamatan pasien dan standar pelayanan medis. Namun, pada perlindungan agama (*ḥifẓ ad-dīn*), terdapat normative gap karena tidak adanya kewajiban normatif bagi rumah sakit untuk menyediakan layanan berbasis syariah. Perlindungan akal (*ḥifẓ al-‘aql*) terpenuhi secara parsial melalui edukasi medis, tetapi belum mengintegrasikan nilai etika religius. Perlindungan keturunan (*ḥifẓ an-nasl*) juga belum diatur secara eksplisit dalam kaitannya dengan aspek fiqih pasien dalam siklus reproduksi, seperti fiqih kehamilan, persalinan, nifas, serta keluarga berencana berbasis syariah. Sementara itu, perlindungan harta (*ḥifẓ al-māl*) masih berbasis sistem konvensional tanpa pendekatan keadilan ekonomi syariah. Hal ini menunjukkan bahwa pemenuhan *maṣlahah ḍarūriyyāt* masih bersifat parsial dan tidak integratif. Oleh karena itu, diperlukan rekonstruksi norma yang mampu mengakomodasi kelima aspek *maqāṣid* secara seimbang.

Pada level *ḥājiyyāt*, regulasi kesehatan seharusnya memberikan kemudahan bagi masyarakat dalam mengakses layanan sesuai kebutuhan religiusnya. Namun, dalam konstruksi hukum yang ada, pilihan layanan berbasis syariah belum menjadi bagian dari hak pasien yang diakui secara normatif. Hal ini menunjukkan bahwa hukum belum berfungsi untuk menghilangkan kesulitan (*raf' al-haraj*) bagi umat Islam dalam menjalankan keyakinannya. *Normative gap* ini memperlihatkan bahwa kebutuhan sekunder masyarakat belum menjadi pertimbangan dalam pembentukan hukum. Dalam perspektif hukum kritis, kondisi ini mencerminkan dominasi paradigma tunggal dalam sistem hukum yang tidak memberikan ruang bagi pluralitas nilai. Oleh karena itu, analisis *maṣlahah ḥājiyyāt* menegaskan perlunya rekonstruksi diperlukan agar hukum tidak hanya bersifat kaku, tetapi adaptif terhadap kebutuhan masyarakat.

Pada level *taḥsiniyyāt*, regulasi kesehatan belum menyentuh aspek penyempurnaan nilai, seperti etika pelayanan berbasis akhlak Islam, suasana religius rumah sakit, dan integrasi spiritual dalam proses penyembuhan. Padahal, aspek ini penting untuk meningkatkan kualitas layanan secara holistik. Ketidakhadiran dimensi ini menunjukkan bahwa hukum masih berorientasi pada aspek material dan belum menyentuh aspek etik-spiritual. Oleh karena itu, analisis *taḥsiniyyāt* mengungkap bahwa hukum belum mencapai tingkat kemaslahatan yang ideal. Diperlukan penguatan norma yang mampu mengintegrasikan nilai etika dan spiritual dalam pelayanan kesehatan.

Berdasarkan keseluruhan analisis, dapat disimpulkan bahwa regulasi terkait rumah sakit di Indonesia menunjukkan pola kemaslahatan yang parsial dan tidak integratif. Hukum lebih menekankan aspek biologis dan administratif, sementara aspek religius dan etis terpinggirkan. Oleh karena itu, rekonstruksi norma harus diarahkan pada integrasi penuh dalam seluruh level baik *darūriyyāt*, *ḥājiyyāt*, dan *taḥsiniyyāt*. Langkah konkret dapat berupa pengakuan normatif rumah sakit syariah dan atau pengaturan layanan berbasis agama. Dengan demikian, hukum kesehatan dapat bertransformasi menjadi sistem yang inklusif, responsif, dan berorientasi pada kemaslahatan holistik masyarakat.

3. Analisis Urgensi Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Di Indonesia dalam Perspektif Filosofis, Yuridis, Sosiologis, dan Politik Hukum

Perkembangan rumah sakit syariah di Indonesia menunjukkan dinamika yang signifikan seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya layanan kesehatan yang selaras dengan nilai-nilai keagamaan. Fenomena ini tidak hanya mencerminkan perubahan preferensi masyarakat Muslim, tetapi juga menunjukkan adanya kebutuhan riil terhadap sistem pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan aspek medis dan spiritual secara bersamaan. Namun demikian, perkembangan tersebut belum sepenuhnya diikuti oleh kerangka regulasi yang memadai, sehingga praktik rumah sakit syariah cenderung berkembang secara parsial dan belum terintegrasi dalam sistem hukum kesehatan nasional. Kondisi ini menimbulkan berbagai persoalan, seperti lemahnya legitimasi kelembagaan, serta belum optimalnya perlindungan hukum bagi pasien yang menghendaki layanan berbasis syariah. Dengan demikian, kebutuhan akan pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah menjadi semakin mendesak dalam konteks sistem kesehatan nasional.

Urgensi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tidak dapat dipahami secara parsial, melainkan harus dianalisis melalui pendekatan yang komprehensif dan multidimensional. Berdasarkan kerangka tersebut, pembahasan dalam bagian ini akan diarahkan untuk menganalisis urgensi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah secara sistematis melalui empat dimensi utama, yaitu filosofis, yuridis, sosiologis, dan politik hukum.¹⁴⁶ Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi dasar-dasar kebutuhan pembentukan regulasi yang tidak hanya bersifat normatif, tetapi juga responsif terhadap perkembangan sosial dan

¹⁴⁶ Dalam kajian ilmu hukum dan teori pembentukan peraturan, ada beberapa aspek penting yang menjadi dasar lahirnya peraturan perundang-undangan yang baik. Aspek tersebut meliputi dimensi filosofis, yuridis, sosiologis, dan politis. Faisal Akbar Nasution Andryan, *Hukum Tata Negara*, ed. Variza Octifany Rahmadanti, Cet. Ke-1 (Jakarta: Sinar Grafika, 2023), 124. Disertasi ini bertujuan untuk memberikan kontribusi pemikiran sekaligus menjadi kajian awal dalam menilai seberapa penting pembaruan Undang-Undang Kesehatan, khususnya untuk mengakomodasi keberadaan rumah sakit syariah dalam sistem kesehatan nasional. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan keempat pendekatan tersebut agar hasilnya dapat menjadi referensi awal dalam upaya pembaruan dan pengembangan sistem hukum kesehatan.

dinamika kebijakan yang ada. Setiap dimensi akan dikaji secara mendalam dengan menggunakan pendekatan teoritik yang telah di jabarkan pada bab II sebelumnya, sehingga mampu menghasilkan argumentasi yang komprehensif dan berlapis. Dengan demikian, pembahasan ini diharapkan dapat memberikan landasan yang kuat dalam merumuskan arah pembaruan hukum terkait rumah sakit syariah di Indonesia.

a. Urgensi Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Di Indonesia dalam Perspektif Filosofis

Indonesia adalah negara kebangsaan yang berketuhanan yang Maha Esa.¹⁴⁷ Berdasarkan pengertian tersebut maka dalam negara nilai-nilai agama memiliki kedudukan tertinggi dalam negara, konsekuensinya setiap peraturan perundang-undangan secara material tidak dibenarkan bertentangan dengan nilai-nilai Ketuhanan Yang Maha Esa. Nilai-nilai hukum Tuhan, adalah merupakan sumber bahan dan sumber nilai bagi hukum positif Indonesia, karena bukan hanya warganya yang berketuhanan yang maha esa namun negara pada hakikatnya berdasarkan atas Ketuhanan yang Maha Esa. Oleh karena itu dalam negara yang berdasar atas Ketuhanan Yang Maha Esa, kehidupan agama tidak dipisahkan sama sekali melainkan justru agama mendapatkan legitimasi filosofis, yuridis dan politis dalam negara, hal ini sebagaimana terkandung dalam Pembukaan UUD 1945. Secara filosofis Ketuhanan Yang Maha Esa terkandung dalam sila pertama Pancasila yang berkedudukan sebagai dasar filsafat negara Indonesia, sehingga sila pertama tersebut sebagai dasar filosofis bagi kehidupan kebangsaan dan kenegaraan dalam hal hubungan negara dengan agama.¹⁴⁸ Dalam peraturan perundang-undangan Indonesia bukan mengatur ruang akidah umat beragama melainkan mengatur ruang publik warga negara dalam hubungan antar manusia. Sebagai contoh berbagai produk peraturan perundangan dalam hukum positif Islam, misalnya Undang-Undang No. 21 Tahun 2008 tentang Perbankan Syariah, Undang-

¹⁴⁷ Pasal 29 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

¹⁴⁸ Kaelan, *Negara Kebangsaan Pancasila: Kultur, Histori, Filosofis, Yuridis, Dan Aktualisasinya*, Ed.Pertama (Yogyakarta: Paradigma, 2013), 206–7.

Undang No. 41 tentang Wakaf, Undang-Undang No. 38 tentang Pengelolaan Zakat, ini mengatur tentang perbankan, wakaf dan zakat pada domain kemasyarakatan dan kenegaraan.¹⁴⁹

Secara filosofis relasi ideal antara negara dengan agama, prinsip dasar negara berdasar Ketuhanan Yang Maha Esa, yang berarti setiap warga negara bebas berkeyakinan atau memeluk agama sesuai dengan keyakinan dan kepercayaannya. Kebebasan agama dalam pengertian ini berarti bahwa keputusan beragama dan beribadah diletakkan pada domain privat atau pada tingkat individu. Dapat juga dikatakan bahwa agama merupakan persoalan individu dan bukan persoalan negara. Negara dalam hubungan ini cukup menjamin secara yuridis dan memfasilitasi agar warga negara dapat menjalankan agama dan beribadah dengan rasa aman, tenteram dan damai. Akan tetapi bagaimanapun juga manusia membentuk negara tetap harus ada regulasi negara khususnya dalam kehidupan beragama. Regulasi tersebut diperlukan dalam rangka memberikan perlindungan kepada warga negara.¹⁵⁰

Persoalan rumah sakit syariah ini memiliki dua dimensi yang merupakan hak setiap warga negara yang diakomodir secara konstitusional. Pertama, hak terkait kesehatan.¹⁵¹ Hak kesehatan merupakan salah satu hak yang dijamin oleh negara, maka negara memiliki kewajiban untuk memastikan tersedianya akses yang cukup bagi seluruh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan

¹⁴⁹ Dalam konteks regulasi yang berkaitan dengan ajaran-ajaran agama, negara hanya mengatur urusan hubungan manusia dengan manusia atau urusan dunia, negara tidak mencampuri urusan akidah antara manusia dengan tuhan. Negara hadir untuk menjamin bahwa hak-hak masyarakat dalam menjalankan ajaran agamanya. Ade Daharis and Syaflin Halim, "Hubungan Agama Dan Negara Di Indonesia Dan Dalam Hukum Islam," *Jurnal Kolaboratif Sains* 7, no. 11 (2024): 4163, <https://doi.org/https://doi.org/10.56338/jks.v7i11.6572>.

¹⁵⁰ Kaelan, *Negara Kebangsaan Pancasila: Kultur, Histori, Filosofis, Yuridis, Dan Aktualisasinya*, 211.

¹⁵¹ Hak kesehatan adalah hak yang dijamin secara konstitusi yang di atur dalam Pasal 28 H ayat (1) dan 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Kemudian juga hak kesehatan ini secara eksplisit diatur dalam ketentuan Pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, ditegaskan bahwa setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Hak tersebut selaras juga dengan prinsip-prinsip dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa Tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia, yang menempatkan hak atas kesehatan sebagai bagian esensial dari hak asasi manusia sebagaimana ketentuan Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Ditetapkan oleh Majelis Umum dalam resolusi 217 A (III) tertanggal 10 Desember 1948.

optimal. Hal ini merupakan bentuk tanggung jawab pemerintah dalam menghormati, melindungi, serta memenuhi hak asasi manusia, khususnya hak atas kesehatan, melalui implementasi norma-norma HAM secara nyata.¹⁵²

Kedua, hak terkait keyakinan beragama dan menjalankan aturannya.¹⁵³ Berdasarkan pada amanah konstitusi tersebut, maka negara berkewajiban untuk memenuhinya. Untuk hak kesehatan tentu ini sudah di realisasikan melalui undang-undang kesehatan beserta turunannya yang menjadi dasar acuan sistem kesehatan nasional. Sedangkan untuk hak konstitusional mengenai jaminan dalam beragama dan pentaatan pengamalan, ini belum terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional Indonesia. Bagi masyarakat Muslim, kesehatan tidak semata-mata dipahami sebagai upaya kuratif melalui pengobatan di rumah sakit, melainkan juga mencakup kepatuhan terhadap nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang bersumber dari ajaran agama. Proses pengobatan harus selaras dengan ketentuan syariah, seperti kewajiban memastikan bahwa obat atau tindakan medis yang digunakan tidak mengandung unsur yang diharamkan.¹⁵⁴ Hal ini menunjukkan bahwa aspek kesehatan dalam Islam memiliki dimensi etik dan spiritual yang tidak terpisahkan dari keyakinan keagamaan, sehingga setiap tindakan medis menjadi bagian dari manifestasi ketaatan individu dalam menjalankan ajaran agamanya.

¹⁵² Ardinata, “Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia (HAM),” 219.

¹⁵³ Hak ini di atur dalam pasal 28 E ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa “Setiap orang bebas memeluk agama dan beribadat menurut agamanya, memilih pendidikan dan pengajaran, memilih pekerjaan, memilih kewarganegaraan, memilih tempat tinggal diwilayah negara dan meninggalkannya, serta berhak Kembali” hal ini juga ditegaskan dalam Pasal 22 Undang-Undang No.39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) bahwa “Setiap orang bebas memeluk agamanya masing-masing dan untuk beribadat menurut agamanya dan kepercayaannya itu. (2) Negara menjamin kemerdekaan setiap orang memeluk agamanya dan kepercayaannya itu”, dan Pasal 18 ayat (1) dan (2) UU No.12 tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Civil and Political Rights* menyatakan bahwa “Setiap orang berhak atas kebebasan berpikir, keyakinan dan beragama. Hak ini mencakup kebebasan untuk menetapkan agama atau kepercayaan atas pilihannya sendiri, dan kebebasan, baik secara sendiri maupun bersama-sama dengan orang lain, baik di tempat umum atau tertutup, untuk menjalankan agama dan kepercayaannya dalam kegiatan ibadah, pentaatan, pengamalan, dan pengajaran”.

¹⁵⁴ Islam menganjurkan berobat dan melarang berobat dengan yang haram sebagaimana hadis-hadis berikut: *فَقْتَاوُوا وَلَا تَدَاوُوا بِحَرَامٍ*، وَجَعَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءً، *إِنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ الدَّاءَ وَالذَّوَاءَ*، Salim bin ‘Ied al-Hilali, *Ensiklopedi Larangan Menurut Al-Qur’an Dan As-Sunnah*, Alih Bahasa Abu Ihsan Al-Atsari, 202. *إِنَّ اللَّهَ لَمْ يَجْعَلْ شِفَاءَكُمْ فِي مَا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ*، Ahmad bin ‘Ali bin Muḥammad bin Ḥajar al-‘Asqalānī, *Fath Al-Bārī Syarah Ṣaḥīḥ Al-Bukhārī*, Juz 10, 78.

Secara normatif, sistem kesehatan yang ideal harus dibangun di atas prinsip *maṣlahah* secara komprehensif dan holistik, yang mampu mengintegrasikan dimensi medis, etis, sosial, dan spiritual dalam satu kerangka pelayanan pada setiap level dari tiga tingkatan cakupan kebutuhan baik itu *darūriyyāt* (esensial), *ḥājiyyāt* (sekunder), dan *taḥsīniyyāt* (penyempurna). Dalam perspektif *maṣlahah*, pelayanan kesehatan tidak hanya berorientasi pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada pemeliharaan nilai-nilai dasar kehidupan manusia secara menyeluruh. Hal ini mencakup perlindungan jiwa (*ḥifẓ al-naḥs*) sekaligus penghormatan terhadap keyakinan agama pasien (*ḥifẓ al-dīn*), termasuk perlindungan akal (*ḥifẓ al-‘aql*) perlindungan keturunan (*ḥifẓ al-nasl*) dan perlindungan harta (*ḥifẓ al-māl*). sehingga sistem kesehatan harus dirancang secara inklusif dan responsif terhadap kebutuhan tersebut. Pendekatan ini sejalan dengan konsep pelayanan kesehatan Islam yang menekankan aspek bio-psiko-sosio-spiritual sebagai satu kesatuan dalam proses penyembuhan.¹⁵⁵ Dengan demikian, standar normatif pelayanan kesehatan ideal tidak hanya mencakup kualitas klinis, tetapi juga menjamin terpenuhinya kebutuhan religius pasien, seperti kehalalan layanan, fasilitas ibadah, dan etika pelayanan yang sesuai dengan prinsip syariah.

Dalam konstitusi, dimensi perlindungan kesehatan dan kebebasan menjalankan keyakinan beragama memang tidak dirumuskan secara spesifik dalam bentuk kewajiban pendirian rumah sakit. Namun, jika kedua dimensi tersebut hendak diwujudkan secara simultan, maka keberadaan rumah sakit syariah dapat diposisikan sebagai salah satu solusi yang relevan. Menjaga kesehatan merupakan kewajiban, termasuk kewajiban berobat ketika sakit agar tujuan pemeliharaan jiwa tercapai. Di sisi lain, menaati ketentuan dan rambu-rambu syariat dalam proses berobat juga merupakan kewajiban. Oleh karena itu, penyediaan sarana yang mampu mengakomodasi pemenuhan dua kewajiban tersebut sekaligus dapat dipahami sebagai sesuatu yang diperlukan, bahkan dapat berstatus wajib apabila tanpa sarana itu kewajiban-kewajiban tersebut tidak dapat terlaksana secara

¹⁵⁵ Iwan Ardian et.al , “Peran Kepemimpinan, Sikap, Dan Kompetensi Perawat Dalam Meningkatkan Asuhan Keperawatan Berbasis Syariah,” *NURSCOPE: Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan* 10, no. 2 (2024): 48, <https://jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnm/article/view/38585>.

sempurna.¹⁵⁶ Berdasarkan kerangka pemikiran hukum tersebut, penyediaan rumah sakit syariah merupakan tanggung jawab negara. Hal ini bukan dimaksudkan sebagai bentuk intervensi terhadap urusan agama, melainkan sebagai upaya untuk memastikan terpenuhinya hak-hak konstitusional warga negara, khususnya dalam bidang kesehatan dan pentaatan agama secara simultan.

Namun demikian, faktanya konstruksi regulasi kesehatan khususnya terkait penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia masih menunjukkan dominasi paradigma biomedis yang berorientasi pada aspek teknis dan klinis semata. Pendekatan ini cenderung menempatkan kesehatan hanya sebagai persoalan penyembuhan penyakit, sehingga mengabaikan dimensi nilai, etika, dan religiusitas yang sesungguhnya merupakan bagian integral dari kebutuhan manusia. Akibatnya, sistem pelayanan kesehatan menjadi bersifat reduktif dan belum sepenuhnya mencerminkan pendekatan holistik sebagaimana dituntut dalam perspektif *maṣlaḥah*. Dominasi paradigma tersebut juga berdampak pada terbatasnya ruang bagi integrasi nilai-nilai keagamaan dalam regulasi kesehatan. Dengan demikian, tidak adanya integrasi tersebut tidak hanya menunjukkan kelemahan normatif, tetapi juga mencerminkan adanya bias dalam paradigma hukum kesehatan yang belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan masyarakat, khususnya dalam aspek spiritual dan religius.

Ketiadaan integrasi nilai-nilai keagamaan dalam regulasi kesehatan khususnya terkait penyelenggaraan rumah sakit pada akhirnya menunjukkan adanya keterbatasan dalam konstruksi filosofis hukum yang digunakan. Regulasi yang ada cenderung belum sepenuhnya mencerminkan tujuan hukum dalam perspektif *maṣlaḥah*, yang menekankan perlindungan menyeluruh terhadap tiga

¹⁵⁶ Kaidah fikih menyatakan bahwa *مَا لَا يَتِمُّ الْوَاجِبُ إِلَّا بِهِ فَهُوَ وَاجِبٌ* (sesuatu yang tidak sempurna terlaksananya kewajiban kecuali dengannya, maka sesuatu itu menjadi wajib). Dalam konteks ini, apabila pemenuhan kewajiban menjaga kesehatan (*hiḥẓ al-naḥs*) dan kewajiban menjalankan syariat dalam pengobatan tidak dapat terlaksana secara optimal tanpa adanya fasilitas tertentu, maka penyediaan fasilitas tersebut seperti rumah sakit berbasis syariah dapat memperoleh status hukum wajib. Hal ini diperkuat dengan kaidah *لِلْوَسَائِلِ حُكْمُ الْمَقَاصِدِ* (hukum sarana mengikuti hukum tujuan), yang menegaskan bahwa sarana yang mengantarkan pada tujuan wajib juga dihukumi wajib, sepanjang menjadi satu-satunya atau cara yang paling efektif untuk mewujudkan tujuan tersebut. A. Djazuli, *Kaidah-Kaidah Fikih: Kaidah-Kaidah Hukum Islam Dalam Menyelesaikan Masalah-Masalah Yang Praktis*, Ed. 1 Cet. (Jakarta: Kencana, 2010), 95–96.

level kebutuhan yakni *ḍarūriyyāt* (esensial), *ḥājiyyāt* (sekunder), dan *taḥsīniyyāt* (penyempurna). Dalam konteks ini, pengabaian dimensi religius dalam pelayanan kesehatan dapat dipandang sebagai kegagalan dalam mengakomodasi salah satu unsur penting dari *maṣlahah ḍarūriyyāt*, yakni perlindungan agama (*ḥifẓ al-dīn*), yang seharusnya berjalan beriringan dengan perlindungan jiwa (*ḥifẓ al-naḥs*).¹⁵⁷

Akibatnya, sistem pelayanan dan manajemen rumah sakit yang ada belum mampu menghadirkan kemaslahatan secara utuh, melainkan masih bersifat parsial dan sektoral. Padahal, pendekatan berbasis *maṣlahah* dalam pelayanan publik menuntut adanya keseimbangan antara berbagai kepentingan manusia secara komprehensif. Dengan demikian, kesenjangan antara nilai ideal *maqāṣid* dan praktik regulasi kesehatan menunjukkan adanya ruang kritis yang perlu direkonstruksi, khususnya dalam mengintegrasikan dimensi spiritual ke dalam sistem hukum kesehatan nasional khususnya terkait penyelenggaraan rumah sakit berbasis syariah.

Berdasarkan keseluruhan uraian tersebut, dapat ditegaskan bahwa ketidakterintegrasian prinsip *maṣlahah* dalam regulasi kesehatan khususnya terkait pelayanan rumah sakit bukan sekadar persoalan teknis, melainkan mencerminkan problem filosofis yang mendasar. Sistem kesehatan yang terlalu berorientasi pada pendekatan biomedis cenderung menyederhanakan makna kesehatan hanya pada aspek fisik, sehingga belum mampu menangkap kompleksitas kebutuhan manusia secara utuh, terutama dalam masyarakat yang memiliki dimensi religius yang kuat. Padahal, dalam perspektif hukum Islam, *maṣlahah* merupakan prinsip fundamental yang menuntut terwujudnya kebaikan sekaligus pencegahan kemudharatan dalam seluruh aspek kehidupan manusia.¹⁵⁸ Dengan demikian, pelayanan kesehatan ideal

¹⁵⁷ Menurut al-Syātibī, *ḍarūriyyāt* merupakan dasar bagi *ḥājiyyāt* dan *taḥsīniyyāt*, apabila *ḍarūriyyāt* rusak, maka akan rusak pula tingkatan kebutuhan yang lain secara mutlak. Al-Syātibī, *Al-Muwafāqāt Fī Usūl Al-Sharī'a, Tahqīq Oleh Abdul Salam Abdul Syafi Muhammad.*, Juz II, 226. Oleh karena itu, perlindungan terhadap *maṣlahah ḍarūriyyāt* yang mencakup agama, jiwa, akal, keluarga, dahrta dalam pelayanan kesehatan harus ditempatkan sebagai bagian dari kemaslahatan pokok yang saling menguatkan, di susul kebutuhan yang *ḥājiyyāt* dan *taḥsīniyyāt*.

¹⁵⁸ Konsepsi ini sejalan dengan yang di sampaikan oleh Ghazali bahwa *maṣlahah* pada prinsipnya berarti menarik manfaat atau menolak mudarat. Namun yang dimaksud bukan sekadar itu, karena menarik manfaat dan menolak mudarat memang merupakan tujuan manusia, dan kebaikan manusia terletak pada tercapainya tujuan-tujuan mereka. Akan tetapi, yang dimaksud dengan *maṣlahah* adalah menjaga tujuan syariat. Tujuan syariat terhadap manusia ada lima, yaitu

tidak hanya diukur dari efektivitas medis, tetapi juga dari sejauh mana ia menghadirkan kemaslahatan yang menyeluruh bagi pasien.

Dalam kerangka tersebut, keberadaan rumah sakit syariah tidak dapat lagi diposisikan sebagai sekadar nilai tambah, melainkan sebagai kebutuhan yang memiliki dasar filosofis yang kuat. Rumah sakit syariah dapat dipahami sebagai instrumen untuk mewujudkan *maṣlaḥah* secara komprehensif, baik dalam bentuk perlindungan kesehatan fisik maupun pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.¹⁵⁹ Oleh karena itu, integrasi prinsip *maṣlaḥah* dalam regulasi kesehatan menjadi penting guna memastikan bahwa sistem pelayanan kesehatan mampu menghadirkan kemanfaatan yang utuh. Dengan demikian, arah reformasi kebijakan kesehatan ke depan perlu diarahkan pada penguatan regulasi yang tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga berorientasi pada nilai kemaslahatan, sehingga tercipta

menjaga agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta mereka. Maka setiap hal yang mengandung penjagaan terhadap lima prinsip ini disebut maslahat. Sebaliknya, segala sesuatu yang merusak atau menghilangkan prinsip-prinsip tersebut adalah mafsadat, dan mencegahnya termasuk *maṣlaḥah* Al-Ghazali, “Al-Mustaṣfā Min ‘Ilm Al-Uṣūl, Muḥaqqiq Ḥamzah Bin Zuhair Ḥafidz,” Juz II, 481-482.

¹⁵⁹ Pendirian rumah sakit syariah dapat dipahami sebagai bagian dari *maṣlaḥah mursalah*, yaitu kemaslahatan yang tidak disebutkan secara eksplisit oleh nash tertentu, tetapi sejalan dengan tujuan umum syariat dalam mewujudkan kemanfaatan dan menolak kemudharatan. Dalam konteks pelayanan kesehatan modern, keberadaan rumah sakit syariah hadir untuk menjawab kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang tidak hanya profesional secara medis, tetapi juga selaras dengan nilai-nilai agama, etika, dan prinsip halal. Menurut Asy-Syatibi, *maṣlaḥah mursalah* dapat dijadikan dasar penetapan hukum dengan catatan Pertama, tidak bertentangan dengan *maqāṣid asy-syarī’ah* yang *darūriyyāt* (*ḥifẓ al-dīn*, *ḥifẓ al-naḥs*, *ḥifẓ al-‘aql*, *ḥifẓ al-nasl*, hingga *ḥifẓ al-māl*), *ḥājīyyāt*, dan *taḥṣīniyyāt*. Kedua, Rasional, dan Ketiga, mengakibatkan *raf’u al-ḥaraj*. A.Djazuli dan Nurol Aen, *Ushul Fiqh (Metodologi Hukum Islam)*, Ed.1,Cet.1 (Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2000), 172. Sedangkan menurut menurut Ulama Malikiyyah dan Hanibilah *maṣlaḥah mursalah* dapat dijadikan dasar penetapan hukum apabila memenuhi tiga syarat utama: pertama, kemaslahatan tersebut sejalan dengan kehendak syara’, kedua, kemaslahatan bersifat rasional pasti bukan perkiraan dan ketiga, menyangkut kepentingan orang banyak. Ma’ruf Amin, *Fatwa Dalam Sistem Hukum Islam*, ed. Asrorun Ni’am Sholeh, Cet. Ke-1 (Jakarta: eLSAS, 2011), 163. Pendirian rumah sakit syariah memenuhi karakter tersebut, karena keberadaannya bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan sesuai syariah tanpa bertentangan dengan ketentuan agama. Dengan demikian, rumah sakit syariah bukanlah semata-mata pilihan administratif, melainkan bentuk aktualisasi *maqāṣid asy-syarī’ah* melalui sarana kelembagaan yang relevan dengan kebutuhan masyarakat kontemporer.

Secara lebih jauh, rumah sakit syariah juga mencerminkan penerapan kaidah bahwa sarana mengikuti hukum tujuan *لِلْوَسَائِلِ حُكْمُ الْمَقَاصِدِ*. Ketika tujuan yang hendak dicapai adalah kemaslahatan yang wajib, seperti menjaga jiwa dan memfasilitasi ibadah serta pemenuhan hak beragama dalam kondisi sakit, maka penyediaan sarana yang mengantarkan kepada tujuan tersebut juga memperoleh nilai hukum yang kuat. Oleh karena itu, keberadaan rumah sakit syariah dapat dipahami sebagai kebijakan yang berlandaskan *maṣlaḥah mursalah*, karena tidak hanya mengisi kekosongan normatif dalam regulasi pelayanan kesehatan, tetapi juga memperluas wujud perlindungan syariat terhadap manusia secara utuh, baik jasmani maupun ruhani.

sistem kesehatan yang lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan manusia secara menyeluruh. Dalam konteks tersebut, pengaturan rumah sakit syariah memiliki urgensi filosofis yang tidak dapat diabaikan, karena keberadaan regulasi menjadi prasyarat penting dalam menjamin terwujudnya kemaslahatan umat secara berkelanjutan.

b. Urgensi Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Di Indonesia dalam Perspektif Yuridis

Secara yuridis, urgensi pengaturan rumah sakit syariah dalam sistem hukum nasional berangkat dari adanya kekosongan norma (*legal vacuum*) yang nyata. Hingga saat ini, baik dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan maupun regulasi sebelumnya yakni Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit beserta turunannya, tidak ditemukan pengakuan eksplisit mengenai rumah sakit syariah, baik dalam bentuk definisi, klasifikasi, maupun pengaturannya. Dari sisi yuridis, pengaturan rumah sakit syariah masih bersifat parsial dan tersebar dalam berbagai instrumen hukum yang tidak secara spesifik mengatur keberadaannya. Regulasi yang ada, seperti undang-undang kesehatan dan turunannya, belum memberikan definisi maupun standar khusus terkait rumah sakit syariah.

Kondisi tersebut berbanding terbalik dengan realitas empiris, sejak diperkenalkannya konsep sertifikasi syariah sekitar tahun 2017.¹⁶⁰ Kehadiran rumah sakit syariah tidak dapat dilepaskan dari meningkatnya kesadaran religius masyarakat muslim terhadap pentingnya layanan kesehatan yang tidak hanya memenuhi standar klinis, tetapi juga sejalan dengan prinsip-prinsip syariah, seperti kehalalan produk medis, etika pelayanan, serta pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Bahkan, Rumah sakit syariah di Indonesia mengalami peningkatan seiring

¹⁶⁰ Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan proyek percontohan pertama untuk rumah sakit syariah oleh Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) pada tanggal 12 Juni 2017. Selanjutnya, pada tanggal 26 September 2017, RSI Sultan Agung resmi mendapat penetapan sebagai rumah sakit syariah yang pertama di Indonesia. Rofiq, "MUKISI Dan RSI Sultan Agung, Rumah Sakit Syariah Pertama." <https://jatengdaily.com/2021/mukisi-dan-rsi-sultan-agung-rumah-sakit-syariah-pertama/>, Diakses 08 November 2023.

dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit yang Islami.¹⁶¹

Penyelenggaraan rumah sakit syariah saat ini masih merujuk pada undang-undang kesehatan beserta aturan turunannya setelah undang-undang rumah sakit di cabut, sedangkan untuk ketentuan syariahnya merujuk pada ketentuan normatif yang di dirumuskan dalam Fatwa DSN-MUI No. 107/DSN-MUI/X/2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah. Posisi fatwa tersebut sebagai rujukan normatif dalam penyelenggaraan rumah sakit syariah di Indonesia menempati peran yang penting. Fatwa DSN-MUI telah memberikan pedoman prinsipil mengenai penyelenggaraan rumah sakit syariah, termasuk aspek pelayanan, manajemen, dan kepatuhan terhadap prinsip syariah. Dalam praktiknya, fatwa ini menjadi acuan utama bagi rumah sakit yang mengadopsi konsep syariah.¹⁶²

Meskipun demikian, fatwa tersebut belum memiliki kekuatan hukum yang mengikat secara penuh dalam sistem hukum nasional. Hal ini dikarenakan secara hirarki¹⁶³ fatwa tidaklah memiliki kekuatan hukum.¹⁶⁴ Fatwa tersebut tidak masuk dalam hirarki peraturan perundang-undnagan, dan juga tidak memiliki atribusi atau delegasi.¹⁶⁵ Secara legal formal, fatwa sama dengan doktrin para pakar hukum

¹⁶¹ Juliana and Adirestuty, *Industri Halal Peluang Dan Tantangan Global*, 175.

¹⁶² Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026.

¹⁶³ Sebagai negara hukum, hukum dimaknai sebagai kesatuan hierarkis tatanan norma hukum yang berpuncak pada konstitusi. Asshidiqie, *Menuju Negara Hukum Yang Demokratis*, 201. Di Indonesia sebagaimana ketentuan pasal 7 ndang-Undang No. 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, hirarki peraturan perundang-undangan tertinggi adalah Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, kemudian Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat, Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Daerah Provinsi; dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota. Maria Farida Indrati, *Ilmu Perundang-Undangan Proses Dan Teknik Pembentukannya* (Yogyakarta: Kanisius, 2007), 167.

¹⁶⁴ Ahmad Badrut Tamam, "Kedudukan Fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) Dan Fatwa Dewan Syariah Nasional (DSN) Dalam Sistem Hukum Indonesia," *Al-Musthofa: Journal Of Sharia Economics* Vol. 4, no. 1 (2021): p. 62–78, <https://doi.org/https://doi.org/10.58518/al-musthofa.v4i1.739>.

¹⁶⁵ Atribusi (dalam konteks perundang-undangan) adalah kewenangan yang diberikan dari Undang-Undang Dasar atau Undang-Undang kepada suatu organ pemerintahan untuk membuat peraturan perundang-undangan yang mana pembuatnya disebut sebagai original legislator. Sedangkan delegasi (dalam konteks perundang-undangan) adalah kewenangan yang diberikan dari suatu Undang-Undang kepada suatu peraturan perundang undangan di bawahnya sebagai peraturan

(legal opinion) yang sifatnya hanya menilai dan memberikan rekomendasi hukum.¹⁶⁶ Di Indonesia fatwa mengikat jika sudah di positivisasi oleh regulator,¹⁶⁷ atau fatwa mendapatkan legitimasi dari undang-undang sebagaimana keberlakuan fatwa DSN-MUI di perbankan syariah.¹⁶⁸ Sehingga secara yuridis, fatwa dalam konteks rumah sakit syariah tersebut masih berada dalam kategori *soft law* yang bergantung pada *voluntary compliance*, sehingga tidak memiliki daya paksa sebagaimana peraturan perundang-undangan.¹⁶⁹ Hal ini menyebabkan implementasinya tergantung pada kesadaran dan komitmen masing-masing institusi, bukan kewajiban hukum yang mengikat.

Dalam konteks Indonesia, rumah sakit syariah dipahami sebagai rumah sakit yang memperoleh sertifikasi syariah dari Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI). Kewenangan DSN-MUI dalam menerbitkan sertifikasi tersebut bersumber pada ketentuan internal organisasi (AD/ART), yang memberikan mandat untuk mengeluarkan sertifikat syariah bagi lembaga yang memerlukan.¹⁷⁰ Namun demikian, secara yuridis, meskipun praktik sertifikasi tersebut tidak secara eksplisit melanggar hukum, keberadaannya juga tidak memperoleh legitimasi yuridis dari peraturan perundang-undangan karena tidak terdapat delegasi kewenangan dari negara.¹⁷¹ Sampai saat ini hanya terdapat 6

pelaksana dari Undang-Undang tersebut, yang mana pembuatnya disebut sebagai delegated legislator. Jika suatu peraturan perundang-undangan dibuat tidak berdasarkan salah satu dari kedua kewenangan ini maka ia tidak sah. Magantara, *Catatan Kritis Omnibus Law UU Cipta Kerja d Alam Sudut Pandang Hukum Administrasi Pemerintahan*, 5–6.

¹⁶⁶ Ibnu Elmi Achmat Slamet Pelu and Jeffry Tarantang, “Fatwa Majelis Ulama Indonesia Sebagai Solusi Permasalahan Umat Islam Di Indonesia,” *Al-Manahij: Jurnal Kajian Hukum Islam* Vol 14, no. No. 2 (2020): p. 313, <https://doi.org/10.24090/mnh.v14i2.3927>.

¹⁶⁷ Ahyar A. Gayo, *Hukum Tentang Kedudukan Fatwa Mui Dalam Upaya Mendorong Pelaksanaan Ekonomi Syariah* (Jakarta: Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum Dan HAM RI, 2011), p. ix.

¹⁶⁸ Pasal 1 ayat 12, pasal 36 ayat 1, 2, dan 3 Undang-Undang nomor 21 tahun 2008 Tentang Perbankan Syariah

¹⁶⁹ Nisa Hajati and Ahmad Lutfi Rijalul Fikri, “Strategi Penegakan Hukum Terhadap Pelanggaran Prinsip Syariah Dalam Transaksi Perbankan Dan Keuangan Islam Di Indonesia: Analisis Multi-Level Regulasi Dan Mekanisme Pengawasan,” *Adzkiya: Jurnal Hukum Dan Ekonomi Syariah* 13, no. 2 (2025): 107, <https://e-journal.metrouniv.ac.id/adzkiya/article/view/9819>.

¹⁷⁰ Pasal 4 huruf (J) Peraturan Organisasi Majelis Ulama Indonesia Nomor : 11/PO-MUI/VIII/2021 tentang Anggaran Dasar Dan Anggaran Rumah Tangga Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia.

¹⁷¹ Dalam perspektif hukum administrasi negara, setiap kewenangan harus bersumber dari peraturan perundang-undangan baik itu melalui atribusi, delegasi, atau mandat. Artinya bahwa tidak ada suatu kewenangan atau otoritas yang ada pada suatu lembaga melainkan terlebih dahulu telah

lembaga yang ditetapkan oleh Menteri dan memiliki kewenangan sebagai penyelenggara akreditasi.¹⁷² Merujuk pada beberapa ketentuan yang ada, secara hukum DSN-MUI tidak memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan akreditasi terhadap rumah sakit di Indonesia, karena tidak ada satu aturan perundang-undangan yang memberikan kewenangan DSN-MUI sebagai Lembaga independen penyelenggara akreditasi terhadap rumah sakit.

Ketidakadaan regulasi hukum yang tegas mengenai sertifikasi syariah sudah dipahami dengan baik oleh para pihak terkait, baik dari sisi DSN-MUI selaku perumus fatwa maupun rumah sakit selaku pelaksana. Berdasarkan hasil wawancara dengan keduanya, mereka sepakat bahwa sertifikasi syariah rumah sakit ini sebagai nilai tambah, bukan menggantikan akreditasi dari Kementerian Kesehatan. Rumah sakit harus tetap memenuhi seluruh regulasi dan terakreditasi secara nasional, sementara sertifikasi syariah menambahkan dimensi pelayanan

diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan. Martin Loughlin, "The Rule of Law: A Slogan in Search of a Concept," *Hague Journal on the Rule of Law*, 2024, 1–15, <https://doi.org/10.1007/s40803-024-00224-5>. Lihat juga Janpatar Simamora, "Tafsir Makna Negara Hukum Dalam Perspektif Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945," *Jurnal Dinamika Hukum* Vol. 14, no. 3 (2014): 547–561, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20884/1.jdh.2014.14.3.318.s> Baik pada negara-negara yang menganut prinsip hukum tertulis maupun pada negara yang menganut prinsip hukum kebiasaan (hukum yang tidak tertulis), dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan harus menggunakan wewenang hukum, sehingga tiada tindakan pemerintah dalam pemerintahan yang tidak dilandasi dengan wewenang hukum. Nurul Qamar and Farah Syah Rezah, "Wewenang Sebagai Instrumen Penyelenggaraan Pemerintahan Dalam Sistem Negara Hukum," *Asas Wa Tandhim: Jurnal Hukum, Pendidikan Dan Sosial Keagamaan* Vol. 2, no. 2 (2023): 201, <https://doi.org/https://doi.org/10.47200/awtjhpsa.v2i2.1781>.

¹⁷² Ketentuan mengenai penyelenggaraan akreditasi oleh lembaga independen sebagaimana diatur dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 6 Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 pada awalnya ditindaklanjuti melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 yang menetapkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit. Namun dalam perkembangan kebijakan akreditasi rumah sakit, pemerintah kemudian memperluas mekanisme penyelenggara akreditasi dengan menetapkan beberapa lembaga independen melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan tersebut, Menteri menetapkan beberapa lembaga independen yang berwenang menyelenggarakan akreditasi rumah sakit. Hingga sampai saat ini hanya terdapat 6 lembaga yang ditetapkan oleh Menteri dan memiliki kewenangan sebagai penyelenggara akreditasi rumah sakit, yaitu: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS), Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien RS (LAM-KPRS) dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARS)

sesuai nilai Islam berdasarkan Fatwa DSN-MUI.¹⁷³ Hal ini mempertegas temuan bahwa secara yuridis, rumah sakit syariah belum memiliki landasan hukum positif yang khusus dan komprehensif dalam bentuk peraturan perundang-undangan.

Kondisi ketiadaan landasan hukum positif yang khusus tersebut, dalam perspektif **teori kepastian hukum**, merupakan problem yang serius. Ketika rumah sakit syariah beroperasi hanya berdasarkan *soft law* berupa Fatwa DSN-MUI No. 107/DSN-MUI/X/2016 yang tidak memiliki daya paksa sebagaimana peraturan perundang-undangan, maka nilai kepastian hukum tidak terpenuhi. **Lon L. Fuller** menambahkan bahwa sistem hukum yang baik mensyaratkan adanya aturan yang jelas (*clarity*), konsisten, dan dapat diakses publik.¹⁷⁴ Ketika definisi, klasifikasi, standar operasional, hingga mekanisme pengawasan RS syariah tidak termuat dalam regulasi formal, maka penyelenggara, tenaga kesehatan, maupun pasien tidak memiliki acuan hukum yang pasti. Akibatnya, terbuka ruang bagi disparitas penerapan prinsip syariah antar rumah sakit, potensi penyalahgunaan label syariah,¹⁷⁵ serta lemahnya perlindungan hukum bagi pasien. Dengan demikian, kepastian hukum bukan sekadar kebutuhan teknis-administratif, melainkan prasyarat fundamental agar RS syariah memiliki legitimasi yang kokoh dalam sistem hukum nasional.

Dari sudut pandang yuridis, pengaturan rumah sakit syariah menjadi penting untuk memberikan kepastian hukum bagi seluruh pihak yang terlibat,¹⁷⁶ yaitu

¹⁷³ Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026. Dan Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc, MH (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) RSIA Zainab Pekanbaru), 28 Februari 2026.

¹⁷⁴ Lon L. Fuller, *The Morality of Law*, Ed. Revisi (New Haven: Yale University Press, 1969), 39. Lihat juga Tucker, "The Morality of Law, by Lon L. Fuller," 273–75.

¹⁷⁵ Berdasarkan hasil wawancara dengan DSN-MUI bahkan sudah ada beberapa laporan yang menunjukkan bahwa rumah sakit yang tersertifikasi syariah justru memiliki pelayanan yang tidak lebih baik di bandingkan dengan rumah sakit yang tidak tersertifikasi syariah. Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026.

¹⁷⁶ Kepastian hukum adalah pilar fundamental negara hukum yang menjamin peraturan diterapkan secara jelas, konsisten, dan dapat diprediksi. Ini krusial untuk menciptakan stabilitas sosial-ekonomi, melindungi hak warga negara dari kesewenang-wenangan, serta menjadi pedoman perilaku yang sah. Tanpa kepastian, hukum kehilangan makna dan memicu ketidakpercayaan. Nyoman Gede Remaja, "Makna Hukum Dan Kepastian Hukum," *Kertha Widya* Vol. 2, no. 1 (2014): 1, <https://ejournal.unipas.ac.id/index.php/KW/article/view/426/351>.

penyelenggara, tenaga kesehatan, pasien, maupun pengawas. Kepastian hukum diperlukan agar terdapat batas yang jelas mengenai definisi, ruang lingkup, standar operasional, serta kewenangan dan tanggung jawab para pihak yang terlibat, baik penyelenggara, tenaga kesehatan, maupun pasien. Tanpa adanya pengaturan yang jelas, praktik rumah sakit syariah berpotensi mengalami inkonsistensi, baik dalam penerapan prinsip syariah maupun dalam kualitas layanan kesehatan yang diberikan. Lebih lanjut, ketiadaan kepastian hukum dapat menyebabkan rumah sakit syariah hanya berfungsi sebagai label simbolik tanpa substansi yang terstandar. Dengan demikian, pengaturan yang jelas berfungsi tidak hanya sebagai instrumen legal, tetapi juga sebagai alat untuk mencegah penyimpangan atas nama syariah.

Selain kepastian hukum, standarisasi rumah sakit syariah juga menjadi kebutuhan yang sangat mendesak. Standarisasi diperlukan agar setiap rumah sakit syariah memiliki karakteristik minimum yang seragam, baik dari sisi manajemen kelembagaan maupun pelayanan. Adanya standarisasi merupakan salah satu cara strategis yang dirancang untuk menilai rumah sakit dan memastikan bahwa setiap rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang aman, berkualitas, dan berorientasi pada keselamatan pasien.¹⁷⁷ standarisasi rumah sakit syariah juga berkaitan dengan proses sertifikasi dan akreditasi. Sertifikasi diperlukan untuk memberikan standar pelayanan berbasis islami di rumah-rumah sakit dan untuk memastikan bahwa rumah sakit yang menggunakan label syariah benar-benar telah memenuhi indikator yang ditetapkan.¹⁷⁸ Dengan mekanisme sertifikasi, masyarakat memperoleh jaminan bahwa istilah “syariah” tidak digunakan secara serampangan, melainkan memiliki makna substantif yang dapat diuji. Tanpa standar yang seragam, penerapan prinsip syariah akan sangat bergantung pada pemahaman dan kebijakan masing-masing rumah sakit, sehingga kualitasnya menjadi tidak konsisten.

¹⁷⁷ Solehudin and Sihura, “Pengaruh Akreditasi Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit,” 27.

¹⁷⁸ Fimauidina, “Sertifikasi Syariah Bagi Rumah Sakit Di Indonesia Perspektif Fatwa DSN MUI Dan Undang-Undang 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit,” 24.

Urgensi pengaturan dan standarisasi rumah sakit berbasis syariah Secara teoritis dapat dijelaskan melalui **teori hukum pembangunan**. Menurut Mochtar Kusumaatmadja, pada masyarakat yang sedang berkembang hukum bertujuan untuk memelihara ketertiban, sehingga keberadaan hukum diperlukan untuk memberikan kepastian sebagai acuan agar perubahan terjadi secara tertib.¹⁷⁹ Teori ini menempatkan hukum sebagai sarana pembangunan masyarakat, bukan sekadar kumpulan norma yang pasif mengikuti keadaan.¹⁸⁰ Dalam konteks rumah sakit syariah, hukum harus mampu mengarahkan perubahan sosial dan menjawab kebutuhan baru masyarakat yang menghendaki layanan kesehatan sesuai syariah. Dengan demikian, pengaturan rumah sakit syariah merupakan bagian dari fungsi hukum sebagai alat untuk menata dan mengarahkan pembangunan di bidang kesehatan agar berjalan selaras dengan nilai yang hidup di masyarakat. Namun demikian, secara faktual hukum kesehatan justru tidak dapat menjalankan fungsinya sebagai sarana pembaharu dalam proses perubahan dan perkembangan rumah sakit syariah.

Berdasarkan hal tersebut, maka seharusnya hukum dapat berbenah dengan menyesuaikan perkembangan masyarakat. Hal ini sejalan dengan **teori perubahan hukum**. Teori ini menjelaskan bahwa hukum harus berubah mengikuti dinamika sosial yang berkembang di masyarakat.¹⁸¹ Munculnya kebutuhan terhadap rumah sakit syariah menunjukkan adanya perubahan dalam kesadaran masyarakat, orientasi pelayanan, dan ekspektasi terhadap sistem kesehatan. Jika hukum tetap bertahan pada pola pengaturan umum tanpa respons terhadap perubahan tersebut, maka hukum akan kehilangan relevansinya. Karena itu, lahirnya pengaturan khusus rumah sakit syariah merupakan konsekuensi logis dan yuridis dari perkembangan sosial yang menuntut pembaruan norma secara responsif.

Berdasarkan seluruh uraian tersebut, dapat ditegaskan bahwa pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah di Indonesia secara yuridis merupakan

¹⁷⁹ Atmasasmita, "Tiga Paradigma Hukum Dalam Pembangunan Nasional," 7.

¹⁸⁰ Atmasasmita, *Teori Hukum Integratif: Rekonstruksi Terhadap Teori Hukum Pembangunan Dan Teori Hukum Progresif*, 72.

¹⁸¹ Safudin et al., *Memahami Teori Hukum: Percikan Pemikiran Ilmu Hukum Lintas Mazhab*, 104.

kebutuhan yang mendesak. Urgensi tersebut berpijak pada kebutuhan akan kepastian hukum, perlindungan pasien, konsistensi pelayanan, akuntabilitas kelembagaan, kesesuaian dengan *maqāṣid al-syarī'ah*, serta relevansi hukum terhadap perubahan sosial. Tanpa pengaturan yang jelas dan standar yang seragam, rumah sakit syariah berisiko kehilangan arah normatif dan hanya menjadi label administratif. Oleh karena itu, pembentukan regulasi dan standar yang komprehensif merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa rumah sakit syariah dapat berkembang sebagai institusi yang kredibel, profesional, dan sesuai dengan prinsip-prinsip Islam.

c. Urgensi Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Di Indonesia dalam Perspektif Sosiologis

Secara sosiologis, perkembangan layanan kesehatan di Indonesia menunjukkan pergeseran paradigma dari pendekatan yang semata-mata biomedis menuju pendekatan yang lebih holistik, yaitu integrasi antara aspek fisik, psikologis, dan spiritual. Rumah sakit syariah lahir sebagai respons terhadap kebutuhan masyarakat muslim akan layanan kesehatan yang tidak hanya memenuhi standar medis, tetapi juga terintegrasi dengan nilai-nilai syariah.¹⁸² Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah lahir dari kebutuhan sosial yang nyata, bukan sekadar konsep normatif.

Rumah Sakit Syariah di Indonesia adalah hasil dari proses panjang yang berakar pada kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang selaras dengan nilai-nilai Islam. Rumah sakit syariah tidak muncul secara kebetulan. Perjalanan ini dimulai dengan Rapat Kerja Nasional (Rakernas) MUKISI yang berlangsung dari 26 Februari hingga 1 Maret 2009 di Malang, Jawa Timur. Tema "Menuju Kesempurnaan Rumah Sakit Islam dalam Pelaksanaan Syariah".¹⁸³ Sebagai tindak lanjut dari Rakernas 2009, masing-masing MUKISI daerah memaparkan hasil penyusunan konsep syariah di Rakernas tahun 2012

¹⁸² Hayati and Sulistiadi, "Syariah Hospital Marketing Strategy Vs Syiar," 30.

¹⁸³ Basarah, "MUKISI Siapkan Sertifikasi Rumah Sakit Syariah." (diakses 20 November 2025)

MUKISI di Tangerang, Banten, dengan tema "Meningkatkan Mutu melalui Standarisasi Pelayanan Islami dan Keselamatan Pasien." Fase ini menandai pergeseran signifikan dari diskusi normatif menuju standardisasi.

Dalam Pertemuan Nasional MUKISI di Bandung pada tahun 2015 dengan tema "Rumah Sakit Syariah dengan Akreditasi dalam Menghadapi Era Jaminan Kesehatan Nasional", konsep akreditasi rumah sakit syariah oleh MUKISI Jawa Tengah dipresentasikan dan draft awal akreditasi disepakati. Pertemuan finalisasi Sertifikasi Rumah Sakit Syariah, yang membahas standar, instrumen, dan prosedur penilaian, digunakan untuk menyempurnakan konsep. Pada saat itu, MUKISI juga mengadakan pertemuan dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), lembaga yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk mengelola akreditasi rumah sakit. Hasil pertemuan menentukan pelaksanaan sertifikasi rumah sakit syariah oleh DSN-MUI dan berfungsi sebagai penilaian tambahan atau pendukung bagi rumah sakit Islam atau berbasis syariah. Selain itu, disepakati bahwa rumah sakit yang telah terakreditasi KARS yang hanya dapat disertifikasi, menunjukkan bahwa rumah sakit syariah memenuhi standar mutu dan keselamatan pasien nasional.¹⁸⁴

Program sertifikasi rumah sakit syariah tersebut mulai diimplementasikan secara resmi pada tahun 2017. Rumah sakit pertama yang memperoleh sertifikat rumah sakit syariah adalah Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang sekaligus menandai dimulainya fase institusionalisasi layanan kesehatan syariah di Indonesia.¹⁸⁵ Pada tahap awal pengembangan rumah sakit syariah di Indonesia, Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) bekerja sama dengan Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) menetapkan target sertifikasi syariah bagi 100 rumah sakit hingga tahun 2020. Namun demikian, hingga awal 2020 yang sudah mendapatkan sertifikasi syariah sekitar 22, baik rumah sakit Islam maupun rumah sakit milik pemerintah.¹⁸⁶ Pada tahun 2021, di

¹⁸⁴ Fauziah, "Implementasi Akuntansi Syariah Untuk Rumah Sakit," 114.

¹⁸⁵ Rofiq, "MUKISI Dan RSI Sultan Agung, Rumah Sakit Syariah Pertama." Diakses 08 November 2024.

¹⁸⁶ Sidiq, "Mukisi Targetkan Ada 100 RS Syariah Tersertifikasi Di 2020." Diakses 08 November 2025.

Indonesia terdapat 25 rumah sakit yang telah memiliki status rumah sakit Syariah, dan ada 42 rumah sakit lainnya yang sedang dalam proses persiapan untuk mendapatkan status tersebut.¹⁸⁷

Perkembangan rumah sakit syariah di Indonesia memperoleh respons positif dari masyarakat. Hal tersebut disampaikan oleh Pengurus Pusat Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (PP MUKISI), yang juga menjabat sebagai Direktur Rumah Sakit Sari Asih Serang, Dr. Yahmin Setiawan, MARS., dalam kegiatan Workshop Pra Ijtima' Sanawi (Annual Meeting) yang melibatkan Dewan Pengawas Syariah, Rumah Sakit Syariah. Dalam forum tersebut, disampaikan bahwa antusiasme masyarakat terhadap keberadaan rumah sakit syariah dinilai cukup menggembirakan. Tidak hanya masyarakat sebagai pengguna layanan, komunitas rumah sakit juga menyambut baik adanya sertifikasi rumah sakit syariah sebagai bagian dari penguatan tata kelola layanan kesehatan berbasis prinsip syariah. Hingga tahun 2022, jumlah rumah sakit yang telah memperoleh sertifikasi syariah mencapai 72 rumah sakit yang tersebar di berbagai wilayah Indonesia, dari Sabang hingga Merauke. Meskipun demikian, jumlah tersebut masih relatif kecil jika dibandingkan dengan total rumah sakit yang ada secara nasional, yakni baru sekitar 5 % dari keseluruhan rumah sakit di Indonesia.¹⁸⁸

Capaian pertumbuhan rumah sakit syariah hingga tahun 2022 tersebut menunjukkan adanya perkembangan yang bersifat bertahap dan berkelanjutan, tidak hanya pada rumah sakit yang telah memperoleh sertifikasi secara penuh, tetapi juga pada rumah sakit yang sedang berada dalam berbagai tahapan proses sertifikasi. Hal ini tercermin dari data internal Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) per tanggal 21 Januari 2023, MUKISI telah mendata dari 500 Anggota MUKISI ada total 74 rumah sakit yang telah tersertifikasi dan sedang berproses. Di antaranya yakni 17 Sertifikasi Rumah Sakit Syariah, 10

¹⁸⁷ Sa', Stai, and Bondowoso, "Konsep Rumah Sakit Syariah Dalam Transformasi Ekonomi Syariah," 155.

¹⁸⁸ Aulia and Fakhruddin, "PP MUKISI: Animo Masyarakat Terkait Rumah Sakit Syariah Cukup Menggembirakan." Diakses 08 November 2025.

Resertifikasi Rumah Sakit Syariah, 4 Sertifikasi (survey Istiqomah), 8 Pra Survey, 18 Pendampingan dan 17 mendaftar pendampingan.¹⁸⁹

Pada tahun 2024, perkembangan rumah sakit syariah di Indonesia juga menunjukkan tren peningkatan. Data yang dikeluarkan oleh Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) menunjukkan bahwa hingga pertengahan tahun 2024, sudah ada 79 institusi layanan kesehatan yang telah memperoleh sertifikasi syariah dan sedang dalam proses mendapatkan sertifikasi tersebut. Jumlah tersebut mencakup rumah sakit yang melakukan resertifikasi 13 lembaga, sertifikasi rumah sakit syariah 11 lembaga, survei istiqamah 9 lembaga, pra-survei 16 lembaga, pendampingan 18 lembaga, dan pendaftaran pendampingan 12 lembaga.¹⁹⁰ Kondisi ini menunjukkan bahwa sertifikasi rumah sakit syariah tidak hanya dianggap sebagai pencapaian akhir, tetapi juga sebagai proses yang berkelanjutan yang membutuhkan kekonsistenan dalam memenuhi standar syariah.

Perkembangan rumah sakit syariah terus berjalan, hingga akhir tahun 2025 berdasarkan data sertifikasi syariah yang masih berlaku atau sedang dalam proses perpanjangan, terdapat 39 rumah sakit di berbagai daerah di Indonesia yang telah mendapatkan sertifikasi rumah sakit syariah.¹⁹¹ Rumah sakit tersebut terdapat di beberapa provinsi dan menunjukkan berbagai jenis kepemilikan, seperti rumah sakit Islam, rumah sakit swasta umum, serta rumah sakit yang dimiliki pemerintah daerah. Capaian ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah terus tumbuh secara konsisten di seluruh Indonesia, meskipun jumlahnya secara proporsional masih kurang banyak dibandingkan dengan total jumlah rumah sakit di sana.

Data adanya peningkatan pertumbuhan rumah sakit syariah ini menunjukkan bahwa masyarakat semakin sadar akan pentingnya layanan kesehatan yang tidak hanya baik secara kualitas, tetapi juga memberi ruang dalam pentaatan terhadap ajaran agama. Data tersebut sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan preferensi masyarakat muslim dalam memilih rumah sakit syariah.

¹⁸⁹ Mukisi, "Jumlah RS Syariah Di Indonesia Kian Meningkat, Hampir 100 Rumah Sakit Yang Mendaftar Sertifikasi." Diakses 08 November 2025.

¹⁹⁰ MUKISI, "Informasi Jumlah Rumah Sakit Syariah." Diakses 12 November 2025.

¹⁹¹ DSN-MUI, "Senarai Produk Bersertifikat," <https://dsnemui.or.id/sertifikasi/senarai-produk-bersertifikat/> Diakses 15 November 2025.

beberapa penelitian fokus pada **preferensi dan kepuasan pasien muslim** terhadap rumah sakit syariah, seperti penelitian oleh seperti penelitian oleh Hartman Sundjaya¹⁹² dan Armelia Windasari, dkk.¹⁹³ Studi lain seperti yang dilakukan oleh Anton Bawono¹⁹⁴ juga menunjukkan bahwa spiritualitas-religiusitas berperan signifikan sebagai variabel kedua terkuat yang mempengaruhi keputusan berobat. Hal ini sejalan dengan penelitian Ririn Citra dan Martha¹⁹⁵ yang menunjukkan penerapan prinsip syariah dalam pelayanan rumah sakit berpengaruh terhadap kepuasan pasien, karena pasien merasakan adanya perhatian yang lebih utuh terhadap dimensi kemanusiaan dan religiusitas. Sementara penelitian Nazilatul

¹⁹² Penelitian disertasi yang dilakukan oleh Hartman Sundjaya berjudul "Faktor yang mempengaruhi Preferensi Konsumen Muslim dan Implikasinya terhadap Keputusan Pembelian Jasa Rumah Sakit Syariah di Kota Bandung", diterbitkan oleh UIN Sunan Gunung Djati Bandung pada tahun 2023, peneliti menyoroti minimnya jumlah rumah sakit syariah di Kota Bandung. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan berbagai faktor yang mempengaruhi preferensi konsumen Muslim terhadap rumah sakit syariah dan bagaimana pengaruhnya terhadap keputusan pembelian jasa rumah sakit syariah. Hasilnya menunjukkan bahwa berbagai variabel seperti kebudayaan, sosial, kepribadian, psikologis, religiusitas, dan karakteristik pemasaran syariah berpengaruh signifikan terhadap preferensi konsumen muslim. Sundjaya, "Faktor Yang Mempengaruhi Preferensi Konsumen Muslim Dan Implikasinya Terhadap Keputusan Pembelian Jasa Rumah Sakit Syariah Di Kota Bandung."

¹⁹³ Armelia, dkk menulis artikel dengan judul "Assessing Consumer Preferences on Halal Service: The Emergence of Sharia Hospitals for Muslim Consumer" dipublikasikan di Journal of Islamic Marketing tahun 2024. Tulisan ini berfokus pada preferensi konsumen terhadap layanan rumah sakit syariah, dengan memberikan perspektif baru dari sudut pandang konsumen terkait pemilihan layanan kesehatan berbasis syariah. Penelitian ini menggunakan analisis *conjoint* berbasis pilihan untuk mengkaji preferensi konsumen terhadap layanan kesehatan syariah, dengan data yang dikumpulkan dari survei online menggunakan *platform Populix* dan melibatkan 270 responden dari populasi Muslim di seluruh Indonesia. Hasil kajian menunjukkan bahwa preferensi tertinggi terkait dengan sertifikasi halal dan reputasi rumah sakit, yang mencerminkan kepercayaan dan jaminan kualitas. Selain itu, layanan syariah dinilai lebih positif dibandingkan dengan infrastruktur fisik dalam menentukan preferensi konsumen. Windasari, Azhari, and Putra, "Assessing Consumer Preferences on Halal Service: The Emergence of Sharia Hospitals for Muslim Consumer."

¹⁹⁴ Penelitian ini mengeksplorasi pengaruh aspek spiritualitas-religiusitas dan marketing mix terhadap keputusan pasien dalam memilih berobat di rumah sakit Islam. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa spiritualitas-religiusitas berperan signifikan sebagai variabel kedua terkuat yang mempengaruhi keputusan berobat, menegaskan bahwa layanan yang mengintegrasikan aspek spiritual-religius dapat meningkatkan daya tarik rumah sakit bagi pasien. Bawono, "Penerapan Aspek Spiritualitas-Religiusitas Dalam Keputusan Berobat Di Rumah Sakit Islam."

¹⁹⁵ Ririn dan Martha meneliti tentang Faktor Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Syariah Di Rumah Sakit, Penelitian ini merupakan *systematic review* dengan mencari database Research Gate, Science Direct dan Google Scholar terbitan tahun 2019-2022 didapatkan 127 artikel dengan rincian 2 artikel dari Research Gate, 3 artikel dari Science Direct dan 122 artikel dari Google Scholar. Hasilnya Masyarakat Indonesia sangat puas dengan pelayanan kesehatan syariah di rumah sakit. Martha, "Faktor Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Syariah Di Rumah Sakit."

Farida Agustian, dkk.¹⁹⁶ menunjukkan bahwa kepatuhan rumah sakit terhadap syariah berpengaruh dalam keputusan berobat. Begitu juga dengan penelitian Ngatindriatun, dkk,¹⁹⁷ yang menunjukkan bahwa optimalisasi pengelolaan kualitas pelayanan medis Islam yang humanis menjadi nilai penting bagi pemasaran rumah sakit syariah.

Kondisi sosiologis menunjukkan adanya kesenjangan yang nyata antara perkembangan kebutuhan masyarakat dengan respons hukum yang tersedia. Di satu sisi, masyarakat muslim menunjukkan peningkatan kesadaran dan kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang tidak hanya bersifat medis, tetapi juga selaras dengan nilai-nilai religius dan spiritual. Fenomena ini tercermin dari berkembangnya praktik rumah sakit syariah serta meningkatnya ekspektasi terhadap layanan berbasis nilai Islam. Namun, di sisi lain, sistem hukum nasional belum mampu mengimbangi dinamika tersebut, karena belum tersedia regulasi yang secara spesifik mengatur standar, mekanisme, dan pengawasan rumah sakit syariah.

¹⁹⁶ Nazila menulis artikel tentang Kepuasan Konsumen dalam Menggunakan Layanan Rumah Sakit Syariah: Peran Komitmen Religiusitas dan Kepatuhan Syariah, Desain penelitian *cross-sectional* digunakan dengan sampel 100 pasien rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah. Data dianalisis menggunakan regresi linier berganda untuk memperkirakan koefisien regresi (b) dan interval kepercayaan 95%. Hasilnya menunjukkan bahwa religiusitas individu tidak secara langsung menentukan kepuasan terhadap layanan rumah sakit berbasis Syariah. Sebaliknya, kepatuhan rumah sakit terhadap syariah memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pelanggan. Nazilatul Farida Agustina Al Haq Kamal Dedik Sulistiawan Agustina, "Kepuasan Konsumen Dalam Menggunakan Layanan Rumah Sakit Syariah: Peran Komitmen Religiusitas Dan Kepatuhan Syariah," *JoIE: Journal of Islamic Economics* 5, no. 2 (2025): 116–27, <https://doi.org/https://doi.org/10.21154/joie.v5i2.11466>.

¹⁹⁷ Ngatindriatun, dkk dalam Journal of Islamic Accounting and Business Research terbitan tahun 2024 menulis artikel dengan judul "Impact of Sharia Hospital Service Standards and Religiosity Commitment on Patient Satisfaction and Loyalty: Insights from Certified Sharia Hospital in Indonesia" Artikel ini berfokus pada analisis pengaruh standar layanan rumah sakit syariah, komitmen religiusitas, dan kepercayaan pasien Muslim terhadap sikap dan kepuasan pasien, serta implikasinya terhadap loyalitas. Metode penelitian yang digunakan adalah teknik purposive sampling yang melibatkan 425 pasien di rumah sakit bersertifikasi syariah di Indonesia, dan data dianalisis menggunakan *partial least squares structural equation modeling* (PLS-SEM) untuk menguji model hubungan antar variabel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa optimalisasi pengelolaan kualitas pelayanan medis Islam yang humanis, infrastruktur fasilitas yang nyaman, peningkatan layanan teknis, dan perilaku administratifnya dapat menjadi nilai penting bagi pemasaran rumah sakit. Ngatindriatun, Alfarizi, and Widiastuti, "Impact of Sharia Hospital Service Standards and Religiosity Commitment on Patient Satisfaction and Loyalty: Insights from Certified Sharia Hospital in Indonesia."

Kesenjangan ini menunjukkan terjadinya *legal lag*,¹⁹⁸ yaitu kondisi ketika hukum tertinggal dari perkembangan sosial. sebagaimana dikemukakan dalam perspektif realisme hukum bahwa hukum senantiasa bergerak mengikuti, bukan mendahului, perubahan masyarakat.¹⁹⁹ Hal ini terkenal dengan Adagium *Het recht hinkt achter de feiten aan* (Hukum tertatih mengikuti perkembangan masyarakat).²⁰⁰ Akibatnya, praktik rumah sakit syariah yang berkembang di masyarakat berjalan tanpa landasan hukum yang memadai, sehingga berpotensi menimbulkan ketidakpastian, disparitas standar layanan, serta lemahnya perlindungan bagi pasien.

Dalam konteks ini, **teori perubahan hukum** menjadi relevan, bahwa hukum tidak dapat dipandang statis, melainkan harus mampu mengikuti perubahan sosial yang berkembang di masyarakat.²⁰¹ Perubahan hukum akibat perubahan sosial ataupun sebaliknya merupakan hubungan interaksi, Ini berarti bahwa terdapat interaksi dua arah antara perubahan sosial dan perubahan dalam sektor hukum. Di satu sisi, perubahan dalam hukum juga memiliki dampak dan mempengaruhi perubahan sosial. Perubahan dalam hukum yang berdampak pada perubahan sosial, hal ini sesuai dengan salah satu fungsi utama hukum, yaitu sebagai alat untuk membawa perubahan sosial atau sebagai sarana untuk merekayasa masyarakat (*social engineering*).²⁰² Namun di sisi yang lain perubahan dalam masyarakat mempengaruhi dan mendorong perubahan dalam hukum. Hal ini dipertegas oleh pernyataan Henry S. Maine, bahwa hukum hasil ikutan dari kondisi struktur sosial,

¹⁹⁸ Serupa dengan konsep sosiologis Thorstein Veblen tentang “cultural lag”, “legal lag” merujuk pada kegagalan hukum untuk mengikuti laju perubahan sosial, dalam konteks penelitian ini menunjukkan undang-undang kesehatan tidak mengikuti dan mengakomodir perkembangan rumah sakit syariah. A. Kathryn Stout, Richard A. Dello Buono, and William J. Chambliss, *Social Problems, Law, and Society* (United State of America: Rowman & Littlefield, 2004), 26.

¹⁹⁹ Shidarta, *Penerapan Hukum Progresif Di Tengah Perubahan Masyarakat Dalam Bunga Rampai Memperkuat Peradaban Hukum Dan Ketatanegaraan Indonesia*, 180.

²⁰⁰ Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum Dalam Pembangunan*, 104.

²⁰¹ Elmi et al., *Teori Hukum (Perkembangan Pemikiran Hukum Dan Aplikasinya Dalam Berbagai Kajian Dan Penelitian Hukum)*, 67. Lihat juga Safudin et al., *Memahami Teori Hukum: Percikan Pemikiran Ilmu Hukum Lintas Mazhab*, 104.

²⁰² Fuady, *Sosiologi Hukum Kontemporer “Interaksi Hukum, Kekuasaan, Dan Masyarakat,”* 61.

ekonomi masyarakat. Maka ketika struktur sosial berubah, wajah hukum akan mengiringi perubahan tersebut.²⁰³

Berdasarkan premis tersebut, maka ketika kebutuhan masyarakat terhadap rumah sakit syariah semakin nyata, sementara pengaturan hukum yang tersedia belum mengakomodasi secara memadai, maka muncul tuntutan untuk melakukan pembaruan norma. Dengan kata lain, perkembangan sosial mendorong perubahan hukum agar tetap fungsional dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Rumah sakit syariah menjadi contoh yang jelas tentang bagaimana perubahan perilaku sosial dapat memunculkan kebutuhan akan pembentukan norma hukum baru. Sejalan dengan itu, temuan penelitian Muhammad Maksum dkk. menegaskan bahwa penerapan prinsip syariah dalam rumah sakit memerlukan dukungan regulasi agar implementasinya memiliki arah yang jelas, kepastian hukum yang memadai, dan daya laku yang efektif.²⁰⁴

Pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah menjadi sangat urgen untuk memastikan bahwa kebutuhan sosial masyarakat dapat diakomodasi secara sistematis dalam kerangka hukum nasional. Regulasi tersebut tidak hanya berfungsi sebagai instrumen kepastian hukum, tetapi juga sebagai sarana untuk menjamin kualitas, akuntabilitas, dan keberlanjutan layanan kesehatan yang selaras dengan nilai-nilai keagamaan. Dengan demikian, dukungan regulasi menjadi prasyarat penting agar prinsip syariah dalam pelayanan rumah sakit dapat diterapkan secara konsisten, terukur, dan memberikan kepastian hukum bagi seluruh pihak yang terlibat. Urgensi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah dalam perspektif sosiologis merupakan konsekuensi logis dari adanya kesenjangan antara kebutuhan masyarakat dan respons hukum yang tersedia.

²⁰³ Tanya, Simanjuntak, and Hage, *Teori Hukum Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang Dan Generasi*, 102.

²⁰⁴ Maksum et al., "Sharia Service as An Added Value: Response to Sharia Standard in Hospital Service," 424.

d. Urgensi Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Di Indonesia dalam Perspektif Politik Hukum

Dalam perspektif politik hukum, pengaturan rumah sakit syariah perlu diawali dengan pemahaman bahwa hukum pada dasarnya merupakan produk dari kebijakan negara (*legal policy*), yang mencerminkan arah, tujuan, dan prioritas yang ingin dicapai oleh kekuasaan negara. Politik hukum tidak hanya berbicara mengenai pembentukan hukum, tetapi juga mencakup pilihan negara untuk mengatur atau tidak mengatur suatu regulasi dalam bidang tertentu untuk mencapai tujuan negara.²⁰⁵ Dalam kerangka tersebut, politik hukum meliputi, pertama, pembangunan hukum yang berintikan pada pembuatan dan pembaharuan materi hukum agar sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dan kedua, pelaksanaan ketentuan hukum yang telah ada, termasuk penegasan fungsi kelembagaan serta pembinaan para penegak hukum.²⁰⁶ Dengan demikian, keberadaan atau ketiadaan pengaturan mengenai rumah sakit syariah tidak dapat dipahami semata sebagai kekosongan normatif, melainkan sebagai refleksi dari arah politik hukum kesehatan nasional.

Secara teoretis, hubungan antara hukum dan politik dapat dijelaskan melalui pandangan Moh. Mahfud MD yang mengemukakan tiga perspektif, yaitu hukum sebagai penentu politik, politik sebagai penentu hukum, serta hukum dan politik sebagai dua unsur dalam sistem sosial yang saling memengaruhi.²⁰⁷ Lebih lanjut, Mahfud MD menjelaskan bahwa hubungan antara hukum dan politik dalam perspektif politik hukum pada dasarnya ditentukan oleh sudut pandang yang digunakan, yakni *das sollen* (apa yang seharusnya), *das sein* (apa yang nyata), serta kombinasi keduanya (*das sollen-sein*). Dalam perspektif *das sollen*, hukum ditempatkan sebagai determinan yang mengendalikan politik, sehingga seluruh aktivitas politik harus tunduk pada hukum dalam kerangka supremasi hukum. Namun, dalam perspektif *das sein*, realitas menunjukkan bahwa politik justru

²⁰⁵ Moh. Mahfud MD, *Politik Hukum Di Indonesia*, Cet.II (Jakarta: LP3ES, 2001), 2.

²⁰⁶ Muhamad Tavip Muhammad Nasir, *Pembentukan Produk Hukum Daerah Segi-Segi Teoritik, Dinamika, Dan Pegumulan Dalam Praktik*, Pertama (Banyumas: Wawassn Ilmu, 2025), 49. Lihat juga MD, *Politik Hukum Di Indonesia*, 9.

²⁰⁷ Moh. Mahfud, *Pergulatan Politik Dan Hukum Di Indonesia* (Yogyakarta: Gama Media, 1999), 12.

menjadi faktor penentu dalam pembentukan hukum, di mana hukum pada hakikatnya merupakan produk dari konfigurasi kekuasaan, kompromi, serta tarik-menarik kepentingan politik yang berkembang dalam suatu negara. Sementara itu, dalam perspektif gabungan (*das sollen-sein*), hukum dan politik dipahami sebagai dua unsur dalam sistem sosial yang memiliki hubungan timbal balik dan saling memengaruhi secara seimbang (*interdeterminan*), di mana hukum lahir dari proses politik, tetapi setelah terbentuk, hukum menjadi pedoman yang mengikat penyelenggaraan politik.²⁰⁸

Dalam konteks pengaturan rumah sakit syariah, ketiga perspektif tersebut memberikan kerangka analisis yang komprehensif, namun pendekatan bahwa politik merupakan faktor yang menentukan arah pembentukan hukum (*das sein*) menjadi yang paling relevan untuk menjelaskan realitas politik hukum yang terjadi. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa ketiadaan regulasi mengenai rumah sakit syariah tidak semata-mata ditentukan oleh kebutuhan normatif atau ideal hukum, melainkan sangat bergantung pada bagaimana isu tersebut diposisikan dalam agenda politik hukum negara. Hal ini mempertegas pandangan aliran *Critical Legal Studies* (CLS), bagi CLS hukum dan politik tidak dapat dipisahkan.²⁰⁹ Roberto M Unger, salah satu tokoh aliran CLS berpandangan bahwa hukum adalah politik, hukum tidak bersifat netral sepenuhnya, karena sebenarnya di dalamnya penuh dengan muatan kepentingan tertentu yang bias.²¹⁰

Politik hukum di bidang kesehatan pada dasarnya memperlihatkan bagaimana negara memosisikan kesehatan sebagai bagian dari agenda pembangunan nasional. Dalam konteks Indonesia, politik hukum kesehatan cenderung diarahkan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar, pemerataan akses

²⁰⁸ Daniel S Lev, *Hukum Dan Politik Di Indonesia Kestinambungan Dan Perubahan*, Cet. Ke-4 (Jakarta: Pustaka LP3ES Indonesia, 2014), vii–viii. Lihat juga Zainal Arifin Mochtar dan Idul Rishan, “Relevansi Studi Politik Hukum Mahfud MD Dalam Perkembangan Dan Kontekstualisasinya Pasca Reformasi,” *Mimbar Hukum* 37, no. No 1 (2025): 233–61, <https://jurnal.ugm.ac.id/v3/MH/article/view/20145/5943>.

²⁰⁹ Agus Trianto, Nina Rosida, and Endra Wijaya, “Critical Legal Studies: Understanding the Relationship Between Business Interests, Government and Law,” *Mendapo: Journal of Administrative Law* 4, no. 2 (2023): 149, <https://doi.org/https://doi.org/10.22437/mendapo.v4i2.24794>.

²¹⁰ Safudin et al., *Memahami Teori Hukum: Percikan Pemikiran Ilmu Hukum Lintas Mazhab*, 163.

layanan, pengendalian penyakit, peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan, serta memastikan tersedianya layanan kesehatan yang bersifat universal melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional. Konfigurasi ini menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan nasional masih bersifat umum, universal, dan ditujukan bagi seluruh warga negara tanpa pembedaan berdasarkan karakteristik pelayanan tertentu. Dalam kerangka tersebut, rumah sakit syariah belum tampak sebagai isu yang memperoleh pengaturan khusus dalam konfigurasi politik hukum kesehatan nasional. Kondisi ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah masih memerlukan justifikasi yang lebih kuat agar dapat diakui sebagai variasi pelayanan kesehatan yang sah dalam sistem hukum nasional.

Untuk melihat arah politik hukum terhadap rumah sakit syariah, dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) menjadi salah satu rujukan penting untuk membaca prioritas pembangunan kesehatan nasional. Melalui dokumen RPJMN ini dapat diketahui bahwa negara menempatkan kesehatan sebagai bagian dari agenda pembangunan yang berorientasi pada pemerataan akses, peningkatan kualitas layanan, penguatan jaminan kesehatan, serta tata kelola kesehatan yang berkelanjutan. Untuk melihat posisi rumah sakit syariah dalam kerangka tersebut, berikut disajikan ringkasan program-program dan arah kebijakan kesehatan nasional dalam RPJMN.

Gambar 4.3

8 Program Prioritas Nasional²¹¹

Prioritas Nasional Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2025-2029

PRIORITAS NASIONAL 1 Memperkokoh ideologi Pancasila, demokrasi, dan hak asasi manusia (HAM).	PRIORITAS NASIONAL 5 Melanjutkan hilirisasi dan mengembangkan industri berbasis sumber daya alam untuk meningkatkan nilai tambah di dalam negeri.
PRIORITAS NASIONAL 2 Memantapkan sistem pertahanan keamanan negara dan mendorong kemandirian bangsa melalui swasembada pangan, energi, air, ekonomi syariah, ekonomi digital, ekonomi hijau, dan ekonomi biru.	PRIORITAS NASIONAL 6 Membangun dari desa dan dari bawah untuk pertumbuhan ekonomi, pemerataan ekonomi, dan pemberantasan kemiskinan.

²¹¹ Prioritas Nasional adalah struktur pokok seluruh rencana pembangunan RPJMN Tahun 2025-2029, Untuk pencapaian sasarannya, setiap Prioritas Nasional diterjemahkan dalam Program Prioritas, Kegiatan Prioritas, dan Proyek Prioritas yang memiliki sasaran yang terukur untuk memudahkan pelaksanaannya di Kementerian/Lembaga, Pemerintah Daerah, dan Badan Usaha (BUMN, Swasta).

PRIORITAS NASIONAL 3

Melanjutkan pengembangan infrastruktur dan meningkatkan lapangan kerja yang berkualitas, mendorong kewirausahaan, mengembangkan industri kreatif serta mengembangkan agromaritim industri di sentra produksi melalui peran aktif koperasi.

PRIORITAS NASIONAL 4

Memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z), dan penyandang disabilitas.

PRIORITAS NASIONAL 7

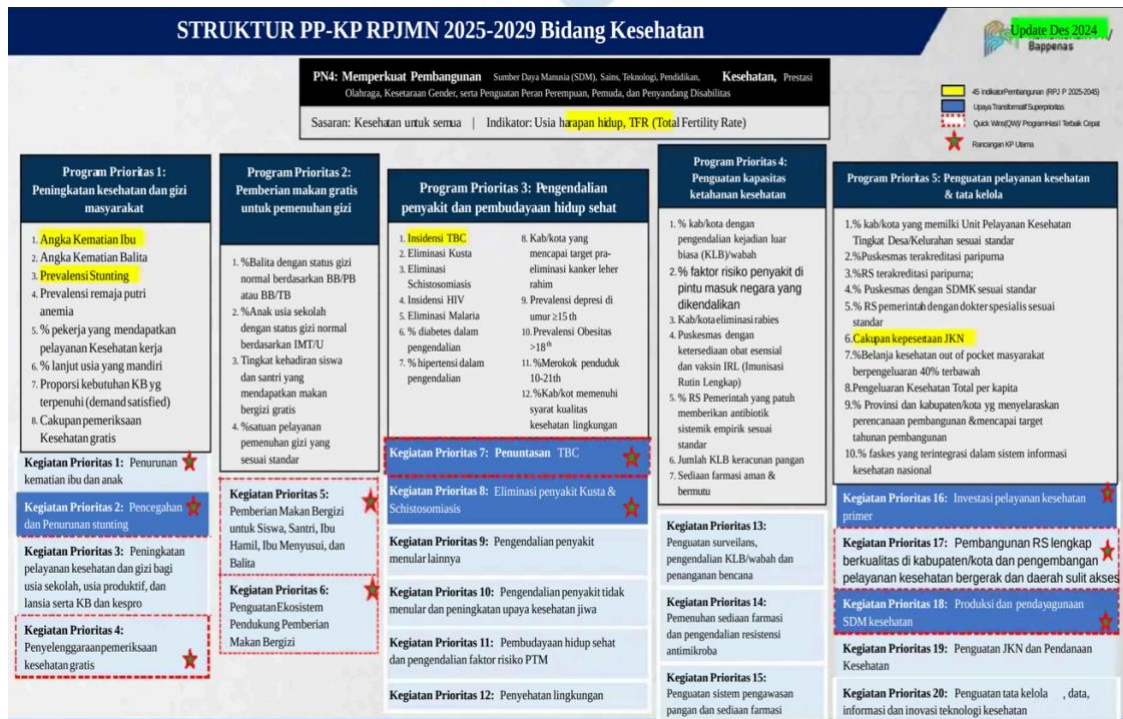
Memperkuat reformasi politik, hukum, dan birokrasi, serta memperkuat pencegahan dan pemberantasan korupsi, narkoba, judi, dan penyelundupan.

PRIORITAS NASIONAL 8

Memperkuat penyelarasan kehidupan yang harmonis dengan lingkungan, alam dan budaya, serta peningkatan toleransi antarumat beragama untuk mencapai masyarakat yang adil dan makmur.

Program Prioritas Nasional dalam RPJMN 2025-2029 menunjukkan bahwa sektor kesehatan termasuk di dalam prioritas nasional nomor 4. Lebih lanjut, arah kebijakan kesehatan dalam RPJMN kemudian dijabarkan secara lebih operasional melalui sejumlah Program Prioritas (PP), Kegiatan Prioritas (KP), dan Proyek Prioritas (ProP/Pro-PN) di bidang kesehatan. Untuk lebih detailnya akan di uraikan pada gambar di bawah ini.

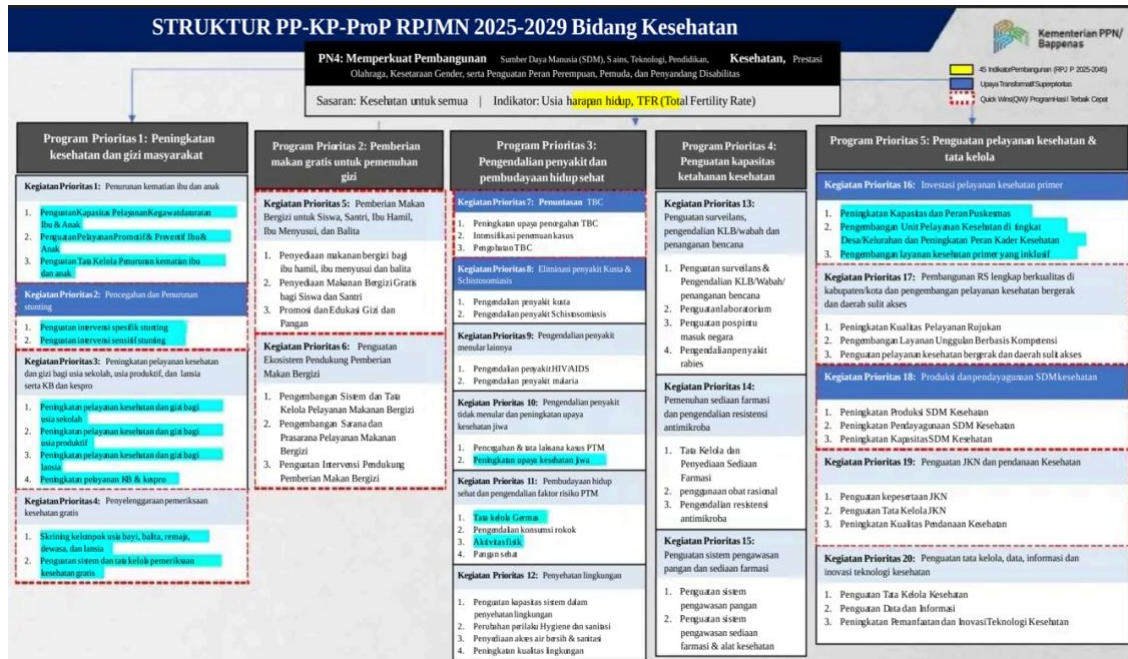
Gambar 4.4 Struktur PP-KP RPJMN 2025-2029 Bidang Kesehatan²¹²



Sumber: Materi Sosialisasi RPJMN 2025-2029 Bidang Kesehatan

²¹² Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025-2029

Gambar 4.5 Struktur PP-KP-ProP RPJMN 2025-2029 Bidang Kesehatan²¹³



Sumber: Materi Sosialisasi RPJMN 2025-2029 Bidang Kesehatan

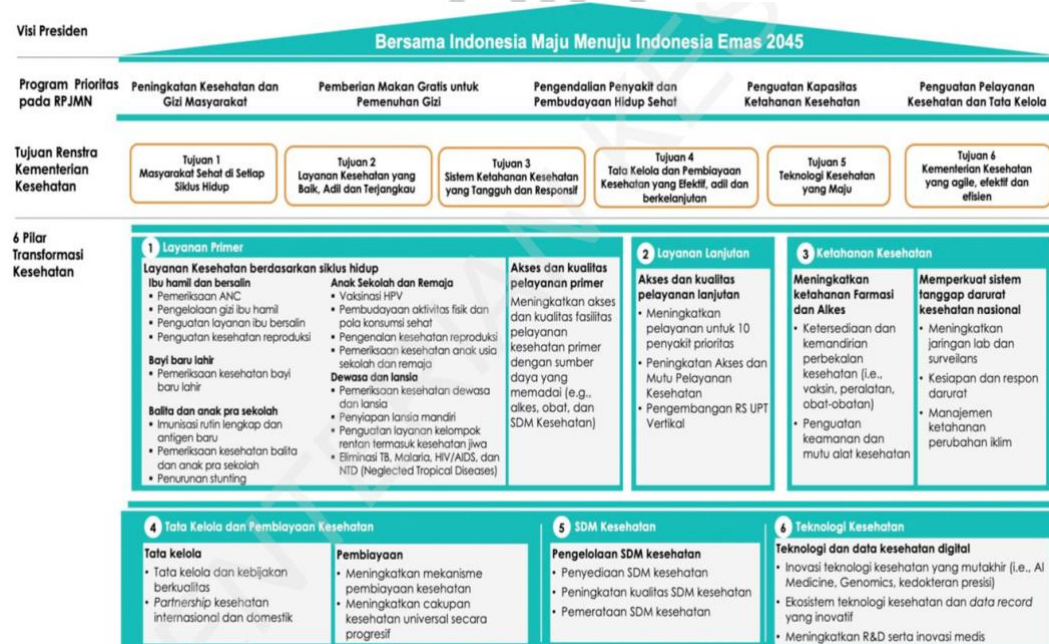
Berdasarkan kedua gambar tersebut menunjukkan struktur (PP), (KP), dan (ProP/Pro-PN) dalam RPJMN 2025-2029 bidang kesehatan yang ditempatkan dalam kerangka Program Prioritas Nasional 4, yaitu pembangunan sumber daya manusia, sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas. Sasaran utamanya adalah kesehatan untuk semua dengan indikator utama berupa usia harapan hidup dan Total Fertility Rate (TFR). Dalam struktur tersebut, Program Prioritas 1 menitikberatkan pada peningkatan kesehatan dan gizi masyarakat melalui penurunan kematian ibu dan anak, pencegahan stunting, peningkatan layanan kesehatan dan gizi bagi berbagai kelompok usia, serta pemeriksaan kesehatan gratis. Program Prioritas 2 diarahkan pada pemberian makan gratis untuk pemenuhan gizi bagi siswa, santri, ibu hamil, ibu menyusui, dan balita, disertai penguatan ekosistem pendukung pangan bergizi.

²¹³ Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025-2029

Selanjutnya, Program Prioritas 3 memfokuskan pada pengendalian penyakit dan pembudayaan hidup sehat melalui penuntasan TBC, eliminasi kusta dan schistosomiasis, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, serta penguatan Germas. Program Prioritas 4 diarahkan pada penguatan ketahanan kesehatan melalui surveilans, pengendalian wabah, penguatan laboratorium, pengawasan obat dan pangan, serta kesiapsiagaan terhadap bencana dan ancaman kesehatan. Sementara itu, Program Prioritas 5 menegaskan penguatan pelayanan kesehatan dan tata kelola sebagai bagian penting dari pembangunan kesehatan nasional. Program ini mencakup investasi layanan kesehatan primer, pembangunan rumah sakit berkualitas, penguatan sumber daya manusia kesehatan, penguatan Jaminan Kesehatan Nasional, serta peningkatan tata kelola, data, informasi, dan inovasi teknologi kesehatan.

Berdasarkan RPJMN tersebut kemudian Kementerian Kesehatan melakukan Transformasi Kesehatan sebagai Strategi dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2025-2029 yang Selaras dan Mendukung Rencana Pembangunan Kesehatan Nasional Untuk lebih detailnya akan di uraikan pada gambar di bawah ini.

Gambar 4.6 Enam Pilar Transformasi Kesehatan



Sumber: Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

Berdasarkan gambar 4.6 tersebut menggambarkan kerangka besar pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2025-2029 yang berangkat dari visi nasional, kemudian diturunkan ke dalam program prioritas sektor kesehatan serta tujuan strategis Kementerian Kesehatan. Secara substantif, arah kebijakan kesehatan difokuskan pada pencapaian masyarakat sehat sepanjang siklus hidup, layanan kesehatan yang adil dan terjangkau, serta sistem kesehatan yang tangguh, responsif, dan berkelanjutan. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, pembangunan kesehatan ditopang oleh 6 pilar transformasi kesehatan, yaitu penguatan layanan primer, peningkatan layanan rujukan (lanjutan), penguatan ketahanan kesehatan, perbaikan tata kelola dan pembiayaan, penguatan sumber daya manusia kesehatan, serta pemanfaatan teknologi kesehatan. Namun demikian, apabila dicermati lebih dalam, tidak terdapat satu pun pilar yang secara eksplisit mengatur atau menyebut konsep rumah sakit syariah. Pengaturan yang ada masih bersifat umum dan netral, misalnya terkait peningkatan kualitas layanan rujukan, penguatan tata kelola, atau pengembangan SDM kesehatan, tanpa memasukkan dimensi nilai atau standar berbasis syariah.

Berdasarkan seluruh data terkait RPJMN 2025-2029 beserta turunannya berfokus pada memastikan tersedianya layanan kesehatan yang bersifat universal melalui skema seperti *Universal Health Coverage*²¹⁴ dan Jaminan Kesehatan Nasional dalam peningkatan kesehatan dan gizi berbasis siklus hidup, penurunan stunting, serta penguatan layanan kesehatan primer dan rujukan yang inklusif. Dalam dokumen tersebut, rumah sakit syariah belum tampil sebagai program

²¹⁴ *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan komitmen global yang bertujuan memastikan setiap orang memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami hambatan finansial. Konsep UHC mencakup tiga dimensi utama, yaitu cakupan populasi, jenis layanan kesehatan, serta perlindungan finansial. Dengan demikian, UHC tidak hanya menekankan ketersediaan layanan, tetapi juga menjamin bahwa layanan tersebut efektif, merata, dan berkelanjutan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) UHC adalah kondisi ketika seluruh individu dan kelompok masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menghadapi kesulitan biaya. Layanan tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga perawatan paliatif. Selain itu, UHC juga menekankan pentingnya pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan seperti masyarakat miskin, lansia, serta penduduk yang tinggal di wilayah terpencil. Joko Sapto Pramono et al., *Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi Dan Transformasi Kesehatan*, ed. Ummu Tasyiah Arsa (Indramayu: Penerbit Adab, 2025), 32.

eksplisit yang berdiri sendiri, melainkan masih berada dalam ruang kebijakan yang bersifat umum. Hal ini mengindikasikan bahwa secara politik hukum, rumah sakit syariah belum memperoleh penempatan yang khusus dalam agenda pembangunan nasional, sehingga memerlukan perhatian lebih lanjut agar dapat diakomodasi secara formal. Dengan demikian, RPJMN memperlihatkan bahwa orientasi pembangunan kesehatan nasional belum secara spesifik menjawab kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit berbasis prinsip syariah.

Di luar ruang kebijakan formal, realitas perkembangan rumah sakit syariah justru menunjukkan dinamika yang semakin kuat. Rumah sakit syariah tumbuh sebagai respons terhadap meningkatnya kesadaran masyarakat muslim akan pentingnya pelayanan kesehatan yang tidak hanya memenuhi standar medis, tetapi juga selaras dengan nilai-nilai agama. Perkembangan ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah bukan gagasan abstrak, melainkan bagian dari kebutuhan nyata masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Dalam konteks tersebut, rumah sakit syariah dipandang mampu memberikan nilai tambah karena tidak hanya berorientasi pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada rasa aman, nyaman, dan kesesuaian dengan keyakinan pasien.

Selain itu, meningkatnya perhatian terhadap rumah sakit syariah juga didukung oleh berkembangnya diskursus akademik,²¹⁵ kelembagaan, dan sertifikasi oleh DSN. Kehadiran berbagai lembaga seperti MUKISI, fatwa DSN, dan pedoman sertifikasi syariah menunjukkan bahwa rumah sakit syariah telah memasuki ruang pembahasan yang lebih konkrit dan tidak lagi sekadar bersifat wacana. Ketika negara belum menempatkan rumah sakit syariah sebagai bagian dari agenda regulatif yang spesifik, maka kondisi ini menunjukkan bahwa arah politik hukum kesehatan nasional belum sepenuhnya responsif terhadap dinamika sosial yang

²¹⁵ Diskursus akademik tentang rumah sakit syariah kian masif, mulai banyaknya dijumpai peneliti yang menulis terkait rumah sakit syariah. Salah satunya adalah Ririn dan Martha pernah melakukan penelitian terkait rumah sakit syariah dengan metode *systematic review* dengan mencari *database Research Gate, Science Direct* dan *Google Scholar* terbitan tahun 2019-2022 didapatkan 127 artikel dengan rincian 2 artikel dari Research Gate, 3 artikel dari Science Direct dan 122 artikel dari Google Scholar. Hasilnya Masyarakat Indonesia sangat puas dengan pelayanan kesehatan syariah di rumah sakit. Martha, "Faktor Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Syariah Di Rumah Sakit."

berkembang. Akibatnya, inovasi layanan seperti rumah sakit syariah masih berada di luar arus utama kebijakan, meskipun secara empiris menunjukkan pertumbuhan dan kebutuhan yang signifikan di masyarakat.

Kondisi ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara kebijakan hukum (*das sollen*) dengan realitas empiris (*das sein*) dan yang mencerminkan terjadinya *legal gap*²¹⁶ sekaligus *policy gap*.²¹⁷ Temuan pada bagian sebelumnya memperlihatkan bahwa rumah sakit syariah berkembang secara empiris di tengah masyarakat, sedangkan regulasi yang berlaku belum secara khusus dan komprehensif mengatur keberadaannya. Akibatnya, praktik layanan syariah berjalan tanpa standar yang seragam dan tanpa pengawasan yang terintegrasi. Dalam perspektif politik hukum, kesenjangan ini menegaskan bahwa arah kebijakan hukum negara belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan sosial masyarakat. Jika kondisi ini terus berlanjut, maka akan berpotensi menimbulkan fragmentasi dalam sistem kesehatan nasional serta ketidakpastian hukum bagi penyelenggara dan pengguna layanan rumah sakit syariah.

Dalam kerangka politik hukum, lahir atau tidaknya suatu regulasi tidak dapat dipisahkan dari konfigurasi kepentingan, prioritas kebijakan, dan arah pembangunan hukum yang ditetapkan oleh negara. Hukum bukanlah entitas yang berdiri sendiri, melainkan selalu berada dalam medan tarik-menarik antara aspirasi sosial, politik, dan agenda pemerintahan.²¹⁸ Karena itu, ketika rumah sakit syariah

²¹⁶ Istilah *legal gap* ini relatif baru dibandingkan istilah *gap in law* (ketimpangan dalam hukum). Kesenjangan hukum (*legal gap*) adalah silang selisih antara hukum yang tertulis dengan hukum yang secara aktual dihayati oleh rakyat (*living law*). Moh. Syaeful Bahar, "Legal Gap: Pertentangan Hukum Masyarakat Dan Hukum Negara," *Al-Daulah: Jurnal Hukum Dan Perundangan Islam* 10, no. 1 (2020): 62, <https://doi.org/https://doi.org/10.15642/ad.2020.10.1.54-72>.

²¹⁷ Dalam bidang hukum dan kebijakan publik, *policy gap* (kesenjangan kebijakan) umumnya merujuk pada ketidaksesuaian atau perbedaan antara apa yang direncanakan/diharapkan oleh pembuat kebijakan (peraturan/undang-undang) dengan apa yang senyatanya dicapai atau diterapkan di lapangan. Terdapat beberapa jenis kesenjangan kebijakan. Salah satu contohnya adalah kurangnya kebijakan yang berbasis penelitian. Nimit Chowdhary Sunayana Monika Prakash, *Research Made Simple A Beginner's Guide* (Chennai, India: routledge, 2026), 13.

²¹⁸ Pagar Butar Butar, Sri Olawaty D J Suaib, and Ellys Rachman, *Integrasi Teori & Praktek: Membangun Kapasitas Regulasi Daerah Provinsi Gorontalo* (Yogyakarta: Madani Kreatif Publisher, 2025), 88. Lihat juga Lili Halimah Oom Yumi Romlah, *Bunga Rampai Filsafat Moral Memahami Filsafat Manusia Dan Moralitas*, ed. Yosi Sulastri (Yogyakarta: Bintang Semesta Media, 2024), 147.

belum memperoleh pengaturan khusus yang komprehensif, hal tersebut dapat dipahami sebagai akibat dari belum ditematkannya isu ini sebagai prioritas utama dalam agenda politik hukum nasional. Dengan kata lain, ketiadaan regulasi khusus bukan semata-mata karena tidak adanya kebutuhan, tetapi karena kebutuhan tersebut belum sepenuhnya diterjemahkan menjadi kehendak politik hukum yang konkret. Singkatnya, secara politik hukum rumah sakit syariah belum mendapat tempat yang setara dengan agenda kesehatan utama lainnya.

Meskipun demikian, pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tetap mungkin didorong jika momentum politik tersedia. Peluang lahirnya pengaturan rumah sakit syariah tidak hanya ditentukan oleh adanya kebutuhan sosial, tetapi juga oleh terbukanya ruang politik yang memungkinkan isu tersebut masuk ke dalam agenda kebijakan. Dengan demikian, pembentukan regulasi rumah sakit syariah tidak hanya bergantung pada substansi kebutuhan masyarakat, tetapi juga pada kesiapan lingkungan politik (aktor-aktor yang memiliki kepentingan dan otoritas) untuk menerima dan memproses kebutuhan itu menjadi kebijakan yang lebih formal.

Dalam konteks rumah sakit syariah, aktor yang menonjol antara lain organisasi profesi dan kelembagaan seperti MUKISI, DSN-MUI, serta *stakeholder* yang lebih dahulu mengembangkan rumah sakit yang berbasis syariah. MUKISI memiliki peran penting dalam menginisiasi, menyebarluaskan, dan mendorong standarisasi rumah sakit syariah. Melalui berbagai kegiatan sosialisasi, pendampingan, dan penyusunan standar, MUKISI berfungsi sebagai motor penggerak utama dalam pembentukan ekosistem rumah sakit syariah di Indonesia. Sementara itu, DSN-MUI berperan memberikan legitimasi normatif melalui fatwa dan pedoman penyelenggaraan rumah sakit berdasarkan prinsip syariah.²¹⁹

²¹⁹ Peran MUKISI dan DSN-MUI dalam sertifikasi Rumah Sakit Syariah berawal dari keterlibatannya dalam tahap perumusan gagasan dan konseptualisasi Rumah Sakit Syariah itu sendiri. Seiring dengan berkembangnya rumah sakit yang menginginkan pengelolaannya berdasarkan prinsip syariah, MUKISI menjadi forum strategis bagi rumah sakit Islam untuk mendiskusikan dan merumuskan konsep Rumah Sakit Syariah yang kontekstual dengan sistem kesehatan nasional. Sebagai organisasi yang mengkoordinasikan Rumah Sakit Syariah, MUKISI bekerja sama dengan DSN MUI (Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia) dalam menyusun standar sertifikasi yang dapat dijadikan instrument bagi Rumah Sakit Syariah. Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), *Kode Etik Rumah Sakit Syariah*, 1–2.

Kombinasi peran keduanya memperlihatkan adanya struktur kelembagaan yang cukup kuat di level masyarakat sipil dan otoritas keagamaan untuk mendorong terbentuknya standar rumah sakit syariah. Akan tetapi, meskipun peran kelembagaan tersebut cukup penting, posisi mereka belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem hukum negara secara formal. Dalam wawancara dengan DSN-MUI diketahui bahwa ketika pembahasan tentang RUU Kesehatan nomor 17 tahun 2023, baik MUKISI dan DSN-MUI pernah melakukan upaya dan mendorong agar setidaknya ada satu paragraf atau klausul yang mengatur masalah rumah sakit syariah, namun pada akhirnya sampai undang-undang tersebut terbit klausul rumah sakit syariah tidak terakomodir, hal ini menunjukkan bahwa *political will* terkait pengaturan rumah sakit syariah masih kurang.²²⁰

Berdasarkan seluruh uraian tersebut, urgensi politik hukum pengaturan rumah sakit syariah semakin tampak jelas. Di satu sisi, rumah sakit yang menginginkan pengelolaannya berdasarkan prinsip syariah terus berkembang. Di sisi lain, struktur kebijakan kesehatan nasional belum sepenuhnya menempatkan rumah sakit syariah sebagai bagian dari agenda strategis negara. Kondisi ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah tidak cukup hanya dibiarkan tumbuh melalui inisiatif masyarakat dan lembaga-lembaga non-negara, melainkan perlu didorong masuk ke dalam arus utama kebijakan publik agar memperoleh kepastian, perlindungan, dan legitimasi yang lebih kuat. Urgensi ini semakin menegaskan bahwa pengaturan rumah sakit syariah bukan sekadar kebutuhan, tetapi merupakan persoalan keberpihakan kebijakan hukum. Negara dituntut untuk menunjukkan *political will* dalam merespons perubahan kebutuhan masyarakat, terutama ketika aspirasi tersebut sudah berkembang cukup lama dan didukung oleh basis kelembagaan yang nyata. Dengan demikian, negara bukan hanya berkewajiban mengatur pelayanan kesehatan secara umum, tetapi juga harus mampu mengakui keragaman kebutuhan sosial yang hidup di tengah masyarakat.

²²⁰ Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026.

4. Analisis Kontribusi Hukum Islam Dalam Pengaturan Dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah Terhadap Pembangunan Sistem Hukum di Indonesia

Kontribusi hukum Islam dalam pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tidak dapat dipahami semata-mata sebagai upaya menghadirkan nilai agama ke dalam praktik pelayanan kesehatan, melainkan juga sebagai bagian dari proses pembangunan sistem hukum nasional yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Dalam konteks negara hukum yang pluralistik, hukum Islam memiliki kedudukan penting sebagai salah satu sumber material hukum nasional yang berperan dalam membentuk arah perkembangan regulasi di Indonesia.²²¹ Kehadiran rumah sakit syariah menunjukkan bahwa nilai-nilai syariah tidak hanya berkembang pada ranah privat keagamaan, tetapi juga mengalami transformasi ke dalam sistem pelayanan publik melalui mekanisme hukum positif.

Transformasi nilai-nilai syariah ke dalam regulasi kesehatan merupakan bagian dari dinamika perkembangan hukum nasional yang terus beradaptasi dengan perubahan sosial dan kebutuhan masyarakat. Dalam konteks ini, pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tidak hanya berkaitan dengan aspek teknis pelayanan kesehatan, tetapi juga menyangkut konstruksi sistem hukum yang mampu mengintegrasikan prinsip-prinsip syariah dengan sistem hukum kesehatan nasional secara harmonis. Oleh karena itu, pembahasan pada bagian ini akan difokuskan pada tiga aspek utama, yaitu kedudukan dan transformasi hukum Islam dalam sistem hukum nasional, konstruksi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah, serta kontribusi hukum Islam terhadap arah pembaruan hukum kesehatan nasional di Indonesia.

²²¹ Siti Qomariyah, "Transformasi Hukum Islam Dalam Sistem Hukum Nasional: Idealisme Dan Realitas," *Jurnal Penelitian* 11, no. 1 (2014): 4–8, <https://doi.org/https://doi.org/10.28918/jupe.v11i1.10074>.

a. Kedudukan dan Transformasi Hukum Islam dalam Sistem Hukum Nasional

Hukum Islam²²² memiliki kedudukan yang penting dalam sistem hukum nasional Indonesia, baik sebagai sumber nilai maupun sumber material, dari pembentukan hukum positif.²²³ Secara yuridis konstitusional Indonesia bukanlah negara agama dan bukan pula negara sekuler. Indonesia adalah “*religious nation state*” maka dari itu Indonesia menjadikan ajaran agama sebagai dasar moral, sekaligus sebagai sumber hukum materiil dalam penyelenggaraan kehidupan berbangsa dan bernegara.²²⁴ Dalam konteks Indonesia yang plural dan religius,

²²² Secara eksplisit tidak ada kata hukum Islam di dalam Alquran. Pada beberapa literatur penyebutan term hukum Islam memiliki padanan dengan kata *syari'at Islām*, hukum syara', fiqh atau syara'. Kata hukum Islam sudah diserap ke dalam bahasa Indonesia sebagai terjemahan dari kata, *syari'at Islām*, *fiqh al-Islām*, dan *Islamic law*. Anton M. Muliono, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (Jakarta: Balai Pustaka, 1989), 315. Joseph Schacht mengaitkan hukum Islam (*Islamic law*) dengan *fiqh al-Islām* serta mendefinisikannya sebagai keseluruhan *khithāb* Allah yang mengatur kehidupan setiap muslim dalam segala aspeknya. Joseph Schacht, *An Introduction to Islamic Law* (Oxford: University Press, 1964), 1. Definisi Schacht ini lebih dekat kepada pengertian *syari'at Islām*. Pandangan M. Hasby Ash Shiddieqy mendekati hukum Islam dengan fiqh. Menurutnya, hukum Islam ialah koleksi daya upaya para ahli hukum untuk menerapkan syari'at atas kebutuhan masyarakat. TM. Hasby Ash Shiddieqy, *Falsafah Hukum Islam* (Jakarta: Bulan Bintang, 1975), 44. Musthafa Ahmad Zarqa membagi pembahasan hukum fikih itu menjadi tujuh bidang, yaitu:

1. Hukum-hukum ibadah seperti shalat, puasa, dan lainnya, yang disebut *ibādāt*.
2. Hukum keluarga seperti nikah, talak, nasab, nafkah, wasiat, dan warisan, yang kini disebut hukum personal atau *al-ahwāl al-syakhsīyyah*.
3. Hukum yang mengatur aktivitas sosial dan ekonomi manusia, termasuk harta, hak, transaksi, kontrak, serta penyelesaian sengketa di pengadilan. Bagian ini disebut muamalah dan dalam istilah modern termasuk ruang lingkup hukum perdata.
4. Hukum yang berkaitan dengan kekuasaan pemerintah, hak dan kewajiban antara penguasa dan rakyat, yang disebut *siyāsah syar'īyyah*. Dalam hukum modern mencakup hukum administrasi dan hukum tata negara.
5. Hukum hukum pidana yang berkaitan dengan penghukuman pelaku kejahatan dan menjaga ketertiban masyarakat yang disebut *al-uqūbāt*
6. Hukum yang mengatur hubungan negara dengan negara-negara, bidang ini mencakup aturan mengenai perdamaian, peperangan, hubungan diplomatik, serta tata hubungan internasional lainnya. Dalam istilah hukum modern, bidang ini dikenal sebagai hukum internasional.
7. Hukum-hukum yang berkaitan dengan akhlak, kesopanan, perilaku terpuji, dan tata krama sosial disebut sebagai al-adab. Bagian ini mengatur etika pergaulan dan pembentukan karakter moral seorang muslim dalam kehidupan sehari-hari.

Ketentuan lebih detail dapat di lihat kitab karya Mustofa Ahmad Az-Zarqa, *Al-Madkhal Al-Fiqhī Al-'Amm*, Edisi Kedu (Damaskus: Dār Al-Qalam, 2004), 66–67.

²²³ Sopyan Mei Utama, “Eksistensi Hukum Islam Dalam Peraturan Perundang-Undangan Di Indonesia,” *Jurnal Wawasan Yuridika*, Volume 2, no. 1 (2018): 65, <https://doi.org/https://doi.org/10.25072/jwy.v2i1.166>.

²²⁴ Ainun Najib, “Legislasi Hukum Islam Dalam Sistem Hukum Nasional,” *Istidlal: Jurnal Ekonomi Dan Hukum Islam* 4, no. 2 (2020): 123, <https://doi.org/10.35316/istidlal.v4i1.267>.

keberadaan hukum Islam tidak dapat dipahami hanya sebagai norma keagamaan yang berlaku secara individual (fiqih ibadah), tetapi juga sebagai bagian dari dinamika pembentukan hukum nasional. Secara historis maupun normatif, hukum Islam telah menunjukkan eksistensinya dalam berbagai bidang kehidupan, termasuk perkawinan, waris, perbankan syariah, wakaf, zakat, kewenangan peradilan agama, pengelolaan haji, Kompilasi Hukum Islam (KHI), Kompilasi Hukum Ekonomi Syariah (KHES) dan sejumlah aspek pengaturan publik lainnya.²²⁵ Oleh karena itu, pembahasan mengenai rumah sakit syariah dalam penelitian ini tidak dapat dilepaskan dari kedudukan hukum Islam sebagai bagian dari sistem hukum nasional yang hidup dan berkembang di tengah masyarakat.

Transformasi²²⁶ nilai syariah ke dalam hukum positif menunjukkan bahwa hukum Islam memiliki kemampuan untuk beradaptasi dan masuk ke dalam sistem hukum nasional melalui proses legislasi. Nilai-nilai yang semula hidup sebagai norma agama dapat mengalami penerjemahan menjadi aturan yang berlaku umum setelah melalui proses politik hukum dan pembentukan peraturan. Proses transformasi ini penting karena menandakan bahwa hukum Islam tidak berhenti pada tataran normatif, tetapi dapat hadir dalam bentuk yang operasional dan mengikat secara formal. Dalam konteks rumah sakit syariah, transformasi tersebut menjadi dasar untuk menempatkan prinsip-prinsip syariah dalam kerangka hukum kesehatan nasional.

Transformasi hukum Islam di dalam regulasi yang berlaku di Indonesia, jika dicermati isi pasal-pasal undang-undang tersebut, dapat diklasifikasikan dalam tiga

²²⁵ Zenal Satiawan, "Hukum Islam Di Indonesia," *Jurnal Cerdas Hukum* Vol.3, no. 11 (2025): 86–92, <https://ejournal.institutidayatullahbatam.ac.id/index.php/jurnal-cerdas-hukum/article/view/332>.

²²⁶ Transformasi merupakan suatu usaha untuk mengadakan perubahan terhadap sesuatu yang telah ada menjadi sesuatu yang baru, antara lain dengan penyesuaian dan perubahan. Pada bidang hukum, transformasi sering dipakai dalam arti penyesuaian hukum dengan kebutuhan masyarakat. Proses atau upaya transformasi hukum Islam ke dalam tata hukum nasional dimaksudkan sebagai usaha menerapkan hukum Islam yang normatif menjadi hukum Islam yang positif atau yang sering disebut usaha positifisme hukum Islam ke dalam tata hukum Indonesia. Syafri Gunawan, "Sejarah Transformasi Syariat Islam Kedalam Hukum Nasional," *Jurnal El-Qanuniy: Jurnal Ilmu-Ilmu Kesyarahan Dan Pranata Sosial* 6, no. 1 (2020): 62, <https://doi.org/https://doi.org/10.24952/el-qanuniy.v6i1.2502>.

bentuk bentuk.²²⁷ *Pertama*, dalam bentuknya yang utuh sebagaimana yang terdapat dalam fiqh yang lazim berlaku di Indonesia, Contoh Qanun Aceh Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Hukum Jinayat.²²⁸ *Kedua*, hukum Islam masuk dalam bentuk yang sudah menyesuaikan diri dengan tuntutan kemajuan. Contoh dalam konteks undang-undang kesehatan adalah aturan tentang pemberian ASI eksklusif, contoh lain dalam hal perceraian yang ada saksi atau dipersaksikan dan harus di Pengadilan Agama, termasuk sahnya kontrak elektronik. *Ketiga*, materinya memang tidak pernah dibicarakan dalam fiqh, namun dapat diterima sebagai fiqh karena terdapat nilai kemaslahatan yang banyak dan tidak berbenturan dengan dalil yang ada, meskipun ganjil kelihatannya dalam pandangan fiqh. Contohnya mengenai pencatatan perkawinan, batas minimal umur perkawinan, dan wakaf tunai seperti CWLS/CWLD. Dari tiga bentuk ini, menurut penulis transformasi hukum Islam dalam peraturan perundang-undangan sebenarnya bisa hanya dalam dua bentuk pertama, karena bentuk ketiga sejatinya tidak berbeda dengan bentuk kedua.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat ditegaskan bahwa hukum Islam memberikan kontribusi dasar yang penting dalam sistem hukum nasional, khususnya dalam membangun landasan normatif bagi pengaturan rumah sakit syariah. Kontribusi ini terlihat dari kedudukannya sebagai sumber material hukum, legitimasi penerapan syariah, serta kemampuan transformasi nilainya ke dalam hukum positif. Dengan demikian, hukum Islam tidak hanya berperan sebagai norma keagamaan, tetapi juga sebagai sumber nilai yang memberi arah bagi pembaruan hukum kesehatan nasional.

b. Konstruksi Pengaturan dan Standarisasi Rumah Sakit Syariah

Kebutuhan konstruksi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah muncul dari kenyataan bahwa praktik pelayanan kesehatan berbasis syariah telah

²²⁷ Ali Imron Hs, "Kontribusi Hukum Islam Terhadap Pembangunan Hukum Nasional," *Masalah-Masalah Hukum* 41, no. 3 (2012): 421, <https://doi.org/https://doi.org/10.14710/mmh.41.3.2012.416-422>.

²²⁸ Dimas Pradipta Pribadi and Saiful Bahri, "Hukum Islam Dan Kontribusinya Terhadap Sistem Hukum Di Indonesia," *Edu Cendikia: Jurnal Ilmiah Kependidikan* 4, no. 1 (2024): 185, <https://doi.org/https://doi.org/10.47709/educendikia.v4i01.4336>.

berkembang,²²⁹ sementara landasan normatifnya belum sepenuhnya tertata dalam sistem hukum kesehatan nasional.²³⁰ Dalam kondisi seperti ini, rumah sakit syariah tidak cukup hanya dipahami sebagai inisiatif pelayanan yang lahir dari kebutuhan masyarakat, tetapi perlu ditempatkan sebagai objek pengaturan yang memiliki karakter khusus. Kehadiran pengaturan yang jelas menjadi penting agar rumah sakit syariah tidak berjalan dalam ruang yang kabur, terutama ketika harus berhadapan dengan standar pelayanan kesehatan yang bersifat umum, sistem perizinan, tata kelola rumah sakit, serta kepatuhan terhadap prinsip-prinsip syariah yang ingin diterapkan.

Dari sudut kepentingan hukum, urgensi pengaturan rumah sakit syariah terletak pada kebutuhan akan kepastian hukum, legitimasi, dan arah kelembagaan yang tegas. Belum adanya payung hukum nasional yang secara tegas mengatur operasional rumah sakit syariah menyebabkan penerapan prinsip syariah berisiko beragam dan bergantung pada tafsir dari fatwa dan standar masing-masing lembaga, dan daerah, sehingga standar yang digunakan menjadi tidak seragam dan sulit dipertanggungjawabkan.²³¹ Dalam konteks ini, pengaturan bukan hanya berfungsi untuk memberi pengakuan formal, tetapi juga untuk memastikan adanya batas kewenangan, mekanisme pengawasan, dan ukuran kepatuhan yang jelas. Karena itu, konstruksi pengaturan rumah sakit syariah harus dipahami sebagai bagian dari upaya membangun legitimasi kelembagaan sekaligus menata arah perkembangan institusi agar sejalan dengan sistem hukum nasional.

Dalam **perspektif kepastian hukum**, suatu sistem hukum yang baik harus mampu memberikan kejelasan mengenai hak, kewajiban, kewenangan, prosedur,

²²⁹ Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), *Kode Etik Rumah Sakit Syariah*, 1–2. Lihat juga MUKISI, “Informasi Jumlah Rumah Sakit Syariah.” Dan DSN-MUI, “Senarai Produk Bersertifikat.” <https://dsnemui.or.id/sertifikasi/senarai-produk-bersertifikat/>, Diakses 15 November 2025.

²³⁰ Maksum et al., “Sharia Service as An Added Value: Response to Sharia Standard in Hospital Service.” Hasil penelitian Maksum dkk itu sejalan dengan hasil wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026. Dan Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc, MH (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) RSIA Zainab Pekanbaru), 28 Februari 2026.

²³¹ Fatchurrahman, *Pengembangan Ekosistem Industri Halal*, Cet.1 (Purbalingga: Eurika Media Aksara, 2025), 185–86.

dan standar yang berlaku bagi setiap subjek hukum. Kepastian hukum tidak hanya berkaitan dengan keberadaan aturan, tetapi juga menyangkut kejelasan norma yang dapat dijadikan pedoman bertindak serta memberikan perlindungan hukum bagi pihak-pihak yang berkepentingan.²³² Dalam konteks rumah sakit syariah, belum adanya pengaturan yang secara khusus mengatur definisi, kedudukan, standar pelayanan, mekanisme sertifikasi, maupun sistem pengawasan menyebabkan terjadinya ketidakpastian hukum bagi penyelenggara rumah sakit, tenaga kesehatan, maupun pasien. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan perbedaan interpretasi dalam penerapan prinsip-prinsip syariah, sehingga kualitas dan standar pelayanan syariah menjadi tidak seragam. Padahal, kepastian hukum merupakan salah satu prasyarat penting dalam penyelenggaraan rumah sakit karena berfungsi menjamin konsistensi pelayanan, perlindungan hak pasien, serta akuntabilitas kelembagaan rumah sakit. Oleh karena itu, kebutuhan akan pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tidak hanya bertujuan untuk mengakomodasi nilai-nilai syariah, tetapi juga untuk mewujudkan kepastian hukum yang mampu menjamin keseragaman standar, efektivitas pengawasan, dan perlindungan hukum bagi seluruh pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan

Dalam perspektif hukum dalam konteks **pembangunan**, pendayagunaan hukum sebagai sarana untuk merekayasa masyarakat dengan menggunakan pendekatan kebijakan pemerintah (*legal policy*) sangat diperlukan khususnya untuk negara-negara yang sedang berkembang, jauh melebihi kebutuhan yang dirasakan negara-negara maju.²³³ Oleh sebab itu, pembahasan mengenai konstruksi pengaturan rumah sakit syariah bukan semata membicarakan lembaga kesehatan tertentu, melainkan juga menyangkut bagaimana hukum nasional memberi ruang bagi tumbuhnya model pelayanan yang berbasis nilai (prinsip syariah), tertib secara kelembagaan, dan tetap berada dalam kerangka sistem kesehatan nasional.

Dalam konteks tersebut, rumah sakit syariah membutuhkan model pengaturan yang tidak hanya berfokus pada aspek pelayanan, tetapi juga

²³² Shidarta, *Moralitas Profesi Hukum Suatu Tawaran Kerangka Berfikir*, 85.

²³³ Soetandyo Wignjosebroto, *Dari Hukum Kolonial Ke Hukum Nasional : Dinamika Sosial-Politik Dalam Perkembangan Hukum Di Indonesia* (Jakarta: Rajawali Pers, 1995), 120–21.

membangun keterkaitan yang sistematis antara **dasar hukum, kelembagaan, standarisasi, dan mekanisme pengawasan**. Keempat unsur tersebut harus ditempatkan sebagai satu kesatuan yang saling terintegrasi agar penyelenggaraan rumah sakit syariah memiliki kepastian hukum, legitimasi kelembagaan, standar operasional yang jelas, serta mekanisme kontrol yang efektif. Tanpa integrasi tersebut, pengaturan rumah sakit syariah berpotensi berjalan secara parsial dan tidak memiliki kekuatan yang cukup dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini mengajukan model konseptual baru yang disebut *Syariah Compliance Healthcare Framework (SCHF)*, yaitu suatu kerangka integratif yang menghubungkan prinsip-prinsip hukum Islam dengan sistem hukum positif dalam pengaturan rumah sakit syariah. Model SCHF menempatkan kepatuhan syariah bukan sekadar aspek etik atau simbolik, tetapi sebagai bagian dari sistem hukum kesehatan yang mencakup regulasi, tata kelola kelembagaan, standarisasi manajemen dan pelayanan, serta pengawasan berbasis prinsip syariah. Dengan demikian, SCHF diharapkan dapat menjadi model pengembangan hukum kesehatan nasional yang lebih integratif, adaptif, dan berorientasi pada kemaslahatan serta perlindungan hak spiritual pasien.

Dasar hukum berfungsi memberi legitimasi formal bagi keberadaan rumah sakit syariah. Dalam konteks teori hukum pembangunan, pembangunan nasional membutuhkan kepastian, keteraturan, dan legitimasi dari pemerintah melalui instrument hukum.²³⁴ Legitimasi adalah konsep yang sangat penting dalam aspek hukum dan sosial. Pada intinya, legitimasi mengacu pada penerimaan dan pengakuan suatu kekuasaan, institusi, atau tindakan sebagai sah dan sesuai dengan norma atau standar yang diterima oleh masyarakat atau komunitas tertentu. Pada prinsipnya, legitimasi adalah proses vital untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut tidak hanya diterima secara luas oleh publik, tetapi juga didukung oleh berbagai pihak berkepentingan dan lembaga-lembaga yang berwenang. Tanpa legitimasi yang kuat, sebuah kebijakan mungkin akan kesulitan dalam implementasinya atau bahkan bisa ditolak, meskipun secara substansi sudah baik.

²³⁴ Aida Ardini and Jamalum Sinambela, *Politik Hukum: Teori, Konsep, Arah Pembangunan Hukum Nasional*, ed. Fauzi Akbar, Cet.Ke.1 (Medan: Raja Buku, 2026), 32.

Ini menjadi fondasi agar kebijakan memiliki kekuatan dan penerimaan yang diperlukan untuk berfungsi efektif dalam masyarakat. Dalam tahapan proses kebijakan publik, legitimasi kebijakan merupakan tahap krusial dalam siklus kebijakan publik. Tanpa legitimasi ini, sebuah kebijakan, sehebat apa pun ide di baliknya, akan kehilangan daya paksanya dan berisiko tinggi untuk ditolak atau diabaikan oleh masyarakat. Proses ini tidak hanya tentang formalitas legal, tetapi juga tentang membangun kepercayaan dan keyakinan bahwa kebijakan tersebut adil, benar, dan sah.²³⁵

Dalam kerangka ini kebijakan legislasi merupakan suatu keniscayaan dan menunjang pembangunan nasional, begitu juga dalam kaitannya dengan arah pembangunan dan pengembangan rumah sakit syariah yang membutuhkan legitimasi yuridis untuk menjamin kepastian dan keteraturan sebagai upaya membangun masyarakat, dalam konteks sistem kesehatan nasional yang berbasis pada integrasi aspek medis dan spiritual. Tanpa dasar hukum, rumah sakit syariah tidak memiliki legitimasi dalam sistem hukum di Indonesia.

Kelembagaan menjadi suatu keniscayaan bagi proses kegiatan yang terstruktur dan melibatkan keikutsertaan dari banyak pihak atau masyarakat, Tidak terkecuali dalam kaitannya dengan rumah sakit syariah, kelembagaan memastikan adanya pelaksana dan penanggung jawab yang jelas dalam struktur organisasi rumah sakit. Kelembagaan memainkan peran penting dalam pengelolaan rumah sakit. *Pertama*, kelembagaan menciptakan keraturan, tanpa struktur kelembagaan yang jelas, pengelolaan rumah sakit syariah dapat menjadi tidak teratur dan tidak efektif. *Kedua*, kelembagaan berperan sebagai wadah yang memfasilitasi administrasi dan pengelolaan kegiatan rumah sakit syariah. Dengan adanya lembaga yang terstruktur, proses administrasi menjadi lebih terorganisir dan transparan. *Ketiga*, pentingnya kelembagaan juga terletak pada pemahaman dan penerapan prinsip-prinsip organisasi yang relevan. Sebuah kelembagaan yang efektif harus mampu mengimplementasikan prinsip-prinsip manajerial dan organisatoris yang sesuai untuk memastikan kelancaran operasional dan

²³⁵ Muhammad Nur, *Buku Ajar Kebijakan Publik*, ed. Mila Sari (Padang: Penerbit Get Press, 2025), 130–31.

pengembangan rumah sakit syariah. *Keempat*, kelembagaan juga menekankan bahwa proses pengelolaan rumah sakit syariah adalah suatu perjalanan yang terus menerus. Proses ini mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang berkelanjutan, dengan tujuan akhir untuk memastikan bahwa rumah sakit syariah memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat. Dengan demikian, kelembagaan yang kuat dan efektif adalah kunci untuk memaksimalkan peran rumah sakit syariah dalam mencapai tujuan-tujuan kesehatan yang terintegrasi antara aspek medis dan spiritual.²³⁶

Berdasarkan peran penting tersebut, dalam konteks rumah sakit syariah kelembagaan berfungsi sebagai penopang utama agar keberlakuan prinsip syariah tidak bergantung pada komitmen personal semata, melainkan menjadi bagian dari sistem yang melekat dalam rumah sakit. Berkaitan dengan itu, maka keberadaan Dewan Pengawas Syariah (DPS) dan komite syariah di rumah sakit memerankan peran kunci dalam implementasi prinsip-prinsip syariah di rumah sakit. Dewan Pengawas Syariah menempati kedudukan penting sebagai unsur yang memastikan kepatuhan rumah sakit terhadap prinsip-prinsip syariah pada level kebijakan dan arah kelembagaan. Keberadaan DPS tidak hanya dimaksudkan sebagai simbol legitimasi, tetapi juga sebagai bentuk pengawasan prinsipil atas kesesuaian kebijakan rumah sakit dengan nilai-nilai Islam. Dalam kerangka ini, DPS berperan memberi penilaian, arahan, dan pengesahan terhadap aspek-aspek yang berkaitan dengan kepatuhan syariah, sehingga rumah sakit memiliki dasar yang lebih kuat dalam menegaskan identitas syariahnya. Dengan demikian, DPS menjadi bagian dari struktur kelembagaan yang memberi legitimasi sekaligus menjaga agar orientasi rumah sakit tetap sejalan dengan prinsip syariah.²³⁷

²³⁶ Ahmad Zaki Mubarak et al., *Ekonomi Islam*, ed. Muljadi dan Seleman Hardi Yahawi, Cet. 1 (Tangerang: Minhaj Pustaka, 2024), 68–69.

²³⁷ Peran DPS dalam Lembaga Keuangan Syariah (LKS) Lembaga Bisnis Syariah (LBS), dan Lembaga Perekonomian Syariah telah di atur dalam pasal Pasal 5 Peraturan Organisasi Majelis Ulama Indonesia Nomor : 11/PO-MUI/VIII/2021 tentang Anggaran Dasar Dan Anggaran Rumah Tangga Dewan Syariah Nasional-Majelis Ulama Indonesia yang isinya sebagai berikut:

Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas Syariah

1) Tugas Dewan Pengawas Syariah adalah:

a) Mengawasi produk dan kegiatan usaha LKS, LBS, dan LPS lainnya agar produk dan aktivitasnya sesuai dengan ketentuan dan prinsip syariah yang telah difatwakan oleh DSN-MUI;

Berbeda dari DPS yang lebih menekankan fungsi pengawasan pada level prinsip dan kebijakan, Komite Syariah hadir sebagai perangkat internal rumah sakit yang memastikan bahwa prinsip syariah benar-benar berjalan dalam operasional sehari-hari. Kedudukan Komite Syariah dapat dipahami sebagai bagian dari tata kelola rumah sakit yang bekerja secara lebih dekat dengan proses pelayanan, sehingga fungsinya menyerupai komite medik dalam tata kelola klinis. Jika komite medik memastikan mutu dan kepatuhan dalam aspek klinis,²³⁸ maka Komite Syariah memastikan bahwa praktik pelayanan, tata kelola, dan interaksi rumah sakit dengan pasien tetap berada dalam koridor syariah. Dengan adanya Komite Syariah, penerapan prinsip Islam tidak berhenti pada dokumen kebijakan, tetapi masuk ke dalam praktik nyata yang dijalankan sehari-hari.

Hubungan antara DPS dan Komite Syariah perlu dipahami sebagai pembagian peran yang saling melengkapi dalam tata kelola rumah sakit syariah. DPS berfungsi pada level pengawasan prinsipil, yakni memastikan bahwa arah kebijakan dan standar rumah sakit tidak menyimpang dari ketentuan syariah, sedangkan Komite Syariah bertugas pada level pelaksanaan operasional agar prinsip tersebut benar-benar dijalankan dalam praktik. Dengan pembagian seperti ini, rumah sakit memiliki struktur pengawasan yang berlapis namun tetap

-
- b) Membuat opini syariah atas permintaan/pertanyaan dan/atau temuan di lembaga yang diawasinya; dan
 - c) Melaporkan hasil pengawasan kepada DSN-MUI dua kali dalam satu tahun.
- 2) Wewenang Dewan Pengawas Syariah adalah:
- a) Memberikan nasihat dan saran kepada komisaris, direksi, pimpinan unit usaha syariah dan pimpinan kantor cabang LKS, LBS, dan LPS lainnya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan aspek syariah
 - b) Menjadi mediator antara LKS, LBS, dan LPS lainnya dengan DSN-MUI dalam mengkomunikasikan usul dan saran pengembangan kegiatan usaha yang berupa produk dan/atau jasa yang memerlukan kajian dan Fatwa dari DSN-MUI; dan
 - c) Memberikan peringatan kepada direksi/pimpinan LKS, LBS, dan LPS lainnya untuk melakukan upaya penghentian penyimpangan syariah dan berhak melaporkannya kepada otoritas.

²³⁸ Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata Kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis. Ketentuan ini sebagaimana di atur dalam pasal 1 ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit. Ketentuan lebih detail dapat dilihat Caecilia Indarti, *Manajemen Komite Medik Dalam Manajemen Rumah Sakit Dalam Organisasi Dan Manajemen Rumah Sakit*, ed. Suhadi and Purwanta (Purbalingga: Eureka Media Aksara, 2024), 164–79.

terkoordinasi, sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan. Hubungan keduanya penting untuk menjaga kesinambungan antara legitimasi normatif dan implementasi di lapangan. Maka agar rumah sakit syariah tidak hanya menjadi label, unsur syariah harus dilembagakan secara nyata ke dalam struktur organisasi, prosedur, dan mekanisme kerja rumah sakit. Integrasi kelembagaan ini berarti bahwa prinsip syariah tidak berdiri di luar sistem manajemen rumah sakit, melainkan menjadi bagian dari organ resmi yang bekerja di dalamnya. Dengan demikian, unsur syariah harus hadir dalam pembagian tugas, dan standarisasi yang jelas.

Standarisasi diperlukan agar prinsip syariah dapat diterjemahkan ke dalam praktik operasional yang terukur. Dalam organisasi perumahsakitannya fungsi penting yang umum di jadikan standar dalam akreditasi yakni terkait aspek penyediaan pelayanan bagi pasien (*good clinical governance*) dan aspek manajemen (*good corporate governance*).²³⁹ Agar standarisasi rumah sakit syariah dapat diintegrasikan dalam standar akreditasi nasional rumah sakit, maka pengembangan standarisasi untuk rumah sakit syariah baiknya mengikuti pola akreditasi yang ada, tinggal fokus penilaiannya saja yang ditambahkan kekhususan pada aspek-aspek syariah yang terkait medis dan spiritual pengobatan, bagi rumah sakit yang memilih untuk beroperasi sesuai prinsip syariah. Sehingga untuk akreditasi bagi rumah sakit syariah nanti ada standar penilaian tersendiri yang merupakan hasil integrasi antara standar STARKES dan standar syariah.

Pembagian standar manajemen ke dalam beberapa aspek, yaitu:²⁴⁰

- 1) Standar Syariah Tata Kelola Rumah Sakit. Standar ini merupakan dasar utama yang menentukan arah pengelolaan rumah sakit agar berjalan secara tertib, akuntabel, dan sejalan dengan prinsip syariah. Tata kelola yang baik harus

²³⁹ Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

²⁴⁰ Enam standar manajemen rumah sakit syariah ini disusun berdasarkan pembacaan komparatif atas standar rumah sakit syariah yang berkembang dalam literatur dan pedoman STARKES serta MUKISI, lalu disintesis dengan kebutuhan pengaturan rumah sakit syariah dalam konteks penelitian ini. Karena itu, pembagian standar tersebut dimaksudkan sebagai konstruksi akademik yang bersifat operasional, bukan semata-mata pengulangan dari salah satu pedoman

mampu memastikan adanya pembagian kewenangan yang jelas antara pimpinan rumah sakit, unit kerja, Dewan Pengawas Syariah, dan Komite Syariah, sehingga tidak terjadi tumpang tindih peran dalam proses pengambilan keputusan. Dalam rumah sakit syariah, tata kelola bukan hanya soal efisiensi organisasi, tetapi juga soal bagaimana nilai syariah dilekatkan dalam struktur dan mekanisme kerja institusi. Oleh karena itu, standar tata kelola menjadi penting untuk menjamin bahwa rumah sakit dikelola bukan sekadar secara administratif, melainkan juga secara normatif sesuai dengan identitas syariahnya.

Standar tata kelola juga menuntut adanya sistem pengambilan keputusan yang transparan, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan. Pimpinan rumah sakit perlu menjalankan fungsi manajerialnya dengan tetap memperhatikan arahan syariah yang diberikan oleh DPS. Dengan demikian, hubungan antara organ manajemen dan organ syariah tidak bersifat hierarkis semata, tetapi bersifat koordinatif agar prinsip syariah benar-benar terintegrasi dalam setiap kebijakan. Dalam kerangka ini, tata kelola rumah sakit syariah menjadi instrumen yang memastikan bahwa seluruh aktivitas organisasi berada dalam satu arah yang sama, yaitu pelayanan kesehatan yang profesional sekaligus sesuai dengan nilai Islam.

- 2) Standar Syariah Manajemen Mutu. Manajemen mutu rumah sakit adalah suatu pendekatan sistematis yang digunakan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien memenuhi standar kualitas yang telah ditentukan.²⁴¹ Dalam konteks rumah sakit syariah, standar syariah manajemen mutu tidak dipahami secara sempit sebagai efisiensi atau hasil medis semata, tetapi sebagai kualitas menyeluruh yang mencakup kepatuhan normatif, religiusitas, dan kemaslahatan pasien. Rumah sakit syariah juga diuntut memiliki program manajemen risiko yang meliputi aqidah, ibadah, akhlak dan muamalah. Sehingga standar mutu di sini adalah terkait mutu dalam peksanaan

²⁴¹ Kristoforus Marselinus et al., *Administrasi Kesehatan: Teori Dan Aplikasi Di Rumah Sakit* (Jakarta: Buku Loka, 2025), 112.

prinsip syariah. Dalam konteks ini, mutu bukan hanya hasil akhir, tetapi proses yang harus dibangun, diawasi, dan dikembangkan secara terus-menerus.

- 3) Standar Syariah Pemasaran. Konsep pemasaran adalah serangkaian rencana yang akan dilakukan sebuah entitas atau perusahaan untuk memasarkan produk baik barang ataupun jasa.²⁴² Pemasaran dalam konteks rumah sakit syariah tidak boleh dipahami sekadar sebagai upaya menarik pasien, melainkan sebagai bagian dari penyampaian informasi dan pembentukan citra kelembagaan yang sesuai dengan nilai Islam. Oleh karena itu, strategi pemasaran harus mencerminkan kejujuran, transparansi, dan tanggung jawab, sehingga publik memperoleh gambaran yang tepat mengenai karakter dan layanan rumah sakit syariah. Dalam kerangka ini, pemasaran menjadi instrumen yang tidak hanya bersifat ekonomis, tetapi juga moral dan institusional. Standar pemasaran juga penting untuk menjaga agar rumah sakit syariah tidak menggunakan simbol agama secara berlebihan tanpa didukung oleh praktik yang nyata.
- 4) Standar Syariah Akuntansi Dan Keuangan. Standar akuntansi dan keuangan dalam rumah sakit syariah tidak hanya menyangkut ketertiban pencatatan dan penyajian laporan keuangan, tetapi juga memastikan bahwa seluruh sumber dan penggunaan dana berada dalam koridor halal.²⁴³ Dalam konteks syariah, pendapatan rumah sakit harus berasal dari akad dan transaksi yang sah, bebas dari unsur suap, manipulasi, dan praktik yang bertentangan dengan prinsip keadilan. Karena itu, standar keuangan menjadi penting untuk menegaskan bahwa rumah sakit syariah tidak hanya menjalankan pelayanan yang sesuai syariah, tetapi juga membangun struktur pendanaan yang bersih secara normatif dan etis. Dengan demikian, akuntansi dan keuangan berfungsi sebagai

²⁴² Asep Saiful Hidayat et.al., *Konsep Dasar Marketing*, ed. Dadi (Bandung: Harva Creative, 2025), 7.

²⁴³ Hal ini sebagaimana firman Allah dalam QS. An-Nisa'.29 sebagai berikut:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِّنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴿٢٩﴾
Artinya: Wahai orang-orang yang beriman, janganlah kamu memakan harta sesamamu dengan cara yang batil (tidak benar), kecuali berupa perniagaan atas dasar suka sama suka di antara kamu. Janganlah kamu membunuh dirimu. Sesungguhnya Allah adalah Maha Penyayang kepadamu.

penjaga integritas ekonomi lembaga sekaligus penopang keberlanjutan rumah sakit syariah.

Dari sisi akuntansi, penyusunan laporan keuangan harus mengikuti standar akuntansi syariah yang relevan, terutama PSAK 101 sebagai dasar penyajian laporan keuangan syariah bagi entitas syariah. Dalam praktik rumah sakit syariah, standar ini penting agar laporan keuangan dapat mencerminkan karakter transaksi syariah secara benar, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Laporan keuangan tidak cukup hanya menunjukkan angka pemasukan dan pengeluaran, tetapi juga harus memperlihatkan bahwa pendapatan yang diakui benar-benar berasal dari sumber yang halal dan layak secara syariah. Dengan begitu, akuntansi syariah menjadi instrumen penting untuk memastikan bahwa pelaporan keuangan tidak terlepas dari prinsip moral yang menjadi dasar keberadaan rumah sakit syariah.

Pada aspek keuangan, rumah sakit syariah perlu memastikan bahwa kontrak-kontrak yang melahirkan pendapatan disusun secara halal dan tidak mengandung unsur yang dilarang. Hal ini mencakup pengelolaan tarif, pembayaran layanan, kerja sama pihak ketiga, pengadaan barang dan jasa, serta seluruh bentuk transaksi yang menjadi sumber pendapatan rumah sakit.²⁴⁴ Penggunaan bank syariah juga menjadi bagian penting dari rantai halal ini karena lembaga keuangan syariah dapat memperkuat ekosistem yang saling menopang antara rumah sakit, pemasok, dan sistem pembiayaan yang sesuai syariah. Dengan demikian, keuangan rumah sakit syariah tidak berdiri sendiri, tetapi menjadi bagian dari mata rantai halal yang lebih luas, di mana lembaga-lembaga syariah saling menguatkan dalam satu ekosistem yang terintegrasi. Selain itu, rumah sakit syariah juga perlu menata penggunaan dana sosial syariah secara jelas dan akuntabel. Dana yang tidak dapat diakui sebagai

²⁴⁴ Beberapa waktu terakhir KPK Ungkap Kecurangan Klaim JKN Nilai Rp35 Miliar, salah satu modus operandinya adalah Phantom Billing/Klaim Fiktif atas layanan. Pasha Yudha Ernowo, KPK Ungkap Kecurangan Klaim JKN di Tiga Rumah Sakit dengan Nilai Rp35 Miliar, <https://infopublik.id/kategori/nasional-politik-hukum/845853/kpk-ungkap-kecurangan-klaim-jkn-di-tiga-rumah-sakit-dengan-nilai-rp35-miliar>, Jumat, 26 Juli 2024. Berita terkait kejadian Fraud ini menunjukkan bahwa pentingnya standar akuntansi dan keuangan yang sesuai dengan prinsip syariah, agar seluruh pendapatan rumah sakit syariah diperoleh secara halal.

pendapatan, termasuk denda yang secara syariah tidak boleh dimasukkan sebagai laba atau pemasukan lembaga, harus ditempatkan pada pos yang sesuai, umumnya sebagai dana sosial atau dana kemaslahatan. Prinsip ini penting agar rumah sakit tidak mengambil manfaat finansial dari unsur yang secara syariah tidak layak menjadi keuntungan. Dalam kerangka syariah, dana semacam ini perlu dikelola secara terpisah, transparan, dan diarahkan untuk tujuan sosial yang sejalan dengan kemaslahatan umum. Dengan cara ini, pengelolaan keuangan rumah sakit syariah tidak hanya menjaga kepatuhan, tetapi juga memperkuat tanggung jawab sosial lembaga secara nyata.

- 5) Standar Syariah Manajemen Fasilitas. Standar manajemen fasilitas dalam rumah sakit syariah berfungsi memastikan bahwa sarana, prasarana, dan lingkungan fisik rumah sakit dikelola secara baik, aman, dan mendukung pelaksanaan prinsip syariah. Dalam konteks rumah sakit syariah, pengelolaan fasilitas harus memperhatikan aspek kenyamanan, kebersihan, kesucian, serta kesesuaian dengan kebutuhan ibadah dan penghormatan terhadap martabat pasien. Selain itu, agar selaras dengan ajaran Islam, rumah sakit perlu memperhatikan pengaturan ruang dan fasilitas yang mendukung adab serta kebutuhan spiritual pasien. Misalnya, tempat wudhu pria dan wanita harus dipisahkan sesuai gender, serta disediakan fasilitas ibadah yang memadai seperti musala, perlengkapan salat, dan sarana tayamum bagi pasien yang tidak dapat menggunakan air, penempatan kloset tidak boleh menghadap atau membelakangi kiblat. Pengaturan seperti ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah tidak hanya berorientasi pada aspek medis, tetapi juga memberi perhatian pada pemenuhan kewajiban ibadah dan penghormatan terhadap syariat dalam kondisi sakit.

Selain itu, rumah sakit juga harus memperhatikan prinsip syariah dalam pengelolaan laundry dan sanitasi lingkungan. Proses pencucian linen, pakaian pasien, dan perlengkapan medis harus dijaga dari najis, pencampuran yang tidak sesuai, serta perlakuan yang merusak kesucian dan kebersihan. Demikian pula, sanitasi lingkungan rumah sakit harus dikelola dengan baik agar tercipta suasana yang bersih, sehat, dan nyaman sesuai dengan prinsip thaharah dalam

Islam. Dengan pengelolaan fasilitas yang demikian, rumah sakit syariah menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya menjaga aspek fisik, tetapi juga memperhatikan kebersihan lahir batin serta kenyamanan ibadah bagi seluruh penghuni rumah sakit.

- 6) Standar Syariah Sumber Daya Manusia. Rumah sakit memiliki tata kelola SDM secara syariah baik dalam rekrutmen, pengembangan, dan pengelolaan karir staf agar setiap pegawai tidak hanya kompeten secara profesional, tetapi juga selaras dengan nilai-nilai Islam. Proses rekrutmen dan penempatan perlu memastikan kesesuaian kompetensi, integritas, serta kesiapan staf untuk menjalankan pelayanan yang bernilai ibadah. Dengan demikian, sumber daya manusia diposisikan sebagai aset strategis yang dibina bukan hanya untuk produktivitas, tetapi juga untuk menjaga mutu layanan dan identitas syariah rumah sakit. Selain itu juga, rumah sakit perlu menyelenggarakan orientasi bagi pegawai baru dan refresmen untuk pegawai lama sebagai bagian dari pengenalan dan pengingat budaya kerja, dan tata nilai rumah sakit, sekaligus membekali mereka dengan kompetensi standar terkait wawasan keislaman. Orientasi ini penting agar pegawai memahami prinsip dasar pelayanan Islami, termasuk fikih pasien, adab kepada pasien, dan penerapan nilai-nilai syariah dalam interaksi sehari-hari. Dalam konteks rumah sakit syariah, orientasi bukan sekadar pengenalan administratif, tetapi juga proses pembentukan kesadaran bahwa pelayanan kesehatan adalah bagian dari amanah dan ibadah. Dengan model ini, pengelolaan SDM tidak hanya menghasilkan pegawai yang cakap bekerja, tetapi juga membangun budaya kerja yang amanah, santun, dan berorientasi pada kemaslahatan pasien.

Selain enam aspek standar yang terkait manajemen, rumah sakit syariah juga harus memiliki standar syariah terkait aspek standar pelayanan. Standar pelayanan rumah sakit syariah adalah seperangkat ketentuan yang mengarahkan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, manusiawi,

adil, aman, transparan, dan selaras dengan prinsip syariah. Standar pelayanan penulis klasifikasikan ke dalam beberapa standar, yaitu:²⁴⁵

- 1) Standar Akses Pelayanan. Pada standar ini rumah sakit syariah perlu mengidentifikasi identitas pasien secara benar sejak pendaftaran, termasuk agama yang dianut, agar pelayanan psikospiritual dapat diberikan secara tepat dan tidak bertentangan dengan keyakinan pasien. Pada pasien muslim, identifikasi ini menjadi dasar untuk memberikan edukasi terkait fikih orang sakit sesuai kondisi dan kebutuhan pasien. Pada pasien rawat inap, rumah sakit wajib memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban pasien, termasuk pelayanan kerohanian yang tersedia, serta menjelaskan penggunaan akad syariah dalam pelayanan rawat inap. Selama proses pelayanan, kebutuhan psikospiritual pasien harus diperhatikan secara berkesinambungan dari pasien datang, dirawat, hingga pulang, termasuk membantu pasien tetap dapat beribadah sesuai kondisinya dan mempersiapkan pelaksanaan ibadah setelah pulang.
- 2) Standar Asuhan Pasien. Pada standar ini rumah sakit syariah harus memperhatikan perlindungan terhadap aurat selama proses perawatan, pemasangan kateter sesuai jenis kelamin, Rumah sakit syariah juga perlu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi secara medis sekaligus syariah, termasuk meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model pelaksanaan pemberian ASI secara Islami. Dalam pelayanan maternal dan neonatal, ibu hamil perlu mendapat edukasi tentang fikih kehamilan yang kemudian didokumentasikan dalam rekam medis. Ibu melahirkan perlu diberi edukasi mengenai fikih melahirkan, ibu menyusui perlu mendapat penjelasan tentang fikih menyusui termasuk menyusui bukan anak kandung, dan ibu pasca melahirkan perlu memperoleh edukasi tentang fikih keluarga berencana. Selain itu, rumah sakit juga perlu memberikan pelayanan reproduksi Islami sebagai

²⁴⁵ Lima standar pelayanan rumah sakit syariah ini disusun berdasarkan pembacaan komparatif atas standar rumah sakit syariah yang berkembang dalam literatur dan pedoman STARKES, MUKISI dan Fatwa DSN-MUI 107 tahun 2016, lalu disintesis dengan kebutuhan pengaturan rumah sakit syariah dalam konteks penelitian ini. Karena itu, pembagian standar tersebut dimaksudkan sebagai konstruksi akademik yang bersifat operasional, bukan semata-mata pengulangan dari salah satu pedoman

bagian dari upaya menjaga kemaslahatan keluarga dan keturunan dalam koridor syariah (*hifz an-nasl*).

- 3) Standar Penggunaan Obat halal. Dalam pelayanan obat, rumah sakit wajib menerapkan prinsip syariah sejak proses seleksi obat yang akan dimasukkan ke dalam formularium. Prinsip ini mengharuskan rumah sakit memilih sediaan obat yang tidak mengandung unsur yang diharamkan, seperti babi dan turunannya, darah, dan bahan lain yang tidak sesuai syariah. Karena itu, rumah sakit perlu melakukan kajian terhadap obat-obat yang telah ada dalam formularium untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya unsur yang diharamkan, sekaligus menilai urgensi penggunaannya apabila obat tersebut sangat dibutuhkan.²⁴⁶ Pada saat pemberian obat, rumah sakit juga perlu memberikan edukasi bernuansa keagamaan, misalnya penegasan bahwa obat hanyalah perantara, sedangkan kesembuhan pada hakikatnya berasal dari Allah SWT. Dengan demikian, pelayanan obat tidak hanya dimaknai sebagai tindakan farmakologis, tetapi juga sebagai sarana menanamkan ketawakkalan dan kesadaran spiritual kepada pasien.
- 4) Standar Bimbingan Kerohanian. Standar ini juga menjadi bagian penting dalam pelayanan rumah sakit syariah. Sejak proses penerimaan hingga pemulangan pasien, rumah sakit perlu memastikan bahwa pasien memperoleh pelayanan psikospiritual, termasuk melalui Buku Bimbingan Kerohanian. Bimbingan ini dapat mencakup pendampingan pada kondisi akhir hayat, talqin, maupun ruqyah sesuai kebutuhan pasien dan keluarganya. Kehadiran layanan kerohanian menunjukkan bahwa rumah sakit syariah tidak hanya peduli pada kesembuhan fisik, tetapi juga pada ketenangan batin, penguatan iman, dan persiapan pasien dalam menghadapi keadaan sakit maupun akhir hayat.
- 5) Standar Komunikasi Dan Edukasi Islami. Rumah sakit perlu memberikan pendidikan keislaman kepada pasien rawat inap, terutama yang berkaitan

²⁴⁶ Islam menganjurkan berobat dan melarang berobat dengan yang haram sebagaimana hadis-hadis berikut: *فَتَدَاوُوا وَلَا تَدَاوُوا بِحَرَامٍ*. Salim bin 'Ied al-Hilali, *Ensiklopedi Larangan Menurut Al-Qur'an Dan As-Sunnah, Alih Bahasa Abu Ihsan Al-Atsari*, 202. Hadis lain menyebutkan *إِنَّ اللَّهَ لَمْ يَجْعَلْ شِفَاءَكُمْ فِي مَا حَرَّمَ عَلَيْكُمْ*. Ahmad bin 'Ali bin Muhammad bin Hajar al-'Asqalānī, *Fath Al-Bārī Syarah Ṣaḥīḥ Al-Bukhārī*, Juz 10, 78.

dengan motivasi kesembuhan dan penguatan spiritual. Komunikasi yang baik harus disertai dukungan moral dan spiritual dari keluarga karena keluarga berperan penting dalam mendampingi pasien serta membantu mengidentifikasi kondisi spiritual pasien. Melalui komunikasi dan edukasi islami yang tepat, rumah sakit dapat membangun suasana pelayanan yang menenangkan, memperkuat harapan, dan mendukung proses penyembuhan secara menyeluruh.

Standar-standar di atas bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh proses pelayanan tidak hanya memenuhi aspek klinis dan administratif, tetapi juga menjaga kehormatan pasien, memfasilitasi pelaksanaan ibadah, memperhatikan kebutuhan psikospiritual, serta menjamin kepatuhan terhadap nilai-nilai halal, thaharah, dan akhlak karimah. Dengan demikian, rumah sakit syariah tidak hanya berfungsi sebagai institusi kesehatan, tetapi juga sebagai lembaga pelayanan yang mengintegrasikan penyembuhan fisik, ketenangan batin, dan kemaslahatan spiritual. Selanjutnya untuk menjamin standar-standar tersebut di implementasikan di rumah sakit syariah, maka perlu suatu mekanisme kontrol dan pengawasan.

Pengawasan pada hakikatnya serangkaian upaya untuk mencegah kemungkinan penyimpangan dari rencana atau standar yang telah ditetapkan.²⁴⁷ Selain itu banyak ahli mendefinisikan arti dari pengawasan, dari berbagai pandangan ahli terkait definisi pengawasan dapat disimpulkan bahwa pengawasan adalah proses untuk menjaga agar kegiatan terarah menuju pencapaian tujuan seperti yang di rencanakan dan bila ditemukan penyimpangan akan di ambil tindakan perbaikan.²⁴⁸ Dalam Konteks rumah sakit syariah pengawasan dibutuhkan

²⁴⁷ Ismanudin, *Administrasi Publik: Konsep, Teori, Dan Implementasi Suatu Pendekatan Studi Kasus*, Cet. Ke- (Yogyakarta: Penerbit K-Media, 2026), 50.

²⁴⁸ Menurut Sondang P. Siagian, pengawasan adalah proses pengamatan daripada pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Robert J. Mockler berpendapat bahwa pengawasan manajemen adalah suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan perencanaan, merancang sistem informasi, umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya perusahaan digunakan dengan cara efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan-tujuan perusahaan. Pengawasan menurut Fahmi yang dikutip oleh Erlis Milta Rin Sondole dkk., bahwa pengawasan secara umum didefinisikan sebagai cara suatu organisasi mewujudkan kinerja yang efektif dan efisien, serta lebih jauh mendukung terwujudnya visi dan misi

bukan hanya untuk menjamin standar mutu namun juga untuk menjamin konsistensi penerapan prinsip.

Pada dasarnya pengawasan ini memiliki beragam sudut pandang, adakalanya pengawasan memiliki fungsi yang preventif dan represif, pengawasan tersebut dapat dilakukan baik secara intern dan ekstern.²⁴⁹ Pengawasan dalam arti preventif merupakan upaya untuk mencegah terjadinya kekeliruan dan kesalahan atau penyimpangan terhadap standar yang telah ditentukan, sedangkan represif bagian dari pengawasan untuk memperbaiki kesalahan atas kekeliruan, kesalahan atau penyimpangan yang terjadi.²⁵⁰ Selain itu, Pengawasan intern atau internal rumah sakit syariah dilakukan melalui mekanisme yang berada di dalam struktur organisasi rumah sakit. Pengawasan ini dijalankan oleh manajemen, unit-unit terkait, dan unsur pengawasan syariah internal yang bertugas memastikan bahwa kebijakan, prosedur, dan pelaksanaan layanan selaras dengan prinsip syariah.

Dalam praktiknya, pengawasan internal mencakup evaluasi atas pelayanan, obat, makanan, transaksi, serta perilaku sumber daya manusia agar semuanya tetap berada dalam koridor halal, amanah, dan profesional. Terkait pengawasan internal, DPS menempati posisi sentral sebagai organ pengawasan kelembagaan yang memastikan seluruh penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan fatwa dan prinsip syariah. DPS berfungsi pada level strategis dan normatif, yakni memberikan arahan, penilaian, dan koreksi terhadap kesesuaian kebijakan rumah sakit dengan ketentuan syariah. Sementara itu, komite syariah atau unit kepatuhan syariah, apabila dibentuk, berperan pada level operasional untuk membantu manajemen memantau penerapan prinsip syariah dalam pelayanan sehari-hari, termasuk aspek akad, obat, makanan, komunikasi, dan layanan spiritual. Dengan demikian, DPS berfungsi

organisasi. Sedangkan Mc. Farland memberikan definisi pengawasan (control) sebagai berikut. *“Control is the process by which an executive gets the performance of his subordinate to correspond as closely as possible to chosen plans, orders objective, or policies”*. (Pengawasan ialah suatu proses di mana pimpinan ingin mengetahui apakah hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan oleh bawahannya sesuai dengan rencana, tujuan, kebijakan yang telah ditentukan). Rina Dwi Wulandari, *Pengantar Manajemen Syariah*, ed. Oki Sapitri (Jakarta: Kencana, 2024), 280.

²⁴⁹ M. Anang Firmansyah dan Budi W. Mahardhika, *Pengantar Manajemen*, Cet. Ke-1 (Yogyakarta: Deepublish, 2018), 147–48.

²⁵⁰ Filmon Mikson Polin, *Memahami Hukum Acara Tata Usaha Negara*, ed. Detje Manafe (Malang: Media Nusa Creative, 2021), 173.

sebagai pengawas utama pada tataran kelembagaan, sedangkan komite syariah berfungsi sebagai perangkat pendukung pengawasan internal yang memperkuat implementasi syariah di lapangan. Berikut di gambarkan bagan pengawasan dalam konteks rumah sakit syariah.

Gambar 4.7

Konsep Bagan Pengawasan Internal Rumah Sakit Syariah



Sumber: Diolah penulis berdasarkan sintesis berbagai literatur terkait pengawasan

Selain pengawasan internal, rumah sakit syariah juga memerlukan pengawasan ekstern/eksternal dari pihak di luar institusi rumah sakit. Pengawasan ini dapat dilakukan oleh lembaga sertifikasi dan lembaga akreditasi.²⁵¹ Pengawasan eksternal penting untuk memastikan bahwa kepatuhan syariah tidak hanya dinilai berdasarkan klaim internal, tetapi juga diuji secara objektif oleh pihak yang independen. Dengan demikian, rumah sakit syariah memperoleh legitimasi yang lebih kuat karena kepatuhan syariahnya diverifikasi melalui mekanisme penilaian eksternal yang sistematis.

Meskipun MUKISI dan DSN memiliki peran yang sangat penting dalam pengembangan standar, pedoman, dan pemikiran syariah di bidang rumah sakit, dari perspektif hukum positif masih terdapat keterbatasan legitimasi apabila

²⁵¹ Akreditasi merupakan salah satu cara strategis yang dirancang untuk menilai rumah sakit dan memastikan bahwa setiap rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang aman, berkualitas, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Solehudin and Sihura, "Pengaruh Akreditasi Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit," 27.

keduanya diposisikan sebagai lembaga sertifikasi atau akreditasi formal. Peran keduanya lebih kuat pada aspek normatif, konseptual, dan keilmuan, sedangkan fungsi akreditasi formal memerlukan dasar hukum dan kewenangan yang lebih jelas agar hasil penilaiannya memiliki pengakuan yuridis dalam sistem hukum nasional. Merujuk pada beberapa ketentuan yang ada, secara hukum baik MUKISI maupun DSN-MUI tidak memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan akreditasi terhadap rumah sakit di Indonesia, karena tidak ada satu aturan perundang-undangan yang memberikan kewenangan DSN-MUI sebagai Lembaga independen penyelenggara akreditasi terhadap rumah sakit.²⁵² Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebutuhan praktik rumah sakit syariah dan legitimasi kelembagaan yang tersedia.

Kekhususan rumah sakit syariah menuntut adanya lembaga akreditasi yang memang dibentuk secara khusus untuk menilai kesesuaian rumah sakit dengan standar syariah. Penilaian tersebut tidak cukup hanya didasarkan pada aspek mutu pelayanan medis sebagaimana akreditasi rumah sakit pada umumnya, tetapi juga harus mencakup dimensi yang lebih luas, seperti kepatuhan terhadap prinsip halal, penjagaan aurat, pelayanan spiritual, etika pelayanan Islami, serta kesesuaian tata kelola kelembagaan dengan nilai syariah. Oleh karena itu, keberadaan lembaga akreditasi khusus menjadi penting agar rumah sakit syariah dapat dinilai secara lebih komprehensif dan sesuai dengan karakteristiknya. Dengan adanya lembaga tersebut, pengawasan terhadap rumah sakit syariah tidak hanya bersifat umum, tetapi juga memiliki indikator yang secara spesifik mencerminkan prinsip syariah.

²⁵² Ketentuan mengenai penyelenggaraan akreditasi oleh lembaga independen sebagaimana diatur dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 6 Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 pada awalnya ditindaklanjuti melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 yang menetapkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit. Namun dalam perkembangan kebijakan akreditasi rumah sakit, pemerintah kemudian memperluas mekanisme penyelenggara akreditasi dengan menetapkan beberapa lembaga independen melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan tersebut, Menteri menetapkan beberapa lembaga independen yang berwenang menyelenggarakan akreditasi rumah sakit. Hingga sampai saat ini hanya terdapat 6 lembaga yang ditetapkan oleh Menteri dan memiliki kewenangan sebagai penyelenggara akreditasi rumah sakit, yaitu: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS), Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien RS (LAM-KPRS) dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARS)

Atas dasar kebutuhan tersebut, gagasan pembentukan LARSY atau Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Syariah Nasional menjadi relevan sebagai solusi kelembagaan yang lebih tepat. LARSY dapat diposisikan sebagai lembaga akreditasi nasional yang secara khusus bertugas menilai kesesuaian rumah sakit syariah berdasarkan standar syariah dan standar mutu pelayanan kesehatan. Kehadiran LARSY tidak dimaksudkan untuk menggantikan peran MUKISI dan DSN, melainkan untuk mengoperasionalkan standar yang telah dirumuskan ke dalam mekanisme penilaian formal yang memiliki kekuatan kelembagaan lebih jelas. Dengan demikian, LARSY menjadi jembatan antara norma syariah, standar operasional, dan pengakuan formal dalam sistem akreditasi rumah sakit.

Dalam perspektif asas legalitas,²⁵³ kewenangan LARSY sebagai lembaga akreditasi rumah sakit syariah harus memperoleh legitimasi yuridis melalui peraturan perundang-undangan, karena setiap kewenangan yang menimbulkan konsekuensi hukum terhadap masyarakat harus memiliki dasar hukum yang jelas, singkatnya kewenangan hanya diberikan oleh undang-undang.²⁵⁴ Dengan adanya legitimasi yuridis, maka akreditasi rumah sakit syariah oleh LARSY tidak hanya menjadi praktik administratif internal, tetapi menjadi bagian dari sistem hukum kesehatan nasional yang sah, terstruktur, dan memiliki legitimasi demokratis. Kedudukan ini penting agar akreditasi rumah sakit syariah tidak hanya menjadi kebijakan internal atau inisiatif komunitas, tetapi menjadi bagian dari sistem hukum kesehatan nasional yang terstruktur. Dengan posisi tersebut, LARSY dapat berjalan

²⁵³ Asas legalitas merupakan dasar dalam setiap penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan. Dengan kata lain, setiap penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan harus memiliki legitimasi, yaitu kewenangan yang diberikan oleh undang-undang. Dengan demikian, substansi asas legalitas adalah wewenang. H.D. Stout, mengatakan bahwa wewenang adalah keseluruhan hak dan kewajiban yang secara eksplisit diberikan oleh pembuat undang-undang kepada subjek hukum publik. Secara teoritik, kewenangan yang bersumber dari peraturan perundang-undangan tersebut diperoleh melalui tiga cara yaitu atribusi, delegasi, dan mandat. Moh. Hasyim and Nurmalita Ayuningtyas Harahap, "Legalitas Pengaturan Kepesertaan BPJS Kesehatan Sebagai Syarat Pelayanan Publik," *Widya Yuridika: Jurnal Hukum* 6, no. 2 (2023): 250, <https://doi.org/https://doi.org/10.31328/wy.v6i2.4174>.

²⁵⁴ Qamar and Rezah, "Wewenang Sebagai Instrumen Penyelenggaraan Pemerintahan Dalam Sistem Negara Hukum," 208. Lihat juga Moh Gandara, "Kewenangan Atribusi, Delegasi Dan Mandat," *Khazanah Hukum* Volume. 2, no. 3 (2020): 92–98, <https://journal.uinsgd.ac.id/index.php/kh/article/view/8187>.

sejajar dengan sistem akreditasi rumah sakit yang telah ada, namun membawa spesifikasi penilaian yang lebih sesuai dengan kebutuhan rumah sakit syariah.

Dalam model kelembagaan yang ideal, relasi antara LARSY, MUKISI, DSN, dan regulator kesehatan harus dibangun secara saling melengkapi, bukan saling menegasikan. MUKISI dan DSN tetap berfungsi sebagai sumber norma, pengembang pedoman, serta mitra keilmuan yang memberikan dasar konseptual dan syariah bagi standar rumah sakit syariah. Sementara itu, LARSY berperan sebagai pelaksana akreditasi formal yang menilai penerapan standar tersebut dalam praktik penyelenggaraan rumah sakit. Adapun regulator kesehatan tetap memiliki posisi penting dalam memberikan pengakuan hukum dan memastikan bahwa mekanisme akreditasi syariah tetap selaras dengan sistem hukum nasional. Dengan pembagian peran seperti ini, maka tidak terjadi tumpang tindih kewenangan, melainkan pembagian fungsi yang memperkuat ekosistem pengawasan rumah sakit syariah.

Pembentukan LARSY tidak hanya relevan sebagai solusi teknis bagi rumah sakit syariah, tetapi juga memiliki implikasi yang lebih luas terhadap pembaruan hukum kesehatan nasional. Kehadirannya menunjukkan bahwa sistem hukum kesehatan Indonesia dapat berkembang menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat muslim tanpa mengabaikan prinsip legalitas dan tata kelola yang baik. Dalam konteks ini, LARSY dapat menjadi instrumen pembaruan yang memperkaya sistem akreditasi rumah sakit dengan memasukkan dimensi syariah secara formal dan terukur. Dengan demikian, gagasan ini bukan sekadar jawaban atas kebutuhan pengawasan eksternal rumah sakit syariah, tetapi juga bagian dari kontribusi hukum Islam dalam membangun hukum kesehatan nasional yang lebih adaptif, inklusif, dan berorientasi pada kemaslahatan.

Berdasarkan berbagai uraian di atas, maka konstruksi pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah menunjukkan bahwa hukum Islam tidak berhenti pada tataran normatif, melainkan hadir sebagai sistem yang terintegrasi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Dasar hukum memberikan legitimasi, kelembagaan memberi struktur, standarisasi manajemen dan pelayanan memberi pedoman operasional, dan pengawasan menjamin konsistensi pelaksanaan.

Keempat unsur tersebut membentuk kerangka pengaturan yang utuh dan menjadi landasan penting bagi pengembangan rumah sakit syariah sebagai bagian dari sistem hukum nasional. Karena itu, pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah memiliki arti penting bukan semata bagi pengembangan lembaga rumah sakit syariah itu sendiri, tetapi juga bagi penguatan arah pembaruan hukum kesehatan nasional yang lebih responsif terhadap nilai-nilai agama, kemaslahatan, dan perlindungan manusia. Dengan demikian, pembahasan selanjutnya perlu diarahkan pada bagaimana konstruksi tersebut memberi dampak yang lebih luas terhadap sistem hukum kesehatan nasional.

c. Kontribusi Arah Pembaruan Hukum Kesehatan Nasional

Kontribusi hukum Islam terhadap pembangunan sistem hukum nasional pada dasarnya merupakan bagian dari dinamika perkembangan hukum di Indonesia yang bersifat pluralistik.²⁵⁵ Pembahasan mengenai kontribusi hukum Islam dalam pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah tidak dapat dilepaskan dari kedudukannya dalam pembangunan sistem hukum nasional. Dalam konteks ini, rumah sakit syariah bukan sekadar entitas pelayanan kesehatan yang menambahkan label religius pada lembaganya, melainkan sebuah model institusional yang memperlihatkan bagaimana nilai, prinsip, dan kaidah hukum Islam dapat diterjemahkan ke dalam tata kelola pelayanan publik yang konkret. Oleh karena itu, kontribusi hukum Islam dalam bidang ini perlu dipahami sebagai bagian dari dinamika pembaruan hukum nasional, khususnya pada sektor hukum kesehatan yang terus berkembang mengikuti kebutuhan masyarakat, perubahan institusi, dan tuntutan kemaslahatan.

Kontribusi hukum Islam dalam pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah menunjukkan bahwa transformasi hukum Islam dalam hukum nasional

²⁵⁵ Pluralistik berasal dari kata plural yang berarti banyak, maka pluralistik adalah sifat atau kualitas yang menggambarkan keanekaragaman. Sebagai contohnya adalah bahwa Indonesia adalah negara yang pluralistik, karena beranekaragam baik suku bangsa, adat budaya bahasa, agama yang dipeluk nya dan sebagainya. Tukiran, *Kawasan Perbatasan, Kedaulatan Bangsa, Dan Nilai-Nilai Pancasila Dalam Membangun Kedaulatan Bangsa Berdasarkan Nilai-Nilai Pancasila: Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kawasan Terluar, Terdepan, Dan Tertinggal (3T)* (Yogyakarta: Pusat Studi Pancasila UGM, 2015), 65.

mulai mengalami perluasan cakupannya, tidak hanya pada aspek ibadah²⁵⁶ dan muamalah,²⁵⁷ tetapi juga sedang berusaha untuk bertransformasi dalam tata kelola pelayanan di bidang kesehatan. Dalam konteks ini, rumah sakit syariah menjadi media untuk mengaktualisasikan nilai-nilai hukum Islam ke dalam struktur kelembagaan yang mengatur hubungan antara rumah sakit, pasien, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya. Dalam perkembangan hukum nasional, kontribusi hukum Islam tidak selalu hadir dalam bentuk formalisasi syariah secara langsung, melainkan lebih banyak diwujudkan melalui transformasi nilai dan prinsip hukum Islam ke dalam hukum positif. Nilai-nilai seperti keadilan, amanah, perlindungan terhadap hak masyarakat, keseimbangan, dan kemaslahatan menjadi bagian penting dalam pembentukan sistem hukum nasional.²⁵⁸

Secara normatif, kontribusi hukum Islam dalam pengaturan rumah sakit syariah bertumpu pada prinsip *maṣlaḥah* yang basisnya adalah mengupayakan kemanfaatan, dan pencegahan kemudharatan sebagai dasar dalam konstruksi utama pengaturan rumah sakit syariah.²⁵⁹ Kontribusi normatif tersebut terlihat dalam pengembangan standar pelayanan rumah sakit syariah yang tidak hanya berorientasi pada aspek klinis, yang merupakan representasi dari penjagaan jiwa (*ḥifẓ an-nafs*), tetapi juga pada pemenuhan kebutuhan spiritual dan perlindungan hak pasien Muslim. Pelayanan spiritual, pendampingan ibadah, perlindungan aurat, pelayanan

²⁵⁶ Transformasi hukum Islam dalam Hukum Nasional dalam aspek ibadah dapat di temui pada sejumlah regulasi di antaranya UU No. 8 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji dan Umrah

²⁵⁷ Transformasi hukum Islam dalam Hukum Nasional dalam aspek muamalah dapat ditemui pada sejumlah regulasi di antaranya UU No. 21 Tahun 2008 tentang Perbankan Syariah, UU No. 41 Tahun 2004 tentang Wakaf, Perma No. 2 Tahun 2008, Kompilasi Hukum Ekonomi Syariah (KHES) dan lain sebagainya.

²⁵⁸ Hasan Husaini Mariani Ahmadi Hasan Jalaluddin, "Peran Hukum Islam Dalam Pembangunan Hukum Nasional Di Indonesia," *Unes Law Review* 6, no. 2 (2023): 4288, <https://doi.org/https://doi.org/10.31933/unesrev.v6i2>.

²⁵⁹ *Maṣlaḥah* pada prinsipnya berarti menarik manfaat atau menolak mudarat. Namun yang kemanfaatan atau kemudharatan bukan hanya berdasarkan subjektivitas manusia, melainkan menghadirkan kemanfaatan dan mencegah kemudharatan yang sejalan dengan tujuan syariat. Tujuan syariat terhadap manusia ada lima, yaitu menjaga agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta mereka. Maka setiap hal yang mengandung penjagaan terhadap lima prinsip ini disebut *maṣlaḥah*. Sebaliknya, segala sesuatu yang merusak atau menghilangkan prinsip-prinsip tersebut adalah mafsadat, dan mencegahnya termasuk *maṣlaḥah*. Al-Ghazali, "Al-Mustaṣfā Min 'Ilm Al-Uṣūl, Muḥaqiq Ḥamzah Bin Zuhair Ḥafidz," Juz II, 481-482.

yang santun, serta jaminan produk halal merupakan bagian dari implementasi nilai *maṣlahah* dalam pelayanan kesehatan.

Selain itu, prinsip *maṣlahah* juga berfungsi sebagai dasar etik dalam hubungan antara rumah sakit, tenaga kesehatan, dan pasien. Nilai amanah, kejujuran, keadilan, dan tanggung jawab menjadi prinsip penting dalam tata kelola pelayanan kesehatan berbasis syariah. Dalam konteks tersebut, hukum Islam tidak hanya menghadirkan norma religius, tetapi juga memberikan kontribusi normatif-filosofis terhadap pembangunan hukum kesehatan nasional yang lebih berorientasi pada kemaslahatan publik. Dengan demikian, kontribusi normatif berbasis *maṣlahah* menunjukkan bahwa hukum Islam memiliki relevansi dalam pembangunan sistem hukum kesehatan nasional, khususnya dalam menghadirkan pelayanan kesehatan yang tidak hanya efektif secara medis, tetapi juga etis, humanis, dan responsif terhadap kebutuhan spiritual pasien. Prinsip ini memberikan dasar bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang tidak hanya sah secara formal, tetapi juga membawa manfaat nyata bagi pasien dan masyarakat. Oleh karena itu, *maṣlahah* tidak hanya menjadi dasar legitimasi normatif, tetapi juga menjadi arah dalam membangun sistem pelayanan kesehatan yang lebih berkeadilan.

Kontribusi struktural tersebut tampak jelas dalam pembentukan kerangka pengaturan rumah sakit syariah yang terdiri atas dasar hukum, kelembagaan, standar, dan pengawasan. Dasar hukum memberikan legitimasi bagi keberadaan rumah sakit syariah sebagai entitas yang beroperasi dalam sistem hukum nasional, sementara kelembagaan menyediakan struktur yang memungkinkan prinsip-prinsip syariah diterjemahkan ke dalam praktik organisasi. Dalam hal ini, keberadaan DPS dan komite syariah menjadi bukti konkret bahwa hukum Islam tidak hanya berbicara pada tingkat konseptual, tetapi juga membentuk struktur kelembagaan yang berfungsi menjaga arah, mutu, dan kesesuaian penyelenggaraan rumah sakit dengan prinsip syariah. Kehadiran kelembagaan tersebut menunjukkan bahwa hukum Islam bekerja secara institusional, bukan sekadar sebagai nilai yang berdiri sendiri.

Dari struktur kelembagaan tersebut kemudian lahir standar-standar operasional yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit syariah. Standar ini mencakup berbagai aspek, mulai dari pelayanan pasien, pelayanan obat, bimbingan kerohanian, komunikasi dan edukasi islami, hingga tata kelola fasilitas dan sumber daya manusia. Standar-standar tersebut tidak hanya berfungsi sebagai pedoman teknis, tetapi juga sebagai instrumen untuk memastikan bahwa prinsip-prinsip syariah hadir secara nyata dalam setiap proses pelayanan.²⁶⁰ Dengan demikian, hukum Islam berkontribusi dalam membangun suatu sistem standar yang tidak semata-mata berorientasi pada efisiensi administratif, tetapi juga pada kepatuhan syariah, perlindungan pasien, dan pemenuhan kebutuhan spiritual.

Dalam konteks hukum nasional, rumah sakit syariah memperlihatkan adanya proses harmonisasi antara hukum Islam dan sistem hukum positif di Indonesia. Harmonisasi regulasi kesehatan dengan nilai-nilai dan etika keislaman menunjukkan bahwa prinsip syariah dapat diintegrasikan ke dalam kerangka regulasi nasional tanpa menegasikan asas-asas hukum yang berlaku secara umum. Hal ini sekaligus menegaskan pentingnya harmonisasi antara regulasi kesehatan dan nilai etika Islam dalam membangun pelayanan kesehatan yang adil, manusiawi, dan berkeadaban di Indonesia.²⁶¹ Melalui pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah, hukum Islam tidak diposisikan sebagai sistem yang terpisah, melainkan sebagai sumber nilai yang memperkaya dan memperkuat hukum nasional. Dengan demikian, rumah sakit syariah menjadi contoh konkret bahwa integrasi antara hukum Islam dan hukum nasional dapat berlangsung secara konstruktif, adaptif

Meskipun rumah sakit syariah menunjukkan perkembangan yang cukup signifikan, integrasi pengaturannya ke dalam sistem hukum kesehatan nasional masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu tantangan utama adalah belum adanya regulasi khusus yang secara komprehensif mengatur rumah sakit syariah

²⁶⁰ MUKIS Indonesia, *Pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Syariah Dan Indikator Mutu Wajib Syariah* (Jakarta: MUKISI, 2017). Lihat juga MUKISI, *Standar Dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441*.

²⁶¹ Faiz Karim Fatkhullah et al., "Hak Pasien Dalam Hukum Kesehatan Perspektif Ahlussunnah Wal Jamaah (Aswaja): Analisis Normatif, Filosofis, Dan Etis Berbasis Maqāṣid Al-Syarī 'Ah," *Jurnal Sosial Teknologi*, Volume 6, no. 2 (2026): 784, <https://doi.org/https://doi.org/10.59188/jurnalsostech.v6i2.32728>.

dalam sistem hukum nasional. Pengaturan yang ada saat ini masih tersebar dalam berbagai instrumen, seperti fatwa DSN-MUI, standar sertifikasi syariah, dan regulasi umum tentang rumah sakit.²⁶² Dalam konteks Indonesia sebagai Negara hukum, kondisi tersebut menimbulkan problem kepastian hukum, terutama terkait kedudukan hukum standar syariah, mekanisme pengawasan, serta hubungan antara sertifikasi syariah dengan sistem akreditasi nasional.

Secara teoretis, dinamika tersebut dapat dijelaskan melalui teori perubahan hukum yang menegaskan bahwa hukum tidak bersifat statis, tetapi berkembang mengikuti perubahan masyarakat, kebutuhan sosial, dan tuntutan kemaslahatan. Dalam konteks rumah sakit syariah, teori ini relevan untuk menjelaskan bahwa integrasi prinsip syariah ke dalam hukum kesehatan nasional bukanlah anomali, melainkan bagian dari proses perubahan hukum yang wajar. Hukum Islam di sini tampil sebagai kekuatan normatif yang mendorong pembaruan, bukan sebagai faktor penghambat. Dengan demikian, rumah sakit syariah dapat dipahami sebagai bentuk nyata dari perubahan hukum yang lahir dari kebutuhan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang sejalan dengan nilai-nilai keagamaan dan kemaslahatan.

Teori perubahan hukum juga menjelaskan bahwa hukum dapat berfungsi sebagai sarana rekayasa sosial (*law as a tool of social engineering*).²⁶³ Dalam konteks ini, pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah berpotensi menjadi instrumen pembaruan sistem pelayanan kesehatan nasional menuju sistem yang lebih humanis dan berbasis nilai. Integrasi prinsip-prinsip syariah seperti amanah, keadilan, kemaslahatan, dan perlindungan martabat manusia dapat memberikan arah baru terhadap pembentukan hukum kesehatan nasional. Dengan demikian, rumah sakit syariah tidak hanya menjadi fenomena kelembagaan pelayanan

²⁶² Wawancara dengan Dr. Asep Supyadillah, M.Ag (Koordinator Bidang Layanan, Literasi, Relasi Industri dan Regulasi Dewan Syariah nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI), Zoom, 29 Januari 2026. Dan Wawancara dengan Abudzar Al-Ghifari, Lc, MH (Ketua Dewan Pengawas Syariah (DPS) RSIA Zainab Pekanbaru), 28 Februari 2026.

²⁶³ Tanya, Simanjuntak, and Hage, *Teori Hukum Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang Dan Generasi*, 139. Lihat juga Praja, *Teori Hukum Dan Aplikasinya*, 153. Dan Asmaruddin et al., *Asas Tanggung Jawab Sebuah Pembaruan Asas-Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*, 47.

kesehatan, tetapi juga bagian dari proses transformasi hukum Islam dalam hukum nasional.

Berdasarkan kerangka perubahan hukum tersebut, gagasan pembentukan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Syariah (LARSY) dapat dipahami sebagai salah satu bentuk konkret dari upaya kelembagaan untuk menjawab kebutuhan integrasi nilai syariah dalam sistem hukum kesehatan. Keberadaan LARSY tidak sekadar dimaksudkan sebagai instrumen teknis akreditasi, melainkan sebagai mekanisme penguatan pengawasan eksternal yang memberikan legitimasi lebih jelas terhadap standar rumah sakit syariah. Melalui LARSY, pengawasan terhadap kepatuhan syariah tidak hanya bertumpu pada mekanisme internal rumah sakit atau pada otoritas moral-keilmuan lembaga seperti MUKISI dan DSN, tetapi memperoleh wadah kelembagaan yang lebih terstruktur dan memiliki dasar pengakuan yang lebih tegas dalam sistem hukum nasional. Dengan demikian, LARSY menjadi jembatan antara prinsip-prinsip syariah, kebutuhan pengawasan eksternal, dan tuntutan legalitas dalam penyelenggaraan rumah sakit syariah.

Berdasarkan perspektif tersebut, kontribusi hukum Islam melalui pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah pada akhirnya memberi arah bagi pembaruan hukum kesehatan nasional. Arah pembaruan tersebut tampak dalam kebutuhan untuk memperkuat perlindungan pasien, mengakui dimensi spiritual dalam pelayanan kesehatan, menata standar halal dalam pelayanan rumah sakit, serta membangun regulasi yang lebih sensitif terhadap kebutuhan masyarakat muslim. Dengan demikian, rumah sakit syariah tidak hanya berfungsi sebagai model pelayanan alternatif, tetapi juga sebagai sumber inspirasi bagi reformasi hukum kesehatan yang lebih berorientasi pada keadilan, kemanfaatan, dan kemanusiaan. Pembaruan ini menjadi penting agar hukum kesehatan nasional mampu menjawab perkembangan sosial dan kebutuhan masyarakat secara lebih komprehensif.²⁶⁴ Namun demikian, yang perlu dipahami adalah, bahwa pembaruan tersebut bukan dimaksudkan untuk mengganti sistem hukum kesehatan nasional

²⁶⁴ Hasil penelitian Sri Rahayu, dkk menunjukkan bahwa masyarakat membutuhkan standar mutu pelayanan kesehatan syariah. Rahayu et al., "Analisis Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Syariah Di Rumah Sakit, Jakarta Indonesia," 1.

yang sudah ada, melainkan memperkuatnya melalui integrasi nilai-nilai keislaman yang berorientasi pada kemaslahatan dan perlindungan martabat manusia. Dengan demikian, hukum kesehatan nasional dapat berkembang menjadi sistem hukum yang lebih responsif terhadap karakter sosial dan religius masyarakat Indonesia

Berdasarkan keseluruhan pembahasan, dapat dipahami bahwa hukum Islam memiliki kontribusi yang signifikan terhadap pembangunan sistem hukum kesehatan nasional, khususnya melalui pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah. Kontribusi tersebut tidak hanya bersifat normatif dalam bentuk nilai dan prinsip hukum, tetapi juga bersifat struktural melalui pembentukan kelembagaan, standar manajemen dan pelayanan, sistem pengawasan, serta mekanisme sertifikasi syariah. Selain itu, kontribusi hukum Islam juga memperlihatkan bahwa pembangunan hukum nasional pada dasarnya dapat dilakukan melalui integrasi nilai-nilai agama dengan sistem hukum modern secara harmonis dan konstitusional. Dalam konteks tersebut, rumah sakit syariah bukan hanya institusi pelayanan kesehatan berbasis agama, tetapi juga bagian dari proses pembaruan hukum kesehatan nasional menuju sistem yang lebih humanis, etis, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat Indonesia. Dengan demikian, pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah dapat dipahami sebagai bentuk kontribusi nyata hukum Islam dalam pembangunan sistem hukum nasional yang integratif dan berorientasi pada kemaslahatan masyarakat secara menyeluruh.

Sebagai bentuk penguatan konseptual, *Syariah Compliance Healthcare Framework* (SCHF) yang ditawarkan dalam penelitian ini juga telah dibandingkan dengan konsep *Hospital Mesra Ibadah* (HMI) yang berkembang di Malaysia. Konsep HMI menekankan penyelenggaraan rumah sakit yang ramah ibadah melalui penguatan tata kelola dan memperhatikan aspek komoditi seperti penggunaan produk dan obat-obatan yang memenuhi prinsip halal, dan aspek fasilitas yaitu penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan ibadah serta kenyamanan spiritual pasien.²⁶⁵ Pendekatan tersebut menunjukkan bahwa

²⁶⁵ Ishak Mas'ud et.al, "Concept Of Hospital Mesra Ibadah: Governance Based On Maqasid Al-Syariah And The Role Of Zakat", *AZKA International Journal Of Zakat & Social Finance* (AZJAF) Vol.1 No. 2, 2021, <https://doi.org/10.51377/azjaf.vol1no2.31>

kepatuhan syariah tidak hanya diwujudkan melalui pelayanan medis, tetapi juga melalui dukungan fasilitas dan tata kelola rumah sakit yang selaras dengan nilai-nilai Islam

Namun demikian, SCHF menawarkan ruang lingkup yang lebih luas dibandingkan konsep HMI. Jika HMI lebih berorientasi pada implementasi kepatuhan syariah dalam tata kelola internal rumah sakit melalui aspek pelayanan, komoditi, dan fasiliti, maka SCHF mengembangkan kerangka yang lebih komprehensif dengan mengintegrasikan empat dimensi sistem hukum, yaitu dimensi normatif, struktural, operasional, dan evaluatif. Dengan konstruksi tersebut, kepatuhan syariah tidak hanya dipahami sebagai standar pelayanan rumah sakit, tetapi juga sebagai bagian dari sistem hukum yang memperoleh legitimasi normatif, didukung oleh kelembagaan yang jelas, diimplementasikan melalui standar operasional yang terukur, serta dievaluasi melalui mekanisme pengawasan yang berkelanjutan.

Oleh karena itu, perbandingan dengan konsep Hospital Mesra Ibadah tidak dimaksudkan untuk mengadopsi model Malaysia secara langsung, melainkan sebagai benchmark konseptual dalam menyusun Syariah Compliance Healthcare Framework (SCHF) yang disesuaikan dengan karakteristik sistem hukum Indonesia. Dengan demikian, SCHF tidak hanya mengakomodasi aspek pelayanan, komoditi, dan fasiliti sebagaimana dikembangkan dalam HMI, tetapi juga memperluasnya ke dalam kerangka pengaturan hukum yang lebih integratif sebagai dasar pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah di Indonesia.

C. Penawaran Gagasan Baru

Berdasarkan hasil analisis terhadap implementasi regulasi, kritik hukum Islam, urgensi pengaturan, dan kontribusi hukum Islam terhadap pembangunan sistem hukum kesehatan nasional, penelitian ini menawarkan suatu gagasan baru berupa *Syariah Compliance Healthcare Framework* (SCHF). SCHF sebagai model konseptual integratif dalam pengaturan rumah sakit syariah. SCHF dirancang untuk menempatkan kepatuhan syariah bukan sekadar sebagai aspek etik atau simbolik, melainkan sebagai bagian dari sistem hukum kesehatan yang memiliki dimensi

normatif, struktural, operasional, dan evaluatif. Melalui kerangka ini, prinsip-prinsip hukum Islam dapat dihubungkan secara lebih langsung dengan sistem hukum positif, sehingga pengaturan rumah sakit syariah tidak berdiri di luar sistem hukum nasional, melainkan menjadi bagian dari pengembangannya. Dengan demikian, SCHF bukan hanya menawarkan konsep normatif, tetapi juga memberikan kerangka kerja yang dapat digunakan untuk membangun sistem pengaturan rumah sakit syariah yang lebih utuh. Gagasan *Syariah Compliance Healthcare Framework* (SCHF) dapat di implementasikan dengan ketentuan berikut:

1. **Aspek Normatif**, secara normatif implementasi SCHF diwujudkan melalui usulan penambahan klausul khusus mengenai rumah sakit syariah dalam Undang-Undang Kesehatan. Berdasarkan analisis terhadap kedudukan rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional, tampak bahwa keberadaan rumah sakit syariah memerlukan dasar hukum yang lebih tegas agar tidak berhenti pada tataran deklaratif atau inisiatif kelembagaan semata. Pengaturan yang bersifat umum dalam undang-undang kesehatan belum sepenuhnya memberikan ruang bagi kekhususan rumah sakit syariah, baik dari aspek legitimasi normatif, kelembagaan, standar pelayanan, maupun mekanisme pengawasan. Oleh karena itu, diperlukan penegasan dalam norma dalam undang-undang yang secara eksplisit mengakui eksistensi rumah sakit syariah sebagai bagian dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan nasional. Penambahan klausul khusus mengenai rumah sakit syariah dalam Undang-Undang Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan landasan yuridis yang sah sehingga memberikan legitimasi hukum bagi penyelenggaraan rumah sakit syariah. Klausul tersebut tidak hanya berfungsi sebagai bentuk pengakuan formal, tetapi juga menjadi dasar pengembangan pengaturan lebih lanjut mengenai kelembagaan, standardisasi, dan pengawasan rumah sakit syariah. Dengan adanya norma tersebut, rumah sakit syariah memperoleh legitimasi yang memadai dalam sistem hukum nasional, sekaligus membuka ruang bagi pengaturan operasional yang lebih sesuai dengan prinsip-prinsip syariah dan kebutuhan masyarakat muslim. Pengaturan dalam bentuk klausul dinilai lebih

relevan dibanding pembentukan undang-undang tersendiri, mengingat pembaruan hukum kesehatan saat ini cenderung bersifat integratif dalam kerangka pelayanan kesehatan nasional.²⁶⁶ Berikut usulan pasalnya.

Pasal X

- 1) Rumah Sakit Syariah adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, dengan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, yang seluruh penyelenggaraan pelayanan, tata kelola, pembiayaan, makanan, obat, tenaga, dan aktivitas pendukungnya dilaksanakan berdasarkan prinsip syariah.
- 2) Rumah sakit syariah wajib diselenggarakan berdasarkan prinsip syariah dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Pemerintah mengatur penyelenggaraan rumah sakit syariah sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional.
- 4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan rumah sakit syariah diatur dengan peraturan pelaksana.

2. **Aspek Struktural**, secara struktural SCHF di wujudkan dengan penguatan kelembagaan syariah internal melalui pembentukan komite syariah dan Dewan Pengawas Syariah (DPS) pada rumah sakit syariah. Kedua unsur ini berfungsi sebagai instrumen pengawasan internal yang memastikan bahwa kebijakan rumah sakit, tata kelola kelembagaan, dan praktik pelayanan tetap berada dalam

²⁶⁶ Pengaturan rumah sakit syariah lebih relevan dilakukan melalui perubahan atau penambahan klausul dalam UU Kesehatan dibandingkan membentuk undang-undang khusus tersendiri. Hal ini karena rumah sakit syariah pada hakikatnya tetap merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional, bukan sistem kesehatan yang berdiri sendiri. Rumah sakit syariah hanya menghadirkan penguatan nilai, etika, dan standar pelayanan berbasis prinsip syariah dalam kerangka pelayanan kesehatan yang sama. Pendekatan tersebut juga selaras dengan arah politik hukum nasional pasca lahirnya UU No. 17 Tahun 2023 yang menggunakan metode *omnibus law*. Politik hukum omnibus menekankan integrasi, harmonisasi, dan penyederhanaan regulasi kesehatan dalam satu sistem hukum yang terpadu guna menghindari dualisme dan *hyper regulation*. Maria Margareta Hutajulu, "Praktek Omnibus Law Dalam Pembentukan Undang-Undang Kesehatan Di Indonesia," *Ensiklopedia of Journal* Vol. 6, no. 4 (2024): 204–14, <https://doi.org/https://doi.org/10.33559/eoj.v6i4.2726>. lihat juga Ardhy Damanhury, Mardi Candra, and Rotua Valentina Sagala, "Penerapan Metode Omnibus Law Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan," *Jurnal Sains, Ekonomi, Manajemen, Akuntansi Dan Hukum* 2, no. 1 (2025): 57–68, <https://doi.org/https://doi.org/10.60126/sainmikum.v2i1.825>. Karena itu, pengaturan rumah sakit syariah lebih tepat ditempatkan sebagai penguatan substansi dalam UU Kesehatan melalui penambahan norma mengenai standar pelayanan, sertifikasi syariah, tata kelola, dan perlindungan pasien, bukan melalui pembentukan rezim hukum baru yang terpisah. Dengan model ini, prinsip syariah tetap memperoleh legitimasi hukum tanpa keluar dari sistem pelayanan kesehatan nasional yang terintegrasi.

koridor prinsip syariah. Komite Syariah hadir sebagai perangkat internal rumah sakit yang memastikan bahwa prinsip syariah benar-benar berjalan dalam operasional sehari-hari. Kedudukan Komite Syariah dapat dipahami sebagai bagian dari tata kelola rumah sakit yang bekerja secara lebih dekat dengan proses pelayanan, sehingga fungsinya menyerupai komite medik dalam tata kelola klinis. Jika komite medik memastikan mutu dan kepatuhan dalam aspek klinis, maka Komite Syariah memastikan bahwa praktik pelayanan, tata kelola, dan interaksi rumah sakit dengan pasien tetap berada dalam koridor syariah.

Hubungan antara DPS dan Komite Syariah perlu dipahami sebagai pembagian peran yang saling melengkapi dalam tata kelola rumah sakit syariah. DPS berfungsi pada level pengawasan prinsipil, yakni memastikan bahwa arah kebijakan dan standar rumah sakit tidak menyimpang dari ketentuan syariah, sedangkan Komite Syariah bertugas pada level pelaksanaan operasional agar prinsip tersebut benar-benar dijalankan dalam praktik. Dengan pembagian seperti ini, rumah sakit memiliki struktur pengawasan yang berlapis namun tetap terkoordinasi, sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan. Berikut gambaran hubungan keduanya. Berikut disajikan tabel hubungan DPS dan Komite Syariah.

Tabel 4.20

Hubungan DPS dan Komite Syariah

Aspek	Dewan Pengawas Syariah (DPS)	Komite Syariah
Kedudukan	Pengawas syariah pada tingkat prinsipil dan kebijakan.	Unsur pengawasan internal rumah sakit pada tingkat operasional.
Ruang lingkup	Menilai kesesuaian kebijakan, standar, dan arah penyelenggaraan rumah sakit dengan prinsip syariah.	Mengawasi pelaksanaan teknis, kepatuhan harian, dan penerapan pedoman syariah dalam operasional rumah sakit.
Fungsi utama	Memberikan pengawasan, pertimbangan, dan opini syariah.	Memberikan evaluasi, rekomendasi, dan pendampingan kepatuhan syariah.

Bentuk kerja	Bersifat periodik dan strategis.	Bersifat rutin dan melekat pada aktivitas operasional.
Hubungan kerja	Memberikan arahan dan evaluasi terhadap kebijakan rumah sakit syariah.	Melaksanakan pengawasan teknis serta membantu implementasi prinsip syariah di lapangan.
Output	Opini syariah, rekomendasi kebijakan, dan evaluasi kepatuhan syariah.	Catatan pengawasan, rekomendasi perbaikan, dan tindak lanjut operasional.

Dalam kerangka organisasi rumah sakit sebagaimana diatur dalam PP, keberadaan komite merupakan ruang yang sah untuk menempatkan fungsi pengawasan khusus, sehingga komite syariah dapat diposisikan sejajar secara konseptual dengan komite lain yang berfungsi mendukung tata kelola rumah sakit. Dengan begitu, SCHF tetap masuk ke desain organisasi yang sudah ada, tidak memaksa membentuk struktur yang bertentangan dengan PP.

Usulan Pasal Komite Syariah

Pasal XI

1. Dalam rangka penyelenggaraan rumah sakit syariah, dapat dibentuk Komite Syariah sebagai komite nonstruktural dalam organisasi rumah sakit.
2. Komite Syariah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas membantu pimpinan rumah sakit dalam melakukan pengawasan internal terhadap kesesuaian kebijakan, tata kelola, dan pelayanan rumah sakit dengan prinsip syariah.
3. Komite Syariah berwenang melakukan evaluasi kepatuhan syariah, memberikan rekomendasi perbaikan, serta menyusun pedoman teknis pelaksanaan prinsip syariah di rumah sakit.
4. Ketentuan mengenai susunan, tugas, fungsi, dan tata kerja Komite Syariah diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Usulan Pasal DPS

Pasal Y

1. Rumah sakit syariah wajib memiliki Dewan Pengawas Syariah (DPS) sebagai organ pengawasan syariah.
2. DPS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas memberikan pengawasan, pertimbangan, dan opini syariah terhadap kebijakan, standar, dan penyelenggaraan rumah sakit syariah.

3. DPS melakukan evaluasi secara berkala terhadap kesesuaian penyelenggaraan rumah sakit syariah dengan prinsip syariah dan menyampaikan hasil pengawasan kepada pimpinan rumah sakit dan/atau pihak yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Ketentuan mengenai kedudukan, susunan, tugas, fungsi, dan tata kerja DPS diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

3. Aspek Operasional, secara operasional SCHF juga menempatkan standardisasi manajemen dan pelayanan rumah sakit syariah sebagai unsur penting dalam pengaturan operasional. Standardisasi ini disusun dengan mengintegrasikan prinsip hukum Islam dan hukum positif sebagai acuan dalam tata kelola kelembagaan, pelayanan pasien, sumber daya manusia, dan mekanisme pengawasan. Dengan standardisasi tersebut, rumah sakit syariah memiliki pedoman yang jelas untuk memastikan bahwa setiap aspek penyelenggaraan rumah sakit berjalan sesuai dengan nilai syariah sekaligus tetap memenuhi standar profesional kesehatan. Standardisasi juga berfungsi sebagai alat ukur untuk menilai konsistensi penerapan prinsip syariah dalam praktik sehari-hari. Untuk aspek manajemen diklasifikasikan setidaknya dalam beberapa standar berikut yakni: Standar Syariah Tata Kelola Rumah Sakit, Standar Syariah Manajemen Mutu, Standar Syariah Pemasaran, Standar Syariah Akuntansi Dan Keuangan, Standar Syariah Manajemen Fasilitas, dan Standar Syariah Sumber Daya Manusia. Sedangkan untuk pelayanan di kelompokkan dalam beberapa standar berikut yakni: Standar Akses Pelayanan, Standar Asuhan Pasien, Standar Penggunaan Obat halal, Standar Bimbingan Kerohanian, Standar Komunikasi dan Edukasi Islami

4. Aspek Evaluatif, aspek ini diwujudkan melalui pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal dilakukan dengan melakukan monitoring dan evaluasi oleh komite syariah. Sedangkan evaluasi eksternal SCHF menempatkan akreditasi sebagai instrumen penting untuk memastikan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit syariah dilakukan secara berkesinambungan. Hal ini sejalan dengan Pasal 885 PP 28 Tahun 2024 yang menegaskan bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara eksternal dilakukan melalui registrasi, lisensi, dan akreditasi. Berdasarkan ketentuan

tersebut, rumah sakit syariah dapat diintegrasikan ke dalam mekanisme akreditasi yang tidak hanya menilai pemenuhan standar mutu pelayanan kesehatan, tetapi juga menguji kepatuhan terhadap prinsip syariah. Dengan demikian, akreditasi dalam kerangka SCHF berfungsi sebagai sarana pengakuan formal sekaligus verifikasi substantif atas kesesuaian penyelenggaraan rumah sakit syariah dengan standar kesehatan dan syariah.

Keberadaan akreditasi khusus rumah sakit syariah diperlukan agar pengawasan eksternal tidak semata-mata bertumpu pada standar umum pelayanan kesehatan, melainkan juga mencakup dimensi kepatuhan syariah yang menjadi ciri khas penyelenggaraan rumah sakit syariah. Untuk itu, perlu dibentuk atau diakui lembaga akreditasi rumah sakit syariah yang memiliki kewenangan melakukan penilaian secara objektif, sistematis, dan terukur. SCHF mengusulkan pembentukan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Syariah (LARSY) sebagai lembaga akreditasi khusus yang memiliki legitimasi formal dalam sistem hukum nasional, atau bisa juga diakui sebagai MUKISI sebagai Lembaga yang diberikan kewenangan untuk melakukan akreditasi syariah. Dalam konteks ini, lembaga tersebut berfungsi sebagai jembatan antara standar mutu pelayanan kesehatan dengan standar kepatuhan syariah, sehingga rumah sakit syariah memperoleh legitimasi yang lebih kuat dalam sistem hukum nasional.

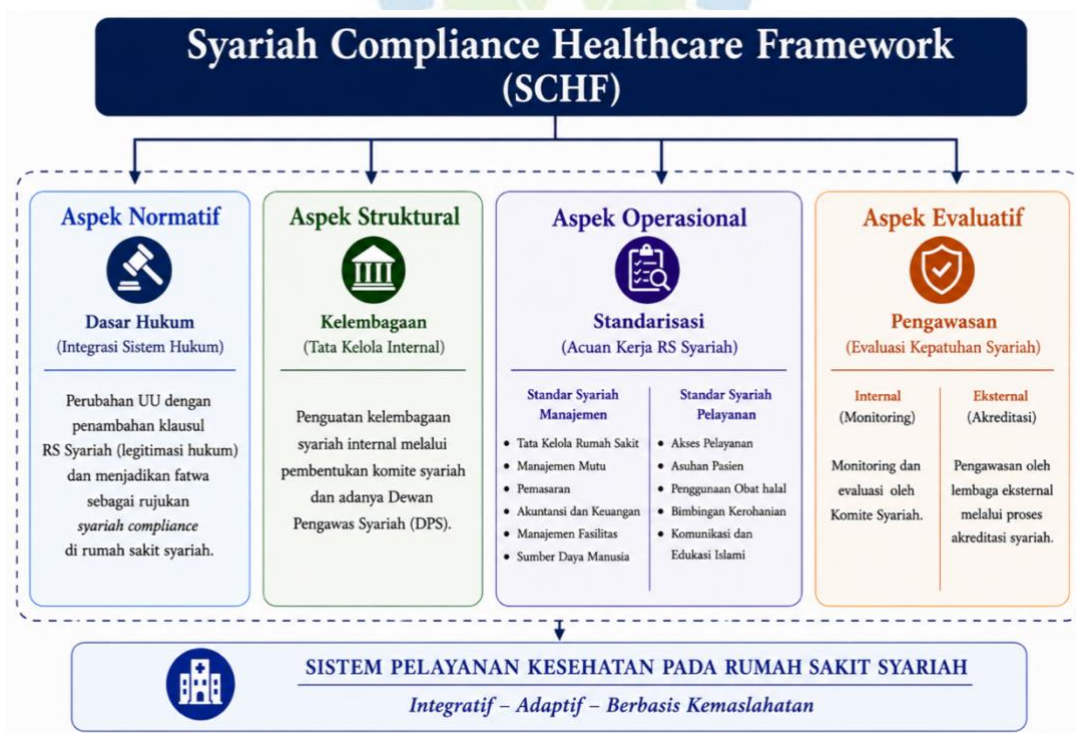
Usulan pasal akreditasi

Pasal Z

1. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit syariah secara eksternal dilakukan melalui akreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Akreditasi rumah sakit syariah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan untuk menilai pemenuhan standar mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan kepatuhan terhadap prinsip syariah.
3. Akreditasi rumah sakit syariah dilakukan oleh lembaga akreditasi rumah sakit syariah yang diakui sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Ketentuan mengenai standar, tata cara, dan mekanisme akreditasi rumah sakit syariah diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Melalui 4 elemen SCHF di atas, pengaturan rumah sakit syariah diarahkan menjadi bagian dari pembaruan hukum kesehatan nasional yang lebih integratif, adaptif, dan berorientasi pada kemaslahatan serta perlindungan hak spiritual pasien. Gagasan ini tidak hanya memberikan solusi atas problem normatif dan kelembagaan rumah sakit syariah, tetapi juga memperkaya arah pembentukan hukum kesehatan nasional agar lebih responsif terhadap perkembangan sosial dan kebutuhan masyarakat muslim. Dengan demikian, SCHF diharapkan dapat menjadi kerangka pengembangan hukum kesehatan yang tidak hanya menekankan aspek legal-formal, tetapi juga mengakomodasi dimensi moral, spiritual, dan kemanusiaan dalam pelayanan kesehatan. Berikut gambaran struktur SCHF.

Gambar 4.8
Struktur Syariah Compliance Healthcare Framework (SCHF)



SCHF tidak hanya merupakan model konseptual pengaturan rumah sakit syariah, tetapi juga menghasilkan implikasi teoretis terhadap pengembangan kajian hukum kesehatan. Berdasarkan sintesis teori Masalah, Kepastian Hukum, Perubahan Hukum, dan Hukum Pembangunan, penelitian ini merumuskan suatu proposisi teoretis yang menjelaskan hubungan antara integrasi sistem hukum dan

efektivitas kepatuhan syariah dalam penyelenggaraan rumah sakit syariah. Berdasarkan sintesis tersebut, penelitian ini merumuskan proposisi hasil penelitian sebagai berikut:

Efektivitas *Syariah Compliance* dalam penyelenggaraan rumah sakit syariah ditentukan oleh keterpaduan empat dimensi sistem hukum, yaitu dimensi normatif, struktural, operasional, dan evaluatif.

Proposisi ini menunjukkan bahwa kepatuhan syariah dalam penyelenggaraan rumah sakit tidak cukup dibangun melalui pengaturan normatif semata, tetapi memerlukan keterpaduan antara regulasi, kelembagaan, standar operasional, serta mekanisme evaluasi yang saling mendukung. Semakin tinggi tingkat integrasi keempat dimensi tersebut, semakin tinggi pula tingkat kepatuhan syariah dan kepastian hukum yang dapat diwujudkan. Sebaliknya, apabila salah satu dimensi tidak berfungsi, maka kepatuhan syariah akan berjalan secara parsial sehingga belum mampu terinstitusionalisasi secara utuh dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Penelitian ini tidak hanya menawarkan *Syariah Compliance Healthcare Framework* (SCHF) sebagai model integratif pengaturan dan standarisasi rumah sakit syariah, tetapi juga merepresentasikan paradigma pengembangan keilmuan UIN Sunan Gunung Djati Bandung, yaitu Wahyu Memandu Ilmu (WMI), melalui integrasi nilai-nilai syariah dengan sistem hukum kesehatan nasional. Kerangka tersebut sejalan dengan visi UIN Sunan Gunung Djati Bandung sebagai Universitas Islam Negeri yang Unggul, Kompetitif, dan Inovatif berbasis Rahmatan lil 'Alamin, karena mengembangkan sistem hukum kesehatan yang tidak hanya menjamin kepastian hukum, tetapi juga menghadirkan kemaslahatan, keadilan, dan pelayanan kesehatan yang inklusif bagi seluruh masyarakat.

D. Temuan Kebaruan dan Orisinalitas Penelitian

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengaturan rumah sakit syariah dalam sistem hukum kesehatan nasional selama ini belum terbangun dalam kerangka yang utuh, baik dari sisi legitimasi normatif, kelembagaan, pengawasan, maupun

standardisasi operasional. Sejumlah penelitian terdahulu umumnya masih menempatkan rumah sakit syariah sebagai fenomena etik, praktik kelembagaan, atau penerapan nilai-nilai keislaman dalam pelayanan kesehatan, namun belum merumuskannya secara komprehensif sebagai suatu model pengaturan hukum yang integratif. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini menemukan adanya ruang kebaruan yang terletak pada kebutuhan untuk membangun kerangka konseptual yang mampu menjembatani hukum Islam dan hukum positif secara lebih sistematis dalam penyelenggaraan rumah sakit syariah.

Berdasarkan hasil analisis terhadap temuan penelitian, kebaruan disertasi ini dapat dijelaskan dalam tiga bentuk utama, yaitu *conceptual novelty*, *regulatory novelty*, dan *integrative novelty*. Ketiga bentuk kebaruan tersebut saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan argumentatif yang menunjukkan bahwa penelitian ini tidak hanya menawarkan istilah baru, tetapi juga membangun struktur pemikiran dan pengaturan baru yang lebih komprehensif bagi rumah sakit syariah.

Pertama, bentuk kebaruannya terletak pada kebaruan konseptual (*Conceptual novelty*), yaitu perumusan *Syariah Compliance Healthcare Framework* (SCHF) sebagai model konseptual baru dalam pengaturan rumah sakit syariah. SCHF hadir sebagai jawaban atas fakta bahwa rumah sakit syariah telah berkembang secara empiris, tetapi belum didukung oleh kerangka konseptual yang secara utuh menjelaskan bagaimana kepatuhan syariah harus ditempatkan dalam struktur hukum kesehatan. Dalam hal ini, SCHF tidak hanya menjadi istilah baru, tetapi juga menjadi kerangka berpikir baru yang memosisikan kepatuhan syariah sebagai unsur pengaturan yang memiliki dimensi normatif, struktural, operasional, dan evaluatif.

Kebaruan konseptual ini penting karena sebagian besar penelitian sebelumnya cenderung memandang rumah sakit syariah secara parsial, misalnya hanya sebagai praktik pelayanan bernuansa Islam, etika kelembagaan, atau identitas institusional. Penelitian ini melampaui pendekatan tersebut dengan merumuskan rumah sakit syariah sebagai objek pengaturan hukum yang memerlukan desain konseptual tersendiri. Dengan demikian, SCHF menjadi sumbangan orisinal yang memperluas cara pandang terhadap rumah sakit syariah, dari sekadar fenomena

pelayanan menjadi suatu model pengaturan yang terstruktur dan dapat dikembangkan lebih lanjut dalam sistem hukum nasional.

Kedua, kebaruan pada aspek pengaturan (*regulatory novelty*), yaitu tawaran rekonstruksi norma hukum yang mengatur rumah sakit syariah secara lebih tegas dan operasional. Penelitian ini tidak berhenti pada identifikasi adanya kekosongan hukum, tetapi melangkah lebih jauh dengan menawarkan penambahan klausul khusus dalam undang-undang kesehatan, penguatan kelembagaan komite syariah dan Dewan Pengawas Syariah, penyesuaian mekanisme akreditasi, serta standardisasi syariah melalui peraturan pelaksana. Dengan demikian, kebaruan regulatif penelitian ini terletak pada kemampuannya mengubah hasil analisis menjadi rancangan pengaturan yang konkret.

Kebaharuan ini menunjukkan bahwa rumah sakit syariah tidak cukup hanya diakui secara konseptual, tetapi juga harus memperoleh legitimasi normatif yang jelas agar dapat beroperasi secara sah dan terarah dalam sistem hukum kesehatan nasional. Dalam konteks ini, penelitian ini menawarkan kontribusi yang orisinal karena menyusun desain regulasi yang dapat dijadikan dasar bagi pembentukan kebijakan. Rumusan ini menjadikan rumah sakit syariah tidak lagi berada pada wilayah yang samar atau bergantung pada inisiatif internal semata, tetapi pada kerangka hukum yang lebih pasti, sistematis, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Ketiga, kebaruan dengan mengintegrasikan dua sistem hukum (*integrative novelty*) yaitu kemampuan penelitian ini untuk mengintegrasikan hukum Islam dan hukum positif dalam satu kerangka pengaturan rumah sakit syariah. Kebaharuan integratif ini sangat penting karena rumah sakit syariah memang berada pada titik temu antara nilai-nilai syariah dan sistem hukum kesehatan nasional. Penelitian ini tidak memosisikan kedua sistem tersebut secara berhadap-hadapan, melainkan menghubungkannya secara koheren sehingga prinsip syariah dapat berfungsi di dalam kerangka hukum positif tanpa kehilangan identitas normatifnya.

Melalui SCHF, penelitian ini menunjukkan bahwa integrasi tersebut dapat diwujudkan dalam bentuk dasar hukum, kelembagaan, dan standardisasi operasional, serta aspek akreditasi. Dengan cara ini, penelitian ini memperlihatkan

bahwa hukum Islam dan hukum positif tidak harus dipahami sebagai dua sistem yang terpisah, melainkan dapat dibangun sebagai satu kesatuan pengaturan yang saling melengkapi. Orisinalitas integratif ini memberikan nilai tambah yang kuat karena tidak hanya memperluas diskursus akademik, tetapi juga menawarkan model pengaturan yang lebih realistis dan aplikatif bagi rumah sakit syariah di Indonesia. Untuk memperjelas hubungan antara bentuk kebaruan, uraian kebaruan, dan orisinalitasnya, bagian berikutnya dapat disajikan dalam bentuk tabel agar pembaca lebih mudah menangkap perbedaan dan kontribusi masing-masing novelty secara sistematis.

Tabel 4.21
Kebaharuan dan Orisinalitas

No.	Bentuk kebaruan	Uraian kebaruan	Orisinalitas
1	<i>Conceptual novelty</i>	Penelitian ini memperkenalkan <i>Syariah Compliance Healthcare Framework (SCHF)</i> sebagai model konseptual baru dalam pengaturan rumah sakit syariah.	Penelitian terdahulu umumnya membahas rumah sakit syariah sebagai praktik pelayanan bernuansa Islam, belum sebagai model pengaturan yang utuh. Orisinalitasnya terletak pada kerangka SCHF dirumuskan sebagai model baru yang belum dibangun secara utuh dalam penelitian-penelitian sebelumnya.
2	<i>Regulatory novelty</i>	Penelitian ini menawarkan rekonstruksi norma melalui penguatan dasar hukum, komite syariah,	Studi sebelumnya cenderung berhenti pada identifikasi masalah, belum menghasilkan desain regulasi yang operasional. Sedangkan

No.	Bentuk kebaruan	Uraian kebaruan	Orisinalitas
		DPS, akreditasi, dan standardisasi.	penelitian ini tetapi merumuskan desain regulasi yang operasional.
3	<i>Integrative novelty</i>	Penelitian ini mengintegrasikan hukum Islam dan hukum positif dalam satu kerangka pengaturan rumah sakit syariah.	Orisinil karena penelitian terdahulu umumnya membahas unsur syariah dan unsur hukum positif secara terpisah.

Gambar 4.8 Novelty Disertasi

