e-ISSN ; 2614-7866 *Jurnal Kesehatan Global, Vol.9, No.2, Mei 2026 : 101-115*

Jurnal Kesehatan Global

Journal Of The Global Health

ARTIKEL RISET

URL Artikel : http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/jkg

PENGARUH DUKUNGAN KEPEMIMPINAN DAN KEADILAN MANAJEMEN SDM TERHADAP BURNOUT DOKTER SPESIALIS RSUI, DEPOK, JAWA BARAT

The Effect of Leadership Support and Fairness in Human Resource Management on Burnout of Specialist Doctors at RSUI, Depok, West Java

Irandi Putra Pratomo[K], A. Rohendi, Yani Restiani Widjaja
Departemen Magister Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Bandung, Indonesia
Email Penulis Korespondensi (K): irandiputra@ui.ac.id

Abstrak

Burnout pada dokter spesialis menjadi isu penting karena tingginya tuntutan klinis, administratif, koordinasi lintas profesi, dan tanggung jawab akademik yang dapat menguras sumber daya psikologis apabila tidak diimbangi dukungan organisasi. Kondisi ini berpotensi menurunkan kesejahteraan tenaga medis dan mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen sumber daya manusia (SDM) terhadap burnout dokter spesialis di RS Universitas Indonesia, Depok. Penelitian menggunakan desain kuantitatif potong lintang dengan pendekatan deskriptif-korelasional. Populasi terdiri atas 80 dokter spesialis dan dokter gigi spesialis purna waktu, dengan 65 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Data dikumpulkan menggunakan *Mayo Leadership Impact Index*, *Colquitt Organizational Justice Scale*, dan *Maslach Burnout Inventory*, kemudian dianalisis menggunakan statistik deskriptif, uji normalitas, regresi linear sederhana, regresi robust, dan regresi linear berganda pada taraf signifikansi 0,05. Hasil menunjukkan bahwa dukungan kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap dimensi *personal accomplishment* (β = 0,41; p = 0,0018), tetapi tidak terhadap *emotional exhaustion* dan *depersonalization*. Keadilan manajemen SDM berpengaruh negatif terhadap *emotional exhaustion* dan positif terhadap *personal accomplishment*. Analisis simultan menunjukkan bahwa kombinasi dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM berpengaruh signifikan terhadap *emotional exhaustion* dan *depersonalization*, dengan keadilan informasional sebagai prediktor dominan. Model menjelaskan 23,9% variasi *emotional exhaustion* (R^2 = 0,239; *Adjusted* R^2 = 0,174) dan 29,2% variasi *personal accomplishment* (R^2 = 0,292; *Adjusted* R^2 = 0,232). Penelitian ini menyimpulkan bahwa kepemimpinan yang suportif dan sistem manajemen SDM yang adil merupakan sumber daya organisasi penting dalam mengurangi burnout dokter spesialis.

Kata kunci: Burnout, Dukungan kepemimpinan, Keadilan manajemen SDM, Dokter Spesialis, Rumah sakit

Abstract

Burnout among medical specialists has become an important issue due to the high clinical, administrative, interprofessional coordination and academic demands that may deplete psychological resources when not balanced by adequate organizational support. This condition has the potential to reduce healthcare professionals' well-being and the quality of hospital services. This study aimed to analyze the effects of leadership support and human resource management (HRM) justice on burnout among medical specialists at Universitas Indonesia Hospital, Depok. A quantitative cross-sectional study with a descriptive-correlational approach was conducted. The study population consisted of 80 full-time medical specialists and specialist dentists, of whom 65 met the inclusion criteria. Data were collected using the Mayo Leadership Impact Index, Colquitt Organizational Justice Scale, *and* Maslach Burnout Inventory, *and analyzed using descriptive statistics, normality tests, simple linear*

regression, robust regression, and multiple linear regression at a significance level of 0.05. The results showed that leadership support had a significant positive effect on the personal accomplishment *dimension (β = 0.41;* p = *0.0018), but not on* emotional exhaustion *or* depersonalization*. HRM justice had a negative effect on* emotional exhaustion *and a positive effect on* personal accomplishment*. Simultaneous analysis demonstrated that the combination of leadership support and HRM justice significantly influenced* emotional exhaustion *and* depersonalization*, with informational justice emerging as the dominant predictor. The model explained 23.9% of the variance in* emotional exhaustion *(*R^2 *= 0.239;* Adjusted R^2 *= 0.174) and 29.2% of the variance in* personal accomplishment *(*R^2 *= 0.292;* Adjusted R^2 *= 0.232). The study concludes that supportive leadership and a fair HRM system are important organizational resources for reducing burnout among medical specialists.*

Keywords: Burnout, Leadership support, HRM fairness, Specialist doctors, Hospital

PENDAHULUAN

Burnout pada tenaga kesehatan merupakan fenomena pekerjaan yang semakin mendapat perhatian dalam manajemen rumah sakit karena berkaitan dengan stres kerja kronik, penurunan energi emosional, sikap sinis terhadap pekerjaan, serta menurunnya efikasi profesional. *World Health Organization* menempatkan burnout sebagai fenomena okupasional dalam *International Classification of Diseases*, bukan sebagai diagnosis medis individual, sehingga penanganannya perlu diarahkan pada kondisi kerja dan tata kelola organisasi. Pada profesi dokter, burnout dapat memunculkan konsekuensi personal dan profesional yang serius, antara lain penurunan empati, gangguan kesehatan, keinginan keluar dari pekerjaan, dan risiko keselamatan pasien (1,2).

Dokter spesialis termasuk kelompok yang rentan karena menghadapi tanggung jawab klinis tinggi, tuntutan pengambilan keputusan yang cepat, dan tekanan administratif yang berulang. Literatur menunjukkan variasi prevalensi burnout tenaga kesehatan yang cukup luas, sementara pengukuran yang paling sering digunakan adalah *Maslach Burnout Inventory* yang menilai *emotional exhaustion, depersonalization* dan *personal accomplishment*. Instrumen ini telah banyak dipakai pada populasi dokter dan telah memiliki adaptasi dalam konteks bahasa Indonesia, sehingga relevan untuk menilai kecenderungan burnout pada tenaga medis di rumah sakit (3–7).

Variasi burnout yang dimaksud dalam penelitian terdahulu mencakup perbedaan tingkat burnout antarprofesi kesehatan, antarspesialisasi, antarnegara, dan antarjenis instrumen pengukuran. Alahmari et al. melaporkan bahwa estimasi prevalensi burnout dapat berbeda karena studi menggunakan *Copenhagen Burnout Inventory* maupun *Maslach Burnout Inventory*, sedangkan Soares et al. menunjukkan bahwa MBI tetap menjadi instrumen yang paling banyak digunakan dalam penelitian tenaga kesehatan. Pemilihan MBI dalam penelitian ini didasarkan pada kemampuannya membedakan tiga dimensi burnout, yaitu emotional *exhaustion* sebagai kelelahan emosional akibat tuntutan kerja, *depersonalization* sebagai sikap sinis atau berjarak terhadap pasien/pekerjaan, dan *personal accomplishment* sebagai persepsi keberhasilan profesional. Adaptasi Indonesia melalui *Maslach-Trisni Burnout Inventory* juga mendukung kesesuaian penggunaan instrumen burnout pada konteks bahasa dan budaya Indonesia (4–7).

Konteks rumah sakit di Indonesia menambah kompleksitas persoalan tersebut. Ketergantungan besar rumah sakit terhadap pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional mendorong kebutuhan efisiensi operasional, peningkatan volume layanan, dan pengendalian biaya. Beberapa laporan menunjukkan proporsi pasien JKN yang sangat dominan pada rumah sakit, sementara pendapatan dari klaim JKN dapat menjadi sumber pendapatan utama. Kondisi ini menuntut rumah sakit menjaga produktivitas tanpa mengabaikan kualitas kehidupan kerja dokter spesialis sebagai mitra utama pelayanan klinis. Pada saat yang sama, jam kerja dokter yang panjang dan tuntutan pelayanan yang meningkat dapat memperbesar risiko burnout apabila tidak diimbangi sumber daya organisasi yang memadai (8–12).

Persoalan rumah sakit menjadi konkret ketika produktivitas dokter harus dipertahankan dalam tekanan volume layanan, kebutuhan efisiensi biaya, dan ketepatan administrasi klaim JKN. Dominasi pasien JKN menuntut rumah sakit mengelola pelayanan secara cepat dan terkendali, tetapi produktivitas klinis tidak dapat hanya dipahami sebagai jumlah tindakan atau kunjungan. Produktivitas dokter juga mencakup keberlanjutan kualitas keputusan klinis, komunikasi pasien, keselamatan pelayanan, dan kemampuan mempertahankan performa tanpa kelelahan kronik. Karena itu, apabila sistem pembagian beban, prosedur penilaian, insentif, dan komunikasi kebijakan dipersepsikan tidak adil, tekanan produktivitas yang terkait pembiayaan JKN berpotensi memperkuat risiko burnout (13–15).

Dalam perspektif manajemen jasa kesehatan, kualitas layanan eksternal kepada pasien tidak dapat dilepaskan dari kualitas layanan internal. Model *Service Profit Chain* menjelaskan bahwa dukungan organisasi, kepuasan pegawai, produktivitas, nilai layanan, kepuasan pasien, dan kinerja organisasi membentuk rantai yang saling berhubungan. Kerangka *Job Demands-Resources* juga menegaskan bahwa burnout muncul ketika tuntutan pekerjaan tinggi tidak diimbangi sumber daya kerja yang cukup. Dalam konteks ini, dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM dapat dipahami sebagai *job resources* yang memperkuat motivasi, kepercayaan, kelekatan kerja, dan kemampuan dokter untuk mempertahankan kualitas pelayanan (16–20)

Berbagai penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kepemimpinan yang suportif dapat menurunkan risiko burnout atau meningkatkan kepuasan kerja dokter, sedangkan keadilan organisasi berhubungan dengan rendahnya kelelahan kerja, intensi keluar, dan masalah kesehatan mental. Budaya keselamatan, iklim tim, dan keadilan prosedural maupun interpersonal juga terbukti berkaitan dengan mutu pelayanan dan kesejahteraan tenaga kesehatan. Namun, bukti mengenai pengaruh simultan dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM terhadap tiga dimensi burnout dokter spesialis pada rumah sakit pendidikan di Indonesia masih terbatas (21–25).

Secara lebih spesifik, Spilg et al. dan Swensen & Shanafelt menegaskan bahwa perilaku pemimpin yang memberi dukungan, umpan balik, dan pengakuan dapat berkaitan dengan kepuasan profesional serta penurunan burnout dokter. Magnavita et al., Ho, Eldossoqi et al., dan Mengstie menunjukkan bahwa keadilan organisasi berhubungan dengan kesehatan kerja, sikap kerja, burnout, serta niat keluar tenaga kesehatan. Namun, penelitian tersebut umumnya menguji kepemimpinan atau keadilan secara terpisah, banyak dilakukan pada tenaga kesehatan umum atau perawat, dan belum secara khusus menguji pengaruh simultan dukungan kepemimpinan serta empat dimensi keadilan manajemen SDM terhadap tiga dimensi burnout dokter spesialis purna waktu pada rumah sakit pendidikan Indonesia. Celah inilah yang menjadi dasar penelitian ini (17–20,26).

RS Universitas Indonesia sebagai rumah sakit pendidikan memiliki karakteristik kerja yang unik karena dokter spesialis menjalankan fungsi pelayanan, pendidikan, koordinasi lintas profesi, dan sebagian fungsi akademik. Oleh karena itu, analisis mengenai burnout pada dokter spesialis perlu mempertimbangkan faktor manajerial internal yang dapat diubah melalui kebijakan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM, baik secara parsial maupun simultan, terhadap burnout dokter spesialis di RSUI, Depok, Jawa Barat.

RSUI dipilih sebagai lokus penelitian karena memiliki karakter rumah sakit pendidikan yang memadukan pelayanan spesialistik, pendidikan klinik, koordinasi akademik, serta tata kelola SDM profesional dalam satu organisasi. Berdasarkan populasi penelitian, terdapat 80 dokter spesialis dan dokter gigi spesialis purna waktu yang menjalankan pelayanan klinis dengan keterlibatan pada kelompok staf medis bedah, medis, dan penunjang. Lokus ini relevan untuk menyelesaikan permasalahan burnout karena tekanan kerja dokter tidak hanya berasal dari interaksi pasien, tetapi juga dari peran ganda pelayanan-pendidikan, kebutuhan koordinasi lintas profesi, serta kebijakan

organisasi yang menyangkut penjadwalan, penilaian, penghargaan, dan komunikasi internal. Dengan demikian, RSUI memberikan konteks yang tepat untuk menguji apakah dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM dapat menjadi sumber daya organisasi yang menurunkan risiko burnout dokter spesialis.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif potong lintang dengan pendekatan deskriptif-korelasional. Desain potong lintang dipilih karena seluruh variabel diukur pada satu periode pengamatan, sehingga sesuai untuk menilai hubungan antara dukungan kepemimpinan, keadilan manajemen SDM, dan burnout tanpa intervensi peneliti (27–30). Penelitian dilaksanakan di RS Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, pada April sampai Mei 2026. Populasi penelitian adalah seluruh dokter spesialis dan dokter gigi spesialis purna waktu yang bekerja di RSUI, berjumlah 80 orang. Sampel penelitian adalah 65 responden yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu aktif bekerja minimal enam bulan berturut-turut, terlibat langsung dalam pelayanan klinis pada kelompok staf medis bidang bedah, medis, atau penunjang, dan bersedia mengisi kuesioner. Responden yang sedang cuti panjang, tugas belajar, atau tidak aktif praktik selama periode penelitian tidak diikutsertakan. Teknik penarikan sampel menggunakan purposive sampling karena responden dipilih berdasarkan karakteristik profesional yang relevan dengan tujuan penelitian. Sejak awal analisis, jumlah responden akhir yang digunakan adalah 65 dokter spesialis/dokter gigi spesialis dari total populasi 80 orang, sehingga response rate penelitian sebesar 81,25%.

Data primer dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur. Dukungan kepemimpinan diukur menggunakan *Mayo Leadership Impact Index* yang menilai perilaku atasan langsung dalam pengembangan karier, motivasi, pemberdayaan, pelibatan suara staf, respek, umpan balik, pengakuan kinerja, komunikasi perubahan, pengembangan talenta, rekomendasi atasan, dan kepuasan terhadap atasan (20,26,31,32). Keadilan manajemen SDM diukur menggunakan *Colquitt Organizational Justice Scale* yang mencakup keadilan distributif, prosedural, interpersonal, dan informasional. Burnout diukur menggunakan Maslach Burnout Inventory versi bahasa Indonesia yang mencakup emotional exhaustion, depersonalization, dan personal accomplishment (6,7,17,18) Seluruh data dianalisis secara deskriptif dan inferensial. Validitas konstruk dinilai melalui confirmatory factor analysis dan reliabilitas dinilai dengan *Cronbach's Alpha*. Uji normalitas dilakukan dengan *Shapiro-Wilk*. Pengaruh parsial diuji menggunakan regresi linear sederhana untuk variabel dengan distribusi normal dan regresi robust untuk variabel yang tidak berdistribusi normal. Pengaruh simultan diuji menggunakan regresi linear berganda atau regresi robust sesuai karakteristik data. Tingkat signifikansi ditetapkan pada α=0,05, disertai pelaporan koefisien, nilai p, interval kepercayaan, serta ukuran kecocokan model bila relevan (31–34). Penanganan data hilang dilakukan melalui pemeriksaan kelengkapan kuesioner sebelum analisis. Kuesioner yang tidak lengkap, tidak memenuhi kriteria inklusi, atau berasal dari responden yang tidak aktif selama periode penelitian tidak dimasukkan ke dalam dataset akhir. Dataset akhir yang dianalisis berjumlah 65 responden dengan jawaban lengkap pada variabel utama, sehingga imputasi data tidak dilakukan. Pemeriksaan ini penting untuk mengurangi bias estimasi regresi dan memastikan koefisien yang dilaporkan berasal dari data yang konsisten.

HASIL

Karakteristik Responden

Penelitian melibatkan 65 dokter spesialis dan dokter gigi spesialis purna waktu. Median usia responden adalah 38 tahun dengan rentang 30-52 tahun. Responden laki-laki sedikit lebih banyak daripada perempuan, sebagian besar sudah menikah, dan proporsi terbesar memiliki masa kerja lebih dari lima tahun. Sebagian besar responden berasal dari kelompok staf medis bidang medis dan penunjang. Gambaran karakteristik responden disajikan pada Tabel 1. Secara persentase, kelompok

usia terbesar adalah 34-37 tahun sebanyak 26 responden (40,0%), diikuti usia 38-41 tahun sebanyak 18 responden (27,7%). Responden laki-laki berjumlah 34 orang (52,3%) dan perempuan 31 orang (47,7%); mayoritas telah menikah sebanyak 52 orang (80,0%), bekerja lebih dari lima tahun sebanyak 28 orang (43,1%), dan berasal dari kelompok staf medis bidang medis serta penunjang sebanyak 40 orang (61,5%).

Tabel 1.
Karakteristik Responden Penelitian (n=65)

Karaketristik	n	Persentase
Usia		
30-33 tahun	4	6,2
34-37 tahun	26	40,0
38-41 tahun	18	27,7
42-45 tahun	7	10,8
46-49 tahun	8	12,3
50-53 tahun	2	3,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	34	52,3
Perempuan	31	47,7
Status Pernikahan		
Belum kawin	13	20,0
Kawin	52	80,0
Lama Bekerja di RSUI		
6 bulan-1 tahun	4	6,2
1-3 tahun	17	26,2
3-5 tahun	16	24,6
>5 tahun	28	43,1
Kelompok Staf Medis		
Bidang bedah	25	38,5
Bidang medis dan penunjang	40	61,5

Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Seluruh instrumen penelitian menunjukkan reliabilitas internal yang memadai hingga sangat baik. Nilai Cronbach's Alpha MLII sebesar 0,92, sedangkan dimensi COJS berada pada rentang 0,80 sampai 0,94. Pada instrumen MBI, nilai Cronbach's Alpha berada pada rentang 0,81 sampai 0,94. Hasil confirmatory factor analysis menunjukkan factor loading seluruh item berada di atas ambang minimal yang dapat diterima, walaupun beberapa dimensi memiliki indeks RMSEA yang relatif tinggi sehingga interpretasi tetap dilakukan secara hati-hati. Ringkasan validitas dan reliabilitas disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2.
Ringkasan Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen/Dimensi	Jumlah Butir	Rentang Loading	Cronbach's Alpha	Interpretasi
MLII	11	0,59-0,98	0,92	Sangat reliabel
COJS distributif	4	0,65-0,83	0,80	Reliabel
COJS prosedural	7	0,80-0,87	0,94	Sangat reliabel
COJS interpersonal	4	0,69-0,79	0,83	Reliabel
COJS informasional	5	0,58-0,96	0,85	Reliabel
MBI emotional exhaustion	9	0,59-0,93	0,94	Sangat reliabel
MBI depersonalization	5	0,71-0,92	0,81	Reliabel
MBI personal accomplishment	8	0,59-0,81	0,89	Sangat reliabel

Deskripsi Variabel Penelitian

Persepsi dukungan kepemimpinan memiliki rerata 3,30±0,76 dan sebagian besar responden berada pada kategori sedang sampai tinggi. Keadilan manajemen SDM menunjukkan variasi antar dimensi; keadilan distributif dan informasional cenderung berada pada tingkat sedang, sedangkan keadilan prosedural dan interpersonal berada pada kategori sedang sampai tinggi. Pada variabel burnout, emotional exhaustion berada pada tingkat sedang pada sebagian responden, depersonalization dominan rendah, dan personal accomplishment dominan tinggi. Ringkasan deskriptif variabel penelitian disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3.
Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel	Statistik Utama	Rendah	Sedang	Tinggi	Interpretasi
MLII	3,30±0,76	8	35	22	Dukungan sedang-tinggi
COJSD	Median 3,25	15	32	18	Keadilan distributif sedang
COJSP	2,94±0,10	18	32	15	Keadilan prosedural sedang-tinggi
COJSI	3,18±0,63	3	45	17	Keadilan interpersonal sedang-tinggi
COJSINF	Median 3,00	9	45	11	Keadilan informasional sedang
MBIEE	2,40±1,37	19	22	12	Kelelahan emosional sedang
MBIDP	Median 1,00	55	10	0	Depersonalisasi rendah
MBIPA	4,24±0,82	0	31	34	Pencapaian pribadi tinggi

Pengaruh Parsial Dukungan Kepemimpinan dan Keadilan Manajemen SDM

Uji regresi parsial menunjukkan bahwa dukungan kepemimpinan tidak berpengaruh signifikan terhadap emotional exhaustion maupun depersonalization, tetapi berpengaruh signifikan positif terhadap personal accomplishment. Pada variabel keadilan manajemen SDM, keempat dimensi keadilan berpengaruh signifikan negatif terhadap emotional exhaustion dan berpengaruh signifikan positif terhadap personal accomplishment, sedangkan pengaruh terhadap depersonalization tidak signifikan. Hasil ini menunjukkan bahwa keadilan manajemen SDM lebih kuat berkaitan dengan penurunan kelelahan emosional dan penguatan pencapaian pribadi dibandingkan dengan penurunan depersonalisasi. Ringkasan uji regresi parsial disajikan pada Tabel 4. Keputusan signifikansi ditetapkan berdasarkan nilai $p<0,05$. Dengan kriteria tersebut, MLII terhadap MBIPA dinyatakan signifikan karena $p=0,0018$, sedangkan MLII terhadap MBIEE ($p=0,373$) dan MBIDP ($p=0,544$) tidak signifikan karena $p>0,05$. Pada variabel keadilan, COJSD, COJSP, COJSI, dan COJSINF terhadap MBIEE signifikan karena masing-masing memiliki $p=0,015$; 0,014; 0,009; dan 0,001. Pengaruh terhadap MBIPA juga signifikan karena p berada pada rentang 0,002 sampai <0,001. Arah koefisien negatif menunjukkan bahwa peningkatan keadilan diikuti penurunan emotional exhaustion, sedangkan arah positif menunjukkan peningkatan personal accomplishment.

Tabel 4.
Ringkasan Hasil Uji Regresi Parsial terhadap Dimensi Burnout

Prediktor	Dimensi Burnout	β	p	Arah/Keputusan
MLII	MBIEE	-0,20	0,373	Negatif, tidak signifikan
MLII	MBIDP	0,09	0,544	Positif, tidak signifikan
MLII	MBIPA	0,41	0,0018	Positif, signifikan
COJSD	MBIEE	-0,36	0,015	Negatif, signifikan
COJSP	MBIEE	-0,51	0,014	Negatif, signifikan
COJSI	MBIEE	-0,69	0,009	Negatif, signifikan

Prediktor	Dimensi Burnout	β	p	Arah/Keputusan
COJSINF	MBIEE	-0,54	0,001	Negatif, signifikan
COJSD	MBIPA	0,34	0,002	Positif, signifikan
COJSP	MBIPA	0,45	<0,001	Positif, signifikan
COJSI	MBIPA	0,65	<0,001	Positif, signifikan
COJSINF	MBIPA	0,49	<0,001	Positif, signifikan

Pengaruh Simultan Dukungan Kepemimpinan dan Keadilan Manajemen SDM

Uji simultan menggunakan regresi berganda dan robust memperlihatkan bahwa model emotional exhaustion dan personal accomplishment signifikan secara keseluruhan, sedangkan pada model depersonalization indeks kecocokan model robust berada pada kategori cukup baik. Pada model simultan, keadilan informasional menjadi prediktor yang paling dominan. Keadilan informasional berpengaruh negatif terhadap emotional exhaustion dan depersonalization, sementara pada personal accomplishment arah pengaruhnya positif tetapi tidak signifikan secara individual. Ringkasan hasil simultan disajikan pada Tabel 5. Interpretasi signifikansi juga menggunakan ambang $p<0,05$. Pada model MBIEE, COJSINF signifikan sebagai prediktor negatif karena p=0,017, dan model memiliki R^2=0,239 dengan Adjusted R^2=0,174, yang berarti sekitar 17,4% variasi emotional exhaustion dapat dijelaskan setelah mempertimbangkan jumlah prediktor. Pada model MBIPA, R^2=0,292 dan Adjusted R^2=0,232, tetapi tidak ada prediktor individual yang signifikan karena p COJSINF=0,148. Pada model robust MBIDP, COJSINF signifikan negatif karena p=0,033, sedangkan indeks kecocokan CFI=0,990; TLI=0,996; dan RMSEA=0,078 menunjukkan model memiliki kecocokan yang memadai.

Tabel 5.
Ringkasan Hasil Uji Simultan MLII dan COJS terhadap Dimensi Burnout

Dimensi Burnout	Jenis Analisis	Prediktor Signifikan	β	p	R^2/Fit/Adjusted R^2
MBIEE	Regresi linear berganda	COJSINF negatif	-1,99	0,017	R^2=0,239; Adjusted R^2=0,174
MBIPA	Regresi linear berganda	Tidak ada prediktor individual signifikan	0,68 (COJSINF)	0,148	R^2=0,292; Adjusted R^2=0,232
MBIDP	Regresi robust	COJSINF negatif	-1,45	0,033	CFI=0,990; TLI=0,996; RMSEA=0,078

PEMBAHASAN

Dukungan Kepemimpinan dan Burnout

Temuan penelitian menunjukkan bahwa dukungan kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap *personal accomplishment*, tetapi tidak signifikan terhadap *emotional exhaustion* dan *depersonalization*. Secara teoretis, hasil ini menunjukkan bahwa kepemimpinan suportif lebih kuat bekerja melalui jalur motivasional daripada secara langsung mengurangi beban emosional. Dalam kerangka JD-R, pemimpin yang memberi umpan balik, pengakuan, komunikasi perubahan, dan kesempatan pengembangan dapat meningkatkan rasa mampu dan bermakna dalam pekerjaan. Namun, apabila tuntutan kerja klinis, beban administratif, dan tekanan volume layanan tetap tinggi, pengaruh kepemimpinan terhadap kelelahan emosional dapat menjadi terbatas (15,19,35). Alasan ilmiah mengapa dukungan kepemimpinan tidak langsung berpengaruh signifikan terhadap emotional exhaustion dan depersonalization adalah karena dua dimensi tersebut lebih dipengaruhi oleh paparan tuntutan kerja aktual, seperti volume pasien, kompleksitas kasus, jam kerja, beban administratif,

panggilan darurat, dan konflik peran. Kepemimpinan suportif dapat meningkatkan makna kerja dan rasa dihargai, tetapi tidak otomatis mengurangi kelelahan emosional apabila sumber tuntutan kerja struktural belum berubah. Depersonalization juga cenderung muncul sebagai mekanisme protektif terhadap kelelahan kronik dan paparan interaksi pasien yang intens, sehingga membutuhkan intervensi tambahan berupa pengaturan beban kerja, dukungan tim, dan pemantauan kesehatan mental selain penguatan kepemimpinan (15,19,35–37).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menggunakan MLII pada dokter di rumah sakit akademik, yang menunjukkan bahwa kualitas kepemimpinan atasan langsung berkaitan dengan lebih rendahnya burnout dan lebih tingginya kepuasan profesional. Akan tetapi, dalam konteks RSUI, pengaruh tersebut tampak paling jelas pada pencapaian pribadi. Artinya, dokter spesialis yang merasakan dukungan pimpinan cenderung lebih mampu mempertahankan keyakinan bahwa pekerjaannya bernilai, berdampak positif bagi pasien, dan selaras dengan identitas profesionalnya. Temuan ini penting karena personal accomplishment merupakan dimensi positif burnout yang sering kali menjadi modal psikologis untuk mempertahankan pelayanan bermutu (19,20,26).

Keadilan Manajemen SDM dan Burnout

Keadilan manajemen SDM menunjukkan pola pengaruh yang lebih luas dibanding dukungan kepemimpinan. Seluruh dimensi keadilan berpengaruh signifikan negatif terhadap emotional exhaustion dan signifikan positif terhadap personal accomplishment. Hasil ini memperlihatkan bahwa persepsi dokter mengenai keadilan pembagian beban kerja, konsistensi prosedur, cara perlakuan interpersonal, dan keterbukaan informasi berperan sebagai sumber daya organisasi yang dapat mengurangi tekanan emosional sekaligus meningkatkan rasa pencapaian. Temuan ini memperkuat literatur yang menempatkan keadilan organisasi sebagai faktor protektif terhadap stres dan burnout tenaga kesehatan (17,18,21,22).

Dalam konteks rumah sakit pendidikan, keadilan SDM menjadi isu strategis karena dokter spesialis berhadapan dengan kombinasi peran klinis, administratif, pendidikan, dan kolaborasi lintas profesi. Keadilan distributif berkaitan dengan persepsi kewajaran pembagian jadwal, beban klinis, dan insentif. Keadilan prosedural berkaitan dengan konsistensi keputusan SDM dan kesempatan menyampaikan pendapat. Keadilan interpersonal menyangkut penghormatan terhadap martabat profesional dokter, sedangkan keadilan informasional berkaitan dengan kejelasan alasan di balik kebijakan. Ketika keempat aspek ini dirasakan memadai, dokter memiliki dasar psikologis untuk menilai lingkungan kerja sebagai tempat yang dapat diprediksi, mendukung, dan adil (17,18,36,37).

Meskipun demikian, keadilan manajemen SDM tidak berpengaruh signifikan terhadap depersonalization secara parsial. Hal ini dapat terjadi karena depersonalization lebih terkait dengan respons defensif terhadap interaksi intensif dengan pasien, kelelahan kronik, dan mekanisme coping personal. Dalam populasi penelitian ini, skor depersonalization cenderung rendah, sehingga variasi yang tersedia untuk dijelaskan oleh variabel manajerial juga terbatas. Temuan ini tetap menunjukkan bahwa intervensi SDM yang adil perlu dilengkapi dengan pengendalian beban kerja aktual, dukungan psikologis, penguatan tim klinis, dan pemantauan risiko burnout secara berkala (2,24,25).

Pengaruh Simultan dan Implikasi Manajerial

Pada model simultan, kombinasi dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM berpengaruh signifikan terhadap emotional exhaustion dan depersonalization, dengan keadilan informasional sebagai prediktor yang paling konsisten. Hasil ini menunjukkan bahwa komunikasi kebijakan yang lengkap, tepat waktu, jujur, dan dapat dipercaya menjadi faktor manajerial yang sangat penting. Informasi yang jelas mengenai penilaian kinerja, perubahan kebijakan, peluang pelatihan, status kepegawaian, jadwal, dan alasan keputusan SDM dapat menurunkan ketidakpastian kerja yang menjadi sumber stres. Dalam teori JD-R, kejelasan informasi merupakan resource yang mengurangi ambiguitas peran dan membantu tenaga medis mengelola tuntutan pekerjaan (15,18,36).

Temuan simultan juga mendukung model Service Profit Chain. Dokter spesialis yang bekerja dalam lingkungan yang dipimpin secara suportif dan dikelola secara adil akan lebih berpeluang mempertahankan kesejahteraan kerja. Kesejahteraan ini berpotensi memperkuat produktivitas, kualitas interaksi dengan pasien, dan mutu layanan rumah sakit. Dengan demikian, intervensi untuk mengurangi burnout tidak cukup dilakukan melalui pendekatan individual seperti pelatihan coping atau seminar motivasi. Rumah sakit perlu memperbaiki sistem kerja, struktur komunikasi, transparansi prosedur, dan akuntabilitas manajerial agar kualitas layanan internal benar-benar mendukung kinerja klinis (13,14,23,24).

Implikasi praktis penelitian ini adalah perlunya manajemen RSUI memperkuat kepemimpinan suportif melalui forum dialog rutin, coaching kinerja, pengakuan terhadap kontribusi klinis, dan pelibatan dokter dalam keputusan yang memengaruhi praktik. Pada sisi SDM, rumah sakit perlu memastikan pembagian beban kerja yang transparan, prosedur penilaian yang konsisten, mekanisme keberatan yang jelas, komunikasi perubahan yang tepat waktu, serta sistem penghargaan yang dapat dipertanggungjawabkan. Strategi tersebut diharapkan menurunkan emotional exhaustion dan depersonalization serta mempertahankan personal accomplishment dokter spesialis sebagai modal penting dalam pelayanan rumah sakit yang berkelanjutan. Forum dialog rutin diperlukan agar dokter memiliki ruang menyampaikan beban kerja, hambatan pelayanan, dan persepsi ketidakadilan sebelum berkembang menjadi stres kronik. Coaching kinerja diperlukan agar pimpinan unit tidak hanya mengevaluasi output klinis, tetapi juga membantu dokter menyusun prioritas, mengatasi ambiguitas peran, dan memperoleh umpan balik yang konstruktif. Dalam konteks kepemimpinan rumah sakit, mekanisme ini memperkuat psychological safety, memperbaiki komunikasi vertikal, dan mengubah kepemimpinan dari fungsi instruktif menjadi fungsi suportif yang berperan mencegah burnout melalui peningkatan job resources.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada jumlah responden, karakteristik satu rumah sakit pendidikan, dan penggunaan desain potong lintang sehingga tidak dapat menyimpulkan hubungan kausal. Jumlah responden sebanyak 65 orang belum mencapai jumlah sampel ideal berdasarkan perhitungan awal karena sebagian populasi sedang cuti atau tugas belajar. Selain itu, responden berasal dari berbagai kelompok staf medis dengan intensitas kerja yang berbeda, tetapi penelitian ini belum mengukur jam kerja aktual, beban administratif, beban pendidikan, atau jumlah pasien per dokter secara rinci. Instrumen MLII dan COJS diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia untuk konteks penelitian ini, sehingga penelitian lanjutan perlu melakukan adaptasi bahasa dan uji psikometrik yang lebih kuat pada populasi dokter spesialis yang lebih besar dan multi-center. Faktor usia, jenis kelamin, status pernikahan, status kepegawaian, jenis kelompok staf medis, dan tempat praktik juga dapat dimasukkan sebagai variabel kontrol atau moderator pada penelitian berikutnya (38–40). Jumlah 65 responden digunakan karena merupakan responden yang memenuhi kriteria inklusi dan memberikan data lengkap dari populasi 80 dokter spesialis/dokter gigi spesialis purna waktu. Secara metodologis, ukuran sampel ini masih memadai untuk analisis eksploratif pada satu rumah sakit, tetapi belum cukup kuat untuk generalisasi luas, terutama bila model melibatkan banyak prediktor dan subkelompok spesialisasi. Penelitian berikutnya sebaiknya menggunakan cakupan multi-center, jumlah responden lebih besar, sampling yang lebih proporsional antarspesialisasi, serta perhitungan power yang mempertimbangkan effect size, jumlah prediktor, dan potensi non-response untuk mengurangi bias seleksi dan meningkatkan validitas eksternal (27–30,38–40).

Makna Temuan dalam Konteks Rumah Sakit Pendidikan

Temuan penelitian ini perlu dibaca dalam konteks RSUI sebagai rumah sakit pendidikan yang memiliki karakteristik berbeda dari rumah sakit nonpendidikan. Dokter spesialis tidak hanya menjalankan praktik pelayanan klinis, tetapi juga terlibat dalam supervisi pendidikan, pengembangan

layanan, koordinasi multidisiplin, dan penyesuaian terhadap kebijakan organisasi. Kombinasi peran tersebut dapat meningkatkan kompleksitas tuntutan kerja, sehingga burnout tidak semata-mata dipengaruhi jumlah pasien atau jam kerja, tetapi juga kejelasan peran, rasa dihargai, keterlibatan dalam keputusan, dan kepastian prosedur SDM. Oleh karena itu, dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM menjadi variabel yang relevan karena keduanya berada dalam kendali manajerial rumah sakit dan dapat diterjemahkan menjadi kebijakan operasional yang konkret.

Hasil bahwa personal accomplishment relatif tinggi dapat menunjukkan masih kuatnya identitas profesional dokter spesialis sebagai tenaga ahli. Akan tetapi, emotional exhaustion yang berada pada kategori sedang pada sebagian responden tetap perlu diperhatikan sebagai sinyal awal kelelahan kronik. Pada organisasi pelayanan kesehatan, kelelahan emosional sering kali mendahului perubahan sikap kerja yang lebih berat, termasuk depersonalization dan penurunan mutu interaksi klinis. Dengan demikian, keberhasilan mempertahankan pencapaian pribadi tidak boleh membuat organisasi mengabaikan kebutuhan intervensi pada aspek beban emosional dan sistem dukungan harian.

Keadilan informasional yang muncul sebagai prediktor dominan pada model simultan memberikan pesan manajerial yang kuat. Dalam lingkungan profesional yang sangat terspesialisasi, dokter membutuhkan informasi yang lengkap dan tepat waktu untuk memahami dasar perubahan jadwal, kebijakan insentif, keputusan pengembangan karier, ataupun evaluasi kinerja. Ketika informasi tidak cukup jelas, persepsi ketidakpastian dapat meningkat, walaupun kebijakan substansial yang diambil sebenarnya memiliki alasan yang dapat diterima. Oleh karena itu, keadilan bukan hanya persoalan hasil keputusan, melainkan juga cara keputusan dijelaskan kepada tenaga profesional.

Rekomendasi Implementatif bagi Manajemen Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian, strategi pengendalian burnout pada dokter spesialis perlu dilakukan melalui integrasi kebijakan kepemimpinan dan SDM. Pada level kepemimpinan, rumah sakit dapat mengembangkan indikator perilaku kepemimpinan yang menekankan komunikasi dua arah, pembinaan profesional, pemberian umpan balik yang konstruktif, dan pengakuan terhadap kontribusi klinis maupun akademik dokter. Penguatan kepemimpinan sebaiknya tidak hanya diarahkan kepada pimpinan puncak, tetapi juga kepada pimpinan unit dan koordinator klinis yang berinteraksi langsung dengan dokter spesialis dalam aktivitas pelayanan sehari-hari.

Pada level manajemen SDM, rumah sakit perlu memastikan bahwa mekanisme pembagian beban kerja, penjadwalan, pengembangan karier, pelatihan, evaluasi kinerja, dan penghargaan memiliki kriteria yang transparan. Kriteria tersebut perlu disosialisasikan sebelum keputusan dibuat, bukan setelah muncul ketidakpuasan. Mekanisme voice atau kesempatan menyampaikan pendapat juga penting karena dokter spesialis memiliki pengetahuan kontekstual yang dapat membantu manajemen merancang kebijakan yang lebih realistis. Dengan demikian, praktik SDM yang adil tidak hanya berfungsi administratif, tetapi juga menjadi instrumen penguatan kualitas layanan internal.

Selain itu, rumah sakit dapat membangun sistem pemantauan burnout secara periodik dengan instrumen yang ringkas dan tervalidasi. Pemantauan tidak perlu selalu menunggu keluhan atau penurunan kinerja, tetapi dapat dilakukan sebagai bagian dari risk management SDM. Hasil pemantauan dapat digunakan untuk mengidentifikasi unit dengan tekanan kerja tinggi, mengevaluasi kebijakan penjadwalan, dan merancang intervensi preventif. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip continuous improvement dalam manajemen rumah sakit, karena kesejahteraan dokter dipandang sebagai prasyarat mutu layanan pasien, bukan sekadar isu personal.

Penegasan Kontribusi Akademik dan Praktik

Pembahasan artikel ini dipertegas pada isu kepemimpinan dan manajemen rumah sakit karena burnout dokter spesialis tidak dapat dilepaskan dari kualitas tata kelola organisasi. Literatur Service Profit Chain menyatakan bahwa kualitas layanan eksternal sangat bergantung pada kualitas layanan internal, sedangkan teori JD-R menempatkan kepemimpinan, keadilan, dan kejelasan informasi

sebagai sumber daya kerja yang dapat menahan dampak tuntutan pekerjaan. Oleh karena itu, kesenjangan lapangan yang muncul bukan hanya persoalan individu dokter, tetapi juga kesenjangan antara tuntutan produktivitas rumah sakit dan kesiapan sistem kepemimpinan serta SDM dalam memberi dukungan yang adil, komunikatif, dan berkelanjutan (23–25).

Secara akademik, penelitian ini memberikan kontribusi pada literatur manajemen rumah sakit dengan menghubungkan konsep kualitas layanan internal, keadilan organisasi, dan burnout dokter spesialis dalam satu model empiris. Penelitian mengenai burnout di Indonesia lebih banyak berkembang pada periode pandemi dan pada kelompok tenaga kesehatan umum, sedangkan penelitian ini memusatkan perhatian pada dokter spesialis purna waktu pada rumah sakit pendidikan setelah fase pandemi. Dengan demikian, penelitian ini memperluas pemahaman bahwa burnout tidak hanya berkaitan dengan situasi krisis, tetapi juga dapat terbentuk dalam rutinitas kerja organisasi yang memiliki tuntutan pelayanan, pendidikan, dan administrasi yang kompleks.

Hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa dimensi burnout perlu dianalisis secara terpisah. Emotional exhaustion, depersonalization, dan personal accomplishment tidak selalu bergerak dalam pola yang sama. Dukungan kepemimpinan yang kuat dapat meningkatkan pencapaian pribadi, tetapi belum tentu cukup untuk menurunkan kelelahan emosional apabila tuntutan kerja tetap tinggi. Sebaliknya, keadilan manajemen SDM memberikan pengaruh yang lebih nyata terhadap kelelahan emosional dan pencapaian pribadi. Pemisahan dimensi ini penting agar intervensi manajerial tidak menggunakan pendekatan umum yang seragam, melainkan menyasar sumber masalah pada masing-masing dimensi burnout.

Dalam praktik manajemen rumah sakit, temuan ini dapat menjadi dasar penyusunan program kesejahteraan dokter yang lebih berbasis bukti. Program kesejahteraan tidak cukup hanya berupa kegiatan rekreatif atau edukasi kesehatan mental, tetapi perlu menyentuh aspek tata kelola kerja yang dirasakan dokter setiap hari. Transparansi jadwal, konsistensi prosedur, komunikasi perubahan, pemberian informasi yang memadai, dan penghormatan terhadap pendapat profesional dokter adalah bentuk intervensi organisasi yang relatif dapat diterapkan tanpa menunggu perubahan struktural besar. Intervensi semacam ini dapat menjadi langkah awal untuk membangun iklim kerja yang lebih sehat.

Keterlibatan dokter spesialis dalam perumusan kebijakan juga perlu diperkuat. Dokter spesialis memiliki pengalaman langsung mengenai titik tekanan dalam pelayanan, seperti distribusi pasien, tuntutan administrasi, proses konsultasi antarprofesi, dan dinamika pendidikan klinis. Apabila kebijakan SDM disusun tanpa menyerap pengalaman tersebut, organisasi berisiko menghasilkan aturan yang secara administratif rapi tetapi kurang sesuai dengan realitas lapangan. Oleh karena itu, prinsip keadilan prosedural dan informasional perlu diterjemahkan ke dalam mekanisme dialog yang terjadwal, terdokumentasi, dan memiliki umpan balik yang jelas dari manajemen.

Temuan mengenai keadilan informasional sebagai prediktor penting juga memperlihatkan perlunya memperbaiki sistem komunikasi internal. Banyak persoalan organisasi bukan hanya disebabkan oleh keputusan yang tidak adil, tetapi oleh alasan keputusan yang tidak dijelaskan secara memadai. Pada profesi dengan tingkat otonomi dan ekspertise tinggi seperti dokter spesialis, penjelasan yang lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan akan memengaruhi penerimaan terhadap kebijakan. Komunikasi internal yang baik juga membantu mencegah rumor, kesalahpahaman, dan persepsi negatif yang pada akhirnya dapat memperberat tekanan psikologis di tempat kerja.

Penelitian ini juga menyiratkan bahwa rumah sakit perlu menyeimbangkan efisiensi layanan dengan keberlanjutan tenaga medis. Ketergantungan pada pembiayaan JKN dan target volume layanan memang menuntut produktivitas, tetapi produktivitas jangka panjang tidak mungkin dipertahankan apabila dokter mengalami kelelahan kronik. Kualitas layanan internal menjadi fondasi bagi kualitas layanan eksternal. Dengan kata lain, rumah sakit yang ingin mempertahankan mutu

pasien perlu terlebih dahulu menjaga sistem kerja yang memungkinkan dokter bekerja secara aman, bermartabat, dan berkelanjutan.

Dari sudut pandang pengembangan SDM, hasil penelitian ini mendorong perlunya audit keadilan organisasi secara berkala. Audit ini dapat mencakup persepsi terhadap distribusi beban, prosedur promosi atau penilaian, kualitas interaksi atasan-bawahan, dan kecukupan informasi kebijakan. Hasil audit tidak dimaksudkan untuk mencari kesalahan individu, tetapi untuk mengidentifikasi titik perbaikan sistem. Pendekatan ini sejalan dengan budaya keselamatan pasien yang menekankan pembelajaran organisasi dan perbaikan proses, bukan budaya saling menyalahkan.

Rumah sakit juga dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk merancang indikator kinerja manajerial yang lebih komprehensif. Kinerja pimpinan unit tidak hanya diukur dari pencapaian layanan dan efisiensi biaya, tetapi juga dari kemampuan mempertahankan iklim kerja yang mendukung, adil, dan komunikatif. Indikator seperti keteraturan dialog staf, tindak lanjut umpan balik, transparansi perubahan jadwal, serta persepsi keadilan prosedural dapat menjadi bagian dari dashboard manajemen SDM. Dengan demikian, pencegahan burnout menjadi bagian dari sistem manajemen, bukan kegiatan tambahan yang terpisah.

Dalam konteks penelitian lanjutan, model yang dikembangkan dapat diperluas dengan memasukkan variabel job demands secara lebih eksplisit. Penelitian ini menilai resources berupa dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM, tetapi belum mengukur secara rinci beban kerja klinis, jumlah pasien, beban administrasi, beban pendidikan, frekuensi panggilan darurat, serta konflik peran. Dengan memasukkan tuntutan kerja tersebut, model JD-R dapat diuji lebih lengkap sehingga dapat diketahui apakah resources manajerial mampu memoderasi dampak job demands terhadap burnout. Analisis semacam ini akan memberikan rekomendasi yang lebih presisi bagi rumah sakit pendidikan.

Penggunaan desain longitudinal juga perlu dipertimbangkan. Burnout merupakan fenomena yang berkembang dari waktu ke waktu, sehingga desain potong lintang hanya menggambarkan hubungan pada satu periode. Penelitian longitudinal dapat menilai apakah perubahan kebijakan kepemimpinan, transparansi SDM, atau program kesejahteraan dokter benar-benar diikuti perubahan skor burnout. Dengan demikian, rumah sakit dapat mengevaluasi efektivitas intervensi secara lebih kuat dan tidak hanya mengandalkan persepsi sesaat. Pendekatan ini akan memperkuat kontribusi penelitian bagi pengambilan keputusan berbasis data di bidang manajemen rumah sakit.

KESIMPULAN

Dukungan kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap burnout dokter spesialis RSUI terutama melalui peningkatan personal accomplishment, sedangkan keadilan manajemen SDM berpengaruh menurunkan emotional exhaustion dan meningkatkan personal accomplishment. Secara simultan, dukungan kepemimpinan dan keadilan manajemen SDM berpengaruh terhadap emotional exhaustion dan depersonalization, dengan keadilan informasional sebagai prediktor dominan. Temuan ini menegaskan bahwa kepemimpinan suportif dan sistem SDM yang adil perlu diposisikan sebagai strategi manajerial inti untuk menjaga kesejahteraan dokter spesialis, mengurangi risiko burnout, dan mendukung mutu layanan rumah sakit pendidikan secara berkelanjutan. Sebagai saran, RSUI perlu menindaklanjuti temuan ini melalui audit keadilan organisasi, dashboard indikator kesejahteraan dokter, forum dialog terjadwal, coaching pimpinan unit, serta pemantauan burnout periodik. Penelitian selanjutnya dianjurkan menggunakan desain longitudinal atau multi-center agar perubahan burnout dapat diamati dari waktu ke waktu dan efektivitas intervensi kepemimpinan maupun kebijakan SDM dapat diuji secara lebih kuat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada manajemen RS Universitas Indonesia, Direktorat SDM, kelompok staf medis, serta seluruh dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang telah

mendukung proses pengumpulan data. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Program Pascasarjana Magister Manajemen Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya atas arahan akademik dalam penyusunan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization (WHO). Burnout an Occupational Phenomenon: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Williams ES, Rathert C, Buttigieg SC. The Personal And Professional Consequences Of Physician Burnout: A Systematic Review Of The Literature. Med Care Res Rev. 2019;77(5):371–86.
3. Varela-Agra N, Rueda-Extremera M, Dorta-Afonso D, Gomez-Martinez S, Cantero-Garcia M. Psychological Interventions To Reduce Burnout And Depression In Healthcare Professionals: A Systematic Review. Curr Psychol. 2025;44:6963–77.
4. Alahmari MA, Al Moaleem MM, Hamdi BA. Prevalence Of Burnout In Healthcare Specialties: A Systematic Review Using Copenhagen And Maslach Burnout Inventories. Med Sci Monit. 2022;28:e938798.
5. Soares JP, Lopes RH, Mendonca PBS, Silva CRDV, Rodrigues CCFM, Castro JL. Use Of The Maslach Burnout Inventory Among Public Health Care Professionals: Protocol For A Scoping Review. JMIR Res Protoc. 2022;11(11):e42338.
6. Edu-Valsania S, Laguia A, Moriano JA. Burnout: A Review Of Theory And Measurement. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1780.
7. Widhianingtanti LT, Van Luijtelaar G. The Maslach-Trisni Burnout Inventory: Adaptation For Indonesia. JP3I (Jurnal Pengukuran Psikol dan Pendidik Indones. 2022;11(1):1–21.
8. Putri IIR. Dirut: 80-90% Pasien di Rumah Sakit Adalah Peserta BPJS Kesehatan. detikHealth. 2022;
9. Yusuf S, Achmar N, Haniarti, Hasdiana, Madjid M, Aswad M. Revenue And Financing Of Patients With National Health Insurance By The Social Security Organizing Agency To Improve Health Services. Enferm Clin. 2020;30(Suppl 6):276–9.
10. Arimbi D, Fuady A, Satrya A, Dewi A. Peluang dan Tantangan Dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia: Studi Kebijakan. J Kebijak Kesehat Indones. 2022;11(1):14–27.
11. Baharuddin M, Lefrandt R, Santosa F. Tinjauan Etik Regulasi Jam Kerja Dokter di Indonesia. J Etika Kedokt Indones. 2017;1(1):25–9.
12. American Medical Association. Which Physician Specialties Are Seeing A Drop In Burnout? Chicag: American Medical Association; 2025.
13. Barros C, Araujo CAS. The Service Profit Chain In Healthcare Services: A Systematic Literature Exploration. Int J Serv Oper Manag. 2023;45(2):271–91.
14. Hogreve J, Iseke A, Derfuss K. The Service-Profit Chain: Reflections, Revisions, And Reimaginations. J Serv Res. 2022;25(3):460–77.
15. Girardi D, Dal Corso L, De Carlo A, Capozza D, Falco A. Editorial: New Perspectives On The Job Demands-Resources Theory: Bridging Theory And Practice To Promote Health And Well-Being. TPM - Testing, Psychom Methodol Appl Psychol. 2024;31:445–50.
16. Holt KL. Enhancing Healthcare Worker Well-Being Through Organizational Leadership And Policy Interventions: A Framework For Reducing Burnout In High-Stress Healthcare Settings. Int J Med Heal Res. 2025;3(3):7–16.
17. Magnavita N, Chiorri C, Acquadro Maran D. Organizational Justice And Health: A Survey In Hospital Workers. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(15):9739.
18. Ho HCY. A One-Year Prospective Study Of Organizational Justice And Work Attitudes: An Extended JD-R Model. J Manag Psychol. 2024;40(1):21–36.

19. Spilg EG, McNeill K, Dodd-Moher M. Physician Leadership And Its Effect On Physician Burnout And Satisfaction During The COVID-19 Pandemic. J Healthc Leadersh. 2025;17:1–12.
20. Swensen SJ, Shanafelt TD. Agency Action: Measuring Leader Behaviors. In: Oxford University Press eBooks. Oxford: Oxford University Press; 2020. p. 105–20.
21. Eldossoqi SSE, Zahran SAEM, Abd-Elhady TRM. Organizational Justice Perception And Job Burnout Among Nurses At Port Said Selected Hospitals. Port Said Sci J Nurs. 2021;8(1):22–40.
22. Mengstie MM. Perceived Organizational Justice And Turnover Intention Among Hospital Healthcare Workers. BMC Psychol. 2020;8(1):19.
23. Kim S, Kitzmiller R, Baernholdt M, Lynn MR, Jones CB. Patient Safety Culture: The Impact On Workplace Violence And Health Worker Burnout. Work Heal Saf. 2022;70(12):559–70.
24. Rotenstein L, Wang H, West CP. Teamwork Climate, Safety Climate, and Physician Burnout. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2024;50(6):458–62.
25. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout And Patient Safety, Satisfaction, and Quality Of Care: A Systematic Review And Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2443059.
26. Ashmore JA, Waddimba AC, Douglas ME, Coombes S V, Shanafelt TD, DiMaio JM. The Mayo Leadership Impact Index adapted for matrix leadership structures: Initial validity evidence. J Healthc Leadersh. 2024;16:315–27.
27. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, And Recommendations. Chest. 2020;158(1 Suppl):S65–71.
28. Burchett HED, Kneale D, Blanchard L, Thomas J. When Assessing Generalisability, Focusing On Differences In Population Or Setting Alone Is Insufficient. Trials. 2020;21:286.
29. Oranga J, Matere A. Quantitative Research: Types, Advantages, Generalizability and Limitations. Open Access Libr J. 2025;12:e13694.
30. Cobern WW, Adams BA. Establishing Survey Validity: A Practical Guide. Int J Assess Tools Educ. 2020;7(3):404–19.
31. Rogers P. Best Practices For Your Confirmatory Factor Analysis: A JASP And Lavaan Tutorial. Behav Res Methods. 2024;56:6634–54.
32. Flora DB. Your Coefficient Alpha Is Probably Wrong, But Which Coefficient Omega Is Right? A Tutorial On Using R To Obtain Better Reliability Estimates. Adv Methods Pract Psychol Sci. 2020;3(4):484–501.
33. Ou FS, Le-Rademacher JG, Ballman K V, Adjei AA, Mandrekar SJ. Guidelines For Statistical Reporting In Medical Journals. J Thorac Oncol. 2020;15(11):1722–6.
34. Ordak M. Implementation Of SAMPL Guidelines: Recommendations For Improving Statistical Reporting In Biomedical Journals. Clin Med (Northfield Il). 2025;25(3):100304.
35. Jiaqing H, Yusheng T, Mimi Z. Relationship Between Head Nurse Leadership And Nurses' Burnout: Parallel Mediation Of Job Demands And Job Resources Among Clinical Nurses. BMC Nurs. 2025;24:354.
36. Gynning BE, Karlsson E, Teoh K, Gustavsson P, Christiansen F, Brulin E. Contextualising The Job Demands-Resources Model: A Cross-Sectional Study Of The Psychosocial Work Environment Across Different Healthcare Professions. Hum Resour Health. 2024;22(1):77.
37. Fischer AS, Fenning R, Robb JM. Impact Of Moral Distress On Burnout: A Cross-Sectional Survey Of Front-Line Family Physicians During The Initial Wave Of The COVID-19 Pandemic. BMJ Open. 2025;15(2):e089980.
38. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C. Resilience And Burnout Among Physicians And The General

US Working Population. JAMA Netw Open. 2022;5(12):e2248731.
39. Menaldi SL, Raharjanti NW, Wahid M. Burnout And Coping Strategies Among Resident Physicians At An Indonesian Tertiary Referral Hospital During COVID-19 Pandemic. PLoS One. 2023;18(1):e0280313.
40. Rustandi R, Rahman F, Manduaru R, Mochtar CA. Prevalence Of Burnout Among Urologist And Its Risk Factors In Indonesia. African J Urol. 2024;30:13.