

## **Dampak Psikologis Sistem *Managed Care* pada Dokter Umum dan Opsi Resiliensinya**

**Luvy Kurniasari**

Fakultas Psikologi Universitas 45 Surabaya  
luvy.enigma@gmail.com

### **Abstrak**

Sejak tahun 2014, Indonesia memasuki babak baru sistem pelayanan kesehatan menjadi sistem kesehatan berbasis asuransi (Jaminan Kesehatan Nasional). Sistem ini dikenal dengan istilah *managed healthcare* dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Sistem JKN ini memungkinkan kualitas pelayanan dan pembiayaan kesehatan dapat terselenggara seefisien mungkin, serta mencakup seluruh masyarakat Indonesia. Pada proses pelayanan kesehatan, yang menjadi ujung tombak adalah dokter, sehingga keberhasilan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh pemerintah tergantung pada sejauh mana dokter menjalankan disiplin profesi. Pelaksanaan pelayanan kesehatan berbasis asuransi ternyata membawa dampak tidak hanya pada masyarakat sebagai pasien, tetapi juga dokter sebagai ujung tombak pelayanan tersebut. Tuntutan pekerjaan yang tinggi dari BPJS sebagai penyelenggara dan masyarakat sebagai pengguna, membuat posisi dokter rentan mengalami stres kerja. Efek dari stress kerja ini bertendensi menyebabkan banyak gangguan psikologis yang terjadi selama bekerja. Posisi dokter menjadi dilematis. Bertahan di lingkungan pragmatis dengan segala keterbatasan kondisi, membuat peluang munculnya *moral hazard* dan pengabaian terhadap hak-hak pasien menjadi tinggi. Tujuan penulisan artikel ini adalah mereview kajian-kajian yang membahas berbagai bentuk gangguan psikologis yang dilaporkan terjadi pada dokter di berbagai negara yang telah menerapkan sistem serupa, serta menyajikan opsi resiliensi yang bisa dilakukan oleh dokter di Indonesia.

Kata kunci : resiliensi, managed care, BPJS, dokter umum

### **1. Pendahuluan**

Indonesia mengalami perubahan sistem pelayanan kesehatan dari pelayanan berbasis individu menjadi berbasis asuransi. Sejak 2014 BPJS Kesehatan diamanahi kepercayaan oleh Pemerintah untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana termaktub dalam Undang-Undang No. 40/2004 dan No. 24/2011 (BPJS, 2014). Pelaksanaan JKN yang diselenggarakan oleh pemerintah bermaksud agar akses pelayanan kesehatan bisa dinikmati oleh semua warga negara Indonesia, dengan berbagai latar belakang strata sosial masyarakat atau dikenal dengan istilah *Health National Coverage*.

Tujuan dari penelitian ini menelaah literatur yang berfokus pada aspek aspek psikologi yang berpotensi terjadi pada profesi dokter berkaitan dengan adanya perubahan pelayanan berbasis asuransi. Kajian ini penting, karena dalam

berbagai berita atau diskusi yang menyangkut masalah kesehatan, aspek yang lebih banyak dibahas di berbagai media massa seringkali dari perspektif pasien saja.

Pada Era JKN, terdapat perubahan drastis dalam sistem pelayanan kesehatan. Pasien, sebelum hadirnya BPJS bisa meminta layanan medis secara langsung ke rumah sakit. Saat era BPJS pasien diminta konsisten mematuhi jenjang pelayanan mulai dari pelayanan tingkat pertama seperti Puskesmas, klinik, dokter keluarga yang sudah bekerjasama dengan BPJS. Jika diperlukan penanganan lanjutan baru dirujuk ke rumah sakit. Rumah sakit ini juga ada jenjang rujukannya dari Rumah Sakit Tipe E hingga tipe A.

## 2. Arti *Managed Care*

*Managed Care* adalah istilah yang digunakan, dalam bahasan tentang asuransi kesehatan, sebagaimana fungsi yang dijalankan oleh BPJS saat ini yakni mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan perawatan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola biaya, memberikan kemudahan akses pada seluruh pesertanya sehingga pembiayaan tersebut menjadi efisien dan efektif / tepat sasaran. Pembiayaan BPJS disebut dengan istilah iuran. Iuran ini ditanggung oleh individu maupun keluarga peserta BPJS, perusahaan yang memperkerjakan pekerja dan pemerintah menanggung biaya iuran untuk masyarakat tidak mampu (Kemenkes RI, 2013).

Istilah baru yang mulai banyak dikenalkan di masyarakat oleh BPJS adalah tarif kapitasi dan keberadaan *INA-CBG*. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/Puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Untuk Puskesmas kapitasi yang diberikan adalah Rp. 3.000/pasien/bulan, sementara untuk Klinik Mandiri kapitasi yang diberikan adalah Rp. 8.000-10.000/pasien/bulan. Puskesmas dihargai lebih rendah karena dokter dan petugas yang bekerja di Puskesmas telah digaji oleh negara, obat-obatan disediakan oleh negara, bangunan dan fasilitasnya pun telah disediakan oleh negara. Kompensasi yang diterima oleh klinik mandiri lebih besar nilainya, namun semua pengeluaran klinik mandiri harus ditanggung oleh pengelolanya, sehingga dibutuhkan pengelolaan keuangan yang baik agar jangan sampai mengalami resiko kerugian. Nilai kapitasi yang diberikan kepada klinik mandiri sudah harus mencakup sewa lokasi, fasilitas, pengeluaran untuk tenaga pendukung serta obat. Jika nilai kapitasi makin sedikit, maka fasilitas semakin terbatas dan obat yang diberikan tidak optimal (Tirta, 2014).

*INA -CBG* adalah sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan

kesehatan yang dikelompokkan berdasarkan ciri klinis dan pemakaian sumber daya yang sama. Besaran tarif *INA-CBG* ditetapkan *National Casemix Centre (NCC)*. Kementerian Kesehatan yang saat ini terdiri dari para wakil rumah sakit pemerintah dan jajaran Kementerian Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2015). Berdasarkan sistem ini, maka dokter harus menyesuaikan jenis obat atau bentuk perawatan yang dipilih untuk merawat pasien, ditanggung dalam sistem tersebut atau tidak. Sistem *INA-CBG* ini ditinjau dari sisi dokter ditenggarai merugikan, karena jasa medis atau jasa tindakan dokter tidak dipisahkan dari unit *cost* lainnya, yaitu masuk dalam jasa pelayanan maksimal sebesar 44 persen dari total pembayaran. Sistem ini berpotensi memicu meningkatnya sengketa antara manajemen rumah sakit dengan dokter karena distribusi jasa medis sangat tergantung pada kebijakan direktur (HN Nazar, 2013)

Pada satu sisi pemerintah berupaya memberikan layanan kesehatan secara adil dan merata melalui keberadaan JKN, namun dalam pelaksanaannya banyak masalah yang ditemukan. Masalah besar yang ditemui diantaranya adalah kesadaran masyarakat masih rendah untuk mengikuti BPJS, sehingga kerugian yang ditanggung oleh pemerintah menjadi tinggi. Sampai bulan Oktober 2018, BPJS mengalami tekor hingga 16,5 Triliun (Rahman, 2019). Penyebab utama kerugian adalah adanya kesenjangan antara penerimaan (hasil iuran) yang tidak sebanding dengan biaya operasional yang dikeluarkan oleh BPJS. Kondisi ini kemudian berdampak pada dokter yang menjadi pelaksana utama layanan kesehatan. Posisi dokter menjadi dilematis, antara melayani masyarakat secara maksimal dengan kebutuhan pribadinya yang belum bisa dimaksimalkan oleh BPJS atau pemerintah. Dokter dituntut bekerja dengan cepat, tepat dan efisien namun pembayaran BPJS terhadap jasa dokter dianggap tidak sebanding.

Peserta BPJS merasa telah mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pengobatan, sehingga tuntutan kepada dokter menjadi tinggi pula, sementara dokter dalam memberikan pengobatan harus mendsarkan pada sistem *INA-CBG* (Trisnantoro, 2013)..

### **3. Resiko Pekerjaan sebagai Dokter Umum dan Hubungannya dengan Resiliensi**

Profesi yang terkena dampak langsung dari perubahan sistem kesehatan ini adalah dokter dan tenaga medis lainnya. Berdasarkan review di berbagai media massa, hal hal yang dikeluhkan oleh dokter diantaranya adalah : a) dokter merasa sebagai seorang pegawai yang diperintah oleh klinik, bukan profesi yang independen (Asmara, 2013). Kondisi serupa juga dirasakan oleh banyak dokter di negara Amerika Serikat, yang merasa lebih menjadi pegawai Rumah Sakit dan bukan profesional yang otonom (Tyssen, Palmer, Solberg, Voltmer, & Frank, 2013); b) Dokter yang baru lulus akan kesulitan membuka praktek pribadi di

rumah, karena prioritas pelayanan berjenjang dimulai dari Faskes pratama atau Puskesmas; c). Rendahnya nilai jasa dokter di Puskesmas yang dianggap tidak ; d) Beban kerja yang semakin berat karena jumlah pasien di layanan primer meningkat(*overload*); e) Dokter akan mengalami banyak ketidakpastian (*job insecurity*), ketidakpastian ini lebih banyak dikarenakan dokter kebingungan dalam menentukan apakah berperan secara kuratif dan rehabilitatif atau ke promotif dan preventif. Jika dua pilihan akhir yang dilakukan, maka akan berdampak pada kecilnya pendapatan yang akan diterima oleh dokter itu sendiri.

Keberadaan *managed care* diketahui telah menyebabkan dampak pada dokter diantaranya adalah hubungan pasien dengan dokter yang menjadi renggang. Hal ini disebabkan oleh banyaknya pasien yang harus dilayani. Selain itu aspek lain yang terganggu adalah dalam hal pengambilan keputusan. Dokter merasa keputusan klinis yang dilakukan tidak bisa dijalankan secara maksimal karena adanya batasan-batasan yang ditetapkan oleh pihak pengatur regulasi asuransi (Warren, Weitz, & Kuhs, 1999)

Pekerjaan dokter adalah salah satu jenis pekerjaan yang dianggap paling menimbulkan stress dibanding pekerjaan yang lain (Clarke & Singh, 2004). Posisi penting tersebut selain menimbulkan stress, dalam jangka panjang mampu mempengaruhi kesehatan mentalnya. Kesehatan mental adalah komponen yang penting dalam keseluruhan kesehatan individu. Hasil studi menunjukkan 15-20% dokter mengalami gangguan kesehatan pada beberapa tahapan kariernya. Gangguan kesehatan mental yang paling banyak terjadi adalah depresi, kecemasan, kelelahan mental (*burn out*) dan gangguan mental yang lain seperti menurunnya empati, meningkatnya sinisme dan semakin merosotnya nilai-nilai terhadap rasa kemanusiaan (Zwack & Schweitzer, 2013).

Pasien yang baru pertama kali masuk rumah sakit atau mengalami kondisi gawat darurat ditangani pertama kali oleh dokter jaga yang berstatus dokter umum. Dokter yang menangani masalah gawat darurat di RS mengalami gangguan kelelahan mental yang tinggi, stres kerja yang tinggi dan kualitas kerja yang kurang maksimal karena merasa dukungan yang tidak memadai dari lingkungan kerja, tuntutan psikologis baik dari diri sendiri maupun dari pasien (Bragard, Dupuis, & Fleet, 2015). Kondisi ini membahayakan baik bagi dokter maupun bagi pasien jika diabaikan tanpa ada solusi pencegahannya. Penelitian lain menunjukkan gangguan kesehatan mental yang dialami oleh dokter umum yang bekerja di Faskes pertama, menyebabkan *wellbeing* dari dokter umum paling rendah dibanding dokter yang menjalani praktek pribadi atau dokter spesialis (Kuusio, Heponiemi, Aalto, Sinervo, & Elovainio, 2012). Untuk mengatasi berbagai masalah tersebut, maka jalan yang ditempuh adalah dengan mengetahui sumber-sumber masalah yang menyebabkan dokter tidak merasa bahagia dengan pekerjaannya (Eckleberry-Hunt, Kirkpatrick, & Hunt, 2017).

Survey yang dilakukan di Amerika terhadap 2000 dokter menunjukkan penyebab stres eksternal adalah kondisi perekonomian secara keseluruhan, reformasi di bidang layanan kesehatan dan kebijakan-kebijakan dari pemerintah setempat (Rosenstein, 2012). Dampak dari stres tersebut adalah berkurangnya kepuasan kerja, berkurangnya produktivitas, munculnya ketidakseimbangan antara kehidupan keluarga dengan pekerjaan, gangguan mood dan gangguan yang bisa berimbas pada pasien yakni kesulitan dalam membuat keputusan, komunikasi dengan pasien dan meningkatnya kesalahan medis (Rosenstein, 2012). Berkaca dari apa yang terjadi di negara yang telah menerapkan *managed care* maka diperlukan strategi-strategi untuk meminimalkan terjadinya gangguan kesehatan mental pada dokter.

Meningkatnya laporan kejadian lelah mental, depresi dan *burnt out* yang sering dialami oleh dokter, meningkatkan kesadaran bahwa ada sesuatu hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan resiliensi pada dokter, meningkatkan kepuasan mereka atas profesi yang disandanginya serta mencegah *burnout*. Hal ini tidak bisa dilakukan secara individual, namun harus ada usaha dari dokter tersebut dan usaha-usaha yang bisa dilakukan organisasi yang memayunginya, misalnya dengan melakukan berbagai bentuk pelatihan sejak seseorang masuk di tahun pertama kuliah kedokteran (Eckleberry-Hunt et al., 2017; West et al., 2014).

#### **4. Resiliensi dan Opsinya Pada Dokter**

Resiliensi adalah suatu kekuatan dasar yang menjadi pondasi dari semua karakter positif dalam membangun kekuatan emosional dan psikologis seseorang atau bisa dikatakan pula resiliensi adalah sebuah proses dinamis yang mencakup adaptasi positif dalam konteks situasi yang sulit, mengandung bahaya maupun hambatan yang signifikan (Hendriani, 2011). Resiliensi juga bisa diartikan sebagai suatu kapasitas untuk merespon stress secara sehat, sehingga tujuan-tujuan individu bisa tercapai dengan meminimalkan gangguan psikologis maupun fisik (Epstein & Krasner, 2013).

Terdapat karakteristik unik dari dokter dalam konteks resiliensi. Pada lingkungan kerjanya, dokter banyak mengalami tuntutan kerja yang tinggi dan lingkungan kerja yang penuh dengan situasi yang penuh dengan stress. Pada situasi kerja semacam ini ada banyak dokter yang mampu melakukan penyesuaian diri, mengalami kepuasan kerja dan kebermaknaan kerja, sementara di sisi lain ada pula dokter yang gagal menyesuaikan diri dengan lingkungan kerja sehingga mengalami berbagai gangguan mental sampai depresi (Polachek, Wallace, Gautam, De Grood, & Lemaire, 2016).

Dokter memiliki kecenderungan ekspektasi yang tinggi terhadap profesi/diri mereka sendiri. Kondisi ini menyebabkan mereka seringkali menyangkal atau menghindari masalah yang menimbulkan stres dengan cara : (1)

tetap bekerja dengan mengabaikan atau menyangkal keberadaan stres ; (2) berkonsentrasi pada apa yang akan dilakukan berikutnya dan (3) menyimpan stress yang mereka alami untuk diri mereka sendiri (Polachek et al., 2016).

Salah satu penelitian yang memicu eksplorasi tentang resiliensi pada dokter adalah penelitian Zwack, Schweitzer (2013). Menurut mereka, resiliensi pada dokter tergantung pada individunya, komunitas dan faktor-faktor institusi. Faktor individual dari resiliensi diantaranya adalah kapasitas untuk memiliki kesadaran secara penuh (*mindfulness*), kemampuan menilai diri sendiri, menentukan batas serta sikap yang dapat membuat individu bisa menyelesaikan masalahnya secara konstruktif dan sehat. Kemampuan menerapkan ketrampilan, kebiasaan dan sikap yang meningkatkan resiliensi bisa diterapkan pada dokter, sejak ia masih mahasiswa maupun saat sudah memiliki profesi dokter (Zwack & Schweitzer, 2013).

Opsi mengenai resiliensi bisa ditinjau dari penelitian Epstein (2013). Pendekatan konseptual mengenai pengembangan resiliensi pada dokter bisa dikategorikan menjadi 2, yakni : (1) pengurangan stres berdasarkan kesadaran penuh, yakni suatu program pelatihan yang memfokuskan diri pada teknik relaksasi dan; (2) pencegahan stres secara *cognitive behavioral*. Pada pendekatan ini difokuskan pada pemahaman aspek fisik dan kognitif dari reaksi stres, teknik relaksasi dan intervensi kognitif.

Sebelum menerapkan strategi untuk meningkatkan resiliensi, individu/dokter yang bersangkutan harus mampu mengenali reaksi mereka terhadap stres bersifat adaptif atau maladaptif. Seringkali dokter mengabaikan *signal-signal* stres dan beranggapan hal itu akan hilang dengan sendirinya (Epstein & Krasner, 2013).

Kemampuan resiliensi dokter dirasa sangat penting dalam profesinya, karena masyarakat menilai dokter sebagai sosok yang seharusnya mampu mengelola dirinya sendiri sebelum membantu merawat orang lain dengan masalah atau problem yang beraneka ragam. Meningkatkan *mindfulness*, kesadaran diri dan resiliensi tidak hanya tanggung jawab dokter sebagai individu tetapi tergantung juga pada dukungan aktif dari institusinya (Epstein & Krasner, 2013).

Terdapat beberapa alternatif karakteristik intervensi yang bisa digunakan dokter dalam proses resiliensinya, meski keefektifan dari masing masing teknik belum diketahui efektivitasnya. Alternatif teknik tersebut diantaranya adalah;

(1) *Psychosocial skills training intervention* yakni pelatihan ketrampilan sosial yang dikombinasikan dengan konseling berbasis kognitif perilaku dan konseling berbasis fokus penyelesaian masalah, kemampuan melakukan penyesuaian (*coping*) dan stress managemen.

(2) *Mindfulness-based intervention* yakni pelatihan yang menitikberatkan pada kompetensi dan kepemimpinan. Berfokus pada kemampuan menciptakan

kesadaran diri secara penuh (*mindfulness*), *mindfulness* untuk merawat/menghargai diri sendiri. Pada pelatihan ini yang diakomodasi dari tradisi Budha ini, individu diajarkan untuk untuk menitikberatkan perhatian pada pengalaman yang sedang terjadi secara khusus ; memiliki tujuan, tidak melakukan penilaian , melakukan penerimaan dan belajar menerima kasih. Menurut teknik ini, berusaha terus menerus melakukan kontrol terhadap segala hal yang sudah terjadi atau diluar kemampuan kontrol yang dimiliki, dapat meningkatkan penderitaan. Cara yang bisa dilakukan adalah menghentikan usaha terus menerus mengontrol situasi dan secara intensional melakukan observasi dan penerimaan. Teknik *Mindfulness* akan mengurangi kritik terhadap diri sendiri dan meningkatkan penghargaan terhadap diri (Eckleberry-Hunt et al., 2017)

(3) *Coaching training intervention* yaitu suatu program pelatihan yang mengajarkan terbentuknya *wellbeing* pada dokter

(4) *Narrative training intervention* adalah program pelatihan medis berdasar narasi (meningkatkan kemampuan dokter dalam berkomunikasi/mengkomunikasikan dirinya dan tidak memilih untuk mengisolasi diri). Masing-masing intervensi diatas memiliki karakteristik yang berbeda, sehingga keefektifan penggunaannya terhadap dokter bersifat kasusitik (Fox et. al., 2018).

## **5. Kesimpulan dan Saran**

Dokter juga harus menyadari sejauh mana kemampuan yang mereka miliki untuk mengatur reaksi kognitif, emosi maupun somatis. Masalah yang sering terjadi dalam kehidupan profesi, membuat dokter jarang mengeksplorasi diri secara emosional tentang mereka sendiri, hal ini bisa dipicu oleh beberapa alasan diantaranya adalah masalah ego, *self esteem*, *prestige* dan *loneliness*. Hal ini menyebabkan dokter cenderung menyendiri atau mengisolasi diri dari lingkungan kerjanya atau keluarganya jika tidak memiliki kemampuan resiliensi.

Masalah resiliensi pada dokter, bukan tanggung jawab personal dari dokter sebagai individu saja, namun seharusnya juga menjadi ranah perhatian masyarakat dan institusi atau organisasi yang menaungi dokter. Hasil penelitian (Epstein & Krasner, 2013), telah menunjukkan bahwa dokter yang memahami diri mereka secara lebih baik, dan merasa diperhatikan oleh komunitas dan serta institusinya, lebih sedikit melakukan kesalahan dalam pekerjaannya. Program resiliensi idealnya tidak hanya melibatkan dokter atau perawat saja, namun juga melibatkan dokter dengan berbagai latar belakang spesialisasi dan staff non klinis sekalipun.

## **References**

Asmara, T. (2013). Dokter Kuli berjas putih korban politik pencitraan. Retrieved December 28, 2013, from <http://www.dib-online.org/2013/09/dokter-kuli->

berjas-putih-korban-politik.html

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2015). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015, 2013. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- BPJS. (2014). Perjalanan Panjang Asuransi Sosial BPDPK Hingga BPJS Kesehatan. *Info BPJS Kesehatan, Ed 4*. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/7befff2887af4e58cec85beafd954c53.pdf>
- Bragard, I., Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine, 22(4), 227–234. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000194>
- Clarke, D., & Singh, R. (2014). Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *The New Zealand Medical Journal*, 117(117). Retrieved from <http://www.nzma.org.nz/journal/117-1204/1121/>
- Eckleberry-Hunt, J., Kirkpatrick, H., & Hunt, R. B. (2017). *Physician mental health and well-being*: research and practice. (K. J. Brower & M. B. Riba, Eds.) (First Ed). London: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-55583-6>
- Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine*, 88(3), 301–303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
- Fox, S., Lydon, S., Byrne, D., Madden, C., Connolly, F., & O'Connor, P. (2018). A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1109), 162–170. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135212>
- Hendriani, W. (2011). Singkat Mengenal Apa Itu Resiliensi. Retrieved September 25, 2018, from <https://wiwinhendriani.com/2011/08/13/singkat-mengenal-apa-itu-resiliensi/>
- HN Nazar. (2013). BPJS – Ina CBG's: Yang Seyogyanya Harus Kita Ketahui | Ikatan Ahli Bedah Indonesia (IKABI). Retrieved November 22, 2014, from <http://www.ikabi.org/bpjs-ina-cbgs-yang-seyogyanya-harus-kita-ketahui/>
- Kemkes RI. (2013). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Departemen Kesehatan RI*, 1–75. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A. M., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2012). Differences in well-being between GPs, medical specialists, and private physicians: The role of psychosocial factors. *Health Services Research*, 47(1 PART 1), 68–85. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01313.x>
- Polachek, A. J., Wallace, J. E., Gautam, M., De Grood, J. A., & Lemaire, J. B.



- (2016). The look and feel of resilience: A qualitative study of physicians' perspectives. *Journal of Hospital Administration*, 5(2). <https://doi.org/10.5430/jha.v5n2p47>
- Rahman, F. F. (2019). Kenapa BPJS Kesehatan Tekor Rp 16,5 Triliun? Retrieved from <https://finance.detik.com/wawancara-khusus/d-4233684/kenapa-bpjs-kesehatan-tekor-rp-165-triliun/2>
- Rosenstein, A. H. (2012). Physician Stress and Burnout: Prevalence, Cause, and Effect.
- Tirta, dr. H. (2014). *Salary vs Fee for Service vs Kapitasi: Rasionalitas Insentif Profesi Dokter sebagai Pemberi Layanan Kesehatan dan Perspektif Pasien sebagai Masyarakat dalam Era Kebijakan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)*. Universitas Indonesia.
- Trisnantoro, L. (2013). *Dilema profesi dokter dalam penentuan tarif di RS dan sistem asuransi kesehatan*. Jogja: FK UGM. Retrieved from [https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/Policy-IDI-April-2013\\_update.pdf](https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/Policy-IDI-April-2013_update.pdf)
- Tyssen, R., Palmer, K. S., Solberg, I. B., Voltmer, E., & Frank, E. (2013). Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC Health Services Research*, 13(1), 516. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-516>
- Warren, M. G., Weitz, R., & Kuhs, S. (1999). The Impact of Managed Care on Physicians, 24(2), 44–56.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., ... Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 55905(4), 527–533. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387>
- Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382–389. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318281696b>