

EFISIENSI BIAYA DAN KETENAGAAN MELALUI KEBIJAKAN SENTRALISASI KEPERAWATAN

Siti Nurlaelah, Anisah Anisah, Hendra Firmansyah,
Arcellia Farosyah Putri*, Ariyanto Ariyanto, Manggarsari Manggarsari,
Riris Ocktryna Silitonga, Sihwastuti Sihwastuti

Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta
Jl. Diponegoro No. 71, Jakarta Pusat, 10430

^{*)E-mail:} arcel_farosy@yahoo.com

Received: 18 Juni 2025, Revised: 26 September 2025, Accepted: 17 February 2026

ABSTRAK

Tujuan penelitian: Artikel ini bertujuan untuk mendiskusikan aplikasi teori *resource mobilization* dalam proses diseminasi kebijakan sentralisasi keperawatan. Konsep kunci dari teori tersebut menggarisbawahi bahwa keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh kemampuan mengelola sumber daya. Selain itu hasil sebuah kebijakan dapat diukur secara objektif, seperti efisiensi biaya dan ketenagaan. **Metode:** Proses diseminasi kebijakan sentralisasi keperawatan berlangsung selama enam bulan sejak bulan Mei sampai Desember 2024. Pihak yang terlibat terdiri atas berbagai pemangku kepentingan mulai dari perawat, *nurse leader*, para kepala instalasi, *team leader*, asisten manajer, manajer tim kerja dan jajaran direksi rumah sakit. Implementasi kebijakan dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu premobilisasi, mobilisasi, dan posmobilisasi. Evaluasi dilakukan dengan mengukur efisiensi tenaga dan biaya. **Hasil:** Proses mobilisasi tenaga keperawatan sebagai salah satu kebijakan sentralisasi meningkatkan efisiensi biaya, menambah tempat tidur tanpa penambahan tenaga perawat, meningkatkan volume operasi (87%), dan menurunkan jumlah operasi elektif yang dibatalkan (0,29%). **Diskusi:** Dalam proses mobilisasi tenaga perawat, ada dua hal utama yang perlu menjadi pertimbangan, yaitu kompetensi dan keterlibatan aktif. **Kesimpulan:** Luaran dari sebuah kebijakan sangat bergantung pada proses diseminasi kebijakan tersebut ke pihak-pihak terkait. Keterlibatan aktif dan dini memiliki dampak positif terhadap luaran kebijakan.

Kata Kunci: kebijakan, ketenagaan, manajemen, perawat, sentralisasi

Cost and Workforce Efficiency Through A Nursing Centralization Policy

ABSTRACT

Objective: This article discusses the application of *resource mobilization theory* in the dissemination process of a nursing centralization policy. The key concept of this theory emphasizes that successful policy implementation depends on the effective management of available resources. Policy outcomes can also be measured objectively, including cost and workforce efficiency. **Methods:** The dissemination process of the nursing centralization policy took place over six months, from May to December 2024. The process involved various stakeholders, including staff nurses, nurse leaders, heads of clinical units, team leaders, assistant managers, work team managers, and members of the hospital board of directors. Policy implementation followed three stages: *premobilization*, *mobilization*, and *postmobilization*. Evaluation focused on measuring workforce and cost efficiency. **Results:** The mobilization of nursing staff as part of the centralization policy improved cost efficiency, increased bed capacity without adding additional nursing personnel, raised the surgical volume by 87%, and reduced the rate of cancelled elective surgeries to 0.29%. **Discussion:** Two main factors require attention during the mobilization of nursing personnel, namely professional competence and active engagement. **Conclusion:** Policy outcomes depend strongly on how the policy is disseminated to relevant stakeholders. Early and active engagement contributes positively to the effectiveness of policy implementation.

Keywords: policy, workforce, management, nurses, centralization

LATAR BELAKANG

Sebuah *scoping review* yang dilakukan oleh Wackers et al. (2022) menyimpulkan bahwa pelayanan dan kompetensi yang terfragmentasi berakibat pada tambahan pengeluaran biaya dan berpotensi menurunkan kualitas mutu pelayanan pasien. Sentralisasi perawat secara simultan dapat meningkatkan efisiensi biaya dan kepuasan perawat (Wright dan Mahar, 2013).

Berdasarkan peraturan direktur rumah sakit tempat implementasi program (RS A) yang dilaporkan pada artikel ini, sentralisasi keperawatan didefinisikan sebagai penyerahan pengelolaan tenaga perawat kepada manajemen keperawatan (bidang keperawatan atau saat ini nomenklatur yang digunakan ialah Tim Kerja Pelayanan Keperawatan) untuk mengatur dan mengurus tenaga perawat. Pengaturan meliputi pengembangan dan peningkatan kompetensi sesuai rincian kewenangan klinis profesi, rekomendasi penempatan sesuai dengan kompetensi yang diperlukan di instalasi pelayanan, rotasi internal, eksternal dan mobilisasi tenaga. Dengan demikian, salah satu tujuan yang ingin dicapai dari program sentralisasi ialah untuk mempermudah proses monitoring dan mobilisasi tenaga keperawatan.

Diagram 1 menggambarkan perubahan struktur dengan adanya kebijakan sentralisasi. Diagram tersebut merupakan ilustrasi yang dibuat oleh para penulis berdasarkan proses perubahan yang terjadi. Pada struktur awal pada kebijakan desentralisasi, unit kerja A, B, dan C mengelola perawat secara mandiri; penempatan, pelatihan, dan rotasi dilakukan secara lokal oleh masing-masing unit. Koordinasi lintas unit atau standar kompetensi terpusat menjadi terbatas. Kebijakan sentralisasi mengalihkan pengelolaan tenaga keperawatan dari unit ke manajemen keperawatan (Tim Kerja Pelayanan Keperawatan). Tim Kerja Pelayanan Keperawatan menjadi pusat kendali

pengelolaan tenaga perawat. Penempatan dilakukan berdasarkan pemetaan kompetensi; pelatihan disusun dan dilaksanakan secara terkoordinasi; rotasi internal, eksternal, dan mobilisasi dilakukan secara terstruktur dan terencana.

Efisiensi sumber daya manusia dan biaya pelayanan kesehatan merupakan salah satu tantangan yang sedang dihadapi seluruh rumah sakit dunia (Hood dan Weinberger, 2012) termasuk di RS A. Hasil analisis perbandingan jumlah staf dan volume layanan RS umum daerah di Jawa Tengah dan rumah sakit umum di Taiwan dengan rumah sakit tempat implementasi menunjukkan bahwa Rumah Sakit A dengan pegawai yang relatif lebih banyak dengan jumlah kapasitas tempat tidur yang sama masih dapat melakukan optimasi layanan.

Tahun 2024 RS A menginisiasi transformasi tata kelola layanan melalui intensifikasi dan ekstensifikasi di ruang rawat inap dan intensif serta kamar operasi, yaitu (1) penambahan kapasitas tempat tidur di ruang rawat tanpa menambah tenaga, (2) meningkatkan volume operasi, dan (3) menurunkan pembatalan operasi. Agar dapat mendukung program tersebut, perlu dilakukan sentralisasi terhadap proses pengelolaan pelayanan dan administrasi keperawatan.

Kebijakan sentralisasi dan desentralisasi memiliki kekurangan dan kelebihan masing-masing (Marzok et al., 2023). Desentralisasi dalam usaha efisiensi biaya dan ketenagaan memiliki tantangan dari sisi alur koordinasi, peningkatan biaya administrasi atau operasional karena duplikasi, dan berpusat pada unit atau instalasi sehingga proses mobilisasi dapat lebih kompleks (Scheuer et al., 2023). Oleh karena itu, kebijakan sentralisasi tenaga keperawatan dipilih untuk karakteristik pelayanan kompleks dan dinamis di rumah sakit tipe A seperti di RS A. Sentralisasi merupakan salah satu strategi

untuk mempermudah komunikasi, konsistensi pelaksanaan kebijakan, dan efisiensi alokasi sumber daya perawat. Kebijakan sentralisasi diketahui berpotensi meningkatkan efisiensi biaya, kualitas asuhan keperawatan, dan keselamatan pasien (Wright dan Mahar, 2013).

Sebagian besar penelitian *resource mobilization theory* fokus pada gerakan sosial atau mobilisasi massa di media sosial (Abdul Reda et al., 2024; Edwards dan Gillham, 2022; Flynn, 2023). Belum ada yang menghubungkan teori tersebut dengan manajemen tenaga keperawatan, sentralisasi, atau mobilisasi tenaga. Padahal, teori tersebut relevan karena mobilisasi tenaga perawat merupakan proses sosial, bukan sekadar administratif. Studi yang dilakukan oleh Bowie dan Baker (2019) menunjukkan bahwa sistem sentralisasi tenaga dapat meningkatkan efisiensi. Akan tetapi, studi tersebut belum menggunakan teori organisasi seperti *resource mobilization theory* untuk menjelaskan mengapa sentralisasi berhasil. Oleh karena itu, artikel ini disusun untuk menjelaskan penerapan *resource mobilization theory* dalam manajemen tenaga keperawatan dan memberikan pondasi teoretis untuk praktik staffing modern.

METODE

Artikel ini merupakan jenis artikel diskusi teori-aplikasi. Konsep penting dari teori *resource mobilization* yang dicetuskan oleh McCarthy dan Zald (1977) didiskusikan secara aplikatif dalam proses sentralisasi keperawatan dan pengelolaan tenaga yang secara spesifik berfokus pada proses monitoring dan mobilisasi tenaga. Aplikasi dilakukan di RS A yang merupakan rumah sakit vertikal. RS A merupakan rumah sakit rujukan nasional dan menjadi pusat pendidikan dan penelitian. Jumlah tenaga perawat yang dikelola sekitar 2.000 perawat.

Proses mobilisasi dilakukan melalui tiga

tahapan, yaitu tahap premobilisasi, mobilisasi, dan posmobilisasi (Diagram 2). Diagram 2 dibuat oleh tim penulis untuk mengilustrasikan proses mobilisasi yang dilakukan. Pada setiap tahap diberikan penjelasan siapa saja pihak yang terlibat, apa saja yang dimobilisasi atau diubah, dan bagaimana prosesnya.

Tahap Premobilisasi

Menurut McCarthy dan Zald (1977) tahap premobilisasi merupakan tahap awal yang sangat penting dalam menentukan luaran organisasi. Tujuan utama dari tahap ini ada dua, yaitu (1) melibatkan aktif pihak-pihak terkait dalam penerapan program dan (2) memastikan visi dan misi program tersampaikan secara jelas.

Berikut ini langkah aplikatif yang dilakukan untuk mencapai kedua tujuan tersebut. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan RS A melakukan koordinasi dengan para *stakeholder* seperti direktur medik dan keperawatan serta para kepala unit terkait rencana sentralisasi. Kegiatan ini dilakukan sepanjang tahun 2024 secara simultan dengan kegiatan *roadshow* ke seluruh ruang layanan untuk menyampaikan rencana sentralisasi tenaga keperawatan, proses mobilisasi, target dan harapan dari proses sentralisasi.

Target *roadshow* yang dilakukan oleh Tim Kerja Pelayanan Keperawatan ialah para *nurse leader* di setiap unit atau instalasi, seperti pengawas keperawatan, *clinical care manager*, kepala ruangan, *case manager*, perawat primer, perawat pelaksana terkait rencana sentralisasi pengelolaan pelayanan, dan administrasi tenaga keperawatan. Secara paralel, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan melakukan penyesuaian redistribusi tenaga perawat sesuai dengan kebutuhan intensifikasi dan ekstensifikasi rumah sakit. Penyesuaian rasio perawat berbanding pasien dilakukan di setiap ruang layanan sesuai dengan kebutuhan

intensifikasi dan ekstensifikasi rumah sakit.

Tahap Mobilisasi

Tim Kerja Pelayanan Keperawatan membentuk grup WhatsApp untuk memudahkan proses mobilisasi tenaga perawat: rawat inap, rawat intensif, rawat jalan, dan kamar operasi atau ruang tindakan. Komunikasi dilakukan antar ruang dan instalasi oleh para *nurse leader* di unit masing-masing di bawah koordinasi Tim Kerja Pelayanan Keperawatan. Monitoring tenaga keperawatan dilakukan oleh Tim Kerja Pelayanan Keperawatan melalui sistem inovasi monitoring tenaga keperawatan yang disebut sistem MoNaKa (Monitoring Tenaga Keperawatan). Sistem MoNaKa

memiliki beberapa fitur unggulan di antaranya dapat melakukan identifikasi secara *live* (1) jumlah tenaga perawat dan pasien setiap shift dan (2) ruangan dengan status tenaga perawat “kurang”, “lebih”, atau “cukup” setiap *shift*. Sistem MoNaKa memungkinkan monitoring jumlah tenaga perawat secara langsung pada setiap shift sehingga tenaga perawat di ruang yang kelebihan tenaga dapat dimobilisasi ke ruang yang kekurangan tenaga. Penjelasan detail terkait sistem MoNaKa di luar dari lingkup bahasan artikel ini akan dipublikasikan pada jurnal lainnya. Selain itu, *case manager* melakukan optimasi alur pelayanan terkait proses penjadwalan pasien operasi untuk mengurai antrian (Diagram 2).



Diagram 1. Diagram konsep kebijakan sentralisasi dan desentralisasi

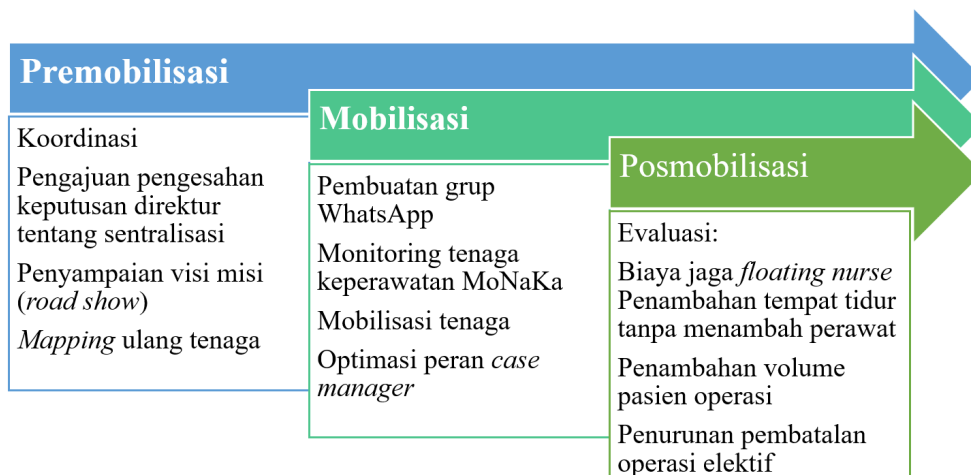


Diagram 2. Proses sentralisasi

Tahap Posmobilisasi

Evaluasi hasil sentralisasi dilakukan dengan mengukur empat hal (Diagram 2):

1. biaya jaga *floating nurse* (perawat lembur di luar jam dinas dengan biaya lembur dihitung per jam/shift);
2. penambahan tempat tidur tanpa menambah tenaga perawat;
3. penambahan volume pasien operasi (> 80%);
4. penurunan pembatalan operasi elektif (< 3%).

HASIL

Dampak sentralisasi tenaga keperawatan dilakukan evaluasi terhadap empat hal, yaitu (1) biaya jaga *floating nurse*, (2) penambahan tempat tidur tanpa menambah tenaga perawat, (3) penambahan volume operasi, dan (4) penurunan pembatalan operasi. Evaluasi dilakukan pada tengah hingga akhir tahun 2024.

Biaya Jaga *Floating Nurses*

Floating nurses diaktifkan di luar jam dinas kerja perawat, sementara mobilisasi perawat dilakukan saat dinas kerja perawat tersebut. Sentralisasi mempermudah proses mobilisasi tenaga perawat baik secara internal (dalam satu unit atau instalasi) dan eksternal (antarinstalasi) dari ruangan atau kamar operasi yang kelebihan tenaga ke ruangan atau kamar operasi yang kekurangan tenaga pada saat *shift* dinas yang sama. Pada tahun 2024, sistem mobilisasi perawat baik internal dan eksternal unit saat dinas jaga jika ada kekurangan tenaga berhasil meminimalkan biaya jaga *floating nurses* yang awalnya dikeluarkan ratusan juta rupiah sejak tahun 2022 menjadi 0 rupiah di tahun 2024.

Penambahan Jumlah Tempat Tidur Tanpa Penambahan Tenaga Perawat

Penambahan kapasitas tempat tidur

di ruang rawat inap membutuhkan alokasi perhitungan dan distribusi ulang perawat yang akan ditugaskan di ruangan baru. Sistem sentralisasi memungkinkan distribusi perawat intra dan antar unit. Pada tahun 2024, terdapat penambahan 190 tempat tidur tanpa penambahan tenaga perawat. Sebaliknya, justru terjadi pengurangan tenaga perawat. Terjadinya pengurangan tenaga perawat di tahun 2024 disebabkan oleh beberapa hal, seperti mengundurkan diri, pensiun, meninggal, tugas luar, dan alih jabatan fungsional (Gambar 1).

Penambahan Volume Pasien Operasi

Peran *case manager* dalam penambahan volume pasien operasi dan mengurai antrian operasi sangat penting. Selama bulan Juli–Agustus 2024, slot operasi total di seluruh kamar operasi RS A terpenuhi sebanyak 87% (target > 80%).

Penurunan Pembatalan Operasi Elektif

Capaian pembatalan operasi elektif dengan target < 3% mengalami tren penurunan dengan presentase 0,29% pada bulan Juni 2024.

DISKUSI

Kebijakan sentralisasi tenaga keperawatan di bawah Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan dampaknya terhadap efisiensi biaya dan ketenagaan dapat dipahami secara mendalam melalui teori *resource mobilization*.

Biaya Jaga *Floating Nurse*

Dalam konteks rumah sakit, sentralisasi bukan sekadar restrukturisasi administratif, melainkan bentuk mobilisasi sosial sumber daya secara kolektif. Dengan demikian, keberhasilan proses sentralisasi bergantung pada kemampuan mengumpulkan, mengelola, dan mengalokasikan sumber daya secara strategis (Klaridermans, 1986). Sentralisasi memudahkan proses koordinasi untuk

memobilisasi tenaga perawat dari ruangan dengan status tenaga lebih ke ruangan dengan status tenaga kurang (Scheuer et al., 2023) sehingga dapat mengurangi biaya perawat lembur yang bekerja di luar jam dinas.

Penambahan Tempat Tidur Tanpa Menambah Tenaga Perawat

Dalam teori *resource mobilization*, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan berfungsi sebagai *social movement organization* (SMO) yang mengelola seluruh sumber daya keperawatan secara terpusat, termasuk sumber daya manusia, pelatihan, dan mobilisasi (McCarthy dan Zald, 1977). Penambahan tempat tidur tanpa menambah tenaga perawat sangat memungkinkan dengan kebijakan sentralisasi. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan melakukan *mapping* ulang tenaga perawat yang tersedia dengan menghitung jumlah penambahan tempat tidur. Organisasi yang mampu mengelola sumber daya dalam satu kendali akan lebih efektif dalam proses koordinasi perubahan dan mengurangi fragmentasi (Angelopoulos, Canhilal, dan Hawkins, 2023).

Penambahan Volume Pasien Operasi dan Penurunan Pembatalan Operasi Elektif

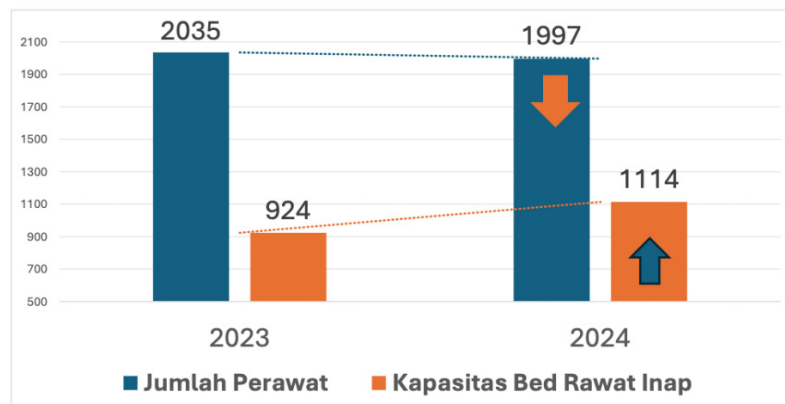
Flynn (2023) menggarisbawahi bahwa perubahan struktur organisasi melalui sentralisasi mengubah kapasitas organisasi yang meliputi alur koordinasi dan kewenangan merupakan salah satu faktor kunci dalam keberhasilan mobilisasi sumber daya di fasilitas kesehatan. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan melakukan penguatan peran *case manager* melalui *workshop*. Penguatan meliputi proses skrining pasien, kondisi klinis, jaminan, ketersediaan alat atau obat dan penjadwalan operasi. Selain itu, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan secara paralel melakukan koordinasi dengan *stakeholders* terkait, seperti Tim Kerja Pelayanan Medis dan instalasi teknologi informasi. Koordinasi

dilakukan sebagai tindak lanjut masukan *case manager*, salah satunya terkait penjadwalan operasi terintegrasi rekam medis elektronik. Usaha-usaha tersebut merupakan salah satu faktor yang mendukung penambahan volume pasien operasi dan penurunan pembatalan operasi elektif.

Flynn (2023) menegaskan bahwa teori *resource mobilization* memosisikan organisasi sebagai aktor rasional yang mengoptimalkan sumber daya untuk mencapai tujuan bersama organisasi. Dalam konteks sentralisasi keperawatan, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan bertindak sebagai aktor rasional yang meningkatkan kompetensi serta mengatur distribusi tenaga berdasarkan beban kerja dan kebutuhan layanan. Pengaturan tersebut menghasilkan penurunan lembur, peningkatan utilisasi tenaga, dan efisiensi biaya operasional. Selama proses sentralisasi ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan atau inisiasi yang diberlakukan secara paralel sebagaimana yang dijabarkan berikut ini.

Kompetensi

Proses mobilisasi perawat baik intra maupun antarunit perlu memperhatikan kompetensi perawat. Mobilisasi sumber daya termasuk di dalamnya mobilisasi kompetensi atau pengetahuan (Zaforteza-Lallemant et al., 2024). Jika yang dibutuhkan ialah kompetensi generalis atau untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti memandikan dan eliminasi di ruang rawat inap, perawat level generalis atau PK III dengan kekhususan dapat dilibatkan. Hal ini sejalan dengan kebijakan Menteri Kesehatan terkait *shared competency* di rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Jika tenaga perawat dibutuhkan di ruang intensif, kamar operasi, hemodialisis, atau ruang tindakan khusus, proses mobilisasi dilakukan antarunit terhadap perawat yang memiliki kompetensi intensif, perioperative, dan hemodialisis. Selain itu,



Gambar 1. Jumlah perawat dan kapasitas tempat tidur

untuk memperkuat peran *case manager* dalam layanan operasi, dilaksanakan *workshop case manager*. Selama proses optimasi, diskusi intensif bersama para *case manager* dan pihak terkait dilaksanakan sebagai masukan dari pengembangan penjadwalan operasi melalui sistem informasi digital rumah sakit dan kendala yang dihadapi termasuk solusi praktis yang direkomendasikan.

Keterlibatan Aktif

Partisipasi aktif dari para *stakeholder* meningkatkan keberhasilan proses mobilisasi (McDermott, Kurucz, dan Colbert, 2018). Interdependensi antarprofesi dan seluruh tim kerja di pelayanan berdampak terhadap proses implementasi dan luaran program. Pihak-pihak terkait perlu dilibatkan secara aktif pada tahap dini seperti pada perencanaan. Informasi dan kebutuhan pelayanan perlu diperbarui sehingga proses penyesuaian tenaga perawat dapat dilakukan secara cepat. Monitoring bersama dilakukan untuk menjamin proses sentralisasi tidak memengaruhi kualitas layanan dan kesejahteraan perawat.

SIMPULAN

Kemampuan mobilisasi sosial dari pihak terkait (aktor sosial) membuat proses sentralisasi di RS A memiliki luaran yang positif. Hasil dari sebuah kebijakan sangat bergantung pada proses diseminasi kebijakan tersebut ke pihak-pihak terkait. Diperlukan kejelasan visi dan misi kebijakan serta bagaimana kemungkinan penerapannya. Keterlibatan aktif dan dini memiliki dampak positif terhadap luaran kebijakan. Inisiasi kebijakan, masukan, dan sistem yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan dapat secara paralel dikembangkan. Semua bersinergi untuk mendukung pencapaian target bersama.

Replikasi pada rumah sakit lainnya memungkinkan. Tantangan yang berbeda akan muncul seiring dengan perbedaan budaya kerja dan kebijakan. Akan tetapi, proses mobilisasi dengan melibatkan pihak terkait secara aktif seperti penjabaran sebelumnya dapat dilakukan sebagai strategi proses transisi kebijakan. Diseminasi kebijakan sentralisasi keperawatan yang bertujuan untuk efisiensi biaya dan tenaga menggunakan teori *resource mobilization* memberikan hasil yang positif. Seperti praktik yang diharuskan berbasis bukti, sebuah

kebijakan yang diterapkan pun harus berbasis bukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Reda, A., Sinanoglu, S., & Abdalla, M. (2024). Mobilizing the masses: Measuring resource mobilization on twitter. *Sociological Methods and Research*, 53(1), 153–192. https://doi.org/10.1177/0049124120986197/SUPPL_FILE/SJ-PDF-1-SMR-10.1177_0049124120986197.PDF
- Angelopoulos, S., Canhilal, K.S., & Hawkins, M.A. (2023). From groups to communities: A resource mobilization theory perspective on the emergence of Communities. *Information Systems Frontiers*, 25(6), 2457-2474. <https://doi.org/10.1007/S10796-023-10368-8/FIGURES/4>
- Bowie, D., & Baker, K. (2019). Centralized vs decentralized staffing: Two case studies. *American Nurse Journal*, 14(6), 41 – 47.
- Edwards, B., & Gillham, P. F. (2022). Resource mobilization theory. *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social and Political Movements*, 1–9. <https://doi.org/10.1002/9780470674871.WBESPM447.PUB2>
- Flynn, S. I. (2023). *Social Movement Theory: Resource Mobilization Theory*. EBSCO Research Starters. Retrieved from <https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/social-movement-theory-resource-mobilization>
- Hood, V.L., & Weinberger, S.E. (2012). High value, cost-conscious care: An international imperative. *European Journal of Internal Medicine*, 23(6), 495–498. <https://doi.org/10.1016/J.EJIM.2012.03.006>
- Klaridermans, B. (1986). New social movements and resource mobilization: The European and the American approach*. *International Journal of Mass Emergencies & Disasters*, 4(2), 13–37. <https://doi.org/10.1177/028072708600400203>
- Marzok, S. R., Elrhmaan, S. M. A., Ali, R. M. N., El-said, H. D. A. (2023) Centralization and decentralization of decision making in relation to the well-being of nursing staff at their work setting. *Minia Scientific Nursing Journal (Print-)*, 14, 77.
- McCarthy, J.D., & Zald, M.N. (1977). Resource mobilization and social movements: A partial theory. *American Journal of Sociology*, 82(6), 1212–1241. <https://doi.org/10.1086/226464>
- McDermott, K., Kurucz, E.C., & Colbert, B. A. (2018). Social entrepreneurial opportunity and active stakeholder participation: Resource mobilization in enterprising conveners of cross-sector social partnerships. *Journal of Cleaner Production*, 183, 121–131. <https://doi.org/10.1016/J.JCLEPRO.2018.02.010>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Penataan Pelayanan Kesehatan dengan Kompetensi Bersinggungan Melalui Shared Competency di Rumah Sakit, Pub. L. No. HK.02.01/MENKES/5/2023 (2023). Retrieved from <https://www.niaga.asia/wp-content/uploads/2023/01/SE-No.-HK.02.01-MENKES-5-2023-ttg-Penataan-Pelayanan-Kesehatan-Bagi-Dokter-Spesialis-Dokter-Gigi-Spesialis-Dokter-Subspesial-Dokter-Gigi-Subspesialis-Shared-Competency-di-RS-signed.pdf>
- Scheuer, C.L., Voltan, A., Kumanan, K., & Chakraborty, S. (2023). Exploring the impact of decentralized leadership on knowledge sharing and work hindrance networks in healthcare teams. *Journal*

- of Management & Organization*, 29(1), 139–158. <https://doi.org/10.1017/JMO.2020.37>
- Wackers, E., Stadhouders, N., Heil, A., Westert, G., van Dulmen, S., & Jeurissen, P. (2022). Hospitals bending the cost curve with increased quality: a scoping review into integrated hospital strategies. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(11), 2381–2391. <https://doi.org/10.34172/IJHPM.2021.168>
- Wright, P. D., & Mahar, S. (2013). Centralized nurse scheduling to simultaneously improve schedule cost and nurse satisfaction. *Omega*, 41(6), 1042–1052. <https://doi.org/10.1016/J.OMEGA.2012.08.004>
- Zaforteza-Lallemand, C., Blanco-Mavillard, I., Pol-Castañeda, S., Villafáfila-Gomila, C.J., Ferrer-Cruz, F., & Rodríguez-Calero, M.Á. (2024). Strategies for knowledge mobilization by advanced practice nurses in three hospitals in Spain: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 440-. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02095-5/TABLES/2>