



Department of Digital Business

Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 5 No. 2 (2026) pp: 12226-12233

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

Studi Fenomenologi Implementasi Strategi Manajemen, Operasi dan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Chyntia Putriasni Kurnia¹, Cindy Charoline², Ermia³

^{1,2,3}Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

chyntiaputriasni@gmail.com*

Abstrak

Implementasi strategi di rumah sakit kerap dipahami sebagai persoalan teknis penyelarasan struktur, sistem, dan sumber daya, sementara pengalaman subjektif para pelaksananya, yaitu manajer dan staf yang setiap hari menjalankan strategi tersebut, jarang menjadi pusat perhatian penelitian. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi dan memaknai pengalaman hidup (*lived experience*) manajer puncak, manajer menengah, dan staf garis depan dalam mengimplementasikan strategi di rumah sakit. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi interpretatif (*interpretative phenomenological analysis*), melibatkan 12 partisipan dari tiga rumah sakit dengan karakteristik strategik berbeda. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi non-partisipan, dan telaah dokumen pendukung, kemudian dianalisis menggunakan tahapan *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) dari Smith, Flowers, dan Larkin. Kajian dilandasi oleh kerangka hambatan eksekusi strategi dari Hrebiniak dan pandangan berbasis sumber daya (*Resource-Based View*) dari Barney sebagai lensa analitis untuk memahami bagaimana keterbatasan dan keunikan sumber daya organisasi dialami secara personal oleh partisipan. Hasil penelitian mengungkap tiga tema induk pengalaman, yaitu mengalami strategi sebagai sesuatu yang turun dari atas (*strategy as something handed down*), bergulat dengan keterbatasan sumber daya sebagai beban yang dipikul sendiri (*resource scarcity as a personal burden*), dan menemukan kembali makna kerja di tengah ketidaksempurnaan implementasi (*reclaiming meaning amid imperfect execution*). Temuan menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi strategi, dari sudut pandang pelakunya, bukan semata pencapaian target, melainkan proses personal dalam menavigasi jarak antara strategi yang dirumuskan dan realitas kerja sehari-hari. Penelitian ini memberikan kontribusi empiris berupa pemahaman mendalam mengenai dimensi manusiawi implementasi strategi rumah sakit yang dapat memperkaya teori eksekusi strategi dan praktik manajemen sumber daya manusia di sektor kesehatan.

Kata Kunci : Implementasi Strategi, Studi Fenomenologi, Eksekusi Strategi, Manajemen Rumah Sakit, Sumber Daya Manusia

1. Latar Belakang

Eksekusi strategi (*strategy execution*) secara konsisten dilaporkan sebagai tahap yang jauh lebih sulit dibandingkan perumusan strategi itu sendiri. Hrebiniak (2006) menegaskan bahwa kegagalan organisasi dalam mencapai hasil strategik yang diharapkan lebih sering bersumber dari kelemahan eksekusi (*execution gap*) daripada dari kelemahan perumusan strategi, dan kesenjangan ini muncul akibat faktor-faktor seperti ketidakjelasan tanggung jawab pelaksanaan, struktur organisasi yang tidak mendukung, budaya yang resisten terhadap perubahan, serta lemahnya koordinasi lintas-unit. Di rumah sakit, *execution gap* ini berpotensi menjadi lebih kompleks karena organisasi tersebut mempekerjakan berbagai kelompok profesi dengan otonomi, nilai, dan kepentingan yang beragam, mulai dari dokter, perawat, hingga staf administratif, yang masing-masing memiliki cara tersendiri dalam memaknai dan merespons arahan strategik dari manajemen.

Pandangan berbasis sumber daya atau *Resource-Based View* (RBV) yang dikembangkan oleh Barney (1991) menekankan bahwa keunggulan kompetitif organisasi bersumber dari sumber daya internal yang bernilai (*valuable*), langka (*rare*), sulit ditiru (*inimitable*), dan tidak tergantikan (*non-substitutable*). Dalam konteks rumah sakit, sumber daya manusia, yaitu kompetensi klinis, pengalaman, dan komitmen tenaga kesehatan, sering dipandang sebagai sumber daya strategik utama yang menentukan keberhasilan eksekusi strategi. Namun, ketika sumber daya tersebut terbatas, baik dari sisi jumlah, kompetensi, maupun waktu, proses eksekusi strategi tidak lagi sekadar persoalan keputusan alokasi sumber daya di level manajerial, melainkan menjadi pengalaman nyata yang dipikul secara personal oleh manajer dan staf yang harus tetap menjalankan strategi tersebut di tengah keterbatasan yang ada.

Sebagian besar penelitian mengenai eksekusi strategi di rumah sakit menggunakan pendekatan kuantitatif yang mengukur hubungan antara faktor-faktor organisasional, seperti struktur, sistem informasi, atau gaya kepemimpinan, dengan capaian kinerja implementasi. Pendekatan tersebut memberikan kontribusi penting dalam mengidentifikasi pola hubungan antar-variabel pada level agregat, namun cenderung memperlakukan manajer dan staf sebagai unit analisis yang pasif, sebagai penerima kebijakan, bukan sebagai subjek yang secara aktif mengalami, memaknai, dan merespons proses eksekusi strategi tersebut dalam keseharian kerja mereka. Pengalaman batin manajer menengah yang harus menerjemahkan target strategik ke dalam instruksi kerja harian, atau pengalaman perawat pelaksana yang harus tetap memberikan layanan bermutu di tengah keterbatasan sumber daya, jarang menjadi fokus penelitian empiris yang mendalam.

Pendekatan fenomenologi menawarkan jalan untuk mengisi kesenjangan tersebut. Sebagai desain penelitian kualitatif yang berakar pada tradisi filsafat fenomenologi Husserl dan dikembangkan lebih lanjut melalui pendekatan interpretatif oleh Heidegger, fenomenologi bertujuan memahami esensi pengalaman hidup (*lived experience*) seseorang terhadap suatu fenomena, sebagaimana fenomena tersebut dialami dan dimaknai oleh orang yang bersangkutan, bukan sebagaimana fenomena tersebut didefinisikan secara objektif dari luar. Dalam konteks penelitian ini, fenomena yang menjadi fokus eksplorasi adalah pengalaman mengimplementasikan strategi rumah sakit, sebagaimana dialami secara langsung oleh manajer puncak, manajer menengah, dan staf garis depan yang terlibat dalam proses tersebut.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: pertama, mengeksplorasi dan mendeskripsikan secara mendalam pengalaman hidup manajer dan staf rumah sakit dalam mengimplementasikan strategi organisasi; kedua, menginterpretasikan makna yang diberikan partisipan terhadap hambatan eksekusi strategi dan keterbatasan sumber daya yang mereka hadapi, dengan merujuk pada kerangka Hrebiniak dan Resource-Based View; dan ketiga, mengidentifikasi tema-tema esensial yang merepresentasikan struktur pengalaman bersama (*shared structure of experience*) di antara partisipan lintas-rumah sakit. Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi empiris berupa pemahaman yang lebih manusiawi mengenai dimensi personal eksekusi strategi di rumah sakit, sekaligus memberikan masukan praktis bagi manajemen dalam merancang proses implementasi strategi yang lebih memperhatikan pengalaman dan kapasitas nyata para pelaksananya.

2. Metode Penelitian

Menjelaskan Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) sebagaimana dikembangkan oleh Smith, Flowers, dan Larkin (2009). IPA dipilih karena tujuan penelitian adalah memahami secara mendalam bagaimana partisipan memaknai dan menginterpretasikan pengalaman personal mereka dalam mengimplementasikan strategi rumah sakit, dengan tetap mengakui peran aktif peneliti dalam proses interpretasi melalui prinsip *double hermeneutic*, yaitu peneliti berupaya memahami bagaimana partisipan memahami pengalaman mereka sendiri.

2.1 Konteks dan Partisipan Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tiga rumah sakit dengan karakteristik strategik yang berbeda untuk memperkaya variasi pengalaman yang dieksplorasi, yaitu RS A (rumah sakit swasta tipe B di kota besar dengan strategi ekspansi layanan unggulan jantung), RS B (rumah sakit publik tipe C di kota sedang dengan strategi efisiensi berbasis pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah), dan RS C (rumah sakit swasta tipe B di kota besar dengan strategi digitalisasi dan transformasi layanan). Ketiga nama rumah sakit merupakan nama samaran (*pseudonym*) untuk menjaga kerahasiaan partisipan dan institusi sesuai prinsip etika penelitian kualitatif.

Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria: (1) terlibat langsung dalam proses perumusan atau pelaksanaan strategi rumah sakit selama minimal dua tahun terakhir; dan (2) bersedia berbagi pengalaman secara terbuka dalam wawancara mendalam. Penelitian melibatkan 12 partisipan yang mewakili tiga level organisasi, yaitu manajemen puncak, manajer menengah, dan staf garis depan, sebagaimana dirangkum pada Tabel 1. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan prinsip kejenuhan data (*data saturation*), yaitu titik ketika wawancara tambahan tidak lagi memunculkan tema baru yang signifikan, yang dalam penelitian ini tercapai pada partisipan ke-11.

Tabel 1. Profil Partisipan Penelitian

Kode	Rumah Sakit	Posisi/Jabatan	Masa Kerja	Level Organisasi
MP-A1	RS A	Direktur Utama	18 tahun	Manajemen puncak
MM-A2	RS A	Kepala Bidang Pelayanan Medis	12 tahun	Manajer menengah
ST-A3	RS A	Kepala Ruang ICU/Jantung	9 tahun	Koordinator klinis

ST-A4	RS A	Perawat Pelaksana Rawat Inap	5 tahun	Staf garis depan
MP-B1	RS B	Direktur	15 tahun	Manajemen puncak
MM-B2	RS B	Kepala Bagian Keuangan & Perencanaan	10 tahun	Manajer menengah
MM-B3	RS B	Kepala Instalasi Rawat Jalan	8 tahun	Manajer menengah
ST-B4	RS B	Staf Administrasi/Loket	4 tahun	Staf garis depan
MP-C1	RS C	Wakil Direktur Pelayanan	14 tahun	Manajemen puncak
MM-C2	RS C	Manajer Sistem Informasi & Digitalisasi	7 tahun	Manajer menengah
ST-C3	RS C	Dokter Umum/IGD	6 tahun	Staf klinis
ST-C4	RS C	Perawat Poli Rawat Jalan	5 tahun	Staf garis depan

2.2 Prosedur Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui tiga teknik yang saling melengkapi. Pertama, wawancara mendalam semi-terstruktur (in-depth semi-structured interview) dengan durasi 60 hingga 90 menit per partisipan, menggunakan panduan wawancara terbuka yang berfokus pada pertanyaan deskriptif seperti “Bisa Bapak/Ibu ceritakan bagaimana pengalaman menjalankan strategi ini dalam pekerjaan sehari-hari?”, sesuai prinsip wawancara fenomenologis yang menghindari pertanyaan terlalu terstruktur agar tidak membatasi narasi pengalaman partisipan. Seluruh wawancara direkam dengan persetujuan partisipan dan ditranskripsi secara verbatim. Kedua, observasi non-partisipan dilakukan di lapangan pada shift pagi dan siang selama tiga hingga lima hari di setiap rumah sakit, untuk mengamati konteks kerja nyata yang melatari narasi wawancara. Ketiga, telaah dokumen pendukung, seperti notulen rapat strategi dan standar prosedur operasional, digunakan untuk memperkaya pemahaman kontekstual peneliti terhadap latar implementasi strategi di masing-masing rumah sakit.

2.3 Prosedur Analisis Data

Analisis data mengikuti tahapan IPA yang direkomendasikan Smith, Flowers, dan Larkin (2009), dimulai dari level kasus individual sebelum bergerak ke level lintas-kasus, yaitu: (1) pembacaan dan pembacaan ulang (reading and re-reading) transkrip wawancara per partisipan secara mendalam; (2) pencatatan awal (initial noting) berupa komentar deskriptif, linguistik, dan konseptual pada margin transkrip; (3) pengembangan tema emergen (developing emergent themes) untuk setiap kasus individual; (4) pencarian koneksi antar-tema (searching for connections across emergent themes) dalam satu kasus; (5) pergerakan ke kasus berikutnya (moving to the next case) dengan mengulang proses yang sama; dan (6) pencarian pola lintas-kasus (looking for patterns across cases) untuk merumuskan tema induk (superordinate themes) yang merepresentasikan struktur pengalaman bersama di antara seluruh partisipan.

Kerangka Hrebiniak mengenai hambatan eksekusi strategi dan Resource-Based View dari Barney digunakan sebagai lensa sensitisasi (sensitizing concepts) pada tahap interpretasi akhir, yaitu untuk membantu peneliti memahami bagaimana tema-tema yang muncul dari pengalaman partisipan berkaitan dengan konsep keterbatasan sumber daya dan hambatan eksekusi strategi yang telah mapan dalam literatur, tanpa membatasi keterbukaan peneliti terhadap tema-tema baru yang murni muncul dari data.

2.4 Keterpercayaan dan Pertimbangan Etis

Keterpercayaan penelitian dijaga melalui beberapa strategi, yaitu member checking, yaitu mengonfirmasi ringkasan interpretasi awal kepada sebagian partisipan untuk memastikan kesesuaian dengan pengalaman mereka; audit trail berupa pencatatan sistematis proses pengambilan keputusan analitis; dan reflektivitas peneliti melalui jurnal reflektif yang mencatat asumsi dan posisi peneliti sepanjang proses penelitian. Seluruh partisipan memberikan persetujuan (informed consent) sebelum wawancara, dengan jaminan kerahasiaan identitas melalui penggunaan kode dan nama samaran institusi sebagaimana telah dijelaskan, serta hak partisipan untuk mengundurkan diri kapan pun tanpa konsekuensi.

3. Hasil dan Diskusi

3.1 Gambaran Umum Tema Induk

Analisis IPA terhadap transkrip wawancara, catatan observasi, dan dokumen pendukung dari 12 partisipan menghasilkan tiga tema induk (superordinate themes) yang merepresentasikan struktur pengalaman bersama dalam mengimplementasikan strategi rumah sakit, yaitu: (1) mengalami strategi sebagai sesuatu yang turun dari atas (strategy as something handed down); (2) bergulat dengan keterbatasan sumber daya sebagai beban yang dipikul sendiri (resource scarcity as a personal burden); dan (3) menemukan kembali makna kerja di tengah ketidaksempurnaan implementasi (reclaiming meaning amid imperfect execution). Ketiga tema induk tersebut

konsisten muncul lintas-rumah sakit, meskipun dengan nuansa dan intensitas yang berbeda bergantung pada level organisasi dan karakteristik strategik masing-masing rumah sakit. Setiap tema dibahas secara mendalam pada subbagian berikut, disertai kutipan partisipan dan uraian observasi sebagai ilustrasi.

3.2 Tema Induk 1: Mengalami Strategi sebagai Sesuatu yang Turun dari Atas

Tema induk pertama menggambarkan bagaimana partisipan, khususnya pada level manajer menengah dan staf garis depan, secara konsisten mengalami strategi organisasi sebagai sesuatu yang datang dari luar diri mereka, dirumuskan oleh pihak lain, dan kemudian harus mereka jalankan tanpa banyak ruang keterlibatan dalam proses perumusannya. Pengalaman ini sejalan dengan apa yang digambarkan Hrebiniak sebagai salah satu akar execution gap, yaitu ketidakjelasan rasa kepemilikan (ownership) terhadap strategi pada level pelaksana. Pengalaman “menerima” strategi ini bukan sekadar persoalan teknis informasi, melainkan pengalaman emosional yang melibatkan perasaan jarak antara diri partisipan dengan keputusan yang harus mereka jalankan. Salah satu manajer menengah menggambarkan kondisi ini secara langsung:

Kami baru tahu detailnya itu pas rapat sosialisasi, padahal targetnya sudah ditentukan dari direksi. Jadi kami ini lebih ke menerima dan mencari cara supaya bisa jalan di lapangan, bukan ikut menentukan dari awal mau dibawa ke mana strateginya. (*MM-A2, Kepala Bidang Pelayanan Medis, RS A*)

Pengalaman serupa juga muncul pada level staf garis depan, meskipun dengan intensitas jarak yang dirasakan lebih besar dibandingkan manajer menengah, karena staf garis depan umumnya hanya menerima strategi dalam bentuk instruksi kerja yang sudah diterjemahkan, tanpa mengetahui konteks dan rasionalitas strategik di baliknya. Seorang perawat pelaksana di RS Alpha menyatakan bahwa ia “cuma dikasih tahu” mengenai perubahan alur pelayanan tanpa penjelasan latar belakang, dan baginya yang terpenting adalah mengikuti SOP baru yang dibagikan (*ST-A4*).

Pola minimnya keterlibatan ini juga teramati secara langsung di lapangan. Pada sesi sosialisasi strategi ekspansi layanan jantung di RS Alpha, presentasi manajemen puncak berlangsung satu arah selama lebih dari 40 menit, dengan sesi tanya jawab yang singkat di akhir. Sebagian besar staf yang hadir tampak pasif, beberapa terlihat memeriksa ponsel selama presentasi berlangsung, dan pertanyaan yang muncul lebih banyak berkaitan dengan teknis pelaksanaan, misalnya jadwal shift, ketimbang mengenai rasionalitas strategik di balik perubahan tersebut.

Menariknya, pengalaman “menerima dari atas” ini dimaknai secara berbeda oleh partisipan pada level manajemen puncak, yang justru mengalami strategi sebagai sesuatu yang harus mereka “titipkan” dan berharap dapat diterima dengan baik oleh jajaran di bawahnya, sebuah pengalaman yang diwarnai kecemasan tersendiri mengenai sejauh mana visi strategik mereka akan benar-benar terwujud di lapangan, sebagaimana diungkapkan oleh Wakil Direktur Pelayanan RS Gamma:

Sebagai pimpinan, kita merancang arahnya sudah sebaik mungkin, tapi yang sering bikin saya was-was itu bagaimana ini nanti diterima dan dijalankan betul-betul oleh teman-teman di lapangan. Kadang apa yang kita maksud di rapat direksi, sampai ke bawah jadi beda penekanannya. (*MP-C1, Wakil Direktur Pelayanan, RS C*)

Tema ini menunjukkan adanya kesenjangan pengalaman antara level organisasi: manajemen puncak mengalami kecemasan tentang penerimaan strategi, sementara manajer menengah dan staf garis depan mengalami strategi sebagai entitas eksternal yang harus diakomodasi ke dalam rutinitas kerja yang sudah ada. Kesenjangan pengalaman lintas-level inilah yang oleh Hrebiniak diidentifikasi sebagai salah satu akar struktural dari execution gap, namun dalam penelitian ini ditemukan memiliki dimensi emosional dan personal yang jauh lebih kaya daripada sekadar persoalan struktur dan sistem organisasi.

3.3 Tema Induk 2: Bergulat dengan Keterbatasan Sumber Daya sebagai Beban yang Dipikul Sendiri

Tema induk kedua menggambarkan bagaimana partisipan, terutama pada level manajer menengah dan staf garis depan, mengalami keterbatasan sumber daya, baik berupa jumlah tenaga, kompetensi, waktu, maupun anggaran, bukan semata sebagai data perencanaan di atas kertas, melainkan sebagai beban yang harus mereka tanggung secara personal dalam keseharian kerja. Pengalaman ini relevan dengan pandangan Resource-Based View dari Barney, yang menekankan bahwa sumber daya organisasi bersifat terbatas dan unik, namun dalam pengalaman partisipan, keterbatasan sumber daya tersebut dialami secara sangat konkret, sebagaimana digambarkan Kepala Instalasi Rawat Jalan RS Beta:

Target dari direksi itu pelayanan rawat jalan harus makin cepat, antrean makin pendek. Tapi tenaga kami tetap segini-segini saja, bahkan ada yang pensiun belum ada penggantinya. Jadi ya kami yang di tengah ini yang harus putar otak, gimana caranya target tetap kena tapi orangnya tidak nambah. (*MM-B3, Kepala Instalasi Rawat Jalan, RS B*)

Pada level staf garis depan, pengalaman keterbatasan sumber daya ini sering kali dimaknai lebih personal lagi, sebagai sesuatu yang memengaruhi kondisi fisik dan emosional mereka secara langsung, bukan sekadar persoalan target organisasi. Seorang staf administrasi di RS Beta menceritakan bagaimana kebijakan efisiensi mengurangi jumlah staf per shift dari tiga menjadi dua orang, sementara volume pasien justru meningkat akibat program baru, sehingga ia kerap harus melanjutkan pekerjaan hingga melewati jam pulang demi tidak menunda pelayanan pasien (ST-B4).

Pengamatan di lapangan turut mengonfirmasi tekanan tersebut. Pada jam sibuk pukul 08.00 hingga 10.00, antrean di loket pendaftaran RS Beta memanjang hingga ke luar ruang tunggu, dengan dua staf yang tampak bekerja secara simultan menangani pendaftaran, panggilan telepon, dan pertanyaan pasien tanpa sempat beristirahat selama dua jam periode pengamatan, dan beberapa kali tampak meminta maaf kepada pasien atas keterlambatan pelayanan.

Pada level manajemen puncak, keterbatasan sumber daya dimaknai secara berbeda, yaitu sebagai dilema strategik antara ambisi pencapaian target dan keterbatasan anggaran yang tersedia, sebuah pengalaman yang diwarnai oleh kesadaran akan konsekuensi keputusan mereka terhadap beban kerja staf di bawahnya, namun tetap terbatas oleh struktur anggaran organisasi yang tidak sepenuhnya berada dalam kendali mereka, sebagaimana dijelaskan Direktur RS Beta:

Saya paham betul teman-teman di rawat jalan kewalahan. Tapi penambahan pegawai itu prosesnya panjang, harus melalui mekanisme BLUD dan pemerintah daerah. Jadi sementara ini kami siasati dengan redistribusi tugas dan lembur terbatas, sambil terus mengajukan penambahan formasi. (MP-B1, Direktur, RS Beta)

Tema ini menggambarkan bahwa keterbatasan sumber daya, yang dalam kerangka RBV sering dianalisis sebagai variabel struktural pada level organisasi, dalam pengalaman partisipan justru dirasakan sebagai beban yang sangat personal dan tidak merata distribusinya: dipikul paling berat oleh staf garis depan yang memiliki otoritas paling kecil untuk mengubah situasi, sementara manajer menengah berperan sebagai penyangga (buffer) yang harus menyerap tekanan dari kedua arah, dari target manajemen puncak dan dari keluhan staf di bawahnya.

3.4 Tema Induk 3: Menemukan Kembali Makna Kerja di Tengah Ketidaksempurnaan Implementasi

Tema induk ketiga menggambarkan bagaimana partisipan, di tengah pengalaman menerima strategi dari atas dan bergulat dengan keterbatasan sumber daya sebagaimana dibahas pada dua tema sebelumnya, tetap menemukan cara untuk memaknai pekerjaan mereka secara positif. Alih-alih sepenuhnya larut dalam frustrasi terhadap ketidaksempurnaan implementasi, banyak partisipan menggeser fokus pemaknaan mereka dari pencapaian target strategik formal menuju makna yang lebih personal dan langsung, seperti kepuasan membantu pasien secara individual atau kebanggaan atas kemampuan beradaptasi di tengah keterbatasan, sebagaimana disampaikan Kepala Ruang ICU/Jantung RS Alpha:

Kadang target dari atas itu rasanya jauh dari yang kita alami sehari-hari di ruangan. Tapi saya selalu bilang ke tim, yang penting itu pasien yang di depan kita ini, bagaimana caranya kita kasih yang terbaik untuk dia. Soal angka-angka strategi besar itu, biar itu urusan manajemen, kami fokus saja pada apa yang bisa kami kendalikan. (ST-A3, Kepala Ruang ICU/Jantung, RS Alpha)

Strategi koping serupa juga ditemukan pada staf garis depan, yang mengembangkan apa yang dapat disebut sebagai redefinisi makna keberhasilan secara lokal, yaitu mengukur keberhasilan mereka sendiri bukan dari indikator kinerja strategik organisasi, melainkan dari interaksi konkret dengan pasien yang mereka layani setiap hari. Seorang perawat poli rawat jalan di RS Gamma mengakui bahwa sistem antrean digital yang baru masih sering bermasalah, namun ia tetap merasa pekerjaannya berarti setiap kali ada pasien yang berterima kasih atas kesabarannya membantu (ST-C4).

Pengamatan di poli rawat jalan RS Gamma turut memperlihatkan dinamika ini secara langsung: seorang perawat tampak dengan sabar membantu pasien lanjut usia yang kebingungan menggunakan mesin antrean digital baru, meskipun antrean di belakangnya sudah cukup panjang, dan setelah pasien tersebut terlayani, ia hanya berkata singkat bahwa karena sistemnya masih baru, merekalah yang harus banyak bersabar membantu.

Pada level manajer menengah, proses menemukan kembali makna ini sering termanifestasi dalam bentuk kebanggaan atas peran mereka sebagai penghubung (bridge) yang berhasil membuat strategi tetap berjalan meskipun tidak sempurna, sebuah identitas profesional yang mereka bangun secara aktif di tengah posisi yang secara struktural penuh tekanan dari dua arah, sebagaimana dituturkan Manajer Sistem Informasi dan Digitalisasi RS Gamma:

Memang sistemnya belum sempurna, masih banyak yang perlu diperbaiki. Tapi saya bangga, dari yang awalnya semua manual, sekarang sudah delapan puluh persen proses pendaftaran jalan secara digital. Buat saya itu

pencapaian besar, walau di atas kertas target awalnya seratus persen. (*MM-C2, Manajer Sistem Informasi & Digitalisasi, RS Gamma*)

Tema ini menunjukkan bahwa pengalaman mengimplementasikan strategi yang tidak berjalan sempurna tidak selalu berujung pada keputusan atau resistensi terbuka, melainkan dapat memunculkan proses adaptif personal di mana partisipan secara aktif merekonstruksi standar keberhasilan mereka sendiri, lepas dari ukuran keberhasilan formal yang ditetapkan organisasi. Proses ini memberikan nuansa penting terhadap kerangka Hrebiniak: execution gap mungkin tetap ada dari sudut pandang pencapaian target organisasi secara objektif, namun pada saat yang sama, para pelaksana di lapangan dapat tetap mempertahankan motivasi dan makna kerja melalui redefinisi keberhasilan pada skala yang lebih personal dan dapat mereka kendalikan.

3.5 Sintesis Tema Lintas-Level Organisasi

Tabel 2 merangkum bagaimana ketiga tema induk dialami secara berbeda oleh partisipan pada masing-masing level organisasi, menunjukkan bahwa meskipun struktur pengalaman bersama (esensi fenomena) bersifat konsisten lintas-rumah sakit, nuansa dan intensitas pengalaman tersebut bervariasi bergantung pada posisi struktural partisipan dalam organisasi.

Tabel 2. Sintesis Pengalaman Lintas-Tema dan Level Organisasi

Tema Induk	Manajemen Puncak	Manajer Menengah	Staf Garis Depan
Strategi sebagai sesuatu yang turun dari atas	Kecemasan penerimaan strategi oleh lapangan	Jarak dan minim keterlibatan perumusan	Kepatuhan menjalankan instruksi tanpa konteks penuh
Keterbatasan sumber daya sebagai beban personal	Dilema target vs. keterbatasan anggaran	Peran penyangga (buffer) dua arah tekanan	Beban fisik dan emosional langsung
Menemukan kembali makna kerja	Kebanggaan sebagai penghubung strategi-lapangan	Redefinisi keberhasilan sebagai pencapaian adaptif	Makna personal dari interaksi langsung dengan pasien

4. PEMBAHASAN

Temuan penelitian ini memperkaya pemahaman mengenai eksekusi strategi di rumah sakit dengan menambahkan dimensi pengalaman personal yang selama ini kurang mendapat perhatian dalam literatur yang didominasi pendekatan kuantitatif-struktural. Pembahasan berikut menghubungkan ketiga tema induk yang ditemukan dengan kerangka teoretis Hrebiniak mengenai hambatan eksekusi strategi dan Resource-Based View dari Barney, sekaligus mengidentifikasi kontribusi konseptual baru yang muncul dari data.

4.1 Execution Gap sebagai Pengalaman Berlapis, Bukan Sekadar Kesenjangan Struktural

Hrebiniak mengidentifikasi execution gap terutama sebagai persoalan struktural, yaitu ketidakjelasan tanggung jawab, struktur organisasi yang tidak mendukung, dan lemahnya koordinasi lintas-unit. Temuan penelitian ini, melalui Tema Induk 1, menunjukkan bahwa execution gap tersebut dialami secara berlapis dan berbeda pada setiap level organisasi: bukan kesenjangan tunggal antara “strategi” dan “pelaksanaan” sebagaimana sering digambarkan secara skematis, melainkan serangkaian kesenjangan pengalaman yang berlainan sifatnya pada setiap level, mulai dari kecemasan manajemen puncak tentang penerimaan strategi, hingga pengalaman jarak dan minimnya konteks yang dirasakan staf garis depan. Pemahaman berlapis ini memberikan nuansa baru terhadap kerangka Hrebiniak yang dapat memperkaya penerapannya secara lebih kontekstual dan manusiawi di sektor jasa kesehatan.

4.2 Sumber Daya sebagai Pengalaman yang Tidak Merata Distribusinya

Resource-Based View menekankan bahwa sumber daya bernilai, langka, sulit ditiru, dan tidak tergantikan merupakan sumber keunggulan kompetitif organisasi, namun kerangka ini secara tradisional dianalisis pada level organisasi sebagai satu kesatuan. Temuan pada Tema Induk 2 menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya, khususnya sumber daya manusia, dialami secara sangat tidak merata di antara level organisasi: staf garis depan menanggung beban fisik dan emosional paling langsung, manajer menengah berperan sebagai penyangga yang menyerap tekanan dari dua arah, sementara manajemen puncak mengalami keterbatasan sumber daya lebih sebagai dilema alokasi strategik yang abstrak. Implikasinya, analisis RBV pada konteks organisasi jasa padat karya seperti rumah sakit perlu memperhatikan bagaimana keterbatasan sumber daya terdistribusi secara tidak simetris ke berbagai level organisasi, sebuah dimensi yang luput dari analisis RBV konvensional pada level organisasi agregat.

4.3 Redefinisi Makna Keberhasilan sebagai Mekanisme Adaptif yang Belum Banyak Dibahas

Kontribusi paling baru dari penelitian ini terletak pada Tema Induk 3, yang menunjukkan bahwa partisipan tidak pasif menghadapi execution gap dan keterbatasan sumber daya, melainkan secara aktif merekonstruksi standar keberhasilan personal mereka sendiri. Mekanisme redefinisi makna ini belum banyak dibahas secara eksplisit dalam literatur eksekusi strategi maupun RBV, yang cenderung berfokus pada hasil organisasional yang terukur. Temuan ini menunjukkan bahwa keberlangsungan motivasi kerja di tengah implementasi strategi yang tidak sempurna dapat dijelaskan melalui proses psikologis personal, bukan semata melalui mekanisme organisasional formal seperti insentif atau pengawasan. Pemahaman ini relevan bagi pengembangan teori eksekusi strategi yang lebih memperhitungkan agensi (agency) individu pelaksana, melengkapi pandangan yang lebih struktural dari Hrebiniak.

4.4 Implikasi Manajerial

Berdasarkan temuan tersebut, penelitian ini menawarkan beberapa implikasi manajerial. Pertama, manajemen rumah sakit perlu menciptakan ruang keterlibatan yang lebih bermakna bagi manajer menengah dan staf garis depan sejak tahap awal perumusan strategi, bukan hanya pada tahap sosialisasi, guna mengurangi pengalaman “menerima dari atas” yang dapat melemahkan rasa kepemilikan terhadap strategi. Kedua, manajemen perlu secara eksplisit mengakui dan mengelola beban tidak merata yang ditanggung manajer menengah sebagai penyangga, misalnya melalui dukungan psikologis atau pelatihan manajemen tekanan kerja, bukan hanya berfokus pada penyediaan sumber daya fisik semata. Ketiga, manajemen dapat secara sengaja memfasilitasi dan mengapresiasi proses redefinisi makna yang dilakukan staf, misalnya melalui forum berbagi cerita keberhasilan personal (bukan hanya capaian target formal), sebagai strategi non-finansial untuk menjaga motivasi kerja di tengah keterbatasan sumber daya yang mungkin tidak dapat segera diatasi.

5. Kesimpulan

Penelitian fenomenologi ini mengungkap bahwa implementasi strategi di rumah sakit, sebagaimana dialami secara langsung oleh manajer dan staf, merupakan proses yang jauh lebih personal dan emosional dibandingkan gambaran yang umum ditemukan dalam literatur eksekusi strategi yang bersifat struktural-kuantitatif. Berdasarkan analisis Interpretative Phenomenological Analysis terhadap 12 partisipan dari tiga rumah sakit, penelitian ini mengidentifikasi tiga tema induk: mengalami strategi sebagai sesuatu yang turun dari atas, bergulat dengan keterbatasan sumber daya sebagai beban yang dipikul sendiri, dan menemukan kembali makna kerja di tengah ketidaksempurnaan implementasi. Ketiga tema ini menunjukkan bahwa execution gap yang dijelaskan Hrebiniak dan keterbatasan sumber daya dalam kerangka Resource-Based View dari Barney, ketika dilihat dari sudut pandang pengalaman pelakunya, memiliki dimensi personal, emosional, dan adaptif yang jauh lebih kaya daripada yang tergambarkan dalam analisis struktural-organisasional semata. Penelitian ini berkontribusi pada literatur eksekusi strategi dengan menunjukkan bahwa execution gap bukan kesenjangan tunggal yang seragam, melainkan dialami secara berlapis dan berbeda pada setiap level organisasi, serta bahwa keterbatasan sumber daya terdistribusi secara tidak merata, dengan beban paling berat dipikul oleh staf garis depan yang memiliki otoritas paling kecil. Penelitian ini juga mengidentifikasi mekanisme redefinisi makna keberhasilan sebagai proses adaptif personal yang membantu partisipan mempertahankan motivasi kerja, sebuah kontribusi konseptual yang melengkapi pemahaman teoretis mengenai eksekusi strategi dengan dimensi agensi individu. Bagi praktik manajemen sumber daya manusia di rumah sakit, penelitian ini merekomendasikan pelibatan pelaksana sejak tahap perumusan strategi, pengakuan eksplisit terhadap beban manajer menengah sebagai penyangga, dan fasilitasi ruang bagi staf untuk memaknai keberhasilan kerja mereka secara personal. Penelitian ini memiliki keterbatasan yang perlu diperhatikan. Pertama, sebagai studi fenomenologi, temuan bersifat kontekstual dan tidak dimaksudkan untuk digeneralisasi secara statistik, melainkan untuk dipahami transferabilitasnya pada konteks rumah sakit lain yang memiliki karakteristik serupa. Kedua, data dikumpulkan pada satu titik waktu (cross-sectional), sehingga tidak menangkap dinamika pengalaman partisipan yang mungkin berubah seiring waktu implementasi strategi berlangsung. Ketiga, sebagai penelitian interpretatif, hasil analisis tidak lepas dari peran aktif peneliti dalam proses double hermeneutic, meskipun telah diupayakan mitigasi melalui member checking dan reflektivitas. Penelitian mendatang disarankan untuk melakukan studi longitudinal guna menangkap dinamika perubahan pengalaman dari waktu ke waktu, serta memperluas variasi partisipan pada jenis rumah sakit dan konteks budaya organisasi yang lebih beragam.

Referensi

1. Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>

2. Floyd, S. W., & Wooldridge, B. (1992). Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: A research note. *Strategic Management Journal*, 13(S1), 153–167. <https://doi.org/10.1002/smj.4250131012>
3. Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
4. Hrebiniak, L. G. (2006). Obstacles to effective strategy implementation. *Organizational Dynamics*, 35(1), 12–31. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2005.12.001>
5. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
6. Noble, C. H. (1999). The eclectic roots of strategy implementation research. *Journal of Business Research*, 45(2), 119–134. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(97\)00231-2](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(97)00231-2)
7. Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7–14. <https://doi.org/10.14691/CPPJ.20.1.7>
8. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.
9. Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative research: Data collection, analysis, and management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68(3), 226–231. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v68i3.1456>
10. Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
11. Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1–2), 75–87. <https://doi.org/10.5172/conu.19.1-2.75>
12. Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). Routledge.
13. Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171–180. <https://doi.org/10.1002/smj.4250050207>
14. Wooldridge, B., Schmid, T., & Floyd, S. W. (2008). The middle management perspective on strategy process: Contributions, synthesis, and future research. *Journal of Management*, 34(6), 1190–1221. <https://doi.org/10.1177/0149206308324326>
15. Yousfi, H. (2014). Rethinking hybridity in postcolonial contexts: What changes and what persists? The Tunisian case of Poulina's managers. *Journal of World Business*, 49(3), 391–403. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2013.07.005>