Jurnal Kesehatan
Republik Indonesia
Vol. 3, No.11, Oktober 2026
Hal 181-190
E-ISSN: 3031-4291
P-ISSN: 3031-4542
Site : https://jurnal.intekom.id/index.php/jkri

Analisis Kebutuhan Dokter Umum Dengan Metode Analisis Beban Kerja *(Work Load Indicator Staff Need)* Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan Kota Bogor

Rahmatillah Nur Anwar*, Gandana Madjakusumah, Dudung Abdurrahman
Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Islam Bandung, Bandung, Indonesia

Article Info
Article history:

Received Oktober 26, 2026
Revised Oktober 26, 2026
Accepted Oktober 26, 2026

Kata Kunci:

Beban Kerja,
Dokter Umum,
WISN

Keywords:

Workload,
General Practioners,
WISN

ABSTRAK

Upaya peningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan seperti dokter umum sebagai salah satu subsistem yang memiliki peranan sangat penting dalam mengatasi berbagai masalah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Rancangan penelitian ini adalah deskriptif *kuantitatif* yang dilaksanakan diFasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan Kota Bogor terhadap semua tenaga dokter umum. Data kuantitatif yang diperlukan didapat dari hasil wawancara dan observasi langsung aktifitas kegiatan dari masing-masing dokter umum serta data sekunder. Analisis data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan *metode* WISN. Secara keseluruhan kekuatan pekerja dokter umum berada pada kategori surplus, rasio WISN melebihi kondisi ideal sehingga terjadi *idle capacity*. Tekanan beban kerja berada pada kategori rendah (Rasio WISN > 1). Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa metode analisis beban kerja lebih obyektif daripada metode rasio dalam pernecanaan tenaga dokter umum. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi para pemangku kebijakan dalam perencanaan tenaga dokter umum

ABSTRACT

In the effort to improve the quality of health services for participants BPJS. Health human resources such as general practitioners as one of the subsystems that have a very important role in overcoming the various problems in health development in Indonesia. The research was conducted quantitative descriptive First level health facility BPJS city of Bogor to all of general medical doctors. Quantitative data required obtained from interviews and direct observation of the activities of the respective activities of general practitioners as well as secondary data. Quantitative data analysis was done using methods WISN. Overall labor force general practitioners are in the category of surplus, the ratio exceeds WISN ideal conditions resulting in idle capacity. Pressure workloads that are in the low category (WISN ratio > 1). The conclusion of this study indicate that the workload analysis method is more objective than the ratio method pernecanaan of general medical doctors. The results of this study can be input for the policy makers in the planning of general medical doctors.

This is an open access article under the CC BY license

Corresponding Author:

Rahmatillah Nur Anwar
Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Islam Bandung
Bandung, Indonesia
Email: drg.nurilanwar@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Sejak 1 Januari 2014, Indonesia menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. JKN adalah jaminan kesehatan melalui sistem asuransi sosial dan gotong royong, ketika penduduk yang kaya membantu yang miskin dan penduduk yang sehat membantu yang sakit. Program ini melindungi penduduk dari risiko finansial akibat sakit dan bersifat wajib, sehingga seluruh penduduk harus menjadi peserta BPJS Kesehatan dalam rentang waktu 2014 hingga 2019. Di era JKN, pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, tetapi dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi peserta.

Dalam implementasinya diberlakukan prinsip *managed care* dengan empat pilar, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Prinsip ini memusatkan pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau fasilitas kesehatan primer, seperti Puskesmas, klinik, dan dokter praktik perseorangan, yang menjadi pintu utama peserta mengakses pelayanan. Kepastian jaminan akan meningkatkan permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kualitas fasilitas primer harus dijaga. Jika FKTP tidak diperkuat, masyarakat akan beralih ke fasilitas tingkat lanjutan dan rumah sakit kembali menjadi "puskesmas raksasa".

Sumber daya manusia kesehatan merupakan salah satu subsistem yang sangat penting dalam mengatasi berbagai masalah pembangunan kesehatan, mulai dari perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, hingga pembinaan dan pengawasan mutu. Jika dilihat dari rasionya dengan jumlah penduduk, jumlah dokter spesialis, dokter umum, bidan, dan tenaga kesehatan masyarakat di Indonesia sudah sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010–2014, tetapi distribusinya belum merata [1]. Krisis dokter umum terjadi karena pemenuhan dokter umum belum dimanfaatkan sebagai peluang untuk meningkatkan kualitas pelayanan dasar [2]. Penempatan tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh informasi kesehatan SDM, tanggung jawab SDM, dan perhatian pimpinan [3]. Penempatan dokter umum di daerah terpencil melalui sistem kontrak seharusnya dilengkapi dengan pelatihan khusus (*skill mix*) agar sesuai dengan kebutuhan setempat. Selain itu, rasio ideal dokter umum terhadap populasi belum memiliki bentuk yang jelas karena bergantung pada faktor kebutuhan, ketersediaan, produktivitas, dan prioritas kebijakan pelayanan kesehatan [4].

Pemenuhan jumlah dokter tidak dapat dilepaskan dari beban kerjanya. Penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 40% dokter melaporkan jumlah kunjungan pasien dalam sebulan sering melebihi tingkat aman, dan 36% melaporkan kunjungan berlebih terjadi lebih dari sekali seminggu. Beban kerja yang berlebihan ini memengaruhi kinerja dokter, misalnya ketepatan diagnosis dan tindakan medis [5]–[7]. Beban kerja yang berlebih juga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan [8]. Karena itu, analisis beban kerja dokter umum merupakan langkah yang diperlukan untuk menyikapi kondisi tersebut.

Metode perencanaan SDM dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2004 menyebutkan bahwa salah satu metode perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di institusi adalah menghitung beban kerja dengan *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) [9]. Metode ini diadopsi dari WHO dan dikembangkan sejak 1998. WISN mudah digunakan secara teknis, komprehensif, dan realistis, serta memudahkan penentuan variasi kebutuhan SDM pada berbagai tipe layanan, seperti Puskesmas dan rumah sakit [10]. Selain WISN, Kepmenkes tersebut memuat metode lain, yaitu *Health Need Method*, *Health Service Demand Method*, *Health Service Targets Method*, *Ratios Method*, Daftar

Susunan Pegawai (DSP), dan penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan skenario atau proyeksi. Metode DSP belum mampu mengevaluasi kesenjangan jumlah tenaga kesehatan, termasuk distribusinya, sedangkan WISN dinilai mampu menjawab permasalahan tersebut, mudah dioperasikan, komprehensif, dan realistis [9].

Perencanaan kebutuhan SDM berangkat dari analisis jabatan. Analisis jabatan adalah prosedur untuk menentukan tugas-tugas dalam suatu posisi dan karakteristik pegawai yang direkrut, yang menghasilkan deskripsi dan spesifikasi pekerjaan [11]. Analisis jabatan adalah upaya mengetahui jabatan atau pekerjaan yang berkaitan dengan tugas-tugas di dalamnya [12], dan merupakan proses sistematis untuk mengetahui isi jabatan (tugas, tanggung jawab, wewenang, dan kondisi kerja) serta persyaratan kualifikasinya [13]. Proses ini juga dipahami sebagai pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan pengetahuan, keterampilan, kemampuan, dan karakteristik lain yang dibutuhkan agar suatu pekerjaan berhasil dilakukan [14]. Melalui analisis jabatan akan diketahui berapa posisi yang seharusnya ada dalam organisasi dan kemampuan apa yang dibutuhkan pemegangnya. Dalam kaitannya dengan beban kerja, beban kerja dipahami sebagai konsep yang timbul akibat keterbatasan kapasitas memproses informasi. Ketika keterbatasan itu menghambat tercapainya hasil kerja pada tingkat yang diharapkan, terjadi kesenjangan antara kemampuan yang diharapkan dan kapasitas yang dimiliki sehingga muncul kegagalan kinerja [15]. Dengan kata lain, beban kerja menunjukkan seberapa besar kapasitas pekerja yang terbatas dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu tugas [16].

Menurut panduan WHO, WISN adalah alat manajemen sumber daya yang menghitung kebutuhan staf berdasarkan beban kerja untuk kategori staf dan jenis fasilitas tertentu. Alat ini dapat diterapkan di tingkat nasional, regional, fasilitas tunggal, hingga unit atau bangsal rumah sakit [10]. Metode ini dilakukan dalam delapan langkah. Pertama, menentukan prioritas jenis tenaga kesehatan dan tipe fasilitas. Kedua, memperkirakan waktu kerja yang tersedia. Ketiga, mendefinisikan komponen beban kerja. Keempat, menentukan standar aktivitas. Kelima, menentukan standar beban kerja. Keenam, menghitung faktor kelonggaran. Ketujuh, menetapkan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN. Kedelapan, menganalisis dan menginterpretasi hasil. Analisis hasil mencakup selisih antara tenaga yang ada dan yang dibutuhkan serta rasio WISN, yaitu ukuran tekanan beban kerja harian tenaga kesehatan. Keduanya penting untuk menentukan pengembangan tenaga kesehatan secara wajar [10]. Metode ini juga memiliki kelemahan, yaitu memerlukan data yang lengkap karena dianalisis secara statistik, sehingga kelengkapan data sekunder menentukan keberhasilan penerapan dan akurasi hasilnya [10].

Berdasarkan uraian tersebut, beban kerja dokter umum di FKTP perlu dianalisis agar perencanaan ketenagaan sesuai kebutuhan riil, bukan hanya mengacu pada rasio atau jumlah yang ada. Penelitian ini bertujuan untuk:

1. mengetahui beban kerja dokter umum dengan model *Workload Indicators of Staffing Need* di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kota Bogor; dan
2. mengetahui kebutuhan tenaga dokter umum di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kota Bogor.

Secara teoretis, hasilnya diharapkan menjadi acuan bagi penelitian lanjutan tentang analisis beban kerja dengan metode WISN. Secara praktis, hasilnya diharapkan menjadi masukan bagi manajemen klinik dalam merencanakan kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan beban kerja, sehingga perencanaan ketenagaan lebih sesuai kebutuhan riil dan kualitas pelayanan kepada masyarakat di Kota Bogor meningkat.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan metode studi kasus. Pendekatan deskriptif dipakai untuk memperoleh gambaran dan keterangan tentang beban kerja dokter umum di empat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) BPJS Kesehatan di Kota Bogor, yaitu

Klinik Zamzam, Klinik Permata Bunda, Puskesmas Pasir Mulya, dan Puskesmas Belong. Penelitian ini tidak menguji hipotesis, karena tujuannya adalah mengukur beban kerja dan menghitung kebutuhan tenaga, bukan menguji hubungan antarvariabel. Struktur FKTP yang diteliti umumnya terdiri dari penanggung jawab atau kepala fasilitas, instalasi kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu dan anak, farmasi, laboratorium, rekam medis, serta bagian administrasi.

Subjek penelitian adalah dokter umum yang bertugas di keempat FKTP tersebut, dan aktivitas yang diamati adalah kegiatan sehari-hari dokter umum dalam pelayanan kesehatan. Unit yang dipelajari mencakup tempat (FKTP), pelaku (dokter umum), dan aktivitas (kegiatan pelayanan). Pemilihan lokasi dan informan dilakukan secara *purposive*, yaitu berdasarkan pertimbangan peneliti terhadap pihak yang paling mampu memberikan informasi akurat sesuai tujuan penelitian.

Data yang digunakan terdiri dari data primer dan data sekunder, yang dikumpulkan melalui observasi, wawancara, dan telaah dokumen. Observasi dilakukan dengan mengamati kegiatan dokter umum di FKTP untuk mengidentifikasi jenis kegiatan dan waktu yang dihabiskan. Wawancara dilakukan kepada dokter umum dan penanggung jawab FKTP untuk memperoleh gambaran umum tentang pelayanan dan tugas dokter, sambil tatap muka dengan atau tanpa pedoman wawancara. Telaah dokumen dilakukan dengan menyelidiki dokumen tertulis, seperti catatan kepegawaian, laporan statistik pelayanan, hasil penelitian sebelumnya, dan catatan harian, yang juga menjadi sumber data perhitungan WISN.

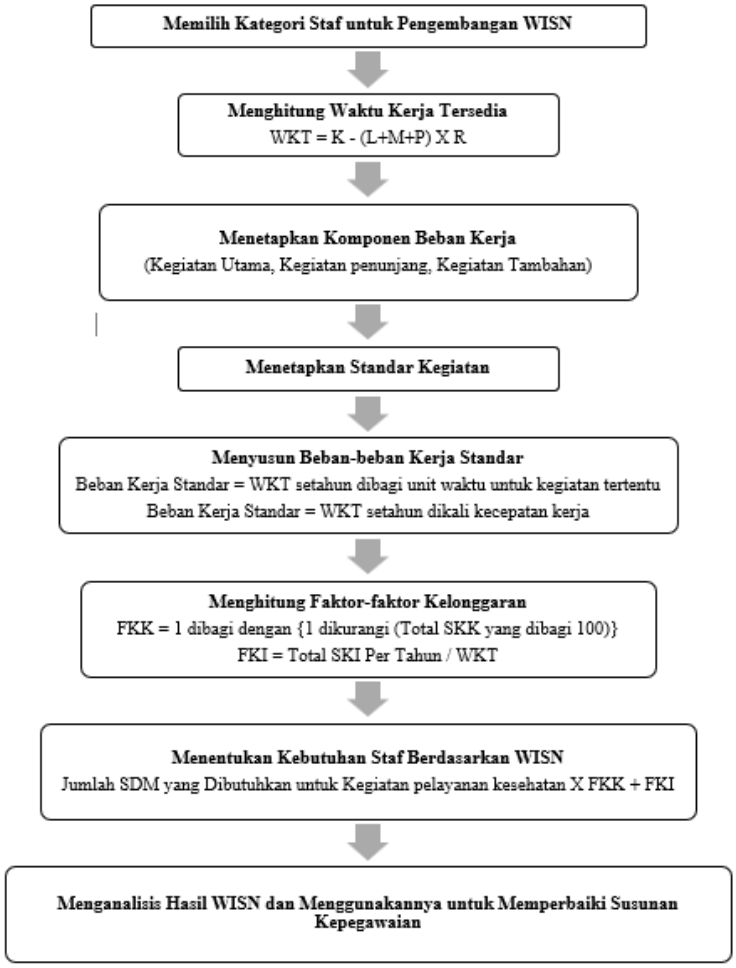
Beban kerja dan kebutuhan tenaga dokter umum dianalisis dengan metode *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) mengikuti pedoman WHO [10]. Metode ini termasuk salah satu metode perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2004 [9]. Langkah pertama adalah memilih kategori staf yang dianalisis, yaitu dokter umum, pada jenis fasilitas FKTP. Langkah kedua adalah menghitung Waktu Kerja Tersedia (WKT), yaitu waktu yang benar-benar tersedia bagi dokter untuk melaksanakan tugasnya setelah dikurangi libur nasional, cuti tahunan, dan ketidakhadiran karena sakit, pelatihan, atau alasan lain. WKT dihitung dengan rumus $WKT = [K - (L + M + P)] \times R$, dengan K sebagai jumlah hari kerja yang mungkin dalam setahun (52 minggu dikali jumlah hari kerja per minggu), L sebagai hari libur nasional, M sebagai hari cuti tahunan termasuk cuti bersama, P sebagai hari tidak masuk karena sakit, pelatihan, atau alasan lain, dan R sebagai jumlah jam kerja per hari. Jika data ketidakhadiran tidak tersedia, nilainya diperkirakan dari catatan kepegawaian tahun sebelumnya [10].

Langkah ketiga adalah menetapkan komponen beban kerja, yang dibagi menjadi tiga kelompok. Pertama, kegiatan pelayanan utama yang dilakukan seluruh dokter umum dan memiliki catatan statistik. Kedua, kegiatan penunjang penting yang dilakukan seluruh dokter umum dan tidak memiliki catatan statistik. Ketiga, kegiatan tambahan yang hanya dilakukan sebagian dokter dan tidak memiliki catatan statistik. Daftar komponen dibatasi pada kegiatan yang menyita sebagian besar waktu kerja harian [10]. Langkah keempat adalah menetapkan Standar Kegiatan, yaitu waktu yang dibutuhkan tenaga yang terdidik, terlatih, terampil, dan berdedikasi untuk melaksanakan suatu kegiatan sesuai standar profesional. Standar Pelayanan berlaku untuk kegiatan yang memiliki catatan statistik tahunan, sedangkan Standar Kelonggaran berlaku untuk kegiatan yang tidak memilikinya, yang terdiri dari Standar Kelonggaran Kategori (SKK) dan Standar Kelonggaran Individu (SKI) [10].

Langkah kelima adalah menyusun Beban Kerja Standar, yaitu jumlah kegiatan yang dapat diselesaikan seorang dokter dalam setahun. Rumusnya adalah WKT setahun dibagi unit waktu kegiatan, atau WKT setahun dikali kecepatan kerja jika Standar Pelayanan dinyatakan dalam kecepatan kerja, dengan satuan waktu yang sama [10]. Langkah keenam adalah menghitung faktor kelonggaran. Faktor Kelonggaran Kategori (FKK) dihitung dengan rumus $FKK = 1 / [1 - (\text{total SKK} / 100)]$, sedangkan Faktor Kelonggaran Individu (FKI) dihitung dengan membagi total SKI per tahun (SKI dikali jumlah orang yang melakukan kegiatan itu) dengan WKT [10]. Langkah ketujuh adalah menentukan kebutuhan tenaga, yaitu jumlah dokter yang dibutuhkan = (beban kerja tahunan setiap kegiatan pelayanan utama

dibagi Beban Kerja Standar, dijumlahkan) × FKK + FKI. Hasilnya dibulatkan menjadi bilangan bulat dengan pedoman WHO yang lebih longgar ke atas pada kebutuhan satu atau dua orang, misalnya 1,0–1,1 dibulatkan ke 1 dan lebih dari 1,1 hingga 1,9 dibulatkan ke 2 [10]. Beban kerja tahunan diambil dari laporan statistik pelayanan tahun terakhir.

Langkah kedelapan adalah menganalisis dan menginterpretasi hasil. Peneliti membandingkan jumlah dokter yang ada dengan yang dibutuhkan antar-FKTP untuk melihat kelebihan atau kekurangan tenaga. Peneliti juga menghitung rasio WISN, yaitu jumlah staf saat ini dibagi jumlah staf yang dibutuhkan. Rasio ini merupakan ukuran pengganti tekanan beban kerja harian. Rasio sama dengan 1 menunjukkan keseimbangan antara jumlah staf dan beban kerja, rasio kurang dari 1 menunjukkan jumlah staf lebih kecil daripada kebutuhan sehingga beban kerja tinggi, dan rasio lebih dari 1 menunjukkan kelebihan staf dibandingkan beban kerja [10]. Sebelum menyimpulkan, hasil dicek dengan memastikan bahwa dokter memang menggunakan sebagian besar waktunya untuk tugas profesional dan bukan tugas nonprofesional.



Gambar 1. Algoritma Rencana Pengolahan Data

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan pada empat FKTP BPJS Kesehatan di Kota Bogor dengan jumlah dokter umum 18 orang. Klinik Zamzam adalah klinik pratama tanpa rawat inap yang berdiri sejak 2005, menjadi provider FKTP JKN sejak 2014, dan memiliki 12.100 peserta terdaftar serta 4 dokter umum. Klinik Permata Bunda adalah klinik pratama tanpa rawat inap yang berdiri sejak 2010, bekerja sama

dengan BPJS Kesehatan sejak 2014, dan memiliki 6.848 peserta serta 6 dokter umum. Puskesmas Pasir Mulya adalah puskesmas rawat inap di bawah naungan Departemen Kesehatan Kota Bogor dengan 24.726 peserta dan 6 dokter umum. Puskesmas Belong adalah puskesmas tanpa rawat inap yang berdiri sejak 2005 dengan 2 dokter umum. Data peserta terdaftar diambil pada akhir 2015. Data pelayanan diambil dari aplikasi PCare BPJS Kesehatan pada periode Juni–Desember 2015 (tujuh bulan), kemudian diproyeksikan ke 12 bulan dengan mengalikan rata-rata bulanan untuk lima bulan berikutnya. Analisis mengikuti metode WISN [9], [10] yang juga sejalan dengan upaya Kementerian Kesehatan menyediakan pedoman analisis beban kerja [17].

Langkah pertama adalah menghitung Waktu Kerja Tersedia (WKT), seperti pada Tabel 1. Dengan 288 hari kerja per tahun dikurangi cuti tahunan, pendidikan dan pelatihan, hari libur nasional, serta ketidakhadiran, hari kerja tersedia dokter umum adalah 239 hari di Klinik Zamzam, Puskesmas Pasir Mulya, dan Puskesmas Belong, serta 249 hari di Klinik Permata Bunda. Klinik Permata Bunda memiliki hari kerja tersedia paling banyak karena tidak ada ketidakhadiran yang tercatat. Dokter di klinik bekerja 8 jam per hari, sedangkan dokter di puskesmas 5 jam per hari, sehingga WKT di puskesmas (1.195 jam per tahun) jauh lebih rendah daripada di klinik (1.912 dan 1.992 jam per tahun).

Tabel 1. Waktu Kerja Tersedia Dokter Umum

Komponen	Klinik Zamzam	Klinik Permata Bunda	Puskesmas Pasir Mulya	Puskesmas Belong
Hari kerja per tahun	288	288	288	288
Cuti tahunan (hari)	12	12	12	12
Pendidikan dan pelatihan (hari)	10	12	10	10
Hari libur nasional (hari)	15	15	15	15
Ketidakhadiran (hari)	12	0	12	12
Hari kerja tersedia	239	249	239	239
Jam kerja per hari	8	8	5	5
WKT (jam per tahun)	1.912	1.992	1.195	1.195

Sumber: data primer FKTP diolah (2015).

Kegiatan dokter umum dikelompokkan menjadi kegiatan pelayanan utama, kegiatan penunjang, dan kegiatan tambahan. Kegiatan utama terdiri dari pelayanan pasien (anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pencatatan), tindakan medis kecil (insisi, *hecting*, ekstraksi kuku, dan eksplorasi), serta promosi kesehatan dan KIE. Kegiatan penunjang terdiri dari pertemuan rapat rutin, kunjungan rumah, dan penyuluhan. Kegiatan tambahan terdiri dari supervisi posyandu, supervisi UKS, mengikuti seminar atau pelatihan, dan administrasi umum. Standar waktu pelayanan pasien sama di keempat FKTP, yaitu 5 menit per pasien atau 12 pasien per jam. Tindakan medis kecil memerlukan 15 menit (20 menit di Klinik Permata Bunda). Promosi kesehatan dan KIE memerlukan 10 menit di kedua klinik dan 5 menit di kedua puskesmas. Karena WKT berbeda, Standar Beban Kerja (SBK) juga berbeda, seperti pada Tabel 2.

E-ISSN : 3031-4291
P-ISSN : 3031-4542

Tabel 2. Standar Waktu dan Standar Beban Kerja (SBK) per Tahun

Kegiatan utama	Klinik Zamzam	Klinik Permata Bunda	Puskesmas Pasir Mulya	Puskesmas Belong
Pelayanan pasien	5 menit / 22.944	5 menit / 23.904	5 menit / 14.340	5 menit / 14.340
Tindakan medis kecil	15 menit / 7.648	20 menit / 5.976	15 menit / 4.780	15 menit / 4.780
Promosi kesehatan dan KIE	10 menit / 11.472	10 menit / 11.952	5 menit / 14.340	5 menit / 14.340

Sumber: data primer FKTP diolah (2015).

Faktor kelonggaran dihitung dari kegiatan penunjang dan kegiatan tambahan (Tabel 3). Total Standar Kelonggaran Kategori (SKK) berkisar dari 5,22% di Klinik Zamzam hingga 8,21% di kedua puskesmas, sehingga Faktor Kelonggaran Kategori (FKK) berkisar 1,06–1,09. Kunjungan rumah dan penyuluhan adalah penyumbang terbesar SKK. Total Standar Kelonggaran Individu (SKI) berkisar 176–200 jam per tahun, sehingga Faktor Kelonggaran Individu (FKI) berkisar 0,09–0,17. FKI di puskesmas lebih tinggi karena WKT-nya lebih kecil sementara jam kegiatan tambahan relatif sama.

Tabel 3. Faktor Kelonggaran Dokter Umum

Komponen	Klinik Zamzam	Klinik Permata Bunda	Puskesmas Pasir Mulya	Puskesmas Belong
Total SKK (%)	5,22	8,10	8,21	8,21
FKK	1,06	1,09	1,09	1,09
Total SKI (jam per tahun)	188	176	200	200
FKI	0,10	0,09	0,17	0,17

Sumber: data primer FKTP diolah (2015).

Jumlah pelayanan pasien pada Juni–Desember 2015 adalah 10.591 di Klinik Zamzam, 6.479 di Klinik Permata Bunda, 5.026 di Puskesmas Pasir Mulya, dan 4.888 di Puskesmas Belong. Jumlah tindakan medis kecil pada periode yang sama adalah 272, 75, 139, dan 96. Kebutuhan dokter dihitung dengan membagi beban kerja tahunan tiap kegiatan utama dengan SBK, menjumlahkannya, mengalikannya dengan FKK, lalu menambahkan FKI (Tabel 4). Hasilnya adalah 2,68 dokter di Klinik Zamzam (dibulatkan menjadi 3), 1,74 di Klinik Permata Bunda (dibulatkan menjadi 2), serta 1,50 di Puskesmas Pasir Mulya dan Puskesmas Belong (masing-masing dibulatkan menjadi 2). Pelayanan pasien serta promosi kesehatan dan KIE menyumbang sebagian besar kebutuhan tenaga, sedangkan tindakan medis kecil hanya menyumbang 0,01–0,06 dokter. Kontribusi sekecil itu wajar karena kegiatan yang jarang dilakukan hanya sedikit memengaruhi hasil akhir perhitungan [10].

Tabel 4. Kebutuhan Dokter Umum Berdasarkan WISN

Komponen	Klinik Zamzam	Klinik Permata Bunda	Puskesmas Pasir Mulya	Puskesmas Belong
Pelayanan pasien	0,79	0,50	0,60	0,58
Tindakan medis kecil	0,06	0,01	0,02	0,03
Promosi kesehatan dan KIE	1,58	0,99	0,60	0,58
Jumlah kegiatan utama	2,43	1,51	1,22	1,19
Dikali FKK	1,06	1,09	1,09	1,09

Komponen	Klinik Zamzam	Klinik Permata Bunda	Puskesmas Pasir Mulya	Puskesmas Belong
Ditambah FKI	0,10	0,09	0,17	0,17
Kebutuhan WISN	2,68	1,74	1,50	1,50
Dibulatkan	3	2	2	2

Sumber: data primer FKTP diolah (2015).

Perbandingan jumlah dokter yang ada dengan yang dibutuhkan disajikan pada Tabel 5. Klinik Zamzam memiliki 4 dokter dengan kebutuhan 3 (kelebihan 1 orang; rasio WISN 1,33). Klinik Permata Bunda dan Puskesmas Pasir Mulya masing-masing memiliki 6 dokter dengan kebutuhan 2 (kelebihan 4 orang; rasio WISN 3). Hanya Puskesmas Belong yang berada dalam keadaan seimbang dengan 2 dokter dan kebutuhan 2 (rasio WISN 1). Secara keseluruhan terdapat 18 dokter umum dengan kebutuhan hasil WISN sebanyak 9 dokter. Tingkat inefisiensi, yang dihitung sebagai (rasio WISN − 1) × 100%, adalah 33% di Klinik Zamzam dan 200% di Klinik Permata Bunda serta Puskesmas Pasir Mulya.

Tabel 5. Rekapitulasi Analisis WISN Dokter Umum di FKTP BPJS Kesehatan Kota Bogor

FKTP	Dokter ada	Dokter dibutuhkan	Selisih	Rasio WISN	Tekanan beban kerja	Inefisiensi
Klinik Zamzam	4	3	+1	1,33	Rendah	33%
Klinik Permata Bunda	6	2	+4	3	Rendah	200%
Puskesmas Pasir Mulya	6	2	+4	3	Rendah	200%
Puskesmas Belong	2	2	0	1	Seimbang	0%

Sumber: data primer FKTP diolah (2015).

Rasio WISN adalah ukuran pengganti tekanan beban kerja harian. Rasio satu menunjukkan keseimbangan, rasio di bawah satu menunjukkan staf kurang dari kebutuhan dan beban kerja tinggi, dan rasio di atas satu menunjukkan kelebihan staf dibandingkan beban kerja [10]. Dengan tafsir ini, ketiga FKTP dengan rasio di atas satu memiliki tekanan beban kerja yang rendah, yaitu dokter umum tidak sepenuhnya memanfaatkan waktu kerja yang tersedia untuk kegiatan pelayanan. Hasil ini berlawanan dengan penelitian yang melaporkan kunjungan pasien yang melebihi batas aman, yang berdampak pada ketepatan diagnosis dan tindakan medis [5]–[7] serta kualitas pelayanan [8]. Di keempat FKTP yang diteliti, dokter umum justru tidak mengalami kelebihan beban kerja. Perbedaan ini menunjukkan bahwa kebutuhan dokter tidak dapat diperkirakan dari jumlah peserta saja. Rasio dokter terhadap peserta terdaftar berbeda jauh antar-FKTP, yaitu sekitar 1:3.025 di Klinik Zamzam, 1:1.141 di Klinik Permata Bunda, dan 1:4.121 di Puskesmas Pasir Mulya. Ketiganya tidak berhubungan lurus dengan beban kerja nyata, sejalan dengan pendapat bahwa rasio dokter terhadap populasi tidak memiliki bentuk yang jelas dan bergantung pada kebutuhan, ketersediaan, produktivitas, serta prioritas kebijakan [4]. Metode WISN memberi gambaran yang lebih rinci karena berbasis waktu kegiatan, dan mampu menilai kesenjangan jumlah tenaga yang tidak dapat dievaluasi metode Daftar Susunan Pegawai [9].

Hasil ini menunjukkan ketidakseimbangan distribusi tenaga di antara FKTP yang sama-sama berkontrak dengan BPJS Kesehatan. Kondisi ini sejalan dengan temuan bahwa jumlah tenaga kesehatan secara nasional sudah memadai tetapi distribusinya belum merata [1], serta dengan perhatian global terhadap jumlah dan distribusi tenaga kesehatan yang seimbang [18]. Penelitian ini menawarkan tiga opsi untuk FKTP yang surplus. Pertama, mutasi dokter ke fasilitas kesehatan yang kekurangan dokter umum. Kedua, penambahan beban kerja melalui perluasan jenis pelayanan utama sesuai kompetensi

dokter. Ketiga, penambahan uraian tugas, terutama kegiatan promotif dan preventif di lingkungan masyarakat. Penambahan dokter tidak dianjurkan pada FKTP yang surplus. Namun, pedoman WISN mengingatkan agar kesimpulan tidak langsung mengarah pada pemindahan staf. Lingkup dan mutu pelayanan fasilitas yang kelebihan staf perlu ditinjau lebih dulu, termasuk kemungkinan memperbaiki mutu atau mengembangkan layanan baru dengan staf yang berlebih sebelum mempertimbangkan pemindahan [10]. Karena itu, opsi kedua dan ketiga sebaiknya dipertimbangkan sebelum mutasi.

Hasil penelitian perlu ditafsirkan dengan hati-hati. Proyeksi beban kerja tahunan didasarkan pada tujuh bulan data PCare tahun 2015 dengan asumsi rata-rata bulanan tetap, padahal kunjungan dapat berfluktuasi antar-bulan. Data PCare hanya mencatat pelayanan peserta BPJS, sehingga beban kerja untuk pasien non-BPJS tidak terhitung. Standar kegiatan bersifat estimasi waktu pelayanan, sehingga hasilnya sensitif terhadap perubahan standar waktu. Analisis hanya mencakup dokter umum di empat FKTP pada satu periode, sehingga belum dapat digeneralisasi ke seluruh FKTP di Kota Bogor. Penelitian lanjutan dapat menambah jumlah FKTP, memperpanjang periode data, melibatkan kategori tenaga lain, dan menguji kepekaan hasil terhadap standar waktu kegiatan.

4. KESIMPULAN

Beban Kerja Dokter Umum dengan menggunakan model *Workload Indicator Staff Need* di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kota Bogor termasuk kategori rendah (Nilai Rasio WISN > 1). Kebutuhan tenaga kerja dokter umum di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kota Bogor termasuk dalam kategori berlebih (*surplus*). Rincian model *Workload Indicator Staff Need* di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kota Bogor adalah sebagai berikut:

Untuk Klinik Zamzam, kekuatan pekerja berada pada kategori surplus, rasio WISN melebihi kondisi ideal sehingga terjadi *idle capacity*. Tekanan beban kerja berada pada kategori rendah, inefisiensi yang terjadi sebesar 33%, sehingga perlu pengurangan tenaga dokter umum sebanyak satu orang. Untuk Klinik Permata Bunda, kekuatan pekerja berada pada kategori surplus, rasio WISN melebihi kondisi ideal sehingga terjadi *idle capacity*. Tekanan beban kerja berada pada kategori rendah, inefisiensi yang terjadi sebesar 200%, sehingga perlu pengurangan tenaga dokter umum sebanyak tiga orang.

Untuk Puskesmas Pasir Mulya, kekuatan pekerja berada pada kategori surplus, rasio WISN melebihi kondisi ideal sehingga terjadi *idle capacity*. Tekanan beban kerja berada pada kategori rendah, inefisiensi yang terjadi sebesar 200%, sehingga perlu pengurangan tenaga dokter umum sebanyak tiga orang.Untuk Puskesmas Belong kekuatan pekerja berada pada kategori seimbang (*balance)*, rasio WISN berada pada kondisi ideal. Tekanan beban kerja berada pada kategori seimbang.

REFERENSI

[1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan dalam persiapan pelaksanaan JKN*. Jakarta: BPPSDM Kesehatan.

[2] Purvis, M. (2013). *BMJ Careers - The GP workforce crisis: Putting the right doctors in the right place at the right time*. Diakses 10 September 2014, dari http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20010282

[3] Hassani, S. A., et al. (2013). Right place of human resource management in the reform of health sector. *Iranian Journal of Public Health, 42*(1), 56–62.

[4] Egger, D. (2000). *Human resources for health. Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: WHO.

[5] Michtalik, H. J., et al. (2013). Impact of attending physician workload on patient care: A survey of hospitalists. *JAMA Internal Medicine, 173*(5), 375–377.

[6] Mudayana, A. A. (2010). Pengaruh motivasi dan beban kerja terhadap kinerja karyawan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. *KES MAS, 4*(2), 84–92.
[7] Shah, S. S. H., et al. (2011). Workload and performance of employees. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business, 3*(5), 256–267.
[8] Goetz, K., et al. (2013). The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Family Medicine, 45*(2), 95–101.
[9] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
[10] World Health Organization. (2010). *Workload indicators of staffing need*. Geneva: WHO Press.
[11] Dessler, G. (2013). *Human resource management* (13th ed.). New Jersey: Pearson.
[12] Hariandja, M. T. E. (2007). *Manajemen sumber daya manusia: Pengadaan, pengembangan, pengkompensasian, dan peningkatan produktivitas pegawai*. Jakarta: Grasindo.
[13] Sofyandi, H. (2008). *Manajemen sumber daya manusia* (Edisi pertama). Yogyakarta: Graha Ilmu.
[14] Pynes, J. E. (2004). *Human resources management for public and nonprofit organizations* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
[15] Gopher, D., & Donchin. (1986). Workload: An examination of the concept. In *Handbook of perception and human performance: Vol. II. Cognitive processes and performance*. New York: Wiley.
[16] O'Donnel, & Eggemeier. (1986). Workload assessment methodology. In *Handbook of perception and human performance: Vol. II. Cognitive processes and performance*. New York: Wiley.
[17] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013b). *Pedoman pelaksanaan analisis beban kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan.
[18] World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: WHO.