



JIMT:
Jurnal Ilmu Manajemen Terapan

E-ISSN: 2686-4924
P-ISSN: 2686-5246

<https://dinastirev.org/JIMT> dinasti.info@gmail.com +62 811 7404 455

DOI: <https://doi.org/10.38035/jimt.v7i4>
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Metode Workload Indicator Staff Need dalam Menganalisis Kebutuhan Dokter Jaga di Rumah Sakit BSH Bogor

Albert Santoso¹, Cicilia Windiyaningsih², Yanuar Jak³

¹Universitas Respati Indonesia, Jakarta, Indonesia, albertz.lie@gmail.com

²Universitas Respati Indonesia, Jakarta, Indonesia, sisilwindi@gmail.com

³Universitas Respati Indonesia, Jakarta, Indonesia, jakyanuar@gmail.com

Corresponding Author: albertz.lie@gmail.com¹

Abstract: *The partnership between BSH Bogor Hospital and BPJS Kesehatan (Indonesian Health Insurance) since May 2025 has triggered a 133% surge in emergency department visits in just the first three months. This phenomenon has created operational pressure for the nine attending physicians who work in the emergency department and inpatient unit rotation system. This study aims to analyze the need for attending physicians through a double comparison between the WISN Method and the Ilyas Method, as well as explore the perception of physicians' workload in the field. This study uses a Mixed Methods approach with a Concurrent Triangulation design. Quantitative data comes from secondary data and Time and Motion Study observations via CCTV for 14 days. Qualitative data is obtained through in-depth interviews with nine attending physicians and two managers. The study results found a "methodological paradox" where the WISN method (micro) determines the need for 10 physicians, while the Ilyas method (macro) shows a false surplus (8 physicians). Quantitatively, WISN reveals administrative overload; JKN administrative tasks take 59.5 minutes per patient, exceeding clinical service time (45.5 minutes). Qualitatively, the phenomenon of "clerical doctors" was discovered, where doctors feel trapped in redundant administrative routines due to double input practices (dual manual and digital input). The WISN method proved to be much more sensitive to capturing the dynamics of the real workload in the JKN era than the Ilyas method. The analysis showed that maintaining the current number of nine doctors carries a high risk of medical errors and extreme work fatigue (burnout). BSH Hospital is recommended to meet the need for 10 doctors, adopt a medical scribe system, and implement total digital integration to eliminate inefficiencies caused by double input.*

Keyword: *WISN, Ilyas Method, Hybrid WISN, JKN Administration, Patient Safety*

Abstrak: Kemitraan RS BSH Bogor dengan BPJS Kesehatan sejak Mei 2025 memicu lonjakan kunjungan IGD sebesar 133% hanya dalam tiga bulan pertama. Fenomena ini menciptakan tekanan operasional bagi 9 dokter jaga yang bertugas dalam sistem rotasi unit IGD dan Rawat Inap. Penelitian ini bertujuan menganalisis kebutuhan dokter jaga melalui komparasi ganda antara Metode WISN dan Metode Ilyas, serta mengeksplorasi persepsi beban kerja dokter di lapangan. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Mixed Methods* dengan desain *Concurrent Triangulation*. Data kuantitatif berasal dari data sekunder dan observasi *Time and Motion Study*

melalui CCTV selama 14 hari. Data kualitatif digali melalui wawancara mendalam terhadap 9 dokter jaga dan 2 manajer. Hasil Penelitian menemukan "paradoks metodologis" di mana metode WISN (mikro) menetapkan kebutuhan 10 dokter, sedangkan metode Ilyas (makro) menunjukkan surplus semu (8 dokter). Secara kuantitatif, WISN mengungkap *administrative overload*; tugas administrasi JKN menyita waktu 59,5 menit per pasien, melampaui waktu pelayanan klinis (45,5 menit). Secara kualitatif, ditemukan fenomena "dokter klerikal", di mana dokter merasa terjebak dalam rutinitas administratif yang redundan akibat praktik double input (penginputan ganda manual dan digital). Metode WISN terbukti jauh lebih peka menangkap dinamika beban kerja riil di era JKN dibandingkan metode Ilyas. Analisis membuktikan bahwa mempertahankan jumlah 9 dokter saat ini berisiko tinggi terhadap terjadinya *medical error* dan kelelahan kerja ekstrem (*burnout*). RS BSH direkomendasikan untuk memenuhi kebutuhan 10 dokter, mengadopsi sistem *medical scribe*, serta melakukan integrasi digital total guna mengeliminasi inefisiensi akibat double input.

Kata Kunci: WISN, Metode Ilyas, Hybrid WISN, Administrasi JKN, Keselamatan Pasien

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna, mencakup rawat inap, rawat jalan, dan layanan gawat darurat. Sebagai pelayan publik, rumah sakit memiliki posisi strategis dalam sistem kesehatan nasional. Kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai, terutama tenaga medis profesional. Dokter memegang peran penting sebagai lini terdepan yang bertanggung jawab atas pelayanan medis, keselamatan pasien, dan kepuasan pasien (Purba, 2025). Oleh sebab itu, penting bagi rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas SDM dan fasilitas medis agar dapat memberikan pelayanan yang optimal (Anathasia et al., 2024).

Rumah sakit harus beradaptasi dengan perkembangan teknologi dan tuntutan masyarakat agar tetap relevan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Perubahan dalam cara pelayanan kesehatan disampaikan dapat mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap kualitas rumah sakit dan keputusan mereka untuk menggunakan layanan tersebut (Wulandari et al., 2024). Persepsi positif terhadap kualitas pelayanan dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan mempengaruhi keputusan mereka dalam memilih rumah sakit untuk kebutuhan kesehatan mereka (Alibrandi et al., 2023). Dalam konteks ini, pengelolaan sumber daya manusia medis yang tepat, khususnya dokter jaga di unit-unit kritis, menjadi kunci untuk menjaga mutu layanan di tengah dinamika sistem pembiayaan dan regulasi kesehatan yang terus berkembang.

Secara global, keterbatasan dan maldistribusi tenaga dokter adalah masalah kesehatan masyarakat yang utama. Di Indonesia, situasi ini menjadi lebih kompleks karena tambahan masalah anggaran, infrastruktur, regulasi sumber daya manusia yang kurang optimal dan dapat diperdebatkan (Diani et al., 2023). Rasio dokter terhadap penduduk di Indonesia masih jauh dari standar WHO, yaitu 1 dokter per 1.000 penduduk. Pada 2023, angka resmi Kemenkes RI adalah 0,60 dokter per 1.000 penduduk, sehingga tiap dokter melayani sekitar 1.667 orang dan sekitar 100 ribu dokter tambahan diperlukan (Sutrisno, 2023). Selain itu, ketimpangan distribusi dokter antara wilayah perkotaan (terutama Jawa) dan wilayah timur Indonesia sangat mencolok. Jawa mengandung 52,3% dari total dokter, sementara timur Indonesia hanya 18,7% (Yuningsih & Surya, 2025). Ketimpangan distribusi ini menciptakan kesenjangan akses dan mutu pelayanan antar wilayah.

IGD dan ruang rawat inap adalah dua unit utama yang beroperasi 24 jam dan memiliki beban kerja unik. Variasi tingkat kegawatdaruratan yang menuntut keputusan cepat; risiko tinggi kejadian tidak diinginkan karena kondisi pasien yang tidak stabil; beban mental dan emosional yang berat; serta kerja shift 24 jam yang dapat mengganggu pola istirahat (Firdaus

et al., 2025). Data terbaru menunjukkan kunjungan IGD Indonesia terus meningkat; misalnya di Jawa Timur, total kunjungan IGD mencapai 15,8 juta per tahun (Johan et al., 2024). Ruang rawat inap menyediakan perawatan berkelanjutan bagi pasien yang membutuhkan hospitalisasi. Dokter jaga di ruang ini bertanggung jawab melakukan kunjungan rutin, merespons kegawatdaruratan pasien rawat inap, melakukan tindakan medis sesuai indikasi, berkonsultasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), mendokumentasikan intervensi dan perubahan kondisi, serta memberikan edukasi kepada pasien/keluarga (Sirait & Hura, 2024).

Beban kerja dokter jaga dipengaruhi jumlah pasien, kompleksitas kasus, rasio dokter terhadap tempat tidur, ketersediaan tenaga kesehatan pendukung, serta kebijakan rumah sakit. Kekurangan tenaga menyebabkan konsekuensi serius mencakup peningkatan kesalahan medis dan respons yang lambat terhadap kegawatdaruratan, berpotensi menaikkan mortalitas pasien (Adril & Ilyas, 2024). Keterbatasan ini juga menimbulkan konsekuensi seperti: mempersingkat waktu komunikasi dengan pasien, memperpanjang waktu tunggu, menurunkan kualitas diagnosis karena kerja cepat, dan menurunkan kepuasan pasien (Yunianto et al., 2022). Lebih spesifik, penelitian menunjukkan bahwa beban kerja yang tinggi dapat memicu *burnout* (Wen et al., 2016).

RS BSH Bogor sebagai rumah sakit yang relatif baru bermitra dengan BPJS juga mengalami fenomena serupa. Data internal rumah sakit menunjukkan lonjakan kunjungan IGD sebesar 133% dari rata-rata 3 pasien per hari pada masa pra-BPJS menjadi 7 pasien per hari pasca-BPJS. Peningkatan ini didominasi oleh kasus-kasus non-bedah dan non-trauma, yang secara spesifik mencakup lima diagnosis utama dengan proporsi yang besar: Gastroenteritis Akut (GEA) dan Kolitis yang menyumbang sekitar 35-40% dari total kasus, Infeksi Saluran Pernapasan Bawah (ISPB) dan Pneumonia sekitar 25-30%, serta kasus Penyakit Metabolik/Endokrin ter-ekaserbasi (seperti Ketoasidosis Diabetik atau Hiperglikemia) yang mencakup 10-15%. Kasus-kasus ini menuntut intervensi cepat dan manajemen stabilisasi yang kompleks, sehingga secara kolektif meningkatkan tekanan klinis dan administratif pada dokter jaga. Kepadatan pasien dan kompleksitas *case mix* yang tinggi ini sangat memengaruhi pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit, khususnya pada waktu tanggap dan waktu pelayanan. Beban kerja yang tinggi ini seringkali mengakibatkan pergeseran dari standar waktu pelayanan yang ditetapkan, yang secara langsung berpotensi menurunkan mutu layanan. Di sisi rawat inap, tingkat okupansi tempat tidur meningkat sekitar 34% dalam enam bulan setelah kerja sama, dari sekitar 10 pasien per hari menjadi 50 pasien per hari pada kapasitas 100 tempat tidur. Tanpa peningkatan jumlah dokter jaga yang proporsional, terjadi ketidakseimbangan antara beban kerja aktual dan kapasitas tenaga yang tersedia. Kondisi ini berdampak pada pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan waktu tanggap pelayanan, karena dokter jaga harus membagi waktu terbatas untuk menangani kasus yang kompleks dan heterogen.

Lonjakan beban kerja klinis dan administratif ini secara nyata mulai berdampak pada kondisi psikososial para tenaga medis di lapangan. Berdasarkan pengamatan awal dan fenomena yang ditemukan di RS BSH, mulai muncul indikasi kelelahan fisik dan mental (*burnout*) pada dokter jaga, yang ditandai dengan meningkatnya keluhan terkait keterbatasan waktu istirahat, tekanan akibat tumpukan berkas administrasi JKN yang harus diselesaikan di sela-sela pelayanan gawat darurat, serta berkurangnya waktu interaksi berkualitas dengan pasien. Keluhan-keluhan ini menunjukkan adanya tekanan kerja yang sudah melampaui kapasitas fungsional tenaga yang ada, yang jika tidak segera diatasi melalui perencanaan SDM yang tepat, berpotensi menurunkan konsentrasi kerja, meningkatkan risiko kesalahan medis, serta menurunkan kepuasan kerja tenaga medis secara keseluruhan.

Selama ini, banyak rumah sakit termasuk RS BSH masih mengandalkan metode perencanaan SDM tradisional, seperti metode rasio dokter terhadap tempat tidur (dokter:tempat tidur) atau rasio dokter terhadap jumlah kunjungan pasien. Metode rasio ini bersifat statis dan normatif karena hanya mengkaitkan kebutuhan tenaga dengan kuantitas tempat tidur atau

volume kunjungan tanpa memperhitungkan variasi waktu yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan, perbedaan karakteristik unit (IGD versus rawat inap), serta tambahan beban administratif di era JKN. Akibatnya, metode rasio berpotensi tidak mampu menangkap beban kerja riil dokter jaga dengan beban administrasi dan kompleksitas kasus tinggi bisa tampak “cukup” secara angka rasio, padahal secara waktu kerja sangat terbebani; sebaliknya, unit dengan beban lebih ringan dapat terlihat seolah membutuhkan tenaga yang sama. Kesenjangan ini menimbulkan kebutuhan akan kajian yang membandingkan berbagai metode berbasis beban kerja (WISN dan Ilyas) dengan menjadikan Metode WISN sebagai metode utama dan Metode Ilyas sebagai pembanding makro guna menemukan instrumen yang paling akurat mencerminkan realitas pelayanan di lapangan.

Berdasarkan kompleksitas permasalahan, RS BSH Kota Bogor memerlukan sebuah evaluasi mendalam mengenai perencanaan sumber daya manusia medisnya. Penggunaan metode rasio tradisional yang selama ini digunakan dianggap tidak lagi memadai untuk menangkap dinamika beban kerja riil, terutama dengan adanya beban administratif JKN yang signifikan. Oleh karena itu, penelitian ini akan menerapkan metode *Workload Indicator Staffing Need* (WISN) dan mengomparasikan hasilnya secara ilmiah dengan Metode Ilyas guna membuktikan akurasi dan efektivitas instrumen dalam perencanaan tenaga. Lebih lanjut, integrasi pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam dilakukan untuk mengeksplorasi sisi kesejahteraan dokter dan tekanan administratif yang ada. Melalui pendekatan komprehensif ini, diharapkan dapat dirumuskan kriteria kualifikasi dokter jaga yang ideal serta rekomendasi perencanaan SDM yang objektif dan berbasis bukti untuk mendukung mutu pelayanan RS BSH di tahun 2025

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan metode campuran (*mixed methods research*) dengan strategi *Concurrent Triangulation Strategy* (Triangulasi Konkuren). Dalam desain ini, data kuantitatif dan kualitatif dikumpulkan secara simultan dalam satu periode waktu penelitian, kemudian dianalisis secara terpisah dan ditriangulasikan pada tahap interpretasi akhir untuk menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang kebutuhan SDM dokter jaga (Fetters et al., 2013; Weyant, 2022)

Metode kuantitatif menggunakan *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) sebagai metode utama untuk menghitung kebutuhan tenaga dokter jaga secara mikro berdasarkan beban kerja riil (volume pasien, waktu pelayanan klinis dan administratif). Metode Ilyas digunakan sebagai instrumen pembanding (*benchmarking*) untuk menghitung kebutuhan tenaga berdasarkan produktivitas makro, sehingga diperoleh angka kebutuhan SDM yang lebih presisi melalui perbandingan kedua metode tersebut. Metode kualitatif menggunakan wawancara mendalam (*in-depth interview*) untuk mengeksplorasi persepsi beban kerja mental, tekanan administrasi klaim JKN, dan gambaran kelelahan emosional (*burnout*) yang dialami dokter jaga secara naratif setelah lebih dari 7 bulan beradaptasi dengan sistem baru.

Kedua jenis data ini akan dianalisis secara terpisah, kemudian dibandingkan (*triangulated*) pada tahap interpretasi akhir. Tujuannya adalah untuk menarik kesimpulan yang holistik dan valid, apakah beban kerja kuantitatif (angka kebutuhan dari metode WISN dan Ilyas) selaras dengan beban kerja subjektif (keluhan kelelahan dan *burnout*) yang dirasakan dokter di lapangan. Hasil integrasi ini akan menjadi dasar perumusan rekomendasi perencanaan SDM yang tidak hanya mempertimbangkan kuantitas, tetapi juga kualitas dan kesejahteraan tenaga medis.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2025 dengan durasi total pengumpulan data selama 4 minggu. Penelitian ini dibagi menjadi dua tahap utama: pengumpulan data primer yang melibatkan observasi Time and Motion Study selama periode 14 hari, dan analisis data kuantitatif serta kualitatif yang dilakukan pada Januari 2026. Populasi Observasi ialah seluruh dokter umum yang berstatus sebagai dokter jaga aktif di IGD dan ruang rawat inap RS BSH

Bogor. Sampel Observasi ialah seluruh dokter jaga yang bertugas selama periode observasi 14 hari (2 minggu) di bulan Desember 2025 akan terekam dan dianalisis secara rotasi, sehingga mewakili variasi shift dan hari (pagi, sore, malam; hari kerja dan hari libur).

Penentuan informan menggunakan teknik Purposive Sampling, yaitu memilih partisipan yang dianggap paling memahami fenomena yang diteliti. Kriteria Inklusi Informan yaitu dokter umum yang berstatus aktif sebagai dokter jaga (IGD/Rawat Inap) di RS BSH, telah bekerja di RS BSH sejak sebelum kerjasama BPJS dimulai (sebelum Mei 2025) sehingga memiliki pengalaman pembandingan kondisi "Sebelum" dan "Sesudah" JKN, terlibat langsung dalam pemenuhan administrasi medis (Resume Medis Elektronik/Rekam Medis) untuk syarat klaim JKN, bersedia berpartisipasi dan menandatangani informed consent. Estimasi Jumlah Informan berdasarkan prinsip saturasi data, jumlah informan direncanakan sebanyak 9 orang dokter jaga sebagai informan utama, Manajer Human Resource Department (HRD) dan Kepala Keperawatan sebagai informan triangulasi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Standar Beban Kerja (SBK) dan Standar Kelonggaran (SK)

Penetapan Standar Beban Kerja (SBK) didasarkan pada durasi rata-rata aktivitas pokok yang dilakukan dokter jaga melalui observasi *Time and Motion Study* via CCTV selama 14 hari (15-28 Desember 2025). Hasil observasi menunjukkan adanya pembagian waktu yang signifikan antara pelayanan medis dan kewajiban administrasi. Rincian SBK dokter jaga RS BSH disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1. Standar Beban Kerja (SBK) Dokter Jaga

Kategori Aktivitas	Durasi Rata-rata (Menit)	Rumus Penghitungan	SBK (Kegiatan/Tahun)
Kegiatan Klinis Langsung	45,5	$156.960 / 45,5$	3.450
Administrasi JKN (RME & ICD-10)	59,5	$156.960 / 59,5$	2.638

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa durasi Administrasi JKN (59,5 menit) lebih tinggi dibandingkan waktu pelayanan klinis langsung (45,5 menit). Hal ini menunjukkan beban administratif yang dominan dalam alur kerja harian dokter jaga. Standar Kelonggaran (SK) dihitung berdasarkan rata-rata waktu yang digunakan untuk kegiatan tidak pokok namun krusial bagi organisasi, seperti rapat medis (*morning report*) dan serah terima pasien (*handover*). Rincian Standar Kelonggaran terdiri dari rata-rata waktu kelonggaran sebesar 88 Menit/Hari dan faktor standar kelonggaran (SK) sebesar 0,18. Angka faktor SK sebesar 0,18 ini menunjukkan bahwa sekitar 18% dari waktu kerja efektif dokter jaga terserap oleh kegiatan-kegiatan penunjang operasional rumah sakit yang bersifat wajib.

Perhitungan Kebutuhan Tenaga (WISN vs Metode Ilyas)

Penghitungan kebutuhan tenaga dokter jaga di RS BSH pada penelitian ini dilakukan dengan membandingkan dua pendekatan berbeda untuk mendapatkan hasil yang komprehensif. Metode WISN (Mikro) berdasarkan pada volume pasien riil dan kompleksitas administrasi JKN, kebutuhan tenaga di unit IGD adalah 3,55 orang dan di unit Rawat Inap adalah 6,09 orang. Secara akumulatif, total kebutuhan tenaga dokter jaga menurut metode WISN adalah 9,64 orang, yang kemudian dibulatkan menjadi 10 Dokter. Hasil ini mencerminkan kebutuhan riil untuk mencakup pelayanan klinis, beban administrasi yang tinggi, serta standar kelonggaran (rapat dan handover). Metode Ilyas (Makro) menggunakan pendekatan jam kerja efektif per tahun terhadap total volume pelayanan. Berdasarkan total beban kerja 22.195 pasien (IGD + RI) dengan rata-rata waktu pelayanan 45 menit, hasil penghitungan menunjukkan kebutuhan sebesar 7,83 orang, yang dibulatkan menjadi 8 Dokter. Angka ini lebih rendah karena bersifat

makro dan tidak memisahkan secara detail waktu khusus untuk administrasi klaim JKN yang cukup dominan.

Tabel 2 Ringkasan Perbandingan Kebutuhan Tenaga Dokter Jaga

No	Metode Perhitungan	Kebutuhan Hasil Hitung	Kondisi Eksisting	Status Kebutuhan
1	Metode WISN	10 Dokter	9 Dokter	Kekurangan (-1)
2	Metode Ilyas	8 Dokter	9 Dokter	Surplus (+1)

Metode Ilyas menunjukkan surplus karena hanya menghitung volume klinis secara global, namun tidak menangkap beban administrasi spesifik JKN dan standar kelonggaran yang terbukti menyita 18% waktu kerja efektif dokter.

Tabel 3 Rincian Kegiatan Administratif

No	Aktivitas Administrasi	Durasi (Menit)	Sifat Kegiatan	Keterangan / Analisis Inefisiensi
1	Pengisian CPPT & Resume Medis (Elektronik)	15,0	Medis Utama	Dokumentasi substansi medis wajib bagi dokter
2	Input E-Resep & Permintaan Penunjang	10,0	Medis Utama	Instruksi terapi langsung ke sistem.
3	Penulisan Laporan Manual (Tulis Tangan)	15,0	Klerikal (Redundan)	Inefisiensi: Dilakukan karena tidak ada sistem checklist manual yang terstandar.
4	Input Ulang Laporan ke SIMRS (Double Entry)	10,0	Klerikal (Redundan)	Inefisiensi: Memasukkan data yang sudah ditulis di laporan manual ke dalam sistem digital.
5	Persiapan Data Morning Report & Handover	9,5	Penunjang	Mengompilasi data pasien untuk laporan operasional harian.
TOTAL DURASI ADMINISTRASI		59,5		Target Reduksi: ~25 Menit (Poin 3 & 4)

Berdasarkan rincian tabel di atas, poin 3 dan 4 (Penulisan Laporan Manual dan Double Entry) merupakan sumber inefisiensi utama yang menyita 25 menit. Inilah yang peneliti usulkan untuk dipangkas melalui template administrasi terintegrasi agar dokter kembali pada fungsi klinisnya.

Analisis Data Kualitatif (Wawancara Mendalam)

Hasil wawancara mendalam terhadap 9 informan dokter jaga dan 2 informan manajerial menghasilkan tiga tema utama yang saling berkaitan. Peningkatan volume pasien di era JKN membawa dampak langsung pada lonjakan beban administratif yang dirasakan jauh lebih menyita waktu dibandingkan pelayanan klinis itu sendiri. Hal ini mengonfirmasi mengapa durasi administrasi (59,5 menit) lebih tinggi dari durasi klinis.

Beberapa temuan spesifik dari lapangan meliputi lonjakan pasien. Informan (DJ-01) menyoroti bahwa pada era BPJS, jumlah pasien per shift mengalami peningkatan 2 hingga 3 kali lipat dibandingkan masa sebelum JKN. Kondisi ini secara otomatis menambah beban kerja secara drastis, mulai dari intensitas pemeriksaan hingga tingginya frekuensi instruksi pengobatan (order obat) yang harus diselesaikan dalam waktu terbatas. Informan (DJ-05) mengeluhkan bahwa ia bisa menghabiskan waktu hingga satu jam hanya untuk mengurus satu pasien karena semuanya masih manual. Ia harus menulis daftar obat, lembar edukasi, dan berbagai Informed Consent (IC) dengan tangan. Selanjutnya banyak dokter merasa peran klinis mereka tergeser. (DJ-08) mengibaratkan bahwa saat bekerja di bangsal, dokter seperti "cosplay" menjadi admin, bukan menjadi dokter. Hal senada diungkapkan (DJ-09) yang merasa rasio beban kerjanya saat ini adalah 80% manajerial/administrasi dan hanya 20% yang murni medis. Ia merasa waktunya lebih banyak habis untuk "menyembuhkan administrasi" dan "mengobati berkas".

Kelelahan Emosional (*Burnout*) dan Risiko Keselamatan Pasien

Data triangulasi menunjukkan bahwa *burnout* yang dialami oleh dokter jaga di RS BSH terlihat dari kelelahan emosional dan penurunan motivasi akibat tingginya beban administratif JKN. Meskipun tidak menggunakan MBI, temuan dari wawancara mendalam mengonfirmasi bahwa depersonalisasi dan penurunan pencapaian pribadi berisiko mengurangi perhatian dokter terhadap kualitas pelayanan medis, yang akhirnya dapat mempengaruhi keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan teori Maslach Burnout Inventory (MBI), yang mengidentifikasi ketiga dimensi utama burnout sebagai penghalang kualitas pekerjaan.

Informan (DJ-01) merasa sangat terkuras secara mental ketika harus menangani kasus gawat darurat di IGD, sementara di sisi lain mendapat komplain dan kemarahan dari keluarga pasien terkait administrasi atau kamar. Akibat tingginya beban ini, interaksi dengan pasien terkadang menjadi mekanis. (DJ-02) mengakui ada kalanya ia ingin cepat-cepat menyelesaikan satu pasien agar bisa mengerjakan berkasnya dan berlanjut ke pasien berikutnya. Kelelahan ekstrem ini bahkan membuat (DJ-09) sempat terpikir untuk mengundurkan diri (*resign*).

Kekurangan staf (*understaff*) sangat berdampak pada mutu pelayanan. Informan (DJ-03) menegaskan bahwa kondisi *understaff* sangat berbahaya karena meningkatkan risiko terjadinya kesalahan (*miss*) medis akibat kelelahan luar biasa, serta membuat banyak tenaga medis jatuh sakit. (DJ-05) juga menambahkan bahwa tingginya beban kerja administratif membuat risiko *miss* komunikasi dan penanganan medis menjadi lebih tinggi.

Perspektif Efisiensi Manajemen

Dari sisi manajerial, pihak rumah sakit menyadari adanya beban kerja berlebih, namun cenderung melihat akar masalahnya pada inefisiensi sistem alih-alih pada kuantitas SDM semata. Informan (M-01) selaku Manajer Keperawatan mengakui bahwa sistem saat ini belum mewakili efisiensi, di mana dokter harus melakukan *double input* atau mendokumentasikan hasil asesmen berkali-kali karena sistem belum terintegrasi secara otomatis.

Alih-alih langsung menambah jumlah tenaga medis, manajemen lebih memprioritaskan perbaikan sistem pendukung. Informan (M-02) selaku Manajer SDM menyatakan bahwa penambahan kuantitas harus mempertimbangkan aspek biaya dan *unit cost*. Oleh karena itu, prioritas manajemen saat ini adalah memfasilitasi perbaikan sistem, *hardware* (komputer), dan penggunaan *template* agar kerja dokter bisa lebih cepat. Jika perhitungannya memang sudah menunjukkan *overload*, barulah penambahan SDM diajukan.

Sintesis Metodologis: Paradoks WISN dan Metode Ilyas

Hasil penelitian di RS BSH Bogor mengungkap sebuah diskrepansi metodologis yang signifikan dalam penentuan kebutuhan sumber daya manusia. Berdasarkan data kuantitatif, terdapat perbedaan tajam antara hasil Metode WISN (mikro) yang menetapkan kebutuhan 10 orang dokter dengan Metode Ilyas (makro) yang justru menunjukkan angka 8 orang. Fenomena ini mencerminkan "Kesenjangan Metodologis" yang lazim terjadi pada instansi yang mengalami transisi beban kerja drastis akibat kebijakan JKN.

Metode Ilyas, yang menggunakan basis perhitungan produktivitas tahunan secara agregat, cenderung melihat kecukupan SDM dari kaca mata jam kerja tersedia (WKT) sebesar 156.960 menit/tahun. Dengan status eksisting 9 dokter, metode ini memotret adanya surplus 1 orang. Namun, temuan di lapangan membuktikan bahwa pendekatan makro ini gagal menangkap "fluktuasi stres" dan "beban terselubung" yang muncul setiap harinya. Sebaliknya, WISN terbukti jauh lebih presisi karena memasukkan variabel Standar Kelonggaran (SK) sebesar 0,18 atau setara dengan 88 menit/hari. Waktu kelonggaran ini, yang tervalidasi melalui wawancara, bukanlah waktu istirahat pasif, melainkan akumulasi dari aktivitas krusial seperti morning report dan transfer pasien yang sering kali memanjang melebihi jam shift (lembur klinis). Oleh karena itu, kekurangan 1 tenaga medis berdasarkan rasio WISN adalah representasi kebutuhan riil untuk menjaga resiliensi organisasi di tengah lonjakan BOR yang mencapai 47%.

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Arifin & Sjaaf (2018) di mana metode WISN dapat dijadikan patokan kebutuhan maksimal jika terjadi peningkatan jumlah pasien dibandingkan metode Ilyas. Metode WISN juga paling sering digunakan dibandingkan metode lainnya (Susilawati, 2023).

Hasil Metode Ilyas yang lebih rendah (8 orang) dapat menjadi 'jebakan efisiensi' bagi manajemen, menggunakan angka terkecil tanpa mempertimbangkan beban klerikal riil dapat menyebabkan 'Celah Bahaya' yang berujung pada *medical error*. Penelitian ini mematahkan asumsi bahwa metode makro selalu lebih boros untuk tenaga profesi. Metode Ilyas terlihat lebih irit karena hanya menghitung volume pasien secara global. Namun, metode ini gagal menangkap fakta bahwa dokter jaga di RS BSH terjebak dalam proses klerikal. Menggunakan angka 8 (metode Ilyas) berarti memaksa 8 orang dokter mengerjakan beban yang seharusnya dikerjakan 10 orang. Akibatnya, dokter akan memprioritaskan penyelesaian laporan manual dan SIMRS agar tidak menumpuk, sehingga waktu untuk visite dan observasi pasien gawat di IGD/Rawat Inap terabaikan. Inilah titik awal terjadinya *medical error*.

Administrative Overload: Pergeseran Peran dari Klinisi menjadi Klerikal

Temuan paling krusial sekaligus mengkhawatirkan dalam penelitian ini adalah ketimpangan durasi aktivitas dokter jaga. Berdasarkan hasil *Time and Motion Study*, ditemukan fakta bahwa durasi Administrasi JKN (RME & ICD-10) mencapai 59,5 menit, angka ini secara signifikan melampaui waktu Pelayanan Klinis Langsung yang hanya 45,5 menit. Secara teoretis, kondisi di mana aktivitas administratif memakan waktu 14 menit lebih lama per pasien dibandingkan tindakan medis disebut sebagai *clerical burden* yang mendistorsi profesionalisme medis.

Data kuantitatif ini memberikan fondasi objektif terhadap keluhan kualitatif Informan DJ-08 yang merasa "ber-cosplay" menjadi admin. Pernyataan (DJ-09) mengenai rasio beban kerja 80% manajerial dan 20% medis merupakan cerminan dari angka durasi 59,5 menit tersebut. Jika setiap pasien membutuhkan total waktu 105 menit (gabungan klinis dan admin), maka dengan volume pasien yang melonjak hingga 2 sampai 3 kali lipat per shift, seorang dokter secara matematis tidak mungkin memberikan pelayanan paripurna tanpa mengorbankan kualitas salah satunya. Inefisiensi ini sejalan dengan teori Lean Healthcare, di mana *non-value added* activities mendominasi alur kerja akibat sistem manual dan double input yang diakui oleh pihak manajemen (M-01). Jika durasi 59,5 menit ini tidak dipangkas, penambahan SDM hanya akan menjadi solusi sementara terhadap sistem yang tidak produktif.

Komparasi dengan Penelitian Terdahulu: Fenomena ini menguatkan hasil studi observasional Ayunanda et al. (2025) yang menemukan bahwa aktivitas administratif (E-Claim/Coding) menyita proporsi waktu kerja efektif dokter secara signifikan. Namun, di RS BSH Bogor, kondisinya ternyata lebih ekstrem, di mana waktu administrasi justru mengalahkan durasi pelayanan klinis langsung. Hal ini juga menjawab temuan kualitatif Syafira et al. (2024) di mana dokter merasa "terjebak" antara kewajiban klinis dan birokrasi klaim, yang kini tervalidasi oleh angka kuantitatif 59,5 menit per aktivitas dalam penelitian ini.

Masalah utama di RS BSH bukanlah jumlah berkas, melainkan metode pengisiannya. Dokter harus menulis laporan secara manual karena ketiadaan sistem checklist yang praktis. Setelah itu, dokter wajib melakukan input ulang di SIMRS. Durasi 25 menit (15 menit manual + 10 menit SIMRS) untuk data yang sama adalah pemborosan waktu (*waste*). Jika RS BSH ingin kembali ke fungsi pelayanan profesi yang ideal, sistem "*Double Input*" ini harus dipangkas melalui digitalisasi total (tanpa tulis tangan lagi).

Analisis Burnout dan Risiko Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Integrasi data kualitatif mengonfirmasi bahwa defisit satu dokter jaga (9 dari kebutuhan 10 berdasarkan WISN) menciptakan efek domino psikologis yang masif. Kondisi understaff ini divalidasi oleh pengalaman (DJ-03) yang merasakan kelelahan luar biasa saat tim hanya

berjumlah 8-9 orang. Keluhan (DJ-01) mengenai interaksi yang mulai mekanis (depersonalisasi) dan keinginan (DJ-09) untuk mengundurkan diri adalah indikator burnout yang nyata.

Berdasarkan kerangka Maslach Burnout Inventory (MBI), situasi di RS BSH telah menyentuh dimensi kelelahan emosional yang bersumber dari tingginya Standar Kelonggaran (SK) 0,18 yang bersifat destruktif. Risiko paling fatal dari kondisi ini adalah ancaman terhadap keselamatan pasien. Data observasi yang menunjukkan tingginya beban administrasi divalidasi oleh kekhawatiran (DJ-06) dan (DJ-05) mengenai risiko "poin medis yang terlewat" (*missed care*). Penurunan kewaspadaan kognitif akibat kelelahan kronis, yang dipicu oleh lonjakan volume pasien pasca-Mei 2025, secara statistik berkorelasi dengan peningkatan risiko insiden keselamatan pasien (IKP). Angka administrasi yang menyita hampir satu jam per pasien secara langsung memangkas waktu observasi medis yang seharusnya menjadi benteng utama patient safety.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Wen et al. (2016) yang membuktikan bahwa beban kerja yang tinggi akan diikuti dengan tingkat kesalahan yang tinggi. Hal ini sejalan dengan temuan sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara keberadaan *burnout* dan memburuknya keselamatan pasien (Garcia et al., 2019). Tingkat *burnout* yang tinggi lebih umum terjadi di kalangan dokter dan perawat, dan dikaitkan dengan faktor eksternal seperti beban kerja yang tinggi, perjalanan yang panjang, dan hubungan interpersonal yang tidak efektif. Di RS BSH, dengan lonjakan IGD mencapai 133%, risiko *burnout* dan ancaman *patient safety* bukan lagi sekadar potensi, melainkan realitas operasional harian yang membutuhkan intervensi segera.

Dialektika Manajemen: Efisiensi Biaya vs Kualitas Layanan

Perspektif manajemen yang diwakili oleh Manajer SDM (M-02) dan Manajer Keperawatan (M-01) mencerminkan pendekatan pragmatis-ekonomis yang berfokus pada efisiensi unit biaya. Berpijak pada Metode Ilyas yang secara makro menunjukkan surplus 1 orang, manajemen cenderung menunda penambahan kuantitas SDM. Namun, peneliti memberikan argumentasi tandingan bahwa efisiensi biaya operasional jangka pendek sangat berisiko memicu kerugian finansial dan reputasi jangka panjang yang jauh lebih besar. Kondisi *understaff* dapat meningkatkan biaya *turnover* dokter dan memicu litigasi akibat kesalahan medis (*medical error*) yang bersumber dari kelelahan. Penentuan jumlah dokter harus tepat karena jika kurang dapat meningkatkan beban kerja dokter dan mengarah pada meningkatnya *burnout* (Xiaoming et al., 2014). Sementara keberadaan *burnout* dapat mengurangi tingkat keselamatan pasien (Garcia et al., 2019).

Solusi manajemen untuk melakukan investasi pada *hardware* dan *software* (SIMRS) adalah langkah strategis jangka menengah yang sangat tepat untuk mereduksi 59,5 menit durasi administrasi JKN. Akan tetapi, selama masa transisi digitalisasi tersebut belum rampung, kekurangan 1 tenaga medis tetap menjadi ancaman operasional nyata. Oleh karena itu, skenario parsial konvergen dalam penelitian ini merekomendasikan jalan tengah. Pada jangka pendek dapat menambah 1 orang dokter jaga untuk memenuhi standar WISN (10 dokter) atau menyediakan tenaga asisten administrasi medis khusus untuk membantu coding dan pemberkasan JKN. Pada jangka panjang dapat mempercepat integrasi sistem SIMRS untuk menghapus praktik *double input*. Jika durasi administrasi dapat ditekan hingga di bawah 30 menit per pasien, maka kapasitas 9 dokter jaga eksisting akan kembali ideal, selaras dengan proyeksi efisiensi manajemen tanpa mengorbankan keselamatan pasien.

Simpulan Pendapat Peneliti (Sintesis)

Berdasarkan serangkaian komparasi data kuantitatif dan temuan fenomenologis di lapangan, peneliti menyimpulkan bahwa akar permasalahan di RS BSH Bogor bukanlah semata-mata pada defisit jumlah individu (kekurangan 1 orang dokter), melainkan pada

ekosistem kerja yang belum sepenuhnya beradaptasi terhadap tuntutan operasional JKN. Analisis WISN secara tajam mengungkap bahwa sistem administrasi yang berlaku saat ini memaksa dokter untuk melakukan pekerjaan klerikal (*double input manual*) yang merampas hak waktu klinis mereka bersama pasien. Terbukti bahwa tekanan beban kerja yang tinggi dialami oleh dokter dan hal tersebut mengindikasikan tingginya permintaan akan tenaga kerja kesehatan (Joarder et al., 2020).

Terdapat anomali signifikan dalam pola beban kerja dokter jaga di RS BSH. Integrasi antara penghitungan metode WISN dan hasil wawancara mengungkap fenomena di mana dokter jaga mengalokasikan durasi kerja yang lebih besar untuk aktivitas administratif dibandingkan pelayanan klinis langsung.

Beban administratif klerikal tersebut mencakup: (1) penyusunan resume medis pasien yang secara regulasi merupakan tanggung jawab DPJP (*Doctor in Charge*), (2) pengelolaan permintaan Daftar Obat (DO) yang repetitif di setiap shift akibat perubahan terapi, serta (3) pengisian dokumen Informed Consent (IC) secara manual karena belum terakomodasi dalam SIMRS. Kondisi ini divalidasi oleh pernyataan informan (DJ-02) di mana "Kita harus mengisi banyak berkas mulai dari pendokumentasian, edukasi, pemeriksaan penunjang, hingga konsul ke DPJP. Secara fisik dan mental, beban perubahan tersebut sangat terasa" (DJ-02).

Hasil penelitian menyoroti urgensi bagi manajemen RS BSH untuk merespons keluhan dokter jaga secara proaktif. Berdasarkan data wawancara, manajemen perlu melakukan observasi langsung (*gemba*) guna memberikan kejelasan Standar Operasional Prosedur (SOP) serta mengidentifikasi akar penyebab penumpukan beban administrasi. Hal ini dipertegas oleh pernyataan informan DJ-03 yang menekankan tiga poin krusial bahwa diperlukan panduan yang konsisten dan tidak berubah-ubah sebagai acuan kerja di lapangan, manajemen diharapkan meninjau realita operasional secara langsung, sehingga kebijakan yang diambil tidak hanya berorientasi pada target finansial, tetapi juga mempertimbangkan situasi sulit di garda terdepan, rekomendasi utama meliputi pengembalian jumlah minimal dokter jaga menjadi 10 orang serta penguatan sistem pendukung (*tenaga admin*) guna memitigasi beban administrasi dokter (DJ-03).

Sebagai kesimpulan akhir peneliti berpendapat, mempertahankan 9 orang dokter jaga saat ini sebetulnya bisa menjadi "cukup" secara kapasitas, asalkan manajemen mampu memangkas waktu administrasi menjadi di bawah 30 menit melalui integrasi SIMRS secara total. Namun, selama sistem teknologi informasi tersebut belum optimal, pemenuhan tenaga sebanyak 10 dokter (sesuai standar rasio WISN) adalah harga mutlak yang harus dibayar oleh manajemen. Langkah ini merupakan mitigasi risiko preventif untuk mencegah *burnout* masif pada tenaga medis dan menjamin keselamatan pasien. Sebagai sintesis akhir, peneliti mengusulkan model 'Hybrid WISN', di mana penghitungan kebutuhan SDM di era JKN wajib memasukkan '*Administrative Leakage*' (kebocoran waktu klinis ke administratif) sebagai faktor pengoreksi standar.

Implikasi Penelitian

Penelitian ini membuktikan bahwa metode perencanaan SDM tradisional (seperti Rasio statis atau Metode Ilyas secara makro) memiliki titik buta (*blind spot*) di era JKN. Metode makro seringkali gagal mengukur "beban kognitif tak terlihat" (*invisible cognitive load*) seperti kerumitan pengisian dokumen rekam medis, penentuan kode ICD-10, dan *Resume Medis*. Oleh karena itu, teori manajemen SDM kesehatan modern wajib memasukkan variabel "Beban Administrasi Digital" ke dalam perhitungan standar kelonggarannya. Penelitian ini mengusulkan model perhitungan Hybrid-WISN untuk dokter yang bertugas di unit ganda (IGD dan Rawat Inap), di mana faktor kelonggaran harus dipisahkan antara kelonggaran klinis dan kelonggaran klerikal.

Temuan *administrative overload* sebesar 59,5 menit memberikan justifikasi objektif dan berbasis data bagi jajaran Direksi RS BSH Bogor. Implikasinya, investasi di bidang IT

(pengembangan SIMRS otomatis) sama mendesaknya dengan rekrutmen SDM. Jika manajemen memutuskan untuk menunda penambahan kuantitas dokter, maka anggaran harus segera dialihkan untuk mempercepat *bridging* antar modul dalam SIMRS dan penyesuaian dengan kebutuhan berkas yang diperlukan untuk klaim BPJS guna menyelamatkan kelangsungan layanan operasional dan melindungi tenaga medis dari kelelahan emosional.

KESIMPULAN

Besaran Standar Beban Kerja (SBK) dan Kebutuhan Riil (Menjawab Tujuan 1) bahwa hasil penghitungan menunjukkan Waktu Kerja Tersedia (WKT) dokter jaga adalah 156.960 menit/tahun. Standar Beban Kerja (SBK) didominasi oleh aktivitas Administrasi JKN (2.638 kegiatan/tahun) dengan durasi 59,5 menit, yang lebih tinggi dibandingkan aktivitas klinis langsung (3.450 kegiatan/tahun) dengan durasi 45,5 menit. Dengan Standar Kelonggaran (SK) sebesar 0,18, kebutuhan ideal dokter jaga berdasarkan metode WISN adalah 10 orang.

Akurasi Komparasi Metode (Menjawab Tujuan 2) yaitu terdapat perbedaan signifikan (gap) antara metode mikro dan makro. Metode WISN menetapkan kebutuhan 10 dokter (defisit 1 orang), sedangkan Metode Ilyas menetapkan 8 dokter (surplus 1 orang). Metode WISN terbukti lebih akurat dalam menangkap dinamika beban kerja riil di RS BSH karena sensitif terhadap variabel standar kelonggaran (morning report) dan beban administratif JKN yang tidak terpotret secara mendalam pada Metode Ilyas. Harus menjadi perhatian serius bahwa manajemen harus melihat bukan hanya mencari angka yang terkecil dari kebutuhan tenaga lalu menjadikan perhitungan tersebut menjadi acuan pemenuhan ketenagaan. Fenomena metode Ilyas yang seharusnya memberi jumlah lebih tinggi, kenyataannya terbalik malah melihat ketenagaan berlebih. Di sisi lain metode WISN dimana dibagi antara tugas klinis dan administratif memberikan gambaran defisit ketenagaan akibat adanya tugas administratif lebih tergambar dan sesuai dengan apa yang dikeluhkan lewat wawancara.

Persepsi Beban Kerja dan Dampak Burnout (Menjawab Tujuan 3) di mana dokter jaga mempersepsikan adanya fenomena administrative overload di mana tugas klerikal JKN dianggap "menyita peran medis" utama (rasio beban 80:20). Kondisi ini berdampak signifikan pada kelelahan emosional dan depersonalisasi sesuai teori Maslach Burnout Inventory (MBI). Faktor pemicu utamanya adalah lonjakan volume pasien yang mencapai 2 hingga 3 kali lipat per shift pasca-implementasi BPJS, yang tidak dibarengi dengan dukungan sistem informasi (SIMRS) yang terintegrasi, sehingga menciptakan tekanan kerja yang melebihi kapasitas fungsional dokter.

Kriteria Kualifikasi Dokter Jaga Ideal (Menjawab Tujuan 4) di mana hasil triangulasi data merumuskan bahwa dokter jaga yang dibutuhkan RS BSH di era JKN bukan hanya yang memiliki kompetensi klinis kegawatdaruratan, tetapi juga harus memiliki ketahanan administratif (administrative resilience) dan literasi digital yang tinggi. Kriteria ideal mencakup kemampuan manajemen waktu untuk menyeimbangkan durasi pelayanan 45,5 menit dan durasi administrasi 59,5 menit agar tidak terjadi penumpukan berkas (pending klaim).

Rekomendasi Strategis Perencanaan SDM (Menjawab Tujuan 5) di mana skenario integrasi data menunjukkan bahwa untuk menjamin keselamatan pasien dan kesejahteraan tenaga, RS BSH memerlukan kombinasi solusi: penambahan 1 orang tenaga medis untuk menutupi defisit hasil WISN, serta perbaikan sistem kerja berupa digitalisasi untuk memangkas inefisiensi double input yang menjadi akar masalah burnout.

Manajemen disarankan melakukan rekrutmen "Dokter Bangsal" untuk mengoptimalkan pembagian kerja. Posisi ini dirancang dengan proporsi beban kerja campuran: pengelolaan manajemen bangsal, penyelesaian tugas administratif non-medis, dan pemenuhan tugas klinis. Bertugas pada *shift* pagi, Dokter Bangsal diharapkan mampu mereduksi durasi aktivitas administratif (yang teridentifikasi sebesar 59,5 menit), sehingga dokter jaga pada *shift* sore dan malam dapat mengalokasikan waktu lebih maksimal untuk observasi klinis dan menjaga keselamatan pasien (*patient safety*). Unit SDM disarankan untuk mengembangkan sistem

pemantauan beban kerja dokter secara *real-time* yang terintegrasi dengan SIMRS. Dalam hal ini dapat dibuat modul *Time Motion Study* yang terapan dengan jelas dalam SIMRS sehingga dapat memudahkan bagian SDM dalam melihat, memantau pekerjaan administratif yang dilakukan oleh dokter jaga di lapangan. Penghitungan metode WISN sebaiknya dilakukan minimal setahun sekali atau setiap kali terjadi kenaikan kunjungan pasien >20% sebagai instrumen *Early Warning System* terhadap risiko *burnout*. Segera melakukan rekrutmen atau alokasi tambahan 1 orang dokter jaga untuk memenuhi kebutuhan ideal hasil perhitungan WISN (10 orang). Hal ini krusial untuk menurunkan risiko *medical error* dan *missed care* akibat beban kerja berlebih pasca-kerjasama BPJS Kesehatan.

Manajemen dan Unit IT perlu melakukan penyederhanaan prosedur pengisian administrasi pada SIMRS guna mengeliminasi praktik *double input*. Fokus utama adalah mengintegrasikan formulir fisik yang ada sepenuhnya ke dalam SIMRS, sehingga dokter tidak perlu menulis ulang data yang sama. Targetnya adalah mereduksi durasi administrasi dari 59,5 menit menjadi <30 menit agar waktu pelayanan klinis kembali dominan. Meninjau kembali efektivitas durasi *morning report* dan proses serah terima pasien agar tidak menimbulkan "Lembur Klinis" yang berkepanjangan bagi dokter *shift* malam. Manajemen perlu mempertimbangkan pemberian insentif beban kerja atau waktu pemulihan (*recovery time*) yang cukup untuk menjaga kesehatan mental tenaga medis. Dalam proses seleksi calon dokter jaga, RS disarankan memasukkan parameter *Administrative Resilience* dan literasi teknologi kesehatan (seperti pengelolaan RME/ICD-10). Dokter jaga di era JKN bukan hanya harus mahir secara klinis (ACLS/ATLS), tetapi juga memiliki keterampilan manajemen waktu yang baik. Dalam kaitannya dengan adanya fenomena *burnout* yang terjadi dan keluhan terkait manajemen yang kurang memberikan SOP yang jelas kepada dokter jaga atau terkesan tidak peduli dengan keluhan mereka di lapangan, baiknya ke depannya manajemen dapat mempertimbangkan duduk bersama dalam suatu pertemuan santai dan semi formal bersama dengan dokter jaga untuk dapat mendengar keluhan dengan suasana yang tidak menegangkan, namun tetap diselipkan beberapa pertanyaan implisit yang sifatnya ilmiah dan salah satu alat bantu yang dapat digunakan adalah pertanyaan dalam *MBI (Maslach Burnout Inventory)*. Hal ini dapat dijadwalkan sebulan sekali untuk juga dapat menjadi review kebijakan yang ada apakah sudah sesuai atau ada yang perlu diperbaiki. Pertemuan ini bertujuan untuk validasi lapangan atas SOP yang ada, sehingga kebijakan manajemen tidak hanya berbasis angka finansial, tetapi juga berbasis realita operasional.

Dengan tercapainya rasio kebutuhan dokter yang ideal (10 orang) dan terpangkasnya durasi administrasi, pasien berhak mendapatkan waktu observasi klinis yang lebih berkualitas dan mendalam dari dokter jaga. Optimalisasi sistem administrasi yang terintegrasi diharapkan dapat mempercepat proses pengambilan keputusan medis dan administrasi klaim di IGD maupun Ruang Rawat Inap, sehingga waktu tunggu pasien dapat dikurangi secara signifikan demi keselamatan pasien (*patient safety*).

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mereplikasi kerangka kerja *Mixed Methods* (triangulasi) ini pada unit pelayanan lain (seperti instalasi farmasi atau laboratorium) guna mendapatkan analisis kebutuhan tenaga yang lebih holistik di era JKN. Perlunya melakukan studi lanjutan mengenai analisis biaya (*cost-analysis*) untuk membandingkan efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) antara penambahan SDM baru hasil perhitungan WISN dengan investasi teknologi penyederhanaan administrasi medis.

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan sebuah model perhitungan ketenagaan baru yang tidak hanya berbasis pada rasio klinis, tetapi mengintegrasikan variabel "Beban Administrasi Klerikal" sebagai komponen utama. Fenomena di RS BSH membuktikan bahwa administrasi bukan lagi sekadar kegiatan penunjang (kelonggaran), melainkan sudah menjadi aktivitas dominan yang mendistorsi waktu profesi. Model baru ini penting untuk memotret realita pelayanan kesehatan di era JKN. Perlu dilakukan studi lebih lanjut untuk menciptakan rumus perhitungan SDM khusus bagi dokter yang bertugas di unit ganda (seperti

IGD dan Rawat Inap secara bersamaan). Peneliti menemukan bahwa instrumen WISN standar dan Metode Ilyas memiliki "titik buta" (*blind spot*) dalam mengukur beban kognitif saat dokter harus berpindah fokus antara kegawatdaruratan dan ketelitian administratif. Perlunya replikasi penelitian ini di berbagai tipe rumah sakit (Tipe A, B, dan C) untuk mengonfirmasi apakah durasi 59,5 menit administrasi merupakan standar nasional baru di era JKN, sehingga dapat menjadi masukan bagi kebijakan Kemenkes dalam merevisi standar kebutuhan tenaga medis di RS.

REFERENSI

- Adril, R., & Ilyas, J. (2024). Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tanggap (Response Time) Tenaga Kesehatan Pada Penanganan Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit: Literature Review. PREPOTIF. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 7429–7440.
- Alibrandi, A., Gitto, L., Limosani, M., & Mustica, P. F. (2023). Patient satisfaction and quality of hospital care. *Evaluation and Program Planning*, 97, 102251.
- Anathasia, S. E., Kosasih, K., Syahidin, R., Asnar, E. S. M., & Yuliaty, F. (2024). Pengaruh Kualitas Pelayanan Dan Fasilitas Medis Terhadap Kepuasan Pasien Dan Implikasinya Terhadap Jumlah Kunjungan Pasien (Studi Pada Instalasi Rawat Inap Ruang Mawar Dalam Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Tentena Kabupaten Poso). *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(5), 5076–5099.
- Arifin, A., & Sjaaf, A. C. (2018). Analisis Kebutuhan Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik Berdasarkan Beban Kerja di Unit Laboratorium Klinik Rumah Sakit Santa Maria Pekanbaru. *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(3), 4.
- Ayunanda, D., Garmelia, E., & Marlina, T. (2025). Analisa Kebutuhan Perawat Berdasarkan Beban Kerja dengan Menggunakan Metode Time And Motion Study pada Pediatric Intensive Care Unit di RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*, 9(4), 1013–1025.
- Diani, M. T., Flora, R., & Syakurah, R. A. (2023). Optimalisasi Pemerataan Sdm Kesehatan Di Indonesia. *Journal of Nursing and Public Health*, 11(1), 234–245.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156.
- Firdaus, M. S., Rahim, A. H., & Veranita, M. (2025). Analisis Rasio Kebutuhan Tenaga Dokter dengan Metode Work Sampling di IGD RSUD Malangbong Kabupaten Garut. *ManBiz: Journal of Management and Business*, 4(1), 41–53.
- Garcia, C. de L., Abreu, L. C. de, Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. de, Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. dos, & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 55(9), 553.
- Joarder, T., Tune, S. N. B. K., Nuruzzaman, M., Alam, S., de Oliveira Cruz, V., & Zapata, T. (2020). Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. *BMJ Open*, 10(2), e035183.
- Johan, W., Andriani, R., & Mulyani, K. (2024). Pengaruh Jumlah Kunjungan, Lama Tinggal (LOS), dan Kepadatan IGD terhadap Mortalitas di IGD RS Tersier Kota Malang: Hasil Penelitian. *Cermin Dunia Kedokteran*, 51(11), 613–616.
- Purba, O. H. (2025). Peran Komite Medik dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Batu Bara. *Jurnal Kesmas Dan Gizi (JKG)*, 7(2), 424–428.
- Sirait, F., & Hura, I. A. S. (2024). Tinjauan Pemanfaatan Data Sensus Harian Rawat Inap. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 44–51.
- Susilawati, Y. (2023). Model-Model Pengukuran Beban Kerja Perawat Di Rumah Sakit: A Literature Review. *Health Information: Jurnal Penelitian*.
- Sutrisno, M. D. (2023). Shortages of Medical Doctors in Indonesia, Is It True? *Asian Journal*

- of Health Research*, 2(2), 1–2.
- Syafira, J. Z., Aprina, A., & Sunarsih, S. (2024). Burnout Perawat: Dampak Beban Kerja Dan Kurangnya Penghargaan Di Rsu Jenderal Ahmad Yani. *Jurnal Kesehatan*, 17(2), 211–219.
- Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. (2016). Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: a cross-sectional study. *Bioscience Trends*, 10(1), 27–33.
- Weyant, E. (2022). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches: by john W. Creswell and J. David Creswell, Los Angeles, CA: SAGE, 2018, \$38.34, 304pp., ISBN: 978-1506386706*. Taylor & Francis.
- Wulandari, R., Taufik, A., & Syamsun, A. (2024). Pengaruh Kualitas Layanan dan Kelengkapan Fasilitas Rumah Sakit Terhadap Keputusan Berkunjung Pasien Rawat Jalan. *ALEXANDRIA (Journal of Economics, Business, & Entrepreneurship)*, 5(1), 39–44.
- Xiaoming, Y., Ma, B.-J., Chang, C. L., & Shieh, C.-J. (2014). Effects of workload on burnout and turnover intention of medical staff: A study. *Studies on Ethno-Medicine*, 8(3), 229–237.
- Yunianto, I., Mutoffar, M. M., & Widyaningrum, D. K. (2022). Analisis Kepuasan Pelanggan Terhadap Kualitas Pelayanan Jasa Penyediaan Contact Center pada PT ABC. *JUPITER: Journal of Computer & Information Technology*, 3(1), 34–40.
- Yuningsih, S., & Surya, D. (2025). Health Workforce Maldistribution and Physician Migration: Challenges to Rural Healthcare Access in Eastern Indonesia. *International Journal of Health, Medicine, and Sports*, 3, 104–111. <https://doi.org/10.46336/ijhms.v3i3.243>