



Konsep dan implementasi *good hospital governance* dalam berbagai model kepemilikan rumah sakit: Tinjauan literatur

Concept and implementation of good hospital governance in various hospital ownership models: A literature review

Mutia Ulfah

Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Abstrak

Tujuan – Penelitian ini bertujuan untuk memetakan, membandingkan, dan mensintesis pola implementasi prinsip *Good Hospital Governance* (GHG) pada berbagai model kepemilikan rumah sakit (pemerintah, swasta, dan yayasan) berdasarkan literatur ilmiah yang tersedia, guna mengeksplorasi keterkaitan antara struktur kepemilikan dan orientasi tata kelola manajerial dalam ekosistem jaminan kesehatan universal.

Desain/metodologi/pendekatan – Penelitian ini merupakan tinjauan literatur (literature review) naratif. Analisis dilakukan dengan mengintegrasikan Teori Kepemilikan (*Ownership Theory*), Teori Hak Kepemilikan (*Property Rights Theory*), dan Teori Keagenan (*Agency Theory*) sebagai lensa interpretatif untuk membedah penerapan lima pilar GHG yang diadaptasi dari kerangka Sami et al. (2021): transparansi, akuntabilitas, partisipasi, integritas, dan kapasitas kebijakan.

Temuan – Sintesis literatur mengindikasikan bahwa status kepemilikan berkaitan dengan pola tata kelola yang berbeda pada tiap tipe rumah sakit: rumah sakit pemerintah cenderung bercirikan *Birokratis-Regulatif* (unggul pada pengawasan formal namun lebih lambat merespons krisis); rumah sakit swasta cenderung bercirikan *Korporat-Efisiensi Pasar* (unggul pada digitalisasi namun lebih tertutup pada transparansi tarif); dan rumah sakit yayasan cenderung bercirikan *Normatif-Sosial* (unggul pada partisipasi kolektif berbasis nilai namun menghadapi keterbatasan sistem administrasi formal). Pada literatur yang ditelaah, tantangan yang berulang muncul pada aspek keterbatasan sumber daya manusia dan tumpang tindih peran struktural.

Keterbatasan penelitian – Keterbatasan penelitian ini terletak pada jumlah artikel yang ditelaah (5 artikel) sehingga generalisasi temuan bersifat terbatas, kata kunci pencarian yang masih sederhana, serta minimnya transparansi proses seleksi pada sumber-sumber primer. Penelitian selanjutnya disarankan untuk memperluas cakupan basis data dan kata kunci pencarian, menerapkan diagram alur PRISMA secara eksplisit, serta mengintegrasikan data primer (studi kasus/wawancara) untuk memperkuat validitas temuan.

Implikasi – Secara teoretis, telaah literatur ini mengindikasikan bahwa hak atas keuntungan sisa (*residual claims*) berkaitan dengan pergeseran orientasi tata kelola dari berbasis aturan (*rule-based*) menuju berbasis nilai (*value-based*). Secara praktis, temuan ini mengindikasikan pentingnya perhatian terhadap penguatan SDM di sektor swasta, formalisasi sistem integritas/anti-fraud tertulis pada sektor yayasan, dan optimalisasi fleksibilitas pengelolaan keuangan pada sektor pemerintah melalui skema BLUD.

Kebaruan – Kebaruan penelitian ini terletak pada penyusunan sintesis model komparatif yang mengklasifikasikan tipologi tata kelola GHG berdasarkan hak kepemilikan dalam satu kerangka analisis, serta mengangkat fenomena anomali transparansi tarif protektif pada sektor swasta sebagaimana teridentifikasi dalam literatur yang ditelaah.

Kata Kunci: *Good Hospital Governance*, Kepemilikan Rumah Sakit, Teori Keagenan, Teori Hak Kepemilikan, Tata Kelola Klinis.

Abstract

Purpose – This study aims to map, compare, and synthesize patterns in the implementation of Good Hospital Governance (GHG) principles across various hospital ownership models (public, private, and foundation) based on available scientific literature, in order to explore the association between ownership structure and managerial governance orientation within the universal health insurance ecosystem.

Design/methodology/approach – This study is a narrative literature review. The analysis integrates Ownership Theory, Property Rights Theory, and Agency Theory as interpretive lenses to examine the application of five GHG pillars adapted from Sami et al. (2021): transparency, accountability, participation, integrity, and policy capacity.

Findings – The literature synthesis indicates that ownership status is associated with distinct governance patterns: public hospitals tend to show a Bureaucratic-Regulative pattern (strong in formal oversight but slower in crisis response); private hospitals tend to show a Corporate-Market Efficiency pattern (strong in digitalization but more closed regarding tariff transparency); and foundation hospitals tend to show a Normative-Social pattern (strong in value-based collective participation but constrained in formal administrative systems). Across the literature reviewed, recurring challenges include human-resource limitations and overlapping structural roles.

Research limitations – This study is limited by the small number of articles reviewed (5 articles), which constrains the generalizability of the findings, by the relatively simple search keywords used, and by limited transparency in the selection process of primary sources. Future research is encouraged to broaden the database and keyword coverage, apply an explicit PRISMA flow diagram, and integrate primary data (case studies/interviews) to strengthen validity.

Implications – Theoretically, this literature review indicates that residual claims are associated with a shift in governance orientation from rule-based to value-based. Practically, the findings point to the importance of HR strengthening in the private sector, formalization of written integrity/anti-fraud systems in the foundation sector, and optimization of financial management flexibility in the public sector through the BLUD scheme.

Originality – The originality of this study lies in formulating a comparative synthesis model that classifies GHG governance typologies based on property rights within a single analytical framework, as well as surfacing the phenomenon of protective tariff-transparency anomalies in the private sector as identified in the reviewed literature.

Keywords: Good Hospital Governance, Hospital Ownership, Agency Theory, Property Rights Theory, Clinical Governance

Histori Artikel:

Diterima: 11 Juni 2026, Direvisi: 13 Juli 2026, Disetujui: 20 Juli 2026, Dipublikasikan: 29 Juli 2026.

***Penulis Korespondensi:**

haimutia@gmail.com

DOI:

<https://doi.org/10.60036/jbm.1272>

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan pilar utama dalam pelayanan kesehatan dan banyak menghadapi tuntutan mutu pelayanan, efisiensi biaya, transparansi dan akuntabilitas. Penyelenggaraan rumah sakit di era modern menghadapi tantangan yang semakin kompleks, terutama akibat pesatnya perkembangan teknologi kesehatan yang menuntut ketersediaan sarana dan prasarana yang canggih serta berbiaya tinggi. Kondisi ini tidak hanya meningkatkan kebutuhan akan sumber daya manusia dalam jumlah yang memadai, tetapi juga menuntut tingkat profesionalisme dan kompetensi teknis yang tinggi, khususnya dalam pengoperasian peralatan medis modern. Konsekuensinya, rumah sakit tidak lagi dapat dikelola secara konvensional,

melainkan memerlukan sistem organisasi yang lebih adaptif, terstruktur, dan berbasis profesionalisme.

Di sisi lain, ekspektasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga mengalami pergeseran signifikan, tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga pada kualitas pengalaman layanan seperti kenyamanan, aksesibilitas, dan kecepatan pelayanan. Peningkatan ekspektasi ini memperkuat tekanan terhadap rumah sakit untuk tidak hanya efisien secara operasional, tetapi juga akuntabel dan responsif terhadap kebutuhan pasien. Dalam konteks tersebut, penerapan *good governance* menjadi suatu keniscayaan, bukan sekadar pilihan normatif. Andrianto (2007) mendefinisikan *good governance* sebagai pengelolaan yang baik, yaitu pengelolaan yang dijalankan sesuai dengan prinsip-prinsip dasar yang telah ditetapkan. Namun demikian, dalam praktiknya, konsep "baik" tersebut seringkali bersifat normatif dan belum sepenuhnya teroperasionalisasi secara konsisten dalam tata kelola rumah sakit, khususnya ketika dihadapkan pada perbedaan karakteristik kepemilikan dan kepentingan organisasi.

Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang lebih mendalam mengenai bagaimana prinsip-prinsip *good governance* tidak hanya dipahami secara konseptual, tetapi juga diimplementasikan secara kontekstual dalam berbagai model kepemilikan rumah sakit, sehingga mampu menjawab tantangan kompleksitas layanan kesehatan modern.

Perbedaan struktur kepemilikan rumah sakit merupakan salah satu faktor krusial yang memengaruhi pola tata kelola organisasi. Rumah sakit milik pemerintah, swasta, dan yayasan memiliki karakteristik yang berbeda dalam hal tujuan, sumber pendanaan, mekanisme pengambilan keputusan, serta tingkat otonomi manajerial. Rumah sakit pemerintah cenderung berorientasi pada pelayanan publik dengan tingkat intervensi regulasi yang tinggi, sehingga proses pengambilan keputusan seringkali bersifat birokratis dan kurang fleksibel. Sebaliknya, rumah sakit swasta umumnya berorientasi pada efisiensi dan keberlanjutan finansial, dengan struktur tata kelola yang lebih adaptif dan responsif terhadap dinamika pasar. Sementara itu, rumah sakit berbasis yayasan berada pada posisi antara, dengan mengedepankan misi sosial namun tetap dituntut menjaga keberlanjutan operasional.

Perbedaan karakteristik kepemilikan tersebut berimplikasi langsung terhadap implementasi prinsip-prinsip *good hospital governance*, seperti transparansi, akuntabilitas, independensi, dan keadilan. Setiap model kepemilikan menghadapi tantangan tata kelola yang berbeda, baik dalam hal konflik kepentingan, efektivitas pengawasan, maupun keseimbangan antara misi sosial dan tuntutan finansial. Dengan demikian, penerapan *good governance* tidak dapat dipandang sebagai pendekatan yang bersifat seragam, melainkan perlu disesuaikan dengan konteks kepemilikan dan lingkungan organisasi masing-masing rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa kajian mengenai hubungan antara kepemilikan rumah sakit dan implementasi tata kelola menjadi penting untuk memahami variasi kinerja dan kualitas layanan yang dihasilkan.

Rumah sakit milik pemerintah bersifat sosial dan ekonomi yang mengutamakan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat. Rumah sakit umum sebagai salah satu instansi pemerintah harus mampu memberikan pertanggungjawaban baik secara keuangan maupun non-keuangan kepada pemerintah dan masyarakat sebagai pengguna jasa. Salah satu permasalahan yang terjadi adalah adanya keluhan-keluhan pasien yang seringkali diabaikan oleh tenaga kesehatan sehingga menimbulkan persepsi atau citra buruk rumah sakit. Ketidakpuasan pasien lebih berkaitan dengan sikap dan perilaku petugas kesehatan, antara lain: keterlambatan pelayanan, kurang komunikatif dan informatif, serta sikap kepedulian dan keramahan petugas (Aini, 2024).

Pada rumah sakit swasta, literatur menunjukkan bahwa orientasi utamanya adalah efisiensi operasional dan pertumbuhan profitabilitas finansial (*profit-oriented*), dengan mutu

pelayanan klinis diposisikan sebagai komoditas kompetitif. Hubungan kerja di dalamnya banyak dijelaskan melalui lensa teori keagenan yang ketat antara pemilik modal (*principal*) dan manajemen rumah sakit (*agent*), dengan pola kepemimpinan yang cenderung *top-down*: keputusan jangka panjang dan anggaran makro umumnya dikendalikan oleh pemilik modal di tingkat pusat, sementara manajemen lokal berfungsi sebagai agen eksekutif yang dituntut adaptif terhadap dinamika pasar dan meminimalkan risiko bisnis (Xue et al., 2023; Bai & Xu, 2020).

Pada rumah sakit yayasan, literatur termasuk studi pada rumah sakit berbasis nilai keagamaan (Syafa'at et al., 2023) menggambarkan model tata kelola institusional yang khas, di mana operasional tidak semata didorong oleh motif keuntungan finansial (*non-profit oriented*), melainkan berorientasi pada misi sosial dan/atau keagamaan serta fungsi pendidikan bagi rumah sakit yang bernaung di bawah institusi pendidikan tinggi. Nilai-nilai normatif dan etika sosial cenderung menjadi fondasi moral dalam kebijakan pelayanan, dengan gaya kepemimpinan yang lebih kolektif-kolegial dan koordinatif dibandingkan rumah sakit swasta murni. Kendati demikian, model kepemilikan ini umumnya menghadapi keterbatasan finansial mandiri dan bergantung pada dukungan dana taktis dari yayasan/institusi induknya.

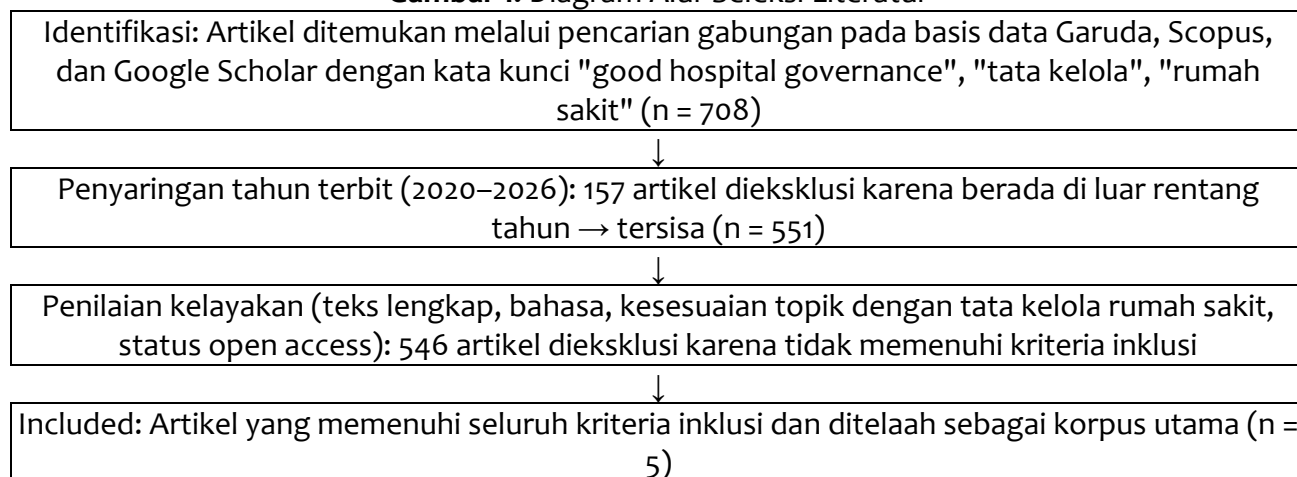
Hingga saat ini, sebagian besar literatur GHG masih membahas tata kelola rumah sakit secara parsial atau berfokus pada satu jenis kepemilikan saja. Belum banyak studi komparatif komprehensif yang mensintesis bagaimana konsep GHG ini beradaptasi dan diimplementasikan secara riil di tengah perbedaan benteng regulasi internal dan strategi bertahan hidup masing-masing model kepemilikan, terutama dalam ekosistem jaminan kesehatan universal.

Oleh karena itu, penelitian berbentuk tinjauan literatur (*literature review*) ini menjadi sangat penting untuk dilakukan. Melalui judul "Konsep dan Implementasi Good Hospital Governance dalam Berbagai Model Kepemilikan Rumah Sakit: Tinjauan Literatur", studi ini bertujuan untuk memetakan, membandingkan, dan mensintesis secara mendalam tipologi tata kelola berdasarkan teori kepemilikan. Hasil dari tinjauan literatur ini diharapkan tidak hanya memperkaya khazanah teoretis mengenai konsep GHG di negara berkembang, tetapi juga mampu memberikan rekomendasi praktis bagi para pengambil kebijakan dan manajemen rumah sakit dalam membenahi kelemahan struktural demi tercapainya tata kelola layanan kesehatan yang ideal.

METODE

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah *literature review*, yaitu mengkaji berbagai artikel ilmiah yang didapat melalui sumber pencarian daring: Garuda, Scopus, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan adalah *good hospital governance*, tata kelola, rumah sakit.

Gambar 1. Diagram Alur Seleksi Literatur



Artikel yang diperoleh selanjutnya disaring berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, meliputi: tahun terbit 2020–2026, diterbitkan dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, pembahasan yang relevan dengan tata kelola rumah sakit, dan merupakan *open access journal*. Berdasarkan penelusuran kata kunci, diperoleh 708 artikel. Setelah tahap penyaringan berdasarkan tahun publikasi, diperoleh 551 artikel. Artikel tersebut selanjutnya ditelaah berdasarkan kelengkapan teks, kesesuaian topik, bahasa yang digunakan, dan relevansi hasil penelitian terhadap bidang kesehatan tata kelola rumah sakit, sehingga diperoleh 5 artikel yang memenuhi seluruh kriteria inklusi dan menjadi korpus utama telaah (lihat Gambar 1).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Good governance adalah sebuah konsep yang mengatur perusahaan dalam mengelola dan mengorganisasikan bisnis agar sesuai dengan tujuan yang dikandung perusahaan tersebut, sedangkan rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang kompleks dan beroperasi dalam lingkungan dengan regulasi yang ketat. Sebagai penyedia jasa kesehatan, rumah sakit memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif kepada seluruh lapisan masyarakat. Dalam penyelenggaraannya, rumah sakit dituntut untuk menerapkan prinsip *good hospital governance* sebagai landasan tata kelola yang efektif (Wulandari & Achadi, 2024). Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023, setiap rumah sakit wajib menerapkan tata kelola yang baik melalui prinsip keadilan (*fairness*), transparansi (*transparency*), kemandirian (*independency*), akuntabilitas (*accountability*), serta pertanggungjawaban (*responsibility*). Penerapan prinsip-prinsip tersebut bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh fungsi dan struktur organisasi rumah sakit, mulai dari tingkat operasional hingga manajerial, dapat berjalan secara optimal sehingga mendukung terwujudnya tata kelola klinis dan tata kelola korporasi yang efektif (Wulandari & Achadi, 2024). Perlu dicatat bahwa lima pilar GHG yang menjadi kerangka analisis utama artikel ini (*transparansi, akuntabilitas, partisipasi, integritas, dan kapasitas kebijakan*), yang diadaptasi dari kerangka Sami et al. (2021), tidak identik dengan lima prinsip yang disebutkan UU No. 17/2023 di atas (*fairness, transparency, independency, accountability, responsibility*). Kedua kerangka tersebut saling beririsan pada aspek transparansi dan akuntabilitas, namun berbeda pada elemen lain: UU No. 17/2023 menekankan pada kemandirian dan keadilan sebagai prinsip regulasi formal, sedangkan kerangka lima pilar GHG yang dipakai artikel ini menekankan partisipasi, integritas, dan kapasitas kebijakan sebagai dimensi analitis komparatif antar-model kepemilikan. Artikel ini secara konsisten menggunakan kerangka lima pilar GHG (Sami et al., 2021) sebagai alat analisis, dengan UU No. 17/2023 diposisikan sebagai dasar regulasi normatif, bukan sebagai kerangka analisis yang dipertukarkan.

Dalam kerangka klasik tata kelola rumah sakit, *know what governance is* memiliki arti bahwa rumah sakit harus memiliki visi, misi, sasaran kinerja, dan prosedur kode etik yang jelas sebagai fondasi tata kelola (Eeckloo, Van Herck, Van Hulle, & Vleugels, 2004). Kerangka ini juga menekankan bahwa pertanggungjawaban dari pihak pemilik memiliki peran yang penting dalam mendukung keberhasilan tata kelola organisasi rumah sakit (Hidayati et al., 2022). Perbedaan kinerja rumah sakit milik swasta seringkali menunjukkan hasil pelayanan dan ekonomi yang lebih buruk dibandingkan rumah sakit milik pemerintah atau yayasan. Hal ini dijelaskan karena fokus utama rumah sakit milik swasta adalah memaksimalkan keuntungan, sehingga berpotensi terjadi pengurangan jumlah staf berkualifikasi atau pembatasan investasi pada peralatan medis untuk menekan biaya; sebaliknya, rumah sakit milik pemerintah dan yayasan cenderung menginvestasikan kembali surplus mereka untuk meningkatkan layanan. Selain itu, rumah sakit milik swasta memiliki tanggung jawab kepada pemegang saham atau investor untuk meningkatkan kekayaan. Akuntabilitas finansial ini sering kali bertabrakan dengan akuntabilitas terhadap keselamatan pasien, sebagaimana ditunjukkan pada penelitian mengenai

perbandingan tingkat kematian dan biaya medis antar-status kepemilikan rumah sakit (Xue, Xu, Cheng, Pan, & Yip, 2023).

Sedangkan rumah sakit milik pemerintah seringkali mengalami kesulitan penanganan layanan dan investasi, meskipun konsep Badan Layanan Umum pada awalnya mendukung kemudahan pengembangan layanan melalui pendapatan yang dapat dikelola langsung untuk membiayai belanja sesuai Rencana Belanja Anggaran dan dilaporkan sebagai pendapatan negara bukan pajak. Namun demikian, tidak semua rumah sakit merasakan fleksibilitas tersebut akibat adanya birokrasi dan peraturan lain yang kurang mendukung dari pihak Kementerian Kesehatan maupun Kementerian Keuangan (Wulandari & Achadi, 2024).

Pada penelitian tahun 2024 mengenai peran Satuan Pengawas Internal (SPI) dalam menciptakan good hospital governance di rumah sakit dengan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah, dinyatakan bahwa implementasi tata kelola di rumah sakit masih belum maksimal salah satu contohnya remunerasi di rumah sakit belum dijalankan secara optimal, meskipun telah didukung oleh Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2020 yang memungkinkan rumah sakit menerapkan kebijakan internal. Beberapa rumah sakit milik pemerintah masih menyatakan tidak berani melaksanakan remunerasi secara menyeluruh sebelum ada pernyataan persetujuan dari pihak Kementerian Kesehatan maupun Kementerian Keuangan, meskipun terdapat pula rumah sakit yang telah melaksanakan sebagian sistem remunerasi melalui kebijakan internal (Wulandari & Achadi, 2024).

Pada rumah sakit milik yayasan, penguatan fungsi dan peran badan yayasan melalui ketersediaan SDM yang memahami manajemen rumah sakit turut mendukung agar perkembangan rumah sakit menjadi lebih terarah, terukur, dan terkendali — sejalan dengan temuan bahwa pertanggungjawaban pemilik/representasi pemilik merupakan salah satu faktor kunci keberhasilan tata kelola organisasi rumah sakit berbasis peraturan internal (Hidayati et al., 2022).

Tabel 2. Ringkasan Artikel yang Ditelaah

Penulis / Tahun	Judul	Metode	Jenis Kepemilikan RS	Hasil
Wibowo & Nyorong, 2023	Implementasi Good Hospital Governance di Rumah Sakit Prima Husada Cipta Medan	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Swasta	Akuntabilitas, responsibilitas, independensi, dan kewajaran dinilai sudah terlaksana dengan baik sesuai standar regulasi dan profesi; aspek transparansi masih memiliki keterbatasan karena alasan privasi perusahaan dan sensitivitas informasi keuangan. Hambatan utama meliputi keterbatasan anggaran, kurangnya komitmen kolektif, serta sistem pengawasan internal yang masih perlu diperketat.

Penulis / Tahun	Judul	Metode	Jenis Kepemilikan RS	Hasil
Syafa'at, Hamoode, & Muwahid, 2023	Implementation of Shariah Hospital Management Fatwa and Good Corporate Governance Principles: Another Fact from Shariah Hospital	Kualitatif (observasi, wawancara, studi dokumen)	Yayasan	Implementasi tata kelola rumah sakit syariah di Jawa Timur berjalan efektif melalui sinkronisasi prinsip Good Corporate Governance (GCG) dengan Fatwa MUI No. 107/DSN-MUI/X/2016. Transparansi diwujudkan melalui sistem pelayanan satu pintu dan keterbukaan informasi kebijakan/visi-misi lewat orientasi karyawan dan media publik (situs web). Akuntabilitas diwujudkan melalui kepatuhan terhadap SOP berbasis nilai, KPI, dan sistem penghargaan (termasuk kewajiban menghafal Al-Qur'an bagi karyawan yang dipromosikan). Tanggung jawab dijalankan melalui kejujuran pelayanan, bimbingan spiritual pasien, dan <i>informed consent</i> yang ketat. Independensi dijaga melalui pengelolaan unit yang profesional tanpa intervensi eksternal. Keadilan diterapkan melalui gaji berbasis masa kerja dan risiko, pemenuhan hak kesejahteraan (mis. makanan bergizi tiap shift), dan pengelolaan inventaris yang tertata. Area yang masih perlu diperbaiki: fasilitas fisik, luas lahan, jumlah SDM, dan ketersediaan obat bersertifikat halal.
Tjaija, Sabir, Usman, & Samad, 2021	Good Hospital Governance at the Indonesian Hospital	Kualitatif eksploratif	Pemerintah	Implementasi kebijakan GHG di RSUD Undata belum berjalan sebagaimana mestinya jika

Penulis / Tahun	Judul	Metode	Jenis Kepemilikan RS	Hasil
				ditinjau dari enam aspek pendukung kebijakan Van Metter dan Van Horn, mencakup kendala pada aspek sumber daya, karakteristik agen pelaksana, disposisi/sikap pelaksana, serta lingkungan ekonomi, sosial, dan politik.
Jalilvand et al., 2024	Hospital Governance Accountability Structure: A Scoping Review	Scoping review	Pemerintah	Banyak rumah sakit belum sepenuhnya menjalankan tata kelola secara ideal. Masih terdapat tantangan besar dalam menyelaraskan tujuan klinis dan manajerial, serta memastikan akuntabilitas yang transparan kepada masyarakat.
Fushen, 2025	The Importance of Hospital Governance in Indonesia: Enhancing Healthcare Quality and Accountability	Kualitatif	Swasta	Transformasi sistem kesehatan di Indonesia memerlukan penguatan tata kelola rumah sakit untuk mengatasi tantangan seperti kualitas layanan yang tidak konsisten, pengelolaan sumber daya yang tidak efisien, dan kurangnya akuntabilitas. Tata kelola efektif, termasuk kepemimpinan transformasional dan struktur organisasi yang transparan, krusial bagi keselamatan pasien. Hambatan utama: ambiguitas peran dan tumpang tindih otoritas antara pemilik rumah sakit dan direktur.

Perbedaan kontras dalam tata kelola pada Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit Yayasan, dan Rumah Sakit Pemerintah dapat dijelaskan secara mendalam melalui Teori Kepemilikan (Ownership Theory) dan Teori Hak Kepemilikan (Property Rights Theory). Secara teoretis, kepemilikan suatu organisasi menentukan siapa yang memiliki hak atas kendali sisa (residual control rights) dan hak atas keuntungan sisa (residual claims). Perbedaan distribusi hak inilah

yang secara fundamental mengarahkan insentif manajemen, struktur akuntabilitas, hingga pola partisipasi dalam mengimplementasikan Good Hospital Governance (GHG).

Dalam konteks rumah sakit swasta, hak kepemilikan berada di tangan pemegang saham atau pemilik modal; berdasarkan teori kepemilikan korporat, pemilik modal memegang hak klaim sisa atas profit operasional rumah sakit. Akibatnya, timbul hubungan keagenan yang ketat (Agency Theory) antara pemilik modal selaku principal dan manajemen rumah sakit selaku agent. Konsekuensi logis dari struktur ini adalah munculnya tata kelola yang menekankan efisiensi biaya, kontrol birokrasi top-down terkait anggaran, serta orientasi pasar yang kompetitif. Manajemen rumah sakit swasta dituntut memiliki kapasitas kebijakan yang tinggi untuk mengonversi target finansial pemilik modal menjadi pelayanan kesehatan yang kompetitif, tanpa melanggar regulasi eksternal (Xue et al., 2023; Wibowo & Nyorong, 2023).

Di kutub yang berbeda, rumah sakit yayasan mencerminkan karakteristik kepemilikan organisasi nirlaba (non-profit ownership). Berdasarkan Property Rights Theory, pada organisasi yayasan tidak ada individu yang memiliki hak klaim sisa (non-distribution constraint) atas surplus keuangan rumah sakit. Keuntungan operasional tidak dibagikan kepada pemilik, melainkan diinvestasikan kembali untuk misi sosial, keagamaan, dan pengembangan institusi. Ketidadaan motif profit finansial pribadi ini menggeser orientasi tata kelola dari corporate governance yang kaku menjadi institutional governance yang lebih normatif dan berbasis nilai (value-based). Struktur kepemilikan kolektif di bawah yayasan merangsang gaya kepemimpinan yang lebih demokratis-horizantal, meskipun di sisi lain rentan menghadapi keterbatasan fleksibilitas anggaran akibat ketergantungan finansial pada dana taktis induk yayasan (Syafa'at et al., 2023).

Sementara itu, rumah sakit pemerintah mewakili bentuk kepemilikan publik (public/state ownership), di mana hak kepemilikan tertingginya berada di tangan masyarakat yang dimandatkan kepada pemerintah (negara). Karena pemiliknya adalah publik, tujuan utama organisasi bergeser dari maksimalisasi nilai ekonomi menjadi maksimalisasi kesejahteraan sosial (social welfare maximization). Tiadanya pemilik modal individu membuat tata kelola rumah sakit pemerintah dikendalikan secara ketat oleh hukum administrasi negara dan birokrasi publik guna mencegah penyalahgunaan wewenang (abuse of power). Implementasi aspek transparansi dan akuntabilitas di rumah sakit pemerintah tidak didikte oleh persaingan pasar, melainkan oleh kepatuhan (compliance) terhadap regulasi formal (Tjajja et al., 2021; Jalilvand et al., 2024).

Secara teoretis, sintesis perbandingan berbasis teori kepemilikan ini mengindikasikan bahwa status kepemilikan bukan sekadar masalah legalitas, melainkan berkaitan erat dengan “arsitektur insentif” organisasi. Struktur korporat swasta cenderung mendorong kepatuhan berbasis kinerja finansial dan efisiensi pasar; struktur yayasan cenderung mendorong kepatuhan berbasis nilai-nilai moral dan misi institusional; sedangkan struktur pemerintah cenderung mendorong kepatuhan berbasis legalitas formal dan akuntabilitas publik.

Implementasi Good Hospital Governance (GHG) dalam sektor kesehatan tidak dapat dilepaskan dari struktur kepemilikan yang menaungi institusi tersebut. Berdasarkan Ownership Theory (Teori Kepemilikan), status kepemilikan berkaitan erat dengan orientasi strategis, struktur kendali, dan prioritas operasional sebuah rumah sakit (Sami et al., 2021). Perbedaan kepemilikan ini menciptakan variasi dalam cara rumah sakit mengadopsi pilar-pilar GHG, seperti transparansi, akuntabilitas, partisipasi, integritas, dan kapasitas kebijakan publik sebagaimana diamanatkan oleh regulasi nasional (Kemenkes RI, 2022). Karimi et al. (2022) serta Chambers et al. (2020) menyebutkan bahwa struktur tata kelola klinis maupun korporat pada akhirnya cenderung beradaptasi dengan “arsitektur insentif” yang dibentuk oleh benteng regulasi internal dan strategi bertahan hidup dari masing-masing entitas pemilik.

Dilihat dari lensa Property Rights Theory (Teori Hak Kepemilikan), alokasi hak atas kendali sisa (residual control rights) dan klaim atas keuntungan sisa (residual claims) berkaitan dengan insentif perilaku yang berbeda antara manajemen rumah sakit swasta, yayasan, maupun

pemerintah (Bai & Xu, 2020; Ferreira et al., 2023). Pada rumah sakit swasta yang dikelola oleh holding komersial, hak atas kepemilikan sisa dipegang penuh oleh pemilik modal. Struktur ini melahirkan hubungan keagenan yang ketat sesuai Agency Theory, di mana pemilik modal bertindak sebagai principal dan manajemen lokal bertindak sebagai agent (Bai & Xu, 2020). Manajemen rumah sakit swasta dituntut bergerak lincah dan berorientasi pada efisiensi biaya demi pertumbuhan profitabilitas finansial (profit-oriented) tanpa mengorbankan mutu klinis (Borsa et al., 2023; Wibowo & Nyorong, 2023).

Kondisi hubungan keagenan yang ketat ini berkaitan langsung dengan aplikasi pilar GHG di rumah sakit swasta: dalam aspek transparansi dan akuntabilitas, rumah sakit swasta cenderung bersifat *inward-looking* (berfokus ke dalam) dan protektif. Informasi strategis, rincian laporan keuangan, serta tarif pelayanan kepada publik dikelola secara sangat hati-hati demi melindungi iklim kompetisi bisnis dari kompetitor pasar (Mannion et al., 2021). Kendati demikian, tuntutan efisiensi pasar mendorong manajemen memiliki kapasitas kebijakan teknologi yang unggul, seperti penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) untuk memenuhi standar akreditasi dan meminimalkan risiko bisnis (Dwiyanto, 2021; Wibowo & Nyorong, 2023).

Sebaliknya, pada rumah sakit yayasan, Property Rights Theory menjelaskan adanya pembatasan distribusi keuntungan (non-distribution constraint), di mana surplus finansial tidak ditujukan untuk memperkaya individu melainkan diinvestasikan kembali ke dalam misi sosial-keagamaan atau fungsi pendidikan (Bai & Xu, 2020). Akibatnya, hubungan keagenan di rumah sakit yayasan tidak sekaku di rumah sakit swasta murni. Nilai-nilai normatif dan komitmen moral menggeser tata kelola menjadi berbasis nilai (*value-based governance*) (Chambers et al., 2020). Pola kepemimpinan yang terbentuk cenderung bersifat demokratis-horizontal dan kolektif-kolegial, yang merangsang tingkat partisipasi aktif dari staf dalam forum-forum diskusi operasional (Mannion et al., 2021; Syafa'at et al., 2023). Namun, ketiadaan akses langsung ke modal komersial membuat tata kelola rumah sakit yayasan sering kali diuji oleh keterbatasan anggaran mandiri serta ketergantungan yang tinggi pada dana taktis induk organisasi.

Sementara itu, rumah sakit pemerintah mencerminkan model kepemilikan publik (*public ownership*) di mana hak kepemilikannya dipegang oleh negara untuk pelayanan masyarakat (*public service*). Karakteristik tata kelolanya bersifat birokratis-regulatif, di mana kepatuhan terhadap aturan tertulis (*rule-based*) menjadi acuan utama dalam menjaga integritas organisasi (Dwiyanto, 2021). Walaupun fleksibilitas pengelolaan keuangan telah diakomodasi melalui pola Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan standar Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2022), birokrasi yang berlapis dan jalur pengawasan eksternal cenderung memperlambat kapasitas respons kebijakan taktis rumah sakit saat menghadapi krisis, jika dibandingkan dengan kelincahan sektor swasta (Tjaija et al., 2021; Jalilvand et al., 2024).

Secara sintesis, pengaruh kepemilikan terhadap tata kelola mengindikasikan bahwa tidak ada model tunggal dalam implementasi Good Hospital Governance. Struktur korporat swasta cenderung mendorong efisiensi dan kepatuhan pasar; struktur institusional yayasan cenderung mengedepankan fleksibilitas nilai keagamaan dan sosial; sedangkan struktur pemerintah cenderung menitikberatkan pada kepatuhan birokratis. Memahami variasi tata kelola berbasis teori kepemilikan ini penting bagi regulator kesehatan dalam menyusun kebijakan yang adaptif bagi seluruh ekosistem rumah sakit (Karimi et al., 2022).

Perbedaan status kepemilikan sebuah rumah sakit berkaitan erat dengan bagaimana prinsip-prinsip Good Hospital Governance (GHG) terealisasi di tingkat operasional. Berdasarkan Ownership Theory dan Property Rights Theory, ada atau tidaknya hak atas klaim keuntungan sisa (*residual claims*) serta tujuan utama pendirian institusi oleh pemilik (*principal*) turut memengaruhi arsitektur insentif dan gaya kepemimpinan manajemen (*agent*). Hubungan ini mengindikasikan tiga tipologi tata kelola yang khas dengan capaian pilar GHG yang berbeda satu sama lain, sebagaimana disintesis dari literatur yang ditelaah pada Tabel 1.

Pada rumah sakit yang dimiliki oleh negara atau pemerintah daerah, hak kendali diikat oleh hukum administrasi negara karena orientasi utamanya adalah pelayanan publik murni (public service) demi kesejahteraan sosial. Hubungan kepemilikan publik ini membentuk karakteristik tata kelola yang berbasis kepatuhan ketat terhadap regulasi. Pada pilar Akuntabilitas dan Integritas, model kepemilikan ini cenderung unggul karena sistem pengawasan dan audit keuangannya bersifat formal, eksternal, serta berlapis melalui lembaga resmi negara seperti BPK atau BPKP. Penegakan integritasnya bersifat rule-based integrity, di mana sistem formal pencegahan fraud dan anti-gratifikasi relatif sudah mapan (Jalilvand et al., 2024). Namun, hubungan kepemilikan birokratis ini berdampak pada pilar Kapasitas Kebijakan Publik: panjangnya alur birokrasi formal dan kakunya sistem penganggaran negara membuat manajemen rumah sakit pemerintah cenderung lebih lambat dan kurang fleksibel dalam mengambil keputusan taktis saat merespons krisis operasional (Tjaija et al., 2021).

Kepemilikan swasta cenderung menghasilkan tata kelola korporat yang berorientasi efisiensi dan pasar. Pada rumah sakit swasta yang berada di bawah naungan perusahaan induk komersial, hak atas keuntungan sisa dipegang penuh oleh pemilik modal. Sesuai Agency Theory, pemilik modal menuntut pertumbuhan finansial (profit-oriented) dan efisiensi biaya, yang mendorong manajemen lokal bergerak lincah dan menjadikan mutu klinis serta akreditasi sebagai keunggulan kompetitif. Motif kepemilikan komersial ini memengaruhi pilar Transparansi, di mana rumah sakit swasta cenderung bersikap protektif dan selektif: informasi strategis dan tarif pelayanan seringkali tidak ditampilkan secara terbuka guna melindungi strategi bisnis dari kompetitor pasar; transparansi cenderung lebih kuat pada ranah digital internal manajemen (Wibowo & Nyorong, 2023). Pada pilar Akuntabilitas, tuntutan efisiensi biaya dari pemilik modal memicu tantangan berupa keterbatasan staf (under-staffing) dan sistem Satuan Pengawas Internal (SPI) yang belum sepenuhnya terbentuk, sehingga menimbulkan beban kerja tumpang tindih. Pilar Partisipasi berjalan secara vertikal top-down; aspirasi staf ditampung, namun eksekusi program dapat memakan waktu lama karena menunggu persetujuan anggaran makro dari kantor pusat. Sebaliknya, kepemilikan swasta cenderung unggul pada pilar Kapasitas Kebijakan, di mana tekanan pasar mendorong kapasitas teknologi pelayanan yang tinggi, seperti keberhasilan implementasi digitalisasi rekam medis untuk mengejar status akreditasi.

Kepemilikan yayasan cenderung menghasilkan tata kelola normatif-sosial berbasis nilai. Rumah sakit yang dimiliki oleh yayasan atau institusi pendidikan tinggi beroperasi di bawah aturan pembatasan distribusi keuntungan pribadi (*non-distribution constraint*). Surplus finansial yang dihasilkan diinvestasikan kembali ke dalam organisasi untuk mendukung misi sosial-keagamaan dan pemenuhan fungsi pendidikan (*non-profit oriented*). Ketidadaan motif keuntungan pribadi menggeser tata kelola rumah sakit yayasan menjadi *value-based governance* (berbasis nilai). Pada pilar Partisipasi, model kepemilikan ini cenderung unggul karena gaya kepemimpinannya bersifat demokratis-horizontal dan kolektif-kolegial, dengan direktur yang melibatkan kepala unit dan staf dalam forum diskusi untuk membangun rasa kepemilikan bersama (*sense of ownership*). Untuk pilar Transparansi, rumah sakit yayasan cenderung terbuka secara fisik di area publik melalui pemasangan dokumen visi-misi di dinding, banner, hingga media publik seperti situs web institusi (Syafa'at et al., 2023), meskipun proses keputusan strategis makro di tingkat lembaga induk masih relatif tertutup bagi staf akar rumput. Hambatan terbesar akibat kepemilikan non-profit ini terlihat pada pilar Akuntabilitas dan Integritas: karena keterbatasan SDM, praktik rangkap jabatan masih sering terjadi, dan belum tersedia sistem formal anti-fraud tertulis atau *whistleblowing system* resmi pada sebagian rumah sakit yayasan; penegakan integritas masih banyak bersandar pada komitmen moral. Meski demikian, pada pilar Kapasitas Kebijakan, rumah sakit yayasan cenderung memiliki ketahanan krisis finansial yang relatif baik karena dukungan dana taktis dari lembaga induknya ketika menghadapi risiko kesulitan keuangan.

SIMPULAN

Berdasarkan telaah literatur ini, penerapan Good Hospital Governance tidak memiliki satu model tunggal yang ideal untuk semua rumah sakit. Rumah sakit swasta cenderung unggul dalam pilar kapasitas kebijakan digital dan integritas berbasis aturan formal demi efisiensi pasar. Sementara itu, rumah sakit yayasan cenderung unggul dalam pilar partisipasi demokratis dan integritas berbasis nilai moral demi misi sosial-keagamaan. Rumah sakit pemerintah cenderung unggul dalam pilar kepatuhan regulasi, kepastian hukum, dan pengawasan formal. Keberhasilan GHG di masa depan pada masing-masing model kepemilikan tampaknya bergantung pada kemampuan manajemen untuk menutupi kelemahan struktural seperti rangkap jabatan dan keterbatasan SDM yang melekat pada model kepemilikannya.

Pola yang teridentifikasi dari telaah literatur ini mengindikasikan bahwa tidak ada model GHG yang tunggal dan sempurna. Status kepemilikan tampak berperan sebagai salah satu “kemudi” penting: kepemilikan pemerintah cenderung menghasilkan GHG yang unggul dalam kepatuhan hukum namun lebih lambat; kepemilikan swasta cenderung menghasilkan GHG yang unggul dalam teknologi digital dan efisiensi pasar namun lebih tertutup pada tarif; sedangkan kepemilikan yayasan cenderung menghasilkan GHG yang unggul dalam partisipasi demokratis dan nilai normatif namun lebih lemah dalam sistem administrasi formal. Keberhasilan implementasi GHG pada akhirnya bergantung pada sejauh mana manajemen mampu memitigasi kelemahan struktural yang melekat pada status kepemilikan masing-masing.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk memperluas cakupan artikel dan basis data yang ditelaah, menerapkan diagram alur PRISMA secara eksplisit dalam proses seleksi literatur, serta mengintegrasikan data primer misalnya melalui studi kasus atau wawancara pada rumah sakit dari masing-masing model kepemilikan dan melibatkan perspektif pasien secara langsung, guna memperkuat validitas dan generalisasi temuan.

Keterbatasan

Penelitian ini telah memetakan, membandingkan, dan menganalisis implementasi Good Hospital Governance (GHG) pada berbagai model kepemilikan rumah sakit menggunakan pendekatan teori kepemilikan berdasarkan telaah literatur. Kendati demikian, terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam interpretasi hasilnya:

1. Cakupan wilayah dan jumlah artikel yang ditelaah masih terbatas (5 artikel), sehingga generalisasi temuan perlu dilakukan secara hati-hati.
2. Terdapat asimetri akses terhadap data dokumen internal rumah sakit yang bersifat konfidensial pada literatur yang ditelaah, sehingga sebagian dimensi GHG (khususnya akuntabilitas finansial) tidak dapat dibahas secara mendalam.
3. Fokus penelitian ini belum menyentuh perspektif pasien secara langsung, sehingga pengalaman pengguna layanan terhadap penerapan GHG belum tergambarkan.

Implikasi Penelitian

Temuan dalam penelitian ini memberikan kontribusi yang dapat ditinjau dari dua sudut pandang utama, yaitu secara teoretis bagi perkembangan ilmu manajemen kesehatan, serta secara praktis bagi pengelolaan rumah sakit di lapangan.

Implikasi Teoretis

Secara teoretis, penelitian ini memperkaya khazanah keilmuan mengenai konsep Good Hospital Governance (GHG), khususnya di negara berkembang yang menerapkan sistem jaminan kesehatan universal seperti Indonesia. Melalui lensa teori kepemilikan dan hak kepemilikan, studi ini mengindikasikan bahwa status kepemilikan bukan sekadar aspek legalitas formal, melainkan salah satu faktor utama yang berkaitan dengan perilaku organisasi rumah sakit. Penelitian ini

memperluas diskusi teori keagenan dengan menunjukkan bagaimana tekanan pemilik modal dapat berkaitan dengan penerapan pilar GHG yang berbeda. Sebagai contoh, tuntutan keuntungan pada sektor swasta berkaitan dengan anomali transparansi yang cenderung protektif demi melindungi strategi bisnis dari kompetitor, sebuah realitas yang jarang dibahas dalam konsep tata kelola ideal yang menuntut keterbukaan penuh. Selain itu, sintesis dalam penelitian ini merumuskan tiga tipologi tata kelola yang khas, yaitu tata kelola yang bersifat Birokratis-Regulatif pada pemerintah, Korporat-Efisiensi Pasar pada swasta, dan Normatif-Sosial pada yayasan.

Implikasi Praktis

Secara praktis, penelitian ini memberikan gambaran sekaligus evaluasi kritis bagi para pengelola rumah sakit untuk membenahi kelemahan struktural yang sering kali melekat pada model kepemilikan mereka. Bagi rumah sakit swasta, temuan ini mengindikasikan pentingnya restrukturisasi dan penguatan sumber daya manusia termasuk pembentukan atau penguatan Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk mengatasi keterbatasan staf dan tumpang tindih beban kerja yang berkaitan dengan tekanan efisiensi biaya. Bagi rumah sakit yayasan, temuan ini mengindikasikan pentingnya formalisasi sistem integritas dan anti-fraud tertulis, termasuk mekanisme whistleblowing resmi, agar penegakan integritas tidak lagi sepenuhnya bersandar pada komitmen moral informal. Bagi rumah sakit pemerintah, temuan ini mengindikasikan pentingnya optimalisasi fleksibilitas pengelolaan keuangan melalui skema Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) secara lebih konsisten, agar kepatuhan regulasi yang sudah kuat tidak mengorbankan kapasitas respons kebijakan taktis saat menghadapi krisis operasional di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, H. C. (2024). Good Governance (Tata Kelola) dan Kualitas Pelayanan Kesehatan, Pengaruhnya terhadap Kepuasan Pasien, di RSUD Sogaten, Kota Madiun. *Jurnal Sosial: Jurnal Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial*, 25(1), 25–33.
- Andrianto, N. (2007). *Good e-Government: Transparansi dan Akuntabilitas Publik melalui e-Government*. Bayumedia Publishing.
- Bai, C., & Xu, Y. (2020). Property rights, incentives, and hospital efficiency: Evidence from institutional reforms. *Journal of Health Economics*, 72, 102-115.
- Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. *BMJ*, 382, e075244. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>
- Chambers, N., Mannion, R., Jacobs, R., & Halligan, A. (2020). Hospital governance and its impact on clinical quality: A systematic literature review. *Health Services Management Research*, 33(4), 189-201.
- Dwiyanto, A. (2021). *Mewujudkan Good Governance melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press.
- Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). From corporate governance to hospital governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1–15.
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., & Nunes, A. M. (2023). Property rights theory and hospital performance: Private versus public management in universal health systems. *Social Science & Medicine*, 318, 115-128.
- Fushen, F. (2025). The importance of hospital governance in Indonesia: Enhancing healthcare quality and accountability. *International Journal of Current Science Research and Review*, 8(1), 493–496. <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/v8-i1-52>

- Hidayati, A. N., Aprianto, B., & Istanti, N. D. (2022). Studi Literatur Faktor Keberhasilan Tata Kelola Organisasi Berdasarkan Peraturan Internal Rumah Sakit. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 309–315. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i1.2868>
- Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- Karimi, S., Javan-Noughabi, J., & Rezapour, A. (2022). Comparative analysis of hospital governance models based on ownership: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 45–58.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI]. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan tentang Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik (Good Hospital Governance). Kemenkes RI.
- Mannion, R., Davies, H., Marshall, M., & Freeman, T. (2021). Cultures for performance and learning in healthcare organizations: An agency and institutional perspective. *Health Care Management Review*, 46(2), 112–121.
- Sami, A., Al-Asmakh, M., & Shaban, S. (2021). The impact of ownership structure on the implementation of good hospital governance: A study of private, public, and non-profit sectors. *BMC Health Services Research*, 21(1), 312–326.
- Syafa'at, A. K., Hamoode, Q. A. K., & Muwahid. (2023). Implementation of Shariah Hospital Management Fatwa and Good Corporate Governance Principles: Another Fact from Shariah Hospital. *Jurnal Hukum Islam*, 21(2), 415–442. https://doi.org/10.28918/jhi_v21i2_o8
- Tjaija, A., Sabir, M., Usman, M. H., & Samad, M. A. (2021). Good Hospital Governance at the Indonesian Hospital. *International Journal of Criminology and Sociology*, 10, 554–561. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2021.10.64>
- Wibowo, K. R., & Nyorong, M. (2023). Implementasi good hospital governance di Rumah Sakit Prima Husada Cipta Medan. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 9(1), 16–29. <http://dx.doi.org/10.30829/jumantik.v9i1.14991>
- Wulandari, M., & Achadi, A. (2024). Peran Satuan Pengawas Internal dalam Menciptakan Good Hospital Governance pada Rumah Sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSII)*, 8(3), 301–308.
- Xue, Q., Xu, D. R., Cheng, T. C., Pan, J., & Yip, W. (2023). The relationship between hospital ownership, in-hospital mortality, and medical expenses: An analysis of three common conditions in China. *Archives of Public Health*, 81(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01029-y>