

**SKRIPSI**

**GAMBARAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT  
BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI SNARS  
EDISI 1 DI RUMAH SAKIT ELIM RANTEPAO**

**APSELA BUNDA GLADYS**

**K111 16 343**



**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2021**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.


Makassar, Januari 2022

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH

  
Rini Anggraeni, SKM., M.Kes

Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin



Dr. Irwandy SKM, M.ScPH, M.Kes

### PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin,  
Tanggal 13 Desember 2021.

Ketua : Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH (.....)

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM., M.Kes (.....)

Anggota :

1. Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS (.....)

2. Dian Saputra Marzuki, SKM, M.Kes (.....)

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Apsela Bunda Gladys

NIM :K11116343

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Hp : 089519623554

E-mail : [gladysela7@gmail.com](mailto:gladysela7@gmail.com)

dengan ini menyatakan bahwa judul artikel "**Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao**" benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 31 Februari 2022



Apsela Bunda Gladys

## RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
MAKASSAR, OKTOBER 2021

**APSELA BUNDA GLADYS**

“GAMBARAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT BERDASARKAN  
STANDAR AKREDITASI SNARS EDISI 1 DI RUMAH SAKIT ELIM  
RANTEPAO”

Dibimbing oleh M. Alimin Maidin dan Rini Anggraeni

(xviii + 218 halaman + 9 tabel + 50 gambar + 9 lampiran)

Pada bulan Mei 2019, RS Elim Rantepao resmi memiliki status akreditasi tingkat utama versi SNARS Edisi 1. Salah satu standar yang harus dipenuhi adalah standar tata kelola rumah sakit dimana standar tata kelola rumah sakit merupakan suatu bentuk proses pengaturan keseluruhan fungsi rumah sakit yang dipahami oleh seluruh komponen rumah sakit dan menetapkan tujuan rumah sakit, mendukung serta memantau implementasi pelaksanaan proses di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tata kelola rumah sakit berdasarkan standar akreditasi SNARS Edisi 1 di RS Elim Rantepao dan tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tata kelola rumah sakit di RS Elim Rantepao berdasarkan standar regulasi, fasilitas, proses, monitoring dan evaluasi SNARS.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Instrumen penelitian dan penentuan informan menggunakan instrumen *survey* akreditasi SNARS Edisi 1 dan diperoleh 11 informan. Pengumpulan data dilakukan dengan telusur dokumen, observasi, dan wawancara mendalam. Keabsahan data dilakukan dengan triangulasi sumber dan metode.

Hasil penelitian menyatakan bahwa dari tiga belas EP standar regulasi SNARS di RS Elim Rantepao terdapat dua belas EP yang sudah terpenuhi dan terdapat satu EP yang tidak terpenuhi yaitu pada standar TKRS EP 12 mengenai regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit. Semua elemen penilaian pada standar fasilitas SNARS di RS Elim Rantepao telah terpenuhi. Dari dua elemen penilaian pada standar proses SNARS di RS Elim Rantepao terdapat satu elemen penilaian yang terpenuhi yaitu pada standar TKRS EP 3 mengenai keseragaman dalam proses rekrutmen di rumah sakit dan terdapat satu elemen penilaian yang belum terpenuhi yaitu pada standar TKRS EP 12 mengenai kode etik RS. Pada standar monitoring SNARS di RS Elim Rantepao belum berjalan sesuai dengan tujuan, program dan pencapaian target dari instrumen penilaian SNARS. Pada standar evaluasi SNARS di RS Elim Rantepao sudah berjalan sesuai dengan tujuan, program dan pencapaian target dari instrumen penilaian SNARS.

**Daftar Pustaka : 34 (2002-2020)**

**Kata Kunci : Standar akreditasi, SNARS, tata kelola rumah sakit**

**ABSTRACT**

**HASANUDDIN UNIVERSITY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HOSPITAL MANAGEMENT  
MAKASSAR, OCTOBER 2021**

**APSELA BUNDA GLADYS**

**“DESCRIPTION OF HOSPITAL GOVERNANCE BASED ON SNARS 1<sup>st</sup>  
EDITION ACCREDITATION IN RS ELIM RANTEPAO”**

Supervised by M. Alimin Maidin and Rini Anggraeni

(xviii + 218 pages + 9 tables + 50 pictures + 9 attachments)

In May 2019, RS Elim Rantepao officially had the main level accreditation status version of SNARS 1<sup>st</sup> edition. One standard that must be met is hospital governance standards are a form of the process of regulating the overall functioning of the hospital that is understood by all hospital components and setting hospital goals, support and monitor the implementation of the process in the hospital. The study aims to determine the description of hospital governance based on the SNARS 1<sup>st</sup> edition accreditation standard in RS Elim Rantepao and the specific purpose of this study is to find out the management of hospitals in RS Elim Rantepao based on SNARS regulatory standards, facilities, processes, monitoring and evaluation.

The type of research used is qualitative with a phenomenological approach. The instrument of research and determination of informants used the SNARS 1st edition accreditation survey instrument and was obtained by 11 informants. Data collection is done by searching documents, observations and in-depth interviews. The validity of the data is done by triangulation of sources and methods.

The results of the study stated that from thirteen elements of the standard assessment of the SNARS regulation in RS Elim Rantepao there were twelve elements of the assessment that had been fulfilled and there was one element of the assessment that was not met, it is TKRS standard of assessment element 12 regarding regulations on hospital ethical governance. All assessment elements in the standard SNARS facility in RS Elim Rantepao have been met. There are two assessment elements in the standard SNARS process in RS Elim Rantepao there is one assessment element that is met, it is TKRS standard, assessment element 3 regarding uniformity in the recruitment process in hospitals and there is one assessment element that has not been met, it is TKRS standard assessment element 12 regarding hospital code ethics. The SNARS monitoring standard in RS Elim Rantepao has not been running in accordance with the objectives, programs and target achievement of the SNARS assessment instrument. The SNARS evaluation standard in RS Elim Rantepao has been running in accordance with the objectives, programs and target achievement of the SNARS assessment instrument.

**Bibliography : 34 (2002-2020)**

**Keywords : Accreditation standards, SNARS, hospital governance**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao**” dengan baik dan lancar.

Skripsi ini disusun guna untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Dalam proses penyusunannya, skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala. Tetapi berkat bantuan dan motivasi yang diberikan dari berbagai pihak baik moral maupun material sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Oleh karena itu, untuk diri sendiri terima kasih telah berjuang dan pantang menyerah dalam melewati berbagai suka dan duka selama penyelesaian skripsi ini. Dan dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orang tua tercinta, Paulus Rerung dan Maria Sattu Pararak yang tak henti-hentinya memberikan cinta dan perhatian yang luar biasa baik lewat doa, secara langsung maupun diam-diam, yang jasanya tak akan terbalaskan. Penulis juga berterima kasih yang sebesar-besarnya serta memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH** selaku dosen pembimbing I dan Ibu **Rini Anggraeni, SKM., M.Kes** selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk, arahan dan motivasi.

Penulis menyampaikan terima kasih atas segala bantuan baik moril maupun materi kepada berbagai pihak:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
3. Bapak Prof. Anwar, S.KM., M.Sc., Ph.D selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dr. Irwandy, SKM, M.Kes., M.Sc.PH, selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Seluruh Dosen Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
6. Bapak Dr. Syahrir A.Pasinringi, M.Si selaku penguji dari Departemen Manajemen Rumah Sakit dan Bapak Dian Saputra Marzuki, SKM., M.Kes., selaku penguji dari Departemen AKK yang telah meluangkan waktunya dalam memberi kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
7. Kepada Staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS (Kak Rani, Kak Fuad dan Ibu Ija) terima kasih atas segala bantuannya selama perkuliahan



hingga akhir perkuliahan penulis sebagai mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.

8. Direktur dan Staf RS Elim Rantepao yang telah bersedia menjadi informan penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
9. Seluruh mahasiswa FKM Unhas, keluarga besar HMSC (*Hospital Management Student Community*) dan seluruh teman seperjuangan MRS angkatan 2016 yang telah memberikan banyak pembelajaran, pengalaman, motivasi, bantuan kepada penulis selama menjadi mahasiswa.
10. Kepada Kakak Apri, Kakak Harpin, Kakak Clara, Adik Reina, Adik Fany dan seluruh sanak keluarga yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama proses penulisan.
11. Terima kasih kepada sahabatku Bobi Dama, Puput Indah, Romario Tandibuttu, Yuditia Datulalong dan Prisilia Trisya Lamba' yang senantiasa memberikan dukungan, motivasi dan bantuan kepada penulis.
12. Terimakasih kepada teman satu bimbingan Ummu Kalsum dan Wulan Patanduk yang selalu ada untuk memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis.
13. Serta semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Semoga Tuhan membalas kebaikan yang telah diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat

penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Oktober 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	9
1. Tujuan Umum .....	9
2. Tujuan Khusus.....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
1. Manfaat Ilmiah .....	10
2. Manfaat bagi Peneliti.....	10
3. Manfaat bagi Rumah Sakit.....	10
BAB II.....	11
TINJAUAN PUSTAKA .....	11
A. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit .....	11
1. Pengertian Rumah Sakit.....	11
2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	12
3. Klasifikasi Rumah Sakit .....	13
B. Tinjauan Umum tentang SNARS.....	15
1. Gambaran Umum SNARS .....	15
2. Pengelompokan SNARS.....	16
3. Instrumen Penilaian SNARS .....	18

4. Kebijakan Pemberian Skor.....	21
C. Tinjauan Umum tentang Akreditasi Rumah Sakit .....	26
1. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit.....	26
2. Tujuan Akreditasi Rumah Sakit .....	27
3. Manfaat Akreditasi Rumah Sakit .....	28
4. Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit.....	29
D. Tinjauan Umum tentang Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS).....	32
1. Pengertian Tata Kelola Rumah Sakit.....	32
2. Prinsip–Prinsip Dasar Tata Kelola Rumah Sakit .....	34
E. Tinjauan Umum tentang Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) Berdasarkan SNARS Edisi 1 .....	37
F. Matriks Penelitian Terdahulu .....	51
G. Kerangka Teori .....	56
BAB III .....	57
KERANGKA KONSEP.....	57
A. Dasar Pemikiran Variabel.....	57
B. Kerangka Konsep.....	60
C. Definisi Konseptual.....	61
BAB IV .....	64
METODE PENELITIAN.....	64
A. Jenis Penelitian .....	64
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
C. Informan Penelitian.....	65
D. Instrumen Penelitian.....	66
E. Pengumpulan Data .....	66
F. Keabsahan Data .....	70
G. Pengolahan dan Analisis Data .....	71
H. Penyajian Data .....	71
BAB V .....	72
HASIL DAN PEMBAHASAN .....	72
A. Hasil Penelitian .....	72

B. Pembahasan .....	146
BAB VI .....	171
PENUTUP .....	171
A. Kesimpulan .....	171
B. Saran .....	172
DAFTAR PUSTAKA .....	173
LAMPIRAN .....	176

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS Edisi 1 .....	21
Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu.....	51
Tabel 3.1 Definisi Konseptual.....	61
Tabel 4.1 Sumber Data Penelitian .....	69
Tabel 5. 1 Distribusi Tenaga Berdasarkan Kualifikasi di RS Elim Rantepao Tahun 2021 .....	75
Tabel 5. 2 Karakteristik Informan Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS di RS Elim Rantepao Tahun 2021 .....	77
Tabel 5. 3 Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP Standar Regulasi SNARS .....	122
Tabel 5. 4 Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP Standar Fasilitas SNARS .....	132
Tabel 5. 5 Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP Standar Proses SNARS .....	136

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	56
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep .....	60
Gambar 5. 1 Struktur Organisasi RS Elim Rantepao .....	77
Gambar 5. 2 Bukti terkait Peraturan Internal Rumah Sakit ( <i>Hospital Bylaws</i> ) ....	80
Gambar 5. 3 Skema hasil wawancara mendalam mengenai peraturan kewenangan Yayasan Kesehatan Gereja Toraja .....	81
Gambar 5. 4 Bukti terkait struktur organisasi di rumah sakit sampai dengan unit pelayanan .....	84
Gambar 5. 5 Skema hasil wawancara mendalam terkait penetapan struktur organisasi di rumah sakit .....	85
Gambar 5. 6 Bukti regulasi penetapan/pengangkatan direktur rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik.....	86
Gambar 5. 7 Bukti kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang direktur rumah sakit.....	88
Gambar 5. 8 Skema hasil wawancara mendalam mengenai kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang direktur rumah sakit .....	90
Gambar 5. 9 Bukti kumpulan daftar peraturan perundangan yang dipergunakan RS .....	92
Gambar 5. 10 Bukti perizinan RS.....	92
Gambar 5. 11 Bukti rapat yang dipimpin oleh direktur RS .....	93
Gambar 5. 12 Bukti rencana strategi rumah sakit .....	95
Gambar 5. 13 Skema hasil wawancara mendalam mengenai rencana strategi RS	97
Gambar 5. 14 Bukti regulasi cuci tangan dan APD.....	98
Gambar 5. 15 Bukti Kepatuhan staf melaksanakan cuci tangan dan penggunaan APD .....	98
Gambar 5. 16 Skema hasil wawancara mendalam mengenai regulasi dan bukti kepatuhan penggunaan APD dan cuci tangan .....	100
Gambar 5. 17 Bukti persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang kepala bidang/divisi.....	101
Gambar 5. 18 Skema hasil wawancara mendalam mengenai persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang kepala bidang/divisi .....	102
Gambar 5. 19 Bukti rapat antar kepala bidang/divisi sesuai regulasi RS .....	103
Gambar 5. 20 Bukti dokumen pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien .....	104
Gambar 5. 21 Skema hasil wawancara mendalam mengenai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien.....	105

Gambar 5. 22 Skema hasil wawancara mendalam mengenai sistem informasi yang digunakan di rumah sakit .....	107
Gambar 5. 23 Bukti adanya indikator area klinis dan area manajemen .....	108
Gambar 5. 24 Bukti adanya hasil pengumpulan dan analisis data indikator sasaran keselamatan pasien .....	109
Gambar 5. 25 Dokumen tentang kontrak/ perjanjian lainnya terkait dengan kontrak klinis dan kontrak manajemen .....	110
Gambar 5. 26 Skema hasil wawancara terkait kontrak klinis dan kontrak manajemen.....	112
Gambar 5. 27 Dokumen terkait dengan perjanjian kerjasama .....	113
Gambar 5. 28 Bukti evaluasi mutu dan keselamatan pasien .....	114
Gambar 5. 29 Bukti tentang struktur organisasi di rumah sakit sampai dengan unit pelayanan.....	115
Gambar 5. 30 Skema hasil wawancara mendalam terkait penetapan struktur organisasi dan unit pelayanan di rumah sakit .....	116
Gambar 5. 31 Bukti adanya pedoman pengorganisasian .....	117
Gambar 5. 32 Bukti adanya pedoman pelayanan pada setiap unit .....	118
Gambar 5. 33 Bukti pengumpulan data dan pembuatan laporan .....	119
Gambar 5. 34 Dokumen SPO Etika Rumah Sakit .....	120
Gambar 5. 35 Skema hasil wawancara mendalam terkait regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit yang mengacu pada kode etik rumah sakit .....	121
Gambar 5. 36 Dokumen terkait peraturan yang mengatur fasilitas di RS Elim Rantepao .....	126
Gambar 5. 37 Dokumen terkait sarana, prasarana dan fasilitas yang ada di RS Elim Rantepao .....	127
Gambar 5. 38 Skema hasil wawancara mendalam mengenai sarana, prasarana dan fasilitas di rumah sakit .....	129
Gambar 5. 39 Bukti terkait penggunaan SIMRS di RS Elim Rantepao .....	130
Gambar 5. 40 Skema hasil wawancara mendalam mengenai sistem informasi yang digunakan di rumah sakit .....	131
Gambar 5. 41 Dokumen terkait pedoman <i>recruitment</i> .....	133
Gambar 5. 42 Skema hasil wawancara mendalam terkait dengan keseragaman proses <i>recruitment</i> .....	134
Gambar 5. 43 Dokumen SPO Etika Rumah Sakit .....	135
Gambar 5. 44 Skema hasil wawancara mendalam terkait regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit yang mengacu pada kode etik rumah sakit .....	136
Gambar 5. 45 Dokumen terkait dengan evaluasi di rumah sakit.....	139



Gambar 5. 46 Skema hasil wawancara mendalam mengenai evaluasi di RS Elim Rantepao .....	140
Gambar 5. 47 Bukti terkait monitoring di RS Elim Rantepao .....	142
Gambar 5. 48 Skema hasil wawancara mendalam mengenai monitoring .....	144

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> .....	177
Lampiran 2 Pedoman Wawancara .....	178
Lampiran 3 Pedoman Observasi.....	180
Lampiran 4 Pedoman Telusur Dokumen .....	182
Lampiran 5 Matriks Hasil Wawancara .....	195
Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian .....	213
Lampiran 7 Surat Penugasan Seminar .....	215
Lampiran 8 Surat Persetujuan Penelitian dari Fakultas .....	216
Lampiran 9 Surat Penelitian dari BKPMMD .....	217

**DAFTAR SINGKATAN**

AP	: Asesmen Pasien
ARK	: Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
BPJS	: Badan Pelayanan Jaminan Sosial
EP	: Elemen Penilaian
FCGI	: <i>Forum for Corporate Governance</i>
GCG	: <i>Good Corporate Governance</i>
GHG	: <i>Good Hospital Governance</i>
HPK	: Hak Pasien dan Keluarga
ILCG	: <i>The Indonesian Institute for Corporate Governance</i>
IPKP	: Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan di rumah sakit
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
KKS	: Kompetensi dan Kewenangan Staf
KNKG	: Komite Nasional Kebijakan <i>Governance</i>
JCI	: <i>Joint Commision International</i>
MFK	: Manajemen Fasilitas dan Keselamatan
MIRM	: Manajemen Informasi dan Rekam Medis
MKE	: Manajemen Komunikasi dan Edukasi
OECD	: <i>Organization for Economic co-Operation and Dvelopment</i>
PAB	: Pelayanan Anestesi dan Bedah
PAP	: Pelayanan dan Asuhan Pasien
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PKPO	: Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
PPA	: Profesional Pemberi Asuhan
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPRA	: Pengendalian Resistensi Antimikroba
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia

SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TDD	: Tidak Dapat Diterapkan
TKRS	: Tata Kelola Rumah Sakit
TL	: Terpenuhi Lengkap
TS	: Terpenuhi Sebagian
TT	: Tidak Terpenuhi
TOR	: <i>Term of Reference</i>
UU	: Undang-Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit adalah salah satu sarana penyedia layanan kesehatan untuk masyarakat. Sebagai institusi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan, rumah sakit mempunyai peran penting dalam upaya peningkatan kualitas kehidupan masyarakat. Undang-Undang Republik Indonesia no. 44 tahun 2009 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009) dalam kebijakannya menyebutkan bahwa rumah sakit sebagai institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna memiliki peran yang sangat strategis untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008). KEMENKES No. 129 tahun 2008 juga menambahkan bahwa peran rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Semakin meningkatnya pendidikan dan status sosial ekonomi, masyarakat cenderung menuntut pelayanan kesehatan lebih baik dan lebih bermutu. Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan memiliki fungsi penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga dituntut untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Dalam hal ini semua pihak di dalam rumah sakit saling terkait satu sama lain, mulai dari yayasan pemilik, direksi, para dokter, perawat, dan professional lainnya serta staf pada umumnya (Pambudi dkk, 2018).

Kualitas rumah sakit tidak hanya terlihat dari bangunan megah, dokter-dokter berpengalaman, obat-obatan yang lengkap, dan peralatan medis yang serba canggih. Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik dan lebih terbuka pada masyarakat. Kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan adanya status terakreditasi karena standar-standar yang ditetapkan dalam akreditasi dibuat untuk memenuhi hak-hak pasien. Sesuai dengan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 pasal 40 ayat 1 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali. Akreditasi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh menteri (KARS, 2017).

Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, yang dimulai hanya 5 (lima) pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Akreditasi rumah sakit selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan

hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit (KARS, 2017).

Dikutip dari halaman resmi KARS (<https://kars.or.id>) jumlah rumah sakit yang terakreditasi di Indonesia sebanyak 2.479 rumah sakit. Status akreditasi rumah sakit yang telah mencapai akreditasi KARS 2012 sebanyak 327 rumah sakit dan untuk status akreditasi rumah sakit yang telah mencapai akreditasi SNARS 2018 sebanyak 2.152 rumah sakit. SNARS Edisi 1 tahun 2018 berisi 16 bab dengan 4 garis besar yaitu Sasaran Keselamatan Pasien, Standar Asuhan Berfokus Pasien, Standar manajemen rumah sakit dan Program Nasional. Salah satu bab yang ada didalam SNARS Edisi 1 tahun 2018 adalah Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS).

Tata kelola merupakan suatu istilah yang terkait dengan mekanisme mengarahkan, mengendalikan baik suatu organisasi atau lembaga ataupun suatu fungsi, agar sesuai dengan tujuan yang hendak dicapainya dan harapan seluruh pihak yang berkepentingan (*stakeholder*). Berbagai pengertian tentang tata kelola memiliki cakupan yang luas dan meliputi aspek pengambilan keputusan, penjabaran ekspektasi, kejelasan pengawasan terhadap penggunaan kewenangan, serta pemenuhan akuntabilitas dan

pertanggungjawabannya, perencanaan strategik, pemastian kinerja, kepemimpinan dan manajemen, keteraturan dan kepatuhan, serta serangkaian proses, mekanisme dan struktur yang berlaku (Partakusuma, 2014).

Konsep tata kelola rumah sakit atau *good hospital governance* (GHG) sama dengan konsep tata kelola perusahaan pada umumnya yang dikenal dengan *Good Corporate Governance* (GCG), namun disesuaikan dengan aplikasinya pada jenis bisnisnya yaitu layanan kesehatan. Purwoko, 2018; Ramos, 2011 dalam (Rizqiani *et al.*, 2020) menyatakan bahwa konsep *Good Corporate Governance* baru populer di Asia dan berkembang sejak tahun 1990-an. Konsep *Good Corporate Governance* baru dikenal di Inggris pada tahun 1992 dan negara-negara maju yang tergabung dalam kelompok OECD (kelompok negara-negara maju di Eropa Barat dan Amerika Utara) mempraktikkan pada tahun 1993. Komite Nasional Kebijakan *Corporate Governance* (KNKCG) berpendapat bahwa perusahaan-perusahaan di Indonesia mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan standar *Good Corporate Governance* (GCG).

Undang-Undang RI nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pada pasal 33 ayat 1 menyebutkan bahwa “setiap rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel”. Organisasi rumah sakit didirikan dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Hal ini menunjukkan urgensi dari



penerapan sistem tata kelola rumah sakit di setiap rumah sakit guna melayani kebutuhan akan kesehatan masyarakat yang sangat penting (Nur, 2017).

Salah satu cara yang ditempuh manajemen rumah sakit untuk meningkatkan hasil kerja dan memperoleh keuntungan organisasi secara optimal sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan adalah melalui manajemen organisasi yang efektif dan efisien. Manajemen organisasi yang efektif dan efisien menunjukkan tata kelola yang baik dalam organisasi, hal ini berkaitan dengan prinsip-prinsip *good corporate governance* (GCG) yang menjadi pedoman pelaksanaan tata kelola organisasi. *Good corporate governance* memegang peranan penting, sebagai sarana untuk mengukur kinerja suatu organisasi yang baik (Nur, 2017). GCG adalah salah satu konsep yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit. Selain itu, praktik tata kelola yang baik sangat penting untuk meningkatkan kualitas organisasi. Umumnya pelaksanaan prinsip tata kelola perusahaan yang baik bertujuan untuk menerapkan manajemen organisasi secara akurat (Rusydi *et al.*, 2020).

SNARS Edisi 1 menyatakan bahwa dalam hal pelaksanaan tata kelola di rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu regulasi/kebijakan, fasilitas, proses, monitoring dan evaluasi. Regulasi yang dimaksud adalah sebuah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit. Fasilitas yang dimaksud yaitu tersedianya berbagai pelayanan di rumah sakit yang sesuai dengan regulasi. Proses yaitu dengan menetapkan proses yang seragam untuk semua kegiatan rumah sakit dengan melibatkan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan. Monitoring dilakukan oleh para kepala bidang/divisi

untuk memantau proses di masing-masing bidang/divisi sedangkan bentuk evaluasi yang dimaksud adalah laporan pelaksanaan program secara berkala untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien beserta bukti-bukti kegiatan.

Terdapat tiga rumah sakit di Kabupaten Toraja Utara yaitu RS Santa Teresa Marampa Rantepao, RSUD Pongtiku dan RS Elim Rantepao. RS Santa Teresa Marampa Rantepao merupakan rumah sakit kelas D dengan kepemilikan organisasi katolik yang belum terakreditasi, rumah sakit ini resmi mulai beroperasi pada tanggal 1 Juli 2019. Selanjutnya adalah RSUD Pongtiku yang merupakan rumah sakit kelas D dibawah kepemilikan Pemerintah Kabupaten Toraja Utara. RSUD Pongtiku mulai mengikuti akreditasi SNARS Edisi 1 pada tanggal 17 Desember 2018 dengan status akreditasi Lulus Perdana. Bertepatan dengan kejadian Pandemi Covid-19 RSUD Pongtiku menjadi satu-satunya rumah sakit rujukan Covid-19 di Kabupaten Toraja Utara. Oleh karena itu dalam rangka untuk pengambilan data awal untuk penelitian ini tidak diberikan izin oleh pihak RSUD Pongtiku mengingat RSUD Pongtiku adalah rumah sakit rujukan Covid-19. Berdasarkan alasan tersebut peneliti akhirnya memutuskan untuk melakukan pengambilan data awal untuk penelitian ini di RS Elim Rantepao.

Rumah Sakit Elim Rantepao adalah Rumah Sakit Kelas C dengan Nomor 02/SK/RPPTSP/X/2016. Rumah sakit ini dibawah kepemilikan Yayasan Kesehatan Gereja Toraja. Pada tanggal 15 Mei 2019, RS Elim Rantepao resmi memiliki status akreditasi tingkat utama versi SNARS Edisi 1. Berdasarkan status akreditasi tersebut, besar harapan masyarakat bahwa pelayanan

kesehatan di Rumah Sakit Elim Rantepao lebih baik dibandingkan beberapa rumah sakit yang ada di Kabupaten Toraja Utara, mengingat RS Elim Rantepao satu-satunya rumah sakit di Toraja Utara dengan status akreditasi Tingkat Utama. Adapun data yang diperoleh berdasarkan hasil survei di RS Elim Rantepao dari 16 bab yang dilakukan survei yaitu terdapat 1 bab yang mencapai >80% yaitu SKP dengan hasil akhir 84,7% dan 15 bab <80% yaitu PPI= 4, 67%, MKE= 77,5%, MIRM= 2,8%, HPK= 1,01%, PKPO= 64, 4%, PMKP= 20,6%, TKRS= 31%, MFK= 27,4%, KKS= 27,7%, AP= 32,8%, ARK= 46,5%, PAB= 29,2%, PAP= 62,8%, PN= 25%, IPKP= 15,90%. TKRS merupakan salah satu bab dengan hasil akhir yang rendah yaitu 31%.

Pentingnya penerapan TKRS di rumah sakit yaitu menciptakan peraturan, membantu rumah sakit dalam mengembangkan kinerjanya, dan membantu proses manajemen dan perencanaan rumah sakit (Widya, 2012 dalam (Manasikana, 2015)). Rumah sakit tidak dapat berjalan jika tidak ada dokumen tata kelolanya. Salah satu yang dibahas dalam tata kelola adalah Renstra rumah sakit yang membahas mengenai visi misi, nilai-nilai dan tujuan yang akan menentukan arah rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut TKRS sangat menentukan seluruh proses manajemen rumah sakit, itu sebabnya skripsi ini mengambil TKRS dengan melihat urgensi dari TKRS itu sendiri.

Data lain yang diperoleh dari reponden di RS Elim Rantepao terkait adanya akreditasi yang mengatakan akreditasi rumah sakit berdampak pada internal dan eksternal rumah sakit, dimana dampak internal yaitu pengelolaan rumah sakit menjadi lebih baik dan dampak eksternal yaitu rumah sakit diakui

oleh pemerintah dan adanya kerjasama dengan pihak ketiga dalam hal pelayanan kesehatan seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Berdasarkan pernyataan-pernyataan tersebut di atas, maka peneliti ingin mengkaji lebih lanjut bagaimana tata kelola rumah sakit berdasarkan akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao pada tahun 2021.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan atas kajian yang telah dijelaskan pada latar belakang mengenai masalah tata kelola rumah sakit, untuk itu rumusan penelitian ini adalah bagaimana gambaran tata kelola rumah sakit berdasarkan standar akreditasi SNARS Edisi 1 di RS Elim Rantepao.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao Tahun 2021.

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Untuk mengetahui gambaran Tata Kelola berdasarkan standar regulasi SNARS di RS Elim Rantepao.
- b) Untuk mendapatkan gambaran Tata Kelola berdasarkan standar fasilitas SNARS di RS Elim Rantepao.
- c) Untuk mendapatkan gambaran Tata Kelola berdasarkan standar proses SNARS di RS Elim Rantepao.
- d) Untuk mengetahui Tata Kelola berdasarkan standar monitoring SNARS di RS Elim Rantepao.
- e) Untuk mengetahui Tata Kelola berdasarkan standar evaluasi SNARS di RS Elim Rantepao.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti di bidang kesehatan masyarakat khususnya manajemen rumah sakit serta menjadi salah satu sumber referensi bagi peneliti lainnya mengenai gambaran tata kelola rumah sakit berdasarkan standar akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao.

### **2. Manfaat bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai gambaran tata kelola rumah sakit berdasarkan standar akreditasi SNARS Edisi 1 serta dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan mengenai peningkatan mutu di rumah sakit. Penelitian ini menjadi syarat untuk peneliti agar dapat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

### **3. Manfaat bagi Rumah Sakit**

Bagi rumah sakit, penelitian ini dapat menjadi salah satu referensi dan bahan evaluasi khususnya pada bagian tata kelola rumah sakit dan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan baik pelayanan medis dan non medis, sehingga status akreditasi rumah sakit tingkat utama yang telah diraih dengan versi SNARS Edisi 1 dapat ditingkatkan terutama pada penilaian Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) di rumah sakit sehingga dapat mencapai nilai minimal 80%.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit**

##### **1. Pengertian Rumah Sakit**

Semakin berkembangnya derajat kesehatan masyarakat, menimbulkan dampak terhadap kualitas kebutuhan pelayanan rumah sakit yang baik. Kebijakan pemerintah tentang pendirian rumah sakit, poliklinik, dan puskesmas pun merambah ke berbagai daerah. Masyarakat selain menilai kualitas tenaga medis rumah sakit tempatnya berobat juga akan menyoroiti kualitas pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit yang bersangkutan (Divianto, 2012). Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan dengan memberdayakan sumber daya manusia yang terlatih dan terdidik dalam menangani masalah medis untuk pemulihan serta pemeliharaan kesehatan yang baik, sehingga di dalam memberikan pelayanan kesehatan pasien semua tenaga medis maupun nonmedis harus prima (Sholikah & Praptiestrini, 2020).

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit dijelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Peran organisasi rumah sakit sangat penting

bagi masyarakat yang memiliki masalah kesehatan, meliputi berbagai kegiatan pemeliharaan serta peningkatan pelayanan kesehatan dan juga fasilitas tempat penyelenggaraan sarana kesehatan tersebut. Upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pihak medis memiliki tujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Sholikah & Praptiestrini, 2020).

## **2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dimana dalam menjalankan tugasnya rumah sakit mempunyai fungsi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009):

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis. Pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik. Sedangkan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.



- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan. Penapisan teknologi dimaksudkan dalam rangka perlindungan terhadap keamanan dan keselamatan pasien.

### **3. Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010):

#### **1. Rumah Sakit Umum Kelas A**

Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.

#### **2. Rumah Sakit Umum Kelas B**

Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan

Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.

3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas C meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Keperawatan.

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas D meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.

## **B. Tinjauan Umum tentang SNARS**

### **1. Gambaran Umum SNARS**

Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS (KARS, 2017).

SNARS merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen resiko di rumah sakit. SNARS adalah standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab (KARS, 2017).

Kelebihan SNARS dibandingkan versi 2012 yaitu terdapat penambahan 2 standar baru pada bab MDGs yaitu Pengendalian Resistensi Antimikroba dan Pelayanan Geriatri, serta 1 standar baru untuk rumah sakit Pendidikan yaitu Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan

Rumah Sakit (IPKP). Secara berkala setiap 3 tahun standar akan direview, bila standar tidak lagi mencerminkan praktik pelayanan kesehatan mutakhir, teknologi yang umum ada, praktik manajemen mutu, dan sebagainya maka standar akan direvisi atau dihapus. Acuan yang digunakan untuk menyusun SNARS meliputi prinsip-prinsip standar ISQua. Standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5, standar akreditasi rumah sakit versi 2012, peraturan perundang-undangan termasuk pedoman dan panduan di tingkat Nasional baik dari pemerintah maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh rumah sakit di Indonesia, serta hasil kajian hasil survei dari standar dan elemen yang sulit dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia (Purnamasari, 2018).

## **2. Pengelompokan SNARS**

Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakitannya dan yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi tersebut tidak hanya berlaku untuk rumah sakit secara keseluruhan tetapi juga untuk setiap unit, departemen, atau layanan yang ada dalam organisasi rumah sakit tersebut. Keputusan pemberian akreditasinya didasarkan pada tingkat kepatuhan terhadap standar di seluruh organisasi rumah sakit yang bersangkutan. Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Edisi 1) sebagai berikut (KARS, 2017):

### **a. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)**

- 1) Sasaran 1: mengidentifikasi pasien dengan benar
  - 2) Sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif
  - 3) Sasaran 3: meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*)
  - 4) Sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
  - 5) Sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
  - 6) Sasaran 6: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
- b. Standar Pelayanan Berfokus Pasien
- 1) Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
  - 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
  - 3) Asesmen Pasien (AP)
  - 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
  - 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
  - 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
  - 7) Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- c. Standar Manajemen Rumah Sakit
- 1) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
  - 2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
  - 3) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
  - 4) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
  - 5) Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
  - 6) Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

- d. Program Nasional
  - 1) Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi
  - 2) Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS
  - 3) Menurunkan Angka Kesakitan TB
  - 4) Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
  - 5) Pelayanan Geriatri
- e. Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Di Rumah Sakit (IPKP)

### **3. Instrumen Penilaian SNARS**

Instrumen akreditasi SNARS I merupakan instrumen yang dipergunakan KARS untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS I yaitu standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. Instrumen akreditasi SNARS I ini terdiri dari standar, maksud dan tujuan, elemen penilaian (EP), telusur dan skor dengan penjelasan sebagai berikut (KARS, 2018):

#### **a. Standar**

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus diterapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran Keselamatan Pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survei di tempat.

**b. Maksud dan Tujuan**

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan tujuan akan mendeskripsikan tujuan dan rasionalisasi dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk Ketentuan-Ketentuannya, atau memberikan “gambaran tentang Ketentuan dan tujuan-tujuannya”.

**c. Elemen Penilaian**

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan survei terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut :

- 1) R = Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.

- 2) D = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.
- 3) O = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.
- 4) S = Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.
- 5) W = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

**d. Telusur**

Telusur yang ada pada instrumen akreditasi SNARS Edisi 1 ini adalah untuk mengetahui pemenuhan elemen standar dari setiap elemen penilaian. Telusur ini memandu surveior untuk mencari bukti pemenuhan setiap elemen penilaian dari setiap standar.

**e. Skor**

Pada kolom skor tertulis sebagai berikut :



- 1) 10 : TL (Terpenuhi Lengkap)
- 2) 5 : TS (Terpenuhi Sebagian)
- 3) 0 : TT (Tidak Terpenuhi)

#### 4. Kebijakan Pemberian Skor

##### a. Menentukan Skor yang tepat pada setiap EP

**Tabel 2. 1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS Edisi 1**

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20-79%	Kurang 20%
2.	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	Bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian/ departemen di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku
3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Jawaban "ya" atau "selalu"	Jawaban "biasanya" atau "kadang-kadang"	Jawaban "jarang" atau "tidak pernah"
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Kelengkapan regulasi 80%	Kelengkapan regulasi 20-79%	Kelengkapan regulasi kurang 20%
5.	Dokumen rapat/pertemuan, meliputi: undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat	Kelengkapan bukti dokumen rapat 80 %	Kelengkapan bukti dokumen rapat 20-79%	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20%
6.	Dokumen	Kelengkapan	Kelengkapan	Kelengkapan

	pelatihan, meliputi: kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan	bukti dokumen pelatihan 80 %	bukti dokumen pelatihan 20 - 79%	bukti dokumen pelatihan kurang 20%
7.	Dokumen orientasi staf, meliputi: kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 80%	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 20-79%	Kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 20%
8.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi	80% Contoh : 8 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	20-79% Contoh : 2-7 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 2-7 sudah memenuhi EP	Kurang 20% Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP

#### b. Kebijakan Pemberian Skor Akreditasi Rumah Sakit

Setiap elemen penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10 sesuai ketentuan yang ada berikut. Nilai setiap standar merupakan hasil penjumlahan dari nilai elemen penilaian. Nilai setiap standar

dijumlahkan menjadi nilai bab. Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TTD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah elemen penilaian. Selama survei lapangan, setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut (KARS, 2017):

a. Skor 10 “Terpenuhi Lengkap” (TL)

Skor 10 yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80% (contohnya, 8 dari 10). Suatu EP dinilai “terpenuhi lengkap” bila jawabannya adalah “ya” atau “selalu” untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah rentang implementasi yang berhubungan dengan skor “terpenuhi lengkap” yaitu:

- 1) Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal
- 2) Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang
- 3) Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk menilai kepatuhan.

b. Skor 5 “Terpenuhi Sebagian” (TS)

Skor 5 yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 21-79% (contohnya, 3 sampai 7 dari 10). Suatu EP dinilai “terpenuhi sebagian” apabila jawabannya adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

- 1) Temuan EP sebelumnya dinilai “tidak terpenuhi” pada survei awal atau survei ulang dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21% sampai 79%.
  - 2) Bila ada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan dan paling sedikit 21-79% persyaratan tersebut sudah terpenuhi.
  - 3) Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai “terpenuhi lengkap”.
  - 4) Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan (tidak dapat diertahankan).
  - 5) Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.
  - 6) Rentang implementasi untuk skor “terpenuhi sebagian adalah:
    - a) Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survey awal
    - b) Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survey ulang
- c. Skor 0 “Tidak Terpenuhi” (TT)

Skor 0 yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 21% (contoh 2 dari 10). Suatu EP dinilai “tidak terpenuhi” apabila jawabannya adalah “jarang” atau “tidak pernah” untuk suatu persyaratan khusus pada EP. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

- 1) Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan temuan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.
  - 2) Regulasi telah dibuat namun tidak dilaksanakan.
  - 3) Suatu kebijakan/proses telah dibuat namun belum diterapkan.
  - 4) Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” adalah:
    - a) Persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi lengkap” namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal dan kurang dari 5 bulan pada survei ulang.
    - b) Bila Suatu EP pada satu standar mendapat skor 0 dan beberapa EP bergantung pada EP tersebut dalam penilaiannya, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama akan mendapat skor 0.
- d. Skor “Tidak Dapat Diterapkan”
- Suatu EP mendapat skor “tidak dapat dinilai” apabila persyaratan dalam EP tidak dapat dinilai karena tidak mencakup dalam pelayanan rumah sakit, populasi pasien dan sebagainya (contohnya: rumah sakit tidak melakukan penelitian).

## C. Tinjauan Umum tentang Akreditasi Rumah Sakit

### 1. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah terhadap rumah sakit karena telah memenuhi standar yang diisyaratkan. Akreditasi rumah sakit juga merupakan salah satu cara pemantauan bagi pelaksanaan pengukuran indikator kinerja rumah sakit. Pengembangan penilaian terhadap kinerja rumah sakit merupakan tugas dari pemerintah dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan. Di dalam buku “Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit” disebutkan bahwa rumah sakit diharuskan mempunyai program peningkatan mutu baik internal maupun eksternal, untuk mengevaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan bagi pasien. Program peningkatan mutu internal dapat dilakukan dengan metode dan teknik yang dipilih dan ditetapkan oleh rumah sakit. Program peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan melalui akreditasi, sertifikat ISO dan lain-lain (Kusbaryanto, 2010).

(Yousefinezhadi *et al.*, 2020) menyatakan bahwa akreditasi adalah proses evaluasi kinerja organisasi kesehatan melalui penilaian internal, diikuti oleh penilaian oleh lembaga eksternal, berdasarkan standar kualitas dan keamanan yang ditetapkan. Surveyor akreditasi mengumpulkan dan mencatat data dan informasi berdasarkan standar akreditasi rumah sakit, melalui observasi, wawancara dan telusur dokumen. Oleh karena itu, dengan mempertimbangkan kepatuhan pelayanan rumah sakit dengan standar yang ditetapkan, akan ditentukan pemberian status akreditasi

kepada rumah sakit. Dengan adanya akreditasi, rumah sakit akan lebih tanggap terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat dengan meningkatkan pelayanan yang diberikan. Proses akreditasi rumah sakit penting karena akreditasi mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat terutama yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit (Ginting dkk, 2019).

## **2. Tujuan Akreditasi Rumah Sakit**

Menurut Permenkes No. 34 Tahun 2017 pasal 2 menyatakan bahwa pengaturan akreditasi bertujuan untuk (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

- a. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit;
- b. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi;
- c. Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan; dan
- d. Meningkatkan profesionalisme rumah sakit Indonesia di mata internasional.

Menurut Kusbaryanto (2010) tujuan akreditasi rumah sakit terbagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum akreditasi adalah mendapat gambaran seberapa jauh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia telah memenuhi standar yang telah ditetapkan sehingga mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggung jawabkan. Sedangkan tujuan khususnya meliputi:

- a. Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- b. Memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga dan lingkungan yang diperlukan tersedia, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya
- c. Memberikan jaminan dan kepuasan kepada *customers* dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin

### **3. Manfaat Akreditasi Rumah Sakit**

Menurut Kusbaryanto (2010) akreditasi rumah sakit memiliki manfaat bagi rumah sakit itu sendiri, masyarakat, bagi karyawan rumah sakit dan pemilik rumah sakit. Dimana manfaat akreditasi bagi rumah sakit ialah:

- a. Akreditasi menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara rumah sakit dengan lembaga akreditasi yang akan memberikan saran perbaikan untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit;
- b. Melalui *self evaluation*, rumah sakit dapat mengetahui pelayanan yang berada di bawah standar atau perlu ditingkatkan;
- c. Penting untuk penerimaan tenaga;
- d. Menjadi alat untuk negosiasi dengan perusahaan asuransi kesehatan;
- e. Alat untuk memasarkan pada masyarakat.



- f. Suatu saat pemerintah akan mensyaratkan akreditasi sebagai kriteria untuk memberi ijin rumah sakit yang menjadi tempat pendidikan tenaga medis/ keperawatan;
- g. Meningkatkan citra dan kepercayaan pada rumah sakit.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi masyarakat adalah masyarakat dapat memilih rumah sakit yang baik pelayanannya dan masyarakat akan merasa lebih aman mendapat pelayanan di rumah sakit yang sudah diakreditasi. Sedangkan manfaat akreditasi bagi karyawan rumah sakit ialah merasa aman karena sarana dan prasarana sesuai standar, *self assessment* menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar dan peningkatan mutu. Manfaat akreditasi bagi pemilik rumah sakit ialah pemilik dapat mengetahui rumah sakitnya dikelola secara efisien dan efektif (Kusbaryanto, 2010).

#### **4. Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 mengenai penyelenggaraan akreditasi rumah sakit meliputi kegiatan sebagai berikut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

##### **a. Persiapan akreditasi**

Persiapan akreditasi dilakukan oleh rumah sakit yang akan menjalani proses akreditasi, meliputi kegiatan:

- 1) Penilaian mandiri (*self assesment*), bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan rumah sakit untuk pemenuhan standar akreditasi dalam rangka survei akreditasi. Penilaian mandiri

dilakukan dengan menggunakan instrument akreditasi. Instrumen akreditasi merupakan alat ukur yang dipakai oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi untuk menilai rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi.

- 2) *Workshop*, diselenggarakan untuk menunjang pemenuhan standar akreditasi rumah sakit.
- 3) Bimbingan akreditasi, merupakan proses pembinaan terhadap rumah sakit untuk meningkatkan kinerja dalam mempersiapkan survei akreditasi. Bimbingan akreditasi dapat diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi dan/atau oleh tenaga pembimbing. Tenaga pembimbing dapat berasal dari Kementerian Kesehatan dan/atau rumah sakit yang telah lulus akreditasi. Tenaga pembimbing memberikan bimbingan akreditasi berupa pendampingan.

b. Pelaksanaan akreditasi

Pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi, meliputi kegiatan:

- 1) Survei akreditasi, merupakan penilaian untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar akreditasi. Survei akreditasi dilakukan oleh surveior dari lembaga independen penyelenggara akreditasi sesuai dengan standar akreditasinya. Surveior harus memberikan rekomendasi kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi terhadap rumah sakit yang dinilainya.

Rekomendasi dapat berupa rekomendasi akreditasi dan/atau rekomendasi perbaikan yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk pemenuhan standar akreditasi.

- 2) Penetapan status akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi berdasarkan rekomendasi akreditasi dari surveior. Dalam hal rumah sakit mendapatkan rekomendasi perbaikan dari surveior, rumah sakit harus membuat perencanaan perbaikan strategis untuk memenuhi standar akreditasi yang belum tercapai. Rumah sakit yang mendapatkan rekomendasi perbaikan dari surveyor harus dilakukan survei akreditasi kembali oleh surveior lembaga independen penyelenggaran akreditasi penilai.

c. Pasca akreditasi

Kegiatan pasca akreditasi dilakukan dalam bentuk survei verifikasi. Survei verifikasi bertujuan untuk mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan rekomendasi dari surveior. Survei verifikasi hanya dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang telah melakukan penetapan status akreditasi terhadap rumah sakit. Dalam hal rumah sakit telah mendapatkan penetapan status akreditasi, namun pada saat survei verifikasi tidak dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan rekomendasi surveior, lembaga independen penyelenggara akreditasi yang melakukan penetapan status akreditasi dapat melakukan pencabutan penetapan status akreditasinya.

## **D. Tinjauan Umum tentang Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)**

### **1. Pengertian Tata Kelola Rumah Sakit**

Tata kelola atau dalam bahasa Inggris diterjemahkan menjadi “*governance*” menurut *The Indonesian Institute for Corporate Governance* (IICG) dalam Partakusuma (2014) menyatakan bahwa tata kelola merupakan suatu istilah yang terkait dengan mekanisme mengarahkan, mengendalikan baik suatu organisasi atau lembaga atau pun suatu fungsi, agar sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai dan harapan seluruh pihak yang berkepentingan (*stakeholder*). Menurut *Forum for Corporate Governance in Indonesia* (FCGI) dalam Fajaruddin (2014) mendefinisikan bahwa *corporate governance* sebagai seperangkat peraturan yang mengatur hubungan antara pemangku kepentingan, pengurus (pengelola) perusahaan, pihak kreditur, pemerintah, karyawan, serta para pemegang kepentingan internal dan eksternal lainnya yang berkaitan dengan hak-hak dan kewajiban mereka atau dengan kata lain suatu sistem yang mengendalikan perusahaan. Secara umum *good corporate governance* dapat diartikan sebagai usaha yang dilakukan oleh semua pihak yang berkepentingan dengan perusahaan untuk melaksanakan kegiatan secara baik sesuai dengan hak dan kewajiban masing-masing. FCGI dalam (Saftarini dkk, 2015) menjelaskan bahwa *good governance* lebih menekankan kepada proses, sistem, prosedur, peraturan yang formal ataupun informal yang menata suatu organisasi dimana aturan main yang ada harus diterapkan dan ditaati.

Konsep *good corporate governance* (GCG) pada rumah sakit sering disebut sebagai *good hospital governance* (GHG), konsep ini sama dengan konsep sistem tata kelola perusahaan pada umumnya, namun disesuaikan aplikasinya pada jenis bisnis layanan kesehatan. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit mendefinisikan tata kelola rumah sakit yang baik sebagai penerapan fungsi–fungsi manajemen rumah sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, independensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran. Tata kelola rumah sakit adalah suatu proses pengaturan keseluruhan fungsi rumah sakit yang dipahami oleh semua komponen rumah sakit dan menetapkan tujuan rumah sakit, yang selanjutnya mendukung dan memantau implemetasi misi dan tujuan rumah sakit pada tingkat operasi rumah sakit (Eeckloo *et al.*, 2004).

Alasan penerapan *corporate governance* di rumah sakit adalah sebagai berikut (Widrya, 2012 dalam (Manasikana, 2015)):

- a. *Corporate governance* menciptakan peraturan
- b. *Corporate governance* membantu rumah sakit dalam mengembangkan kinerjanya, dan
- c. *Corporate governance* membantu proses manajemen dan perencanaan rumah sakit

WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2008, memberikan 5 daftar ukuran kinerja tata kelola yang baik dalam pelayanan kesehatan masyarakat yaitu (Sitohang, 2014) :

- a. Hadir tidaknya pelayan kesehatan pada pekerjaannya
- b. Ketersediaan dana pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan sampai ke tingkat kabupaten;
- c. Ketersediaan obat yang pokok di fasilitas kesehatan;
- d. Ada tidaknya pembayaran yang berbentuk informal dalam sistem pelayanan kesehatan publik; dan
- e. Ada tidaknya beredar obat palsu di penjualan farmasi.

Kelima indikator tersebut digunakan untuk mengukur adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan pelayanan kesehatan masyarakat dan yang akan berdampak pada pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat.

## **2. Prinsip–Prinsip Dasar Tata Kelola Rumah Sakit**

Pelaksanaan tata kelola rumah sakit yang baik dapat dilihat dari beroperasinya rumah sakit sesuai dengan prinsip-prinsip dasar tata kelola rumah sakit. Menurut Meeta Ruparel dalam tulisannya “*Hospital Good Governance*” menyebutkan ada 5 elemen kunci dari tata kelola yang baik di rumah sakit yaitu *accountability*, *fairness* dan *ethic*, *safety*, *transparancy*, dan *independence* (Sitohang, 2014).

Menurut Komite Nasional Kebijakan *Governance* (KNKG) tahun 2006 di dalam *good corporate governance* ada lima prinsip yang harus diterapkan oleh perusahaan agar tercapai tujuannya, kelima prinsip tersebut didefinisikan sebagai berikut (Kelvianto & Mustamu, 2018):

a. *Transparansi (Transparency)*

Untuk menjaga obyektivitas dalam menjalankan bisnis, perusahaan harus menyediakan informasi yang material dan relevan dengan cara yang mudah diakses dan dipahami oleh pemangku kepentingan. Perusahaan harus mengambil inisiatif untuk mengungkapkan tidak hanya masalah yang diisyaratkan oleh peraturan perundang-undangan, tetapi juga hal yang penting untuk pengambilan keputusan oleh pemegang saham, kreditur, dan pemangku kepentingan lainnya.

b. *Akuntabilitas (Accountability)*

Terkait dengan prinsip akuntabilitas, perusahaan harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya secara transparan dan wajar. Untuk itu perusahaan harus dikelola secara benar, terukur, dan sesuai kepentingan perusahaan dengan tetap memperhitungkan kepentingan pemegang saham dan pemangku kepentingan lain. Akuntabilitas merupakan prasyarat yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang berkesinambungan.

c. *Responsibilitas (Responsibility)*

Untuk prinsip responsibilitas atau prinsip tanggung jawab, perusahaan harus mematuhi peraturan perundang-undangan serta melaksanakan tanggung jawab terhadap masyarakat dan lingkungan sehingga dapat menjalankan perusahaan dalam jangka panjang.

d. *Independensi (Independency)*

Untuk melancarkan pelaksanaan asas GCG, perusahaan harus dikelola secara independen sehingga masing-masing organ perusahaan tidak saling mendominasi dan tidak dapat diintervensi oleh pihak lain.

e. Kewajaran dan Kesetaraan (*Fairness*)

Dalam melaksanakan kegiatannya, perusahaan harus bisa memperhatikan kepentingan pemegang saham mayoritas maupun minoritas dan pemangku kepentingan lainnya berdasarkan asas kewajaran dan kesetaraan.

*Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD)* dalam Manasikana (2015) menjelaskan prinsip-prinsip *good corporate governance* yang mencakup:

a. Transparansi (*transparency*)

Transparansi adalah keterbukaan dalam melaksanakan proses pengambilan keputusan dan keterbukaan dalam mengemukakan informasi materil dan relevan mengenai perusahaan.

b. Akuntabilitas (*accountability*)

Akuntabilitas yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organisasi sehingga pengolahan perusahaan terlaksana secara efektif.

c. Responsibilitas (*responsibility*)

Prinsip responsibilitas mencakup hal-hal yang terkait dengan pemenuhan kewajiban sosial perusahaan sebagai bagian dari masyarakat.



d. Keadilan (*fairness*)

Keadilan yaitu kesetaraan dalam memenuhi hak-hak *stakeholders* yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam prinsip keadilan ini juga mencakup adanya kejelasan hak-hak permodal, sistem hukum dan penegakan peraturan untuk melindungi hak-hak investor, khususnya pemegang saham minoritas dari berbagai bentuk kecurangan.

**E. Tinjauan Umum tentang Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) Berdasarkan SNARS Edisi 1**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, rumah sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik rumah sakit, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak, serta manajemen sumber daya.

### **1. Standar TKRS 1**

Organisasi serta wewenang pemilik dan representasi pemilik dijelaskan di dalam regulasi yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.

### **2. Maksud dan Tujuan TKRS 1**

Regulasi dari pemilik tersebut dapat berbentuk peraturan internal rumah sakit atau *corporat by laws* atau dokumen lainnya yang serupa. Struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik terpisah dengan struktur organisasi rumah sakit sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundang-undangan. Pemilik rumah sakit tidak diperbolehkan menjadi direktur rumah sakit, tetapi posisinya berada di atas representasi pemilik, serta mereka mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja sama dengan direktur rumah sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan rumah sakit.

Representasi pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk memberi persetujuan, dan pengawasan agar rumah sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Di samping itu rumah sakit harus memiliki struktur organisasi yang ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **3. Standar TKRS 2**

Direktur rumah sakit sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan.

### **4. Maksud dan Tujuan TKRS 2**

Pimpinan tertinggi organisasi rumah sakit adalah kepala atau direktur rumah sakit dengan nama jabatan kepala, direktur utama atau direktur, dalam standar akreditasi ini disebut direktur rumah sakit. Dalam menjalankan operasional rumah sakit, direktur dapat dibantu oleh wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut direktur utama) sesuai dengan kebutuhan, kelompok ini disebut direksi.

Kepemimpinan rumah sakit dapat dilaksanakan secara bersama-sama (direksi) atau individual (direktur). Persyaratan untuk direktur rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan adalah tenaga medis ahli perumahsakit. Direktur/direksi bertanggung jawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

### **5. Standar TKRS 3**

Para kepala bidang/divisi rumah sakit ditetapkan dan secara bersama, bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.

## **6. Maksud dan Tujuan TKRS 3**

Dalam organisasi rumah sakit harus ditetapkan jabatan pimpinan yang di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Sesuai peraturan dan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:

- a. Unsur pimpinan pelayanan medis;
- b. Unsur pimpinan keperawatan;
- c. Unsur pimpinan penunjang medis;
- d. Unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.

Pimpinan pada butir 1 sampai dengan 4 yang di atas di dalam standar tata kelola rumah sakit ini selanjutnya disebut kepala bidang/divisi. Rumah sakit agar menetapkan persyaratan kualifikasi jabatan untuk para kepala bidang/divisi tersebut serta menunjuk dan atau mengusulkan pejabatnya yang sesuai dengan persyaratan dan kualifikasi tersebut.

Para kepala bidang/divisi tersebut agar dilibatkan dalam mendefinisikan-operasionalkan misi RS. Berdasar atas misi tersebut, para kepala bidang/divisi bekerja-sama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi. Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh pemilik harus dilaksanakan oleh direktur bersama sama dengan para kepala bidang/divisi RS tersebut.

## **7. Standar TKRS 4**

Direktur rumah sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

## **8. Maksud dan Tujuan TKRS 4**

Kepemimpinan dan perencanaan dimulai dari pemilik dan representasi pemilik, direktur rumah sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Direktur rumah sakit bertanggung jawab untuk memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu. Direktur rumah sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumahsakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.

## **9. Standar TKRS 5**

Direktur rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang akan diukur, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan, serta bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.

## **10. Maksud dan Tujuan TKRS 5**

Karena terdapat keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di rumah sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama direktur rumah sakit adalah menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh rumah sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang memengaruhi atau mencerminkan aktivitas yang terdapat di berbagai unit

pelayanan. Direktur rumah sakit berfokus pada upaya pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit, termasuk pengukuran dan aktivitas yang berhubungan dengan kepatuhan penuh terhadap sasaran keselamatan pasien. Prioritas dapat berfokus pada pencapaian tujuan strategis. Direktur rumah sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.

#### **11. Standar TKRS 6**

Para kepala bidang/divisi di RS bertanggung jawab untuk mengkaji/review, memilih, serta memantau kontrak klinis dan kontrak manajerial.

#### **12. Maksud dan Tujuan TKRS 6**

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rumah sakit wajib menyediakan pelayanan klinis dan manajemen. Rumah sakit dapat mempunyai pilihan memberi pelayanan klinis dan manajemen ini secara langsung atau dapat melalui kontrak atau perjanjian lainnya. Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis dan untuk kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen.

Kontrak manajemen dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, pelayanan akuntansi keuangan, kerumahtanggaan seperti sekuriti, parkir, makanan, linen/laundry, dan pengolah limbah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Pelayanan yang dikontrakkan dapat meliputi pelayanan

radiologi dan pencitraan diagnostik hingga pelayanan akuntansi keuangan dan pelayanan yang disediakan untuk *housekeeping*, makanan, dan linen. Dalam semua hal, direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari kegiatan manajemen serta peningkatan mutu rumah sakit.

Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab untuk kontrak klinis. Kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi terhadap kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen tersebut. Kepala bidang/divisi dan kepala unit/instalasi/departemen selain berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis atau kontrak manajemen, juga bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut.

### **13. Standar TKRS 7**

Direktur rumah sakit membuat keputusan terkait pengadaan dan penggunaan sumber daya dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan.

### **14. Maksud dan Tujuan TKRS 7**

Direktur rumah sakit menetapkan proses mengumpulkan data dan informasi dalam pengadaan dalam jumlah besar serta rujukan informasi agar dapat dipastikan faktor mutu dan keselamatan pasien ada dalam

informasi. Satu komponen pengumpulan data yang dipakai membuat keputusan terkait sumber daya adalah memahami persyaratan atau yang direkomendasikan pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan. Rekomendasi dapat berasal dari pemerintah, organisasi profesi nasional atau internasional, atau dari sumber lain yang dapat dipercaya.

#### **15. Standar TKRS 8**

Rumah sakit menetapkan struktur organisasi pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan klinis lainnya secara efektif, lengkap dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya.

#### **16. Maksud dan Tujuan TKRS 8**

Tata kelola klinik harus berjalan dengan baik di rumah sakit, karena itu selain terdapat pimpinan klinis, rumah sakit juga perlu membentuk komite medik dan komite keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik, dan disiplin para staf profesional tersebut. Rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan medis, lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan keperawatan, dan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan penunjang medik. Staf klinis yang ditempatkan di unit-unit pelayanan secara fungsi dikoordinasikan oleh para pimpinan pelayanan (kepala bidang/divisi).



### **17. Standar TKRS 9**

Satu atau lebih individu yang kompeten ditetapkan sebagai kepala unit di setiap pelayanan di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **18. Maksud dan Tujuan TKRS 9**

Kinerja departemen atau unit pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten. Dalam departemen atau unit layanan yang lebih besar maka kepemimpinannya dapat dipisah-pisahkan. Dalam hal semacam itu maka tanggung jawab masing-masing didefinisikan secara tertulis. Tiap koordinator dan kepala unit pelayanan melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direksi rumah sakit.

Koordinator pelayanan dan unit layanan mempertimbangkan pelayanan yang diberikan dan direncanakan oleh departemen atau unit layanan tersebut serta pendidikan, keahlian, pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan oleh staf profesional dari departemen tersebut dalam melakukan pelayanan. Koordinator pelayanan dan unit layanan menyusun kriteria yang mencerminkan pertimbangan ini dan kemudian memilih staf berdasar atas kriteria tersebut. Pemimpin departemen dan unit layanan memastikan bahwa semua staf dalam departemen atau unit layanan memahami tanggung jawab mereka dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru.

**19. Standar TKRS 10**

Kepala unit mengidentifikasi secara tertulis pelayanan yang diberikan oleh unit, serta mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pelayanan tersebut dengan pelayanan dari unit lain.

**20. Maksud dan Tujuan TKRS 10**

Kepala dari unit pelayanan klinis rumah sakit bekerja-sama untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan unit yang spesifik. Secara umum, dokumen yang disiapkan oleh tiap-tiap unit pelayanan klinis menetapkan tujuan maupun mengidentifikasi pelayanan saat ini dan yang direncanakan. Regulasi di unit mencerminkan tujuan dan pelayanan unitnya termasuk persyaratan jabatan staf yang dibutuhkan untuk melakukan asesmen serta memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.

Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan di dalam setiap unit pelayanan. Selain itu, setiap unit pelayanan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanannya dengan unit pelayanan yang lain. Duplikasi pelayanan yang tidak perlu dihindari atau dihilangkan agar menghemat sumber daya.

**21. Standar TKRS 11**

Kepala unit pelayanan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, melakukan monitoring, serta meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

## **22. Maksud dan Tujuan TKRS 11**

Kepala unit pelayanan melibatkan semua stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh (TKRS 5) serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis yang spesifik untuk unit pelayanan tersebut. Kepala unit pelayanan menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan. Pemilihan unsur penilaian sebaiknya berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap departemen/unit layanan. Kepala departemen/unit layanan klinis bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan penilaian dapat memberikan kesempatan untuk evaluasi bagi para staf maupun proses pelayanan. Hasil dari data dan informasi yang didapatkan dalam penilaian adalah hal yang penting dalam upaya perbaikan di setiap departemen/unit layanan, serta juga penting terhadap peningkatan mutu rumah sakit dan program keselamatan pasien.

## **23. Standar TKRS 12**

Rumah sakit menetapkan tata kelola untuk manajemen etis dan etika pegawai agar menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.

## 24. Maksud dan Tujuan TKRS 12

Rumah sakit harus mempunyai kerangka etika yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka. Kerangka etika yang dapat berbentuk pedoman atau bentuk regulasi lainnya termasuk referensi atau sumber etikanya dari mana, dan diperlukan edukasi untuk seluruh staf. Rumah sakit dalam menjalankan kegiatannya secara etika harus:

- a. Mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. Menjelaskan pelayanannya pada pasien secara jujur;
- c. Melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. Menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e. Menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. Mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. Menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. Mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas
- i. Mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;

- j. Menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- k. Memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia;
- l. Mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

### **25. Standar TKRS 13**

Direktur rumah sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **26. Maksud dan Tujuan TKRS 13**

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menandakan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia, perilaku yang berisiko, dan perilaku sembrono.

Direktur rumah sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok. Direktur rumah sakit mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.

Direktur rumah sakit harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter *part time*, serta anggota representasi pemilik.

## F. Matriks Penelitian Terdahulu

Adapun matriks penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu**

No	Peneliti	Judul	Metode	Kesimpulan
1.	Ida Ayu Arina Mahadewi dan I G. A. M. Asri Dwija Putri (2019)	Pengaruh Penerapan Prinsip-Prinsip <i>Good Governance</i> Terhadap Kinerja pada Rumah Sakit di Kota Denpasar	Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis regresi linier berganda.	Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, serta kewajaran berpengaruh positif terhadap Kinerja pada Rumah Sakit di Kota Denpasar.
2.	Iestyn Kelvianto dan Ronny H. Mustamu (2018)	Implementasi Prinsip-Prinsip <i>Good Corporate Governance</i> Untuk Keberlanjutan Usaha pada Perusahaan yang Bergerak di Bidang Manufaktur Pengolahan Kayu	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan implementasi prinsip-prinsip <i>good corporate governance</i> untuk keberlanjutan usaha perusahaan yang bergerak di bidang manufaktur pengolahan kayu.	Penelitian ini menghasilkan simpulan bahwa implementasi prinsip-prinsip GCG di perusahaan pengolahan kayu, menunjukkan bahwa perusahaan masih memiliki kekurangan dalam pelaksanaan GCG pada prinsip <i>transparency</i> dalam hal penyampaian visi dan misi kurang dilakukan secara lisan hanya tertulis saja. Pada prinsip <i>accountability</i> perusahaan belum memiliki struktur organisasi sesuai UU PT dan masih belum melaksanakan forum RUPS.
3.	Dela Putriany (2018)	Pelaksanaan Tata Kelola Pelayanan	Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif	Hasil penelitian ini diketahui bahwa pelaksanaan tata kelola pelayanan

		Kesehatan	kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan dokumen sedangkan informan diambil secara <i>purposive sampling</i> .	kesehatan di Kota Pekanbaru pada tahun 2014 – 2017 belum sepenuhnya menerapkan prinsip-prinsip <i>good governance</i> . Hal itu dikarenakan Dinas Kesehatan masih belum mampu menerapkan prinsip efektivitas dan efisiensi dalam pengalokasian SDM dan pengelolaan anggaran kesehatan sehingga sulit untuk melaksanakan prinsip keadilan, transparansi dan daya tanggap terhadap kebutuhan masyarakat.
4.	Murti Mandawati dkk (2018)	Dampak Akreditasi Rumah Sakit: Studi Kualitatif Terhadap Perawat Di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo	Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang melibatkan 21 perawat rumah sakit. Pedoman wawancara digunakan untuk mengumpulkan data.	Responden menyatakan akreditasi penting dilaksanakan. Dampak positif akreditasi adalah peningkatan kepedulian perawat pada indikator keselamatan pasien, yaitu perbaikan pada alur pelaporan masalah, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, komunikasi antar petugas kesehatan, pendokumentasian, fasilitas pelayanan, pendidikan kesehatan, lingkungan kerja dan adanya pendidikan berkelanjutan.
5.	Yusup Nur	Analisis Pengaruh	Jenis Penelitian yang	Hasil penelitian menunjukkan

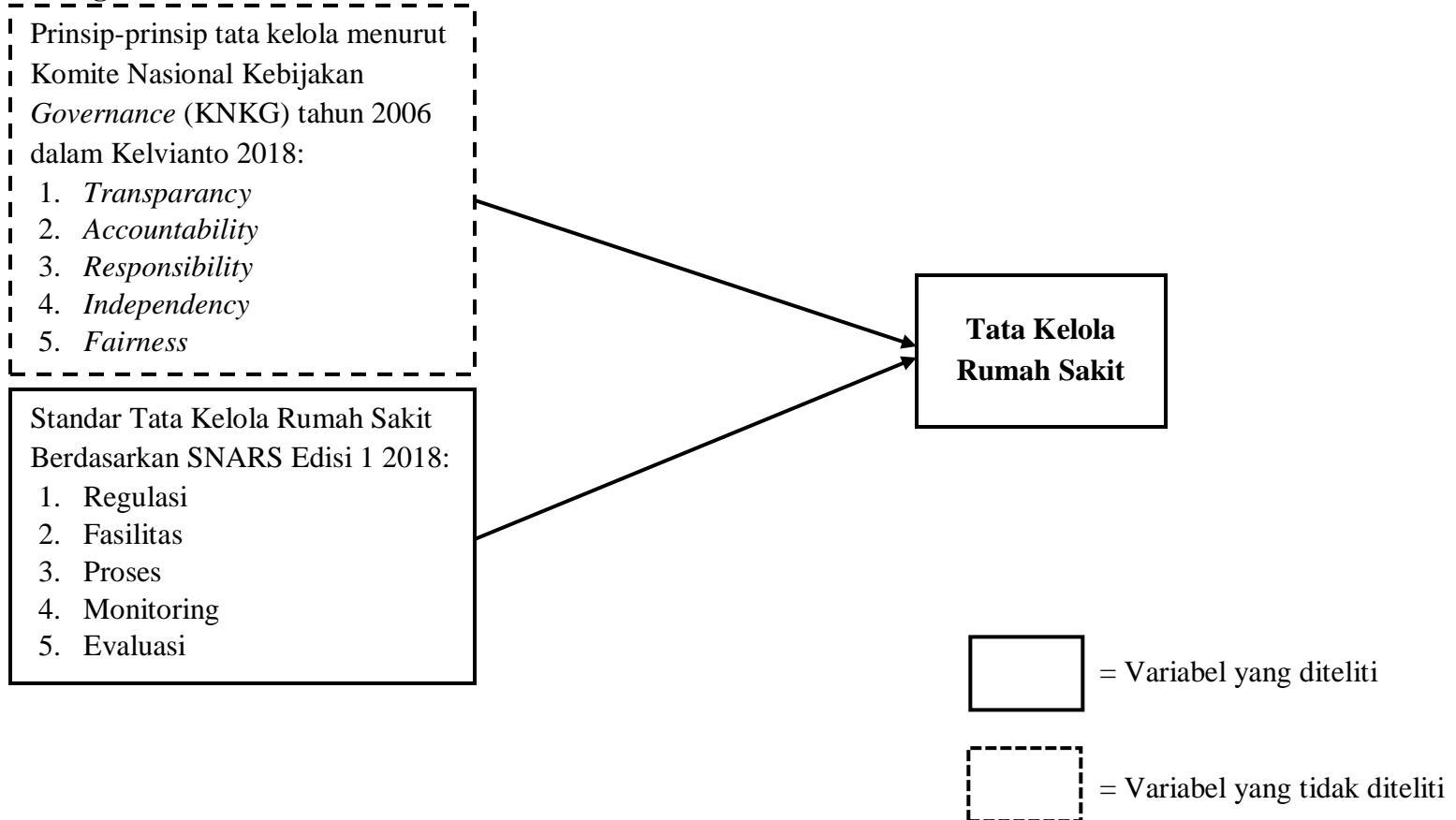


	(2017)	Implementasi <i>Good Corporate Governance</i> (GCG) pada Remunerasi Terhadap Kinerja Karyawan RS UNS Surakarta	digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif yang dilaksanakan di RS UNS. Jenis penelitian ini adalah survey dengan desain penelitian analisis deskriptif. Teknik analisis data menggunakan regresi linear berganda.	bahwa variable transparansi berpengaruh tidak signifikan terhadap kinerja karyawan rumah sakit. Variabel akuntabilitas berpengaruh tidak signifikan terhadap kinerja karyawan rumah sakit. Variabel tanggung jawab dan independensi berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan rumah sakit. Variabel <i>fairness</i> berpengaruh tidak signifikan terhadap kinerja karyawan rumah sakit. Berdasarkan hasil uji F menunjukkan bahwa implementasi <i>good corporate governance</i> pada remunerasi secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan.
6.	Safil Rudiarto Hendroyogi dan Mugi Harsono (2016)	Keterkaitan Antara Persepsi Pentingnya Akreditasi Rumah Sakit dengan Partisipasi, Komitmen, Kepuasan Kerja dan Kinerja Karyawan	Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Persepsi manfaat akreditasi, partisipasi akreditasi dan komitmen organisasional akreditasi berpengaruh terhadap kepuasan kerja.
7.	Vani Violita dan Ronny H. Mustamu	Penerapan Prinsip <i>Good Corporate Governance</i> pada	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang mana penulis memahami	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa subjek penelitian masih belum menerapkan prinsip GCG

	(2016)	Perusahaan Keluarga Produsen Kemasan Kertas	fenomena yang dialami oleh subjek penelitian, dan menghasilkan data deskriptif dalam bentuk kata-kata, bahasa dan kalimat (Moleong, 2011). Dalam penelitian ini meneliti penerapan prinsip <i>good corporate governance</i> pada subjek penelitian.	dengan maksimal, antara lain mengenai penerapan prinsip GCG, tidak memiliki SOP, tidak mencantumkan <i>reward</i> dalam kebijakan perusahaan, tidak ada dewan komisaris, tidak adanya kegiatan CSR yang memberi dampak positif dan masih ada intervensi pada perusahaan.
8.	Christian Chandra N (2016)	Implementasi Prinsip – Prinsip <i>Good Corporate Governance</i> pada Rumah Sakit	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan teknik pengumpulan data menggunakan wawancara semiterstruktur.	Hasil penelitian di Rumah Sakit dalam implementasi prinsip-prinsip <i>good corporate governance</i> menunjukkan perusahaan masih memiliki kekurangan dalam pelaksanaan <i>good corporate governance</i> pada prinsip <i>transparency, responsibility, dan independency</i> dimana belum sepenuhnya transparan mengenai laporan keuangan ke direktur, masih ada karyawan yang melanggar peraturan perusahaan, gaji yang belum sesuai Upah Minimum Kabupaten, dan karyawan bekerja tidak sesuai <i>job description</i> .
9.	Achmad Fajaruddin	Implementasi GCG dalam Perspektif	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan	Hasil penelitian ini adalah bahwa implementasi GCG di RSA

	<b>(2014)</b>	Islam (Studi kasus di RS. 'Aisyiyah Bojonegoro)	jenis penelitian studi kasus. Analisa data yang peneliti gunakan adalah dengan metode reduksi data, penyajian data dan pengambilan kesimpulan.	Bojonegoro sudah dilaksanakan dengan baik, hal tersebut karena RSA Bojonegoro merupakan amal usaha bidang kesehatan yang dikelola oleh organisasi kemasyarakatan (ormas) muslim yaitu Muhammadiyah.
10.	Lia G. Partakusuma <b>(2014)</b>	Evaluasi Tata Kelola Rumah Sakit Badan Layanan Umum pada 4 Rumah Sakit Vertikal Kelas A di Jawa dan Bali	Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang bertujuan mengetahui kondisi tata kelola RS BLU saat ini dibandingkan dengan persyaratan tata kelola BLU yang tercantum dalam PP No. 23/2005 dan aturan terkait lainnya.	Dari hasil penelitian yang bertujuan mengevaluasi implementasi Tata Kelola Badan Layanan Umum pada 4 (empat) Rumah Sakit Vertikal Kelas A di Jawa dan Bali didapatkan bahwa erdapat perbedaan implementasi pada ke 4 (empat) RS Vertikal tipe A di Jawa dan Bali yang diteliti. Perbedaan tersebut adalah perbedaan pencapaian kelengkapan persyaratan dokumen tata kelola serta perbedaan pada 4 (empat) unsur tata kelola BLU sesuai PP 23/2005.

### G. Kerangka Teori



Sumber : Komite Nasional Kebijakan *Governance* (KNKG) dan KARS 2017

**Gambar 2. 1 Kerangka Teori**

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP

##### A. Dasar Pemikiran Variabel

Modern ini, semakin meningkatnya pendidikan dan status sosial ekonomi, masyarakat cenderung menuntut pelayanan kesehatan yang baik dan lebih bermutu. Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan dituntut untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Kualitas rumah sakit tidak hanya terlihat dari bangunan megah, dokter-dokter berpengalaman, obat-obatan yang lengkap, dan peralatan medis yang serba canggih, namun manajemen rumah sakit yang baik merupakan satu aspek yang penting. Oleh karena itu perlu diadakannya perbaikan demi perbaikan dalam mutu pelayanan kesehatan untuk mendapatkan akreditasi JCI (*Joint Commision International*), dimulai dari input dalam sistem (yaitu SDM, sarana prasarana, dan sebagainya), proses berupa komunikasi yang mendukung pencapaian akreditasi, hingga akhirnya mendapatkan status terakreditasi tingkat paripurna (Pambudi dkk, 2018).

Dalam meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan dan meningkatkan efisiensi pada sistem manajemen di rumah sakit perlu menerapkan *good corporate governance*. Menurut Sedarmayanti (2007) dalam (Fitriyani dkk, 2015) menjelaskan bahwa *corporate governance* adalah sebuah sistem, proses dan seperangkat peraturan yang mengatur hubungan antara berbagai pihak yang berkepentingan terutama dalam arti sempit, hubungan antara pemegang saham, dewan komisaris, dan dewan direksi demi tercapainya tujuan organisasi. *Cadbury*

*Committee* yang dikutip *Forum for Corporate Governance in Indonesia (FCGI)* mendefinisikan *good corporate governance* sebagai seperangkat peraturan yang mengatur hubungan antara pemegang saham, pengurus (pengelola) perusahaan, pihak kreditur, pemerintah, karyawan serta para pemegang kepentingan internal dan eksternal lainnya yang berkaitan dengan hak-hak dan kewajiban mereka, atau dengan kata lain suatu system yang mengatur dan mengendalikan perusahaan (Fitriyani dkk, 2015).

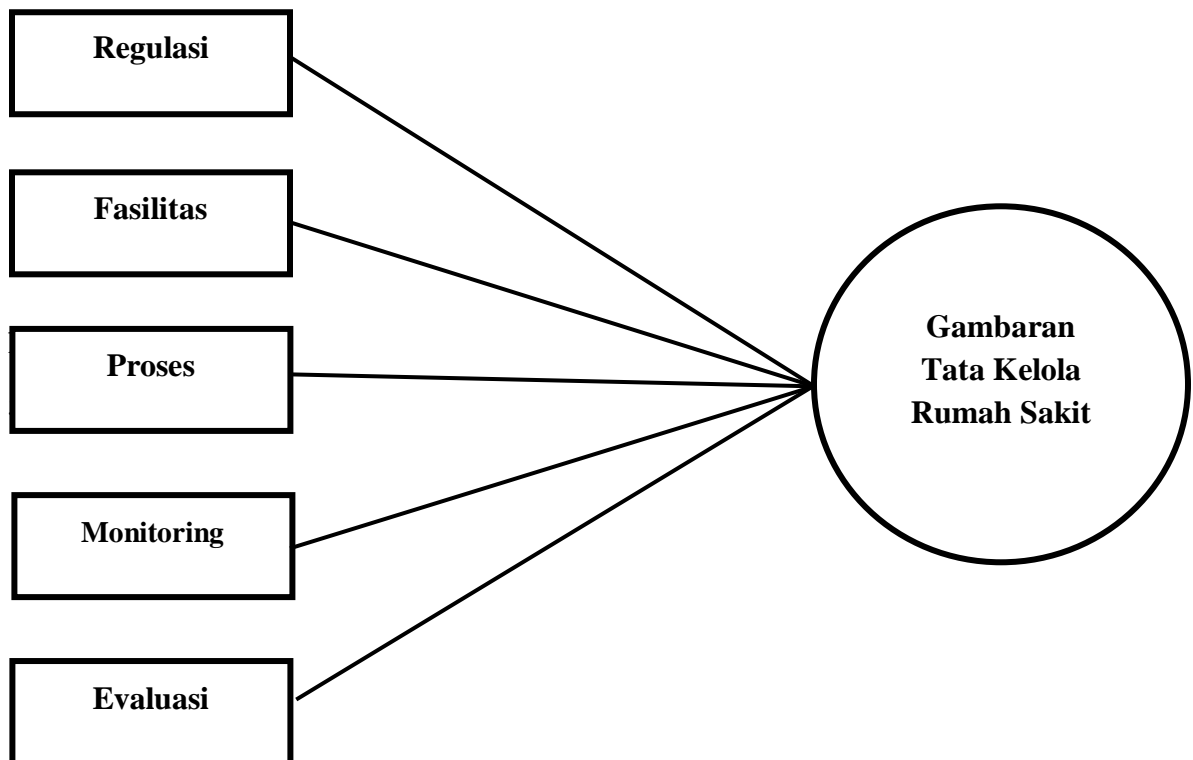
Dalam penelitian ini, variabel yang digunakan adalah regulasi, fasilitas, proses, monitoring dan evaluasi yang merupakan bagian dari tata kelola rumah sakit dalam SNARS Edisi 1 yang menyatakan bahwa tata kelola rumah sakit menyoroti bagian-bagian yang termasuk dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas bagian tersebut. Alasan dipilihnya variabel ini karena bagian tersebut berkaitan langsung dengan tata kelola di rumah sakit.

Di rumah sakit tidak hanya pelayanan kesehatan yang diberikan namun terdapat juga pelayanan lain yang bersifat mendukung seperti *laundry*, kemudahan pendaftaran, kemudahan pembayaran dan lain sebagainya. Begitu juga jenis dan tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, serta jenis tanggung jawab yang tentunya dapat berpotensi mempengaruhi persepsi dan partisipasi terhadap akreditasi rumah sakit. Menurut Kaswan (2015) dalam (Hendroyogi & Harsono, 2016) menyatakan bahwa untuk mencapai tujuan organisasi, salah satu bentuk partisipasi aktif yang dapat dilakukan adalah pemberian peran oleh

pimpinan/manajemen kepada karyawan untuk mengambil keputusan yang sesuai dengan bidang pekerjaannya.

## B. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang terkait dengan masalah yang akan diteliti, maka kerangka konsep digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 3. 1 Kerangka Konsep**  
*Sumber: SNARS Edisi 1 Tahun 2018*



### C. Definisi Konseptual

**Tabel 3.1 Definisi Konseptual**

No.	Variabel Penelitian	Definisi	Alat Ukur	Instrumen	Hasil Ukur
1.	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dimana direktur rumah sakit mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, serta unit pelayanan dalam pengelolaan PMKP, manajemen kontrak serta manajemen sumber daya. Keterlibatan berbagai <i>stakeholder</i> dalam proses tata kelola rumah sakit sesuai dengan peran yang jelas, yang ditentukan oleh kompetensi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit serta uraian tugas dan wewenang yang sesuai dengan SNARS.	a) Telusur Dokumen b) Pedoman Wawancara c) Observasi	Instrumen Penilaian SNARS Edisi 1	Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) dari bentuk pemeberian pelayanan kepada pasien serta bentuk kolaborasi antara direktur rumah sakit dengan manajerial dalam mengelola rumah sakit.
2.	Regulasi	Regulasi yang dimaksud adalah sebuah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan,	a) Telusur Dokumen b) Pedoman Wawancara	Instrumen Penilaian SNARS Edisi 1	Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) bentuk pengaturan kebijakan

		Standar Prosedur Operasional (SPO), pedoman panduan, peraturan direktur rumah sakit, keputusan direktur rumah sakit dan atau program. Regulasi berupa regulasi tentang komunikasi yang efektif, regulasi tentang pengaturan kewenangan, regulasi tentang penetapan/pengangkatan direktur rumah sakit, regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang, setiap kepala bidang/divisi di rumah sakit, regulasi tentang penetapan jenis pelayanan rumah sakit sesuai dengan misi rumah sakit.	c) Observasi		prosedur, SOP, pedoman, panduan, peraturan yang disusun oleh rumah sakit serta seluruh pihak yang berkaitan dengan tata kelola rumah sakit berdasarkan regulasi yang ada dalam SNARS.
3.	Fasilitas	Tersedianya berbagai pelayanan di rumah sakit yang sesuai dengan regulasi. Tersedianya fasilitas seperti sarana, prasarana, system informasi, standar bangunan dan fasilitas lainnya yang menunjang rumah sakit.	a) Telusur Dokumen b) Pedoman Wawancara c) Observasi	Instrumen Penilaian SNARS Edisi 1	Kelengkapan fasilitas rumah sakit yang sesuai dengan regulasi.
4.	Proses	Menetapkan proses yang seragam untuk semua kegiatan rumah sakit dengan melibatkan	a) Telusur Dokumen b) Pedoman	Instrumen Penilaian SNARS Edisi 1	Rumah sakit berdasarkan undang-undang mulai dari