



Optimalisasi Desain Struktur Organisasi dalam Meningkatkan Efektivitas Manajemen Klinik

Yohanes Kurnianto Putro^{1*}, Lia Kian²

¹Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Terbuka, Tangerang Selatan, Indonesia,

² Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Djuanda University, Indonesia

*Correspondence: Yohanes Kurnianto Putro

Email: putrokurnianto@gmail.com

Received: 07-04-2026

Accepted: 19-05-2026

Published: 23-06-2026



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Clinics as primary health care facilities hold a crucial role in the national health system, yet face a significant gap between the organizational structure mandated by regulations and actual field conditions. This study examines how organizational structure design optimization can improve clinic management effectiveness through three analytical dimensions namely the ideal structure prescribed by health regulations, the structural reality shaped by human resource limitations, and the operational impact of this gap. A systematic review reinforced by critical analysis and qualitative methodology was applied to literature, policies and empirical studies from 2021 to 2025. Findings indicate that most primary clinics operate with overlapping managerial roles and insufficient role separation, generating work overload, weak accountability and service inefficiency. Data shows that only 42.7% of primary health facilities achieved accreditation in the first semester of 2023, reflecting the depth of systemic gaps. Structural optimization requires competency based functional reconfiguration, technology integration and periodic evaluation. The adaptive organizational design approach is considered the most viable solution for bridging the gap between regulatory ideals and clinic operational realities in Indonesia

Keywords: Clinic Management; Health Regulations; Human Resources; Organizational Structure; Primary Health Facilities

Pendahuluan

Klinik merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan penting dalam penyelenggaraan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta menjadi pondasi utama transformasi pelayanan kesehatan primer menuju universal health coverage (UHC) di Indonesia. Meskipun pemerintah telah menetapkan berbagai regulasi seperti (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, 2021; Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2024) kondisi klinik di Indonesia masih sangat beragam dari sisi sumber daya manusia, kapasitas layanan dan sarana pendukung. Perbedaan tersebut menyebabkan tantangan dalam penerapan standar pelayanan yang seragam dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia ([Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2021](#); [Maharani & Diatri, 2024](#))

Berbagai penelitian sebelumnya telah membahas mutu pelayanan, kepuasan pasien,

akreditasi dan kapasitas institusi layanan kesehatan primer namun sebagian besar kajian masih menempatkan aspek tersebut secara terpisah dan belum mengintegrasikan secara komprehensif hubungan antara ketentuan regulatif, kondisi struktur organisasi klinik di lapangan serta dampak kesenjangan dari keduanya terhadap efektivitas pengelolaan klinik. Temuan ([Solikha et al., 2025](#)) menunjukkan bahwa dari 38 indikator kinerja fasilitas kesehatan primer yang dianalisis belum ada penelitian yang secara khusus mengukur aspek sistem untuk peningkatan kualitas dan ketahanan layanan yang berkaitan langsung dengan tata kelola dan struktur organisasi. Kondisi ini menunjukkan masih terbatasnya perhatian akademik terhadap dimensi struktural manajerial klinik sebagai obyek penelitian yang mandiri.

Berdasarkan kesenjangan tersebut penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi konsep ideal struktur organisasi klinik sebagaimana di atur dan regulasi kesehatan di Indonesia menganalisis kondisi actual penerapan struktur organisasi klinik dalam praktik pelayanan kesehatan serta mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi efektivitasnya khususnya keterbatasan sumber daya manusia. Selain itu penelitian ini bertujuan merumuskan rekomendasi pengembangan struktur organisasi yang lebih adaptif, kontekstual dan efektif guna mendukung peningkatan kinerja manajemen klinik secara berkelanjutan.

Penelitian ini memiliki signifikansi teoritis dan praktis. Secara teoritis penelitian ini memperkaya literatur mengenai manajemen fasilitas kesehatan primer dengan menempatkan struktur organisasi sebagai variable strategis yang mempengaruhi efektivitas layanan kesehatan. Secara praktis hasil penelitian di harapkan menjadi dasar bagi pengelola klinik, regulator dan pemangku kepentingan dalam menyusun model tata kelola yang lebih sesuai dengan kapasitas dan kebutuhan masing masing klinik. Temuan penelitian juga dapat mendukung peningkatan kualitas pelayanan, keberhasilan akreditasi penguatan kapasitas manajerial serta implemtasi transformasi digital di fasilitas kesehatan primer.

Landasan konseptual penelitian ini mengacu pada teori struktur organisasi dan manajemen modern yang menjelaskan pentingnya pembagian peran, kordinasi dan mekanisme pengambilan keputusan dalam organisasi ([Daft, 2021](#); [Robbins & Coulter, 2021](#)) selain itu teori kontingensi dan organizational ambidexterity menegaskan bahwa organisasi kesehatan memerlukan struktur yang fleksibel untuk menghadapi perubahan lingkungan dan tuntutan regulasi yang semakin kompleks ([Crespo & Lopes, 2022](#); [Gibbons & Roberts, 2022](#)) berbagai studi juga menunjukkan bahwa kejelasan struktur organisasi berhubungan dengan peningkatan kualitas layanan, keberhasilan transformasi digital, penurunan burnout tenaga kesehatan serta peningkatan kinerja fasilitas kesehatan primer ([Alblihed & Alzghaibi, 2022](#); [Ochieng et al., 2025](#); [Solikha et al., 2025](#); [Tran et al., 2022](#))

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *systematic literature review* yang dipadukan dengan analisis kritis serta metode kualitatif eksplanatori. Kombinasi ketiga pendekatan tersebut dipilih untuk memperoleh pemahaman yang lebih

komprehensif yang tidak hanya sebatas menggambarkan fenomena yang ditemukan dalam berbagai sumber kajian tetapi juga menafsirkan hubungan atau makna dan implikasi yang mendasari temuan-temuan empiris yang dianalisis.

Pelaksanaan tinjauan sistematis dalam penelitian ini mengacu pada panduan PRISMA 2020 atau *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* sebagaimana dikembangkan oleh (Page et al., 2021). Pedoman PRISMA 2020 dipilih karena menyediakan kerangka metodologis yang diakui secara internasional untuk menjamin transparansi dan ketelitian dalam pelaksanaan tinjauan sistematis. Melalui pedoman ini setiap tahapan penelitian dapat dilakukan secara sistematis dan terdokumentasi dengan baik mulai dari perumusan pertanyaan penelitian juga proses identifikasi dan seleksi literatur, penilaian kelayakan sumber hingga penyajian dan pelaporan hasil kajian.

Dalam penerapannya pedoman PRISMA 2020 diadaptasi untuk memenuhi kebutuhan penelitian di bidang kebijakan dan manajemen kesehatan yang mempunyai karakteristik berbeda dibandingkan tinjauan klinis tradisional. Penelusuran literatur dijalankan secara sistematis melalui lima basis data akademik mencakup *PubMed*, *Scopus*, *Google Scholar*, *Web of Science* dan GARUDA yaitu kepanjangan dari Garba Rujukan Digital khusus untuk literatur berbahasa Indonesia. Dokumen kebijakan resmi dari Kementerian Kesehatan RI beserta laporan WHO Kantor Regional Asia Tenggara dan standar akreditasi LAFKI turut dimasukkan sebagai sumber data primer kebijakan yang relevansinya tidak bisa diabaikan.

Proses penyaringan literatur dilakukan dalam dua tahap berurutan. Pada tahap pertama, skrining judul dan abstrak dijalankan berdasarkan relevansi topik terhadap tiga dimensi analisis penelitian. Pada tahap kedua, penelaahan teks lengkap diterapkan untuk menentukan kesesuaian substantif yang lebih mendalam. Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah sebagai berikut: diterbitkan atau dikeluarkan dalam rentang 2021–2025; berfokus pada desain struktur organisasi, manajemen, tata kelola, atau kinerja fasilitas kesehatan primer dan klinik; tersedia dalam bahasa Indonesia atau Inggris; serta merupakan hasil penelitian empiris, tinjauan sistematis, kajian kebijakan, atau laporan resmi lembaga yang bereputasi dan dapat diverifikasi. Kriteria eksklusi yang diterapkan meliputi: publikasi yang semata mata berfokus pada manajemen rumah sakit besar tanpa relevansi terhadap fasilitas kesehatan primer; studi kasus tunggal tanpa analisis yang memungkinkan generalisasi; serta terbitan yang tidak dapat diverifikasi sumbernya atau tidak tersedia dalam format yang bisa diakses.

Data dari berbagai sumber yang lolos penyaringan kemudian ditelaah menggunakan teknik analisis isi tematik yang bergerak dua arah. Secara induktif, tema tema pokok dikenali langsung dari pola yang muncul dalam literatur tanpa dipaksakan ke dalam kerangka yang telah ditentukan sebelumnya. Secara deduktif, tema tema itu kemudian ditata ke dalam tiga dimensi analisis utama yang sudah ditetapkan: struktur ideal regulatif, realitas struktural aktual dan dampak kesenjangan terhadap efektivitas operasional.

Proses analisis dijalankan secara berulang dengan membaca ulang sumber sumber yang sama dari sudut pandang berbeda di setiap putaran analisis untuk memastikan kedalaman penafsiran yang tidak bisa dicapai dengan pembacaan sekali saja. Triangulasi

antarsumber dilakukan untuk memperkuat validitas temuan, dengan memastikan setiap klaim kritis dalam pembahasan ditopang oleh minimal dua sumber berbeda yang saling memperkuat.

Hasil dan Pembahasan

Dalam pencarian literatur studi ini memakai kata kunci yang digunakan dalam penelusuran dirancang dalam dua versi bahasa. Dalam bahasa Indonesia yaitu "struktur organisasi klinik," "manajemen klinik efektif," "tata kelola FKTP," "akreditasi klinik Indonesia," "SDM fasilitas kesehatan primer," dan "desain organisasi pelayanan primer." Dalam bahasa Inggris yaitu "clinic organizational structure," "primary health care management capacity," "health facility governance," "organizational design primary care," "role ambiguity healthcare," dan "PHC management Indonesia." Seluruh penelusuran dibatasi pada terbitan dalam rentang waktu 2021–2025, dengan pengecualian bagi beberapa dokumen kebijakan yang relevansinya bersifat permanen.

Tabel 1. Penelitian Relevan

Judul/Kajian	Penulis	Tahun	Metode	Hasil Temuan
Pemetaan Kinerja Fasilitas Kesehatan Primer di Indonesia	Solikha et al.	2025	Kajian literatur/pemetaan kinerja fasilitas kesehatan primer	Tantangan tata kelola merupakan aspek yang paling jarang diteliti dan sering luput dari evaluasi fasilitas kesehatan primer. Permasalahan struktur organisasi bersifat laten, sulit terdeteksi melalui indikator layanan, namun berdampak sistemik terhadap operasional fasilitas.
Tata Kelola Layanan Kesehatan Primer dari Perspektif Kader Kesehatan	Hasanbasri et al.	2024	Kajian tata kelola layanan kesehatan primer	Ketidakjelasan peran tata kelola, baik kepemimpinan formal maupun informal, berkontribusi terhadap berbagai permasalahan operasional di tingkat fasilitas kesehatan primer.
Akreditasi Fasilitas Kesehatan Primer di Indonesia	Maharani & Diatri	2024	Analisis data akreditasi fasilitas kesehatan primer	Hanya 42,7% fasilitas kesehatan primer yang terakreditasi pada semester pertama tahun 2023. Temuan ini menunjukkan masih adanya kesenjangan tata kelola dan pengelolaan organisasi yang memengaruhi pencapaian standar mutu layanan.

Ketika regulasi merancang struktur ideal sebuah klinik, terdapat sejumlah asumsi mendasar yang tertanam di dalamnya asumsi tentang ketersediaan SDM, kemampuan finansial pengelola dan lingkungan operasional yang relatif kondusif. Permenkes No. 14 Tahun 2021 menetapkan bahwa setiap klinik wajib mempunyai penanggung jawab teknis yang cakap secara klinis, fungsi administratif yang terpisah dari fungsi klinis serta mekanisme pengawasan mutu yang tersusun sistematis. Untuk klinik pratama, ketentuan ini mencakup keharusan adanya dokter atau dokter gigi yang bertugas penuh sebagai penanggung jawab teknis; sementara klinik utama wajib mempunyai dokter spesialis

dalam peran tersebut ([Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, 2021](#)).

Dari kacamata teori manajemen, arah yang dikehendaki regulasi ini mencerminkan pendekatan struktural yang bertumpu pada prinsip diferensiasi dan spesialisasi fungsi sebuah prinsip yang berakar dalam pemikiran Weber tentang birokrasi rasional sebagaimana dikutip dalam ([Daft, 2021](#)). Asumsi di baliknya adalah bahwa layanan kesehatan menuntut standarisasi tinggi demi keselamatan pasien dan struktur yang terdiferensiasi dengan jelas mendukung standarisasi tersebut.

Namun di sinilah ketegangan mulai terasa. Regulasi yang berpijak pada asumsi kondisi ideal tidak secara memadai mengantisipasi kenyataan bahwa sebagian besar klinik di Indonesia beroperasi jauh dari kondisi ideal itu. Standar akreditasi ([Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia, 2022](#)) yang mensyaratkan pemisahan fungsi klinis dan manajerial, keharusan mendokumentasikan setiap proses dan keberadaan mekanisme evaluasi kinerja yang formal semuanya membutuhkan kapasitas SDM dan administratif yang tidak selalu tersedia. Belum lagi tuntutan baru dari kewajiban rekam medis elektronik yang menuntut hadirnya fungsi manajerial baru dalam pengelolaan data kesehatan digital ([Satrio & Aqid, 2025](#)).

Telaah kritis terhadap kerangka regulasi mengungkap bahwa standar yang ada cenderung bersifat satu ukuran untuk semua (*one size fits all*), padahal keberagaman konteks klinik di Indonesia sangat ekstrem. ([World Health Organization, 2022](#)) dalam laporannya tentang penguatan layanan kesehatan primer di Asia Tenggara justru merekomendasikan pendekatan tiered standards karena menyadari bahwa standar tunggal tidak bisa berlaku adil bagi semua konteks. Paradoksnya, regulasi yang bermaksud mendongkrak standar justru bisa menciptakan kondisi di mana klinik memilih "berpura pura" memenuhi standar di atas kertas tanpa mampu menjalankannya secara substantif sebuah bentuk lain dari ketidakefektifan yang lebih berbahaya karena tidak kasat mata.

Memahami realitas struktur organisasi klinik yang sebenarnya membutuhkan keberanian untuk melihat tanpa kacamata normatif. Apa yang sesungguhnya berlangsung di sebagian besar klinik pratama Indonesia terutama yang beroperasi dengan sumber daya terbatas adalah apa yang dalam literatur manajemen disebut sebagai *compressed structure* atau struktur terkompresi: kondisi di mana jumlah fungsi yang harus dijalankan melebihi jumlah orang yang tersedia sehingga satu individu terpaksa menanggung beberapa peran sekaligus.

Bahkan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan skala operasional yang relatif kecil dan ketidakjelasan mengenai pembagian kewenangan dan tanggung jawab pengambilan keputusan dapat menimbulkan kebingungan dalam pelaksanaan tugas. Kondisi tersebut berpotensi menyebabkan inefisiensi operasional maupun tumpang tindih fungsi serta munculnya konflik peran yang menghambat efektivitas pengelolaan organisasi.

Kondisi ini diperparah oleh ketimpangan sebaran tenaga kesehatan yang sangat mencolok antardaerah dan menurut Data Profil Kesehatan Indonesia 2022 ([Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023](#)) yang menggambarkan bahwa wilayah 3T yaitu

tertinggal, terdepan dan terluar tidak hanya kekurangan tenaga klinis tetapi juga sangat minim personel berkompentensi manajerial. Dalam kondisi tersebut banyak klinik yang berlokasi di daerah terpencil harus menjalankan operasionalnya dengan jumlah tenaga kesehatan yang sangat terbatas dan tidak jarang satu atau dua orang tenaga kesehatan memikul berbagai fungsi sekaligus mulai dari memberikan pelayanan medis, mengelola administrasi atau menjalankan tugas manajerial hingga menangani pekerjaan pendukung operasional. Realitas ini menunjukkan bahwa permasalahan keterbatasan sumber daya tidak dapat diselesaikan semata-mata melalui penetapan regulasi yang lebih ketat melainkan memerlukan pendekatan yang mempertimbangkan kondisi dan kapasitas nyata di lapangan.

Fenomena *shadow structure* atau struktur bayangan yaitu kondisi ketika struktur organisasi formal yang terdokumentasi berbeda secara nyata dengan pola kerja yang dijalankan sehari-hari dapat dipahami sebagai konsekuensi dari berbagai tekanan operasional yang dihadapi klinik. Dalam banyak kasus klinik menyusun bagan organisasi sesuai dengan persyaratan regulasi dan akreditasi sementara praktik kerja yang berlangsung di lapangan mengikuti mekanisme yang lebih fleksibel dan disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya yang ada. Situasi ini umumnya bukan merupakan bentuk penyimpangan yang disengaja melainkan strategi adaptif untuk mempertahankan keberlangsungan layanan di tengah keterbatasan kapasitas organisasi namun demikian ketidaksesuaian antara struktur formal dan praktik aktual dapat menimbulkan berbagai konsekuensi. Dokumen organisasi yang tidak merepresentasikan kondisi operasional yang sesungguhnya menjadi kurang efektif sebagai alat pengelolaan serta koordinasi dan pengambilan keputusan. Proses pengawasan yang hanya berfokus pada kesesuaian dokumen formal berisiko tidak mampu menggambarkan kinerja organisasi secara akurat maupun mengidentifikasi permasalahan yang terjadi dalam praktik sehari-hari.

Kesenjangan antara struktur ideal dan realitas struktural aktual bukanlah kondisi diam yang bisa dibiarkan begitu saja yang merupakan kondisi yang terus bergerak dan menghasilkan serangkaian dampak yang berputar dalam lingkaran umpan balik yang saling menguatkan sehingga semakin lama dibiarkan semakin sulit untuk diurai.

Koordinasi yang efektif merupakan salah satu fungsi paling mendasar dalam struktur organisasi dan melalui koordinasi yang baik maka berbagai aktivitas juga peran dan sumber daya dapat diselaraskan untuk mencapai tujuan bersama secara efisien. Sebaliknya tanpa mekanisme koordinasi yang jelas individu-individu yang mempunyai kompetensi tinggi sekalipun akan kesulitan bekerja secara terpadu sehingga potensi organisasi untuk mencapai kinerja optimal menjadi tidak maksimal. Kajian tentang pemanfaatan sistem informasi kesehatan di fasilitas primer Indonesia ([JMIR Medical, 2024](#)) menemukan variasi kematangan teknologi informasi yang sangat besar antar fasilitas dengan faktor organisasional terutama kejelasan peran dalam pengelolaan data sebagai pembeda utama. Fasilitas dengan mekanisme koordinasi yang jelas mampu mengadopsi dan memanfaatkan sistem informasi secara lebih efektif dibandingkan fasilitas yang strukturnya kabur.

Ketidajelasan mekanisme koordinasi dapat menimbulkan dampak yang signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan misalnya pada klinik dengan sistem koordinasi yang kurang efektif sehingga kontinuitas pelayanan kepada pasien berisiko terganggu akibat lemahnya alur komunikasi dan pembagian tanggung jawab. Kondisi ini dapat tercermin dalam dokumentasi riwayat medis yang tidak lengkap atau ketidakkonsistenan informasi atau instruksi pengobatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan serta kurang optimalnya penyampaian program promotif dan preventif karena tidak adanya kejelasan mengenai pihak yang bertanggung jawab. Pada akhirnya berbagai permasalahan tersebut dapat memengaruhi mutu pelayanan dan pengalaman pasien dalam menerima layanan kesehatan. Dalam pelayanan penyakit kronis yang membutuhkan koordinasi jangka panjang akibatnya menjadi semakin serius ([Longhini et al., 2022](#)).

Dampak pada Dimensi Pengambilan Keputusan

Mutu dan kecepatan pengambilan keputusan manajerial sangat bergantung pada kejelasan kewenangan dan ketersediaan informasi. (Homauni et al., 2021) menemukan bahwa tanpa sistem evaluasi kinerja yang terstruktur yang hanya bisa berdiri di atas fondasi struktur manajerial yang jelas pengambilan keputusan di fasilitas kesehatan cenderung bersifat reaktif serta berbasis intuisi dan tidak terdokumentasi dengan baik yang mengakibatkan pola keputusan yang sama terus berulang meski hasilnya buruk karena tidak ada mekanisme pembelajaran organisasional yang bekerja.

Lebih dari itu pemimpin klinik yang terbebani oleh terlalu banyak fungsi operasional tidak mempunyai kapasitas pikir dan waktu yang cukup untuk berpikir strategis dan mempunyai kemampuan merencanakan pengembangan layanan dan mengidentifikasi risiko organisasional atau mengevaluasi kinerja program secara sistematis semuanya membutuhkan ruang berpikir dan waktu yang tidak tersedia ketika seseorang terlalu sibuk menangani tugas tugas operasional yang semestinya bisa didelegasikan kepada orang lain. Kondisi inilah yang melahirkan lingkaran manajerial yang sulit diputus: struktur rapuh → kepemimpinan reaktif → tidak ada perbaikan struktur → struktur tetap rapuh.

Hambatan yang mereka temukan ketidaklengkapan dokumentasi atau ketidakselarasan antara dokumen dan praktik juga rendahnya pemahaman staf tentang standar semuanya merupakan perwujudan dari lemahnya struktur manajerial yang semestinya mengelola proses dokumentasi dan pembinaan staf secara sistematis.

Paradoks yang muncul adalah bahwa proses akreditasi yang seharusnya menjadi jalan menuju perbaikan justru bisa berubah menjadi sumber tekanan tambahan bagi klinik yang sudah terbebani. Klinik yang tidak mempunyai kapasitas struktural untuk bersiap menghadapi akreditasi secara sungguh sungguh cenderung terjebak dalam persiapan yang bersifat kosmetik memperbaiki dokumen sesaat sebelum survei tanpa mengubah praktik yang sebenarnya. Fenomena ini tidak membuat klinik menjadi lebih baik dalam memberikan layanan; ia hanya membuat klinik lebih pandai tampak memenuhi standar setidaknya selama survei berlangsung.

Dampak yang sering paling tidak terlihat namun paling merusak dalam jangka panjang adalah dampak terhadap kesejahteraan tenaga kesehatan. ([Alblihed & Alzghaibi,](#)

[2022](#)) membuktikan secara empiris bahwa role ambiguity yang disebabkan oleh disfungsi struktur organisasi secara langsung memicu *burnout* yang kemudian menjadi jembatan menuju tingginya niat untuk meninggalkan pekerjaan. ([Mwasha, L; Mwita, M; Mwakasangula, E; & Tarimo, 2024](#)) memperdalam temuan ini dengan menunjukkan bahwa ketidakjelasan harapan dan tanggung jawab merupakan faktor risiko psikososial yang bersifat menahun dampaknya tidak terasa dalam satu atau dua hari tetapi menumpuk perlahan hingga mencapai titik di mana tenaga kesehatan tidak lagi bisa menjalankan fungsinya secara efektif.

Meta analisis ([Li et al., 2024](#)) yang merangkum data penelitian selama satu dekade menyempurnakan rangkaian argumen ini dengan menunjukkan bahwa *burnout* tenaga kesehatan tidak hanya berdampak pada individu yang bersangkutan tetapi secara langsung berkorelasi dengan merosotnya mutu layanan serta keselamatan pasien dan kepuasan pasien secara keseluruhan. Dengan demikian persoalan struktural organisasi klinik yang tampak seperti urusan internal administratif pada akhirnya bermuara pada luaran klinis yang sangat nyata dan merugikan bagi pasien.

Menghadapi kesenjangan yang sudah teridentifikasi secara mendalam pertanyaan yang paling mendesak adalah: bagaimana klinik dapat menyempurnakan desain strukturnya secara realistis? Sintesis dari seluruh literatur yang dikaji dalam penelitian ini mengarah pada satu kerangka konseptual yang disebut adaptive organizational design sebuah pendekatan yang menempatkan kemampuan beradaptasi secara kontekstual sebagai nilai inti bukan sebagai bentuk kompromi dari standar ideal.

Prinsip Pertama yaitu Kejelasan Fungsi sebagai Prioritas Utama Pelajaran pertama yang bisa dipetik dari seluruh temuan adalah bahwa kejelasan fungsi harus diutamakan di atas kelengkapan jabatan. Ini adalah pergeseran paradigma yang penting: bukan bertanya "jabatan apa yang harus ada," melainkan "fungsi apa yang harus dijalankan dan siapa yang bertanggung jawab atasnya." Dalam kondisi keterbatasan SDM, satu orang mungkin perlu mengemban lebih dari satu fungsi dan itu bisa diterima, asalkan pembagiannya terdokumentasi dengan jelas melalui instrumen seperti RACI Matrix (Responsible, Accountable, Consulted, Informed) yang mendefinisikan setiap fungsi secara operasional.

[Crespo & Lopes \(2022\)](#) menegaskan bahwa organizational ambidexterity tidak mensyaratkan penambahan jabatan baru, melainkan kejelasan peran dalam menjalankan fungsi pemanfaatan kapabilitas yang ada (exploitation) dan penajakan kapabilitas baru (exploration) secara bersamaan. Prinsip ini bisa langsung diterapkan dalam konteks klinik yaitu kejelasan tentang siapa yang bertanggung jawab menjaga standar layanan rutin dan siapa yang bertugas mengidentifikasi serta menerapkan inovasi perbaikan menjadi fondasi yang lebih penting dari sekadar kelengkapan bagan organisasi.

Prinsip Kedua: Penempatan Berbasis Kompetensi, Bukan Sekadar Ketersediaan

Dalam klinik dengan keterbatasan SDM, godaan terbesar adalah menempatkan seseorang pada fungsi manajerial semata karena dia yang ada bukan karena dia yang paling mumpuni untuk menjalankan fungsi tersebut. ([Ochieng et al., 2025](#)) menemukan bahwa

fasilitas yang melakukan pemetaan kompetensi secara sistematis dan menugaskan peran manajerial berdasarkan hasil pemetaan itu menunjukkan efektivitas yang secara konsisten lebih tinggi. Ini berarti klinik perlu berinvestasi dalam dua hal yang saling terkait: pertama, proses penilaian kompetensi yang terstruktur; kedua, program pengembangan kapasitas yang tepat sasaran untuk menutup celah kompetensi yang teridentifikasi.

Prinsip Ketiga: Teknologi sebagai Penyangga Struktural

Penyatuan teknologi informasi dalam operasional klinik seharusnya tidak dipandang sekadar sebagai kewajiban kepatuhan melainkan sebagai peluang untuk memperkuat fungsi fungsi struktural yang selama ini lemah. Sistem rekam medis elektronik yang diterapkan dengan baik berfungsi sebagai mekanisme koordinasi otomatis juga memori organisasional yang andal dan instrumen pengawasan mutu secara real time. Namun ([Satrio & Aqid, 2025](#)) mengingatkan bahwa teknologi hanya bisa berperan sebagai penyangga struktural jika diterapkan di atas fondasi manajerial yang sudah terdefinisi bukan sebagai pengganti fondasi yang memang tidak ada. ([Tran et al., 2022](#)) dalam kajian mereka tentang digitalisasi fasilitas kesehatan Vietnam menambahkan perspektif kepemimpinan yaitu transformasi digital yang berhasil selalu ditandai oleh hadirnya pemimpin dengan mandat yang jelas untuk mengelola proses tersebut. Tanpa kejelasan struktural tentang siapa yang bertanggung jawab atas transformasi digital, adopsi teknologi cenderung berjalan tidak terkoordinasi dan tidak berkelanjutan.

Prinsip Keempat yaitu Penyelarasan Struktur dengan Profil Layanan

([Longhini et al., 2022](#)) memberikan panduan yang sangat praktis tentang cara menyelaraskan desain struktur dengan jenis layanan yang diutamakan. Klinik yang melayani banyak pasien dengan penyakit kronis, misalnya memerlukan unit koordinasi perawatan yang terstruktur secara berbeda dari klinik yang terutama menangani kasus akut. Prinsip ini menantang asumsi bahwa ada satu "struktur klinik yang benar" dan mengarahkan pada pemahaman bahwa struktur terbaik adalah yang paling selaras dengan profil layanan serta kebutuhan komunitas dan kapasitas SDM yang dimiliki.

Prinsip Kelima yaitu Evaluasi Struktural sebagai Kebiasaan Rutin

([Alegre et al., 2023](#)) menemukan bahwa klinik yang memandang penataan ulang struktur sebagai proses yang tidak pernah berhenti menunjukkan ketahanan dan kemampuan beradaptasi yang jauh lebih baik dibandingkan klinik yang menganggap struktur sebagai sesuatu yang ditetapkan sekali dan tidak perlu ditinjau kembali. Evaluasi struktural berkala yang meliputi pemeriksaan keselarasan antara struktur formal dan praktik aktual, penilaian ulang pembagian fungsi dan pembaruan matriks tanggung jawab seharusnya menjadi bagian tak terpisahkan dari siklus manajemen klinik bukan sekadar respons atas krisis atau desakan akreditasi.

Implikasi Kebijakan yaitu Dari Regulasi Kaku menuju Regulasi Adaptif

Telaah menyeluruh dalam penelitian ini mengungkap bahwa sebagian dari akar persoalan kesenjangan struktural justru bersumber dari watak regulasi itu sendiri. Regulasi

yang dirancang dengan asumsi kondisi ideal dan diterapkan secara seragam pada konteks yang sangat beragam niscaya akan melahirkan kesenjangan bukan karena pengelola klinik tidak mau mematuhi tetapi karena mereka secara struktural tidak mampu melakukannya.

Anjuran ([World Health Organization, 2022](#)) tentang *tiered standards* layak dipertimbangkan secara serius oleh Kementerian Kesehatan RI. Pendekatan ini menetapkan persyaratan minimum yang berbeda berdasarkan kapasitas wilayah dan jenis fasilitas sehingga klinik di daerah terpencil tidak "dihukum" karena tidak sanggup memenuhi standar yang sejatinya dirancang untuk klinik perkotaan dan pada saat yang sama dan standar kritis yang berkaitan langsung dengan keselamatan pasien tetap dijaga sebagai garis merah yang tidak bisa dikompromikan dalam kondisi apa pun.

Implikasi kebijakan lain yang tidak kalah penting adalah keharusan untuk memperkuat mekanisme pembinaan, bukan sekadar mekanisme penilaian. Proses akreditasi yang berjalan saat ini lebih banyak berfungsi sebagai instrumen penilaian dan sertifikasi ketimbang sebagai mekanisme pembinaan yang berkelanjutan. Mengubah orientasi ini dari "menilai apakah standar terpenuhi" menjadi "mendampingi klinik memenuhi standar secara substantif" membutuhkan pergeseran paradigma dalam cara otoritas kesehatan berinteraksi dengan fasilitas yang dibinanya ([Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia, 2022](#); [Maharani & Diatri, 2024](#))

Conclusion

Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat kesenjangan yang nyata antara struktur organisasi klinik yang diatur dalam regulasi dengan kondisi operasional yang dijalankan di lapangan. Kesenjangan tersebut muncul karena ketidaksesuaian antara tuntutan standar dan kapasitas riil klinik, yang berdampak pada rendahnya tingkat akreditasi, lemahnya koordinasi internal, menurunnya kualitas pengambilan keputusan, hambatan adopsi teknologi, hingga meningkatnya beban kerja tenaga kesehatan. Oleh karena itu, perbaikan struktur organisasi tidak cukup dilakukan melalui perubahan bagan organisasi semata, tetapi memerlukan penataan fungsi, pembagian tanggung jawab yang jelas, penguatan kapasitas manajerial, integrasi teknologi, serta evaluasi organisasi yang berkelanjutan. Selain itu, regulasi perlu dikembangkan secara lebih adaptif dengan mempertimbangkan keragaman kapasitas dan kondisi klinik di berbagai daerah.

Sebagai tindak lanjut, pengelola klinik perlu melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kesesuaian antara struktur formal dan praktik kerja, memperjelas peran melalui instrumen seperti RACI Matrix, serta memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan efektivitas organisasi. Dinas kesehatan diharapkan menerapkan pendekatan pembinaan yang lebih kolaboratif melalui pendampingan dan forum berbagi praktik terbaik. Sementara itu, Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan standar klinik bertingkat (*tiered standards*) yang lebih realistis sesuai kapasitas fasilitas kesehatan, disertai insentif bagi klinik yang berhasil meningkatkan tata kelola. Bagi akademisi, diperlukan penelitian empiris yang lebih mendalam untuk mengkaji hubungan antara desain struktur organisasi dan kinerja layanan kesehatan sebagai dasar pengambilan kebijakan berbasis bukti.

Daftar Pustaka

- Alblihed, M., & Alzghaibi, H. A. (2022). The Impact of Job Stress, Role Ambiguity and Work–Life Imbalance on Turnover Intention during COVID-19: A Case Study of Frontline Health Workers in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13132. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013132>
- Alegre, J. C., Sharma, S., Cleghorn, F., & Avila, C. (2023). Strengthening primary health care in low- and middle-income countries: furthering structural changes in the post-pandemic era. *Frontiers in Public Health*, 11, 1270510. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1270510>
- Crespo, C. F., & Lopes, J. M. (2022). Organizational ambidexterity in healthcare: Balancing exploitation and exploration in primary care settings. *Health Services Management Research*, 35(2), 112–124. <https://doi.org/10.1177/09514848211053482>
- Daft, R. L. (2021). *Organization theory and design* (13th ed.). Cengage Learning.
- Gibbons, R., & Roberts, J. (2022). *The handbook of organizational economics* (2nd ed.). Princeton University Press.
- Gultom, C. N., Ginting, D. Y., Sumantri, B., & Sitepu, A. (2025). Standarisasi Kualitas Sumber Daya Manusia di Pelayanan Klinik. *Jurnal Kesmas dan Gizi (JKG)*, 7(2), 374–384. <https://doi.org/10.35451/jkg.v7i2.2730>
- Hasanbasri, M., Maula, A. W., Wiratama, B. S., Espresso, A., & Marthias, T. (2024). Analyzing Primary Healthcare Governance in Indonesia: Perspectives of Community Health Workers. *Cureus*, 16(3), e56099. <https://doi.org/10.7759/cureus.56099>
- Homauni, A., Mosadeghrad, A. M., & Jaafaripooyan, E. (2021). Employee Performance Appraisal in Health Care Organizations: a Systematic Review Search. *Journal Of Organizational Behavior Research*, 6(2), 109–121. <https://doi.org/10.51847/ZmP2aP2UUs>
- JMIR Medical. (2024). The information and communication technology maturity assessment at primary health care services across 9 provinces in Indonesia: Evaluation study. *JMIR Medical Informatics*, 12, e55959. <https://doi.org/10.2196/55959>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020–2024*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil kesehatan Indonesia 2022*. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia. (2022). *Standar akreditasi klinik*. LAFKI.
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Longhini, J., Canzan, F., Mezzalana, E., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2022). Organisational models in primary health care to manage chronic conditions: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 30(3), e565–e588. <https://doi.org/10.1111/hsc.13611>

- Maharani, C., & Diatri, D. (2024). Akreditasi klinik pratama: Tantangan dan hambatan implementasi. *Gorontalo Journal of Health and Science Community (GOJHES)*, 8(3).
- Mwasha, L; Mwita, M; Mwakasangula, E; & Tarimo, N. (2024). Role ambiguity and role conflict effects on employees' emotional exhaustion in healthcare services in Tanzania. *Cogent Business & Management*, 11(1), 2326237. <https://doi.org/10.1080/23311975.2024.2326237>
- Ochieng, H., Musiega, A., Tsofa, B., Nzinga, J., & Barasa, E. (2025). Management capacity of primary healthcare facilities in low- and middle-income countries: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 5(7 July), e0004445. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004445>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (2021).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, 69 Kementerian Kesehatan RI (2021).
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Kemenkes RI 656 (2024).
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2021). *Management* (15th ed.). Pearson Education.
- Satrio, S., & Aqid, B. M. (2025). Deadline-Chasing in Digital Health: Modeling EMR Adoption Dynamics and Regulatory Impact in Indonesian Primary Care. *Jurnal Ilmu Komputer Dan Informasi*.
- Solikha, D. A., Butler, D. C., Setiawan, E., Korda, R. J., & Kelly, M. (2025). Primary health care performance measurement at the service delivery level in Indonesia: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 898. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12955-8>
- Tran, D. M., Thwaites, C. L., Nuil, J. I. Van, McKnight, J., Luu, A. P., Paton, C., Ho, C. Q., Du, D. H., Nguyen, D. T. P., Nguyen, G. T., Ho, H. B., van Ho, H., Trinh, H. M., Nguyen, H. Q., Phan, K. N. Q., van Le, K. D., Dang, K. T., Phung, L. K., Pham, L. T., ... Rollinson, T. (2022). Digital Health Policy and Programs for Hospital Care in Vietnam: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e32392. <https://doi.org/10.2196/32392>
- World Health Organization. (2022). *Strengthening primary health care: A framework for universal health coverage in Southeast Asia*. WHO Regional Office for South-East Asia.