



DEAR DOCTOR

“ Menjadi dokter umum
pemenang di Negeri Sendiri ”

MAULANA ADRIAN S

**Menjadi Dokter Umum Pemenang di Negeri Sendiri
(Era Transformasi Kesehatan Indonesia 2025-2029)**

Oleh dr. Maulana Adrian Sukamto *

Kata Pengantar

Profesi dokter umum di Indonesia berada di ambang transformasi fundamental yang didorong oleh konvergensi empat kekuatan utama: yakni

1. Arah kebijakan baru Kabinet Merah Putih,
2. Realokasi anggaran kesehatan yang signifikan,
3. Imperatif digitalisasi melalui platform SATUSEHAT, dan
4. Evolusi perilaku pasien yang semakin terinformasi secara digital.

Periode 2025-2029 akan menjadi era penentu yang menuntut adaptasi strategis dari para dokter umum. Keberhasilan tidak lagi hanya bergantung pada kompetensi klinis, melainkan pada kemampuan untuk berevolusi menjadi "Manajer Kesehatan Primer"—seorang profesional yang terampil dalam teknologi, berfokus pada kesehatan populasi, dan mampu membangun relasi pasien yang kuat di ekosistem hibrida (fisik dan digital).

Buku ringan ini saya coba tulis untuk memetakan perubahan-perubahan krusial tersebut dan menyajikan peta jalan strategis bagi dokter umum di Indonesia.

Analisis saya ambil dari riset online menggunakan google gemini dengan memperhatikan program-program prioritas pemerintah, seperti skrining kesehatan gratis berskala nasional dan penanggulangan Tuberkulosis (TBC) yang didukung alokasi anggaran triliunan rupiah, secara definitif menempatkan layanan primer sebagai episentrum sistem kesehatan nasional.

Transformasi layanan primer melalui model klaster berbasis siklus hidup menuntut dokter umum untuk beralih dari peran sebagai eksekutor program menjadi koordinator tim klinis yang mengelola kesehatan populasi secara holistik.

Di saat yang sama, mandat implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) yang terintegrasi dengan SATUSEHAT tidak hanya mengubah alur kerja administratif tetapi juga menciptakan era baru transparansi kinerja yang akan membentuk standar praktik di masa depan.

Pasien, yang kini diberdayakan oleh akses informasi digital tanpa batas, mengharapkan pengalaman layanan yang mulus, personal, dan terintegrasi, menjadikan *patient experience* sebagai diferensiator kompetitif utama.

Untuk menjadi pemenang di negeri sendiri, dokter umum harus mengadopsi empat pilar strategis:

(1) Mendefinisikan Ulang Peran dengan memimpin implementasi Integrasi Layanan Primer yang telah di canangkan oleh kementerian kesehatan;

(2) Membangun Model Praktik Unggul yang mengintegrasikan layanan fisik dan digital secara mulus;

(3) Memposisikan Diri sebagai Edukator Digital Tepercaya untuk membangun reputasi dan kepercayaan secara etis; serta

(4) Mengawal Kesejahteraan dan Jenjang Karir dengan memahami mekanisme remunerasi baru, memanfaatkan program pemerintah, dan menggunakan perlindungan hukum yang telah diperkuat.

Tulisan di ringan ini akan memberikan analisis dan taktik yang dapat ditindaklanjuti untuk menavigasi setiap pilar, memastikan dokter umum Indonesia tidak hanya bertahan tetapi juga unggul dalam dekade transformatif mendatang.

Selamat membaca tulisan ringan di buku ini, semoga dapat memberikan manfaat dalam proses berpikir sejawat dokter umum dimanapun berada.

Salam Profesional Bermartabat, Berdaya dan Sejahtera

*) Dr. Maulana Adrian Sukamto

Ketua PDUI Cabang Jawa Tengah

CTO Rekam Medis Elektronik Klinikita.id dan Dokterkita.id

Bagian 1: Kebijakan Kesehatan Baru di Bawah Kabinet Merah Putih

Pemerintahan Kabinet Merah Putih periode 2024-2029 menandai pergeseran signifikan dalam prioritas dan pendanaan sektor kesehatan nasional. Arah kebijakan baru ini, yang didukung oleh alokasi anggaran yang substansial dan reformasi struktural pada layanan primer serta sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), akan secara fundamental mengubah lingkungan kerja, peran, dan tanggung jawab dokter umum di seluruh Indonesia.

1.1. Arah dan Alokasi Anggaran: Prioritas Nasional 2025

Komitmen pemerintah baru terhadap sektor kesehatan tercermin jelas dalam alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2025. Pemerintah telah mengalokasikan dana sebesar **Rp217,3 triliun** untuk sektor kesehatan, setara dengan 6% dari total APBN. Alokasi ini menunjukkan prioritas tinggi yang diberikan kepada kesehatan, bahkan setelah penghapusan kewajiban alokasi anggaran (*mandatory spending*) melalui Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023. Dari total anggaran tersebut, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) akan mengelola sekitar Rp129,8 triliun, dengan Rp24,2 triliun di antaranya disalurkan ke pemerintah daerah melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik dan nonfisik.

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin, yang kembali menjabat, mengonfirmasi tiga area prioritas utama yang ditekankan langsung oleh Presiden Prabowo Subianto, yang akan menjadi fokus utama penggunaan anggaran ini

1. **Pemeriksaan Kesehatan Gratis:** Program skrining nasional ini dijadwalkan akan diluncurkan pada November 2024 dan akan menjangkau seluruh siklus kehidupan manusia. Tujuannya adalah memperkuat upaya promotif dan preventif dengan melakukan deteksi dini penyakit. Pada tahun 2025, target awal program ini adalah menjangkau 52 hingga 60 juta penduduk, dengan fokus utama pada skrining Tuberkulosis (TBC). Implementasinya akan sangat bergantung pada fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas, dengan dukungan teknologi melalui aplikasi SATUSEHAT Mobile untuk pendaftaran dan pengingat jadwal.

2. **Penanganan Tuberkulosis (TBC):** Program akselerasi penanganan TBC akan diluncurkan pada Desember 2024. Prioritas ini didukung oleh lonjakan alokasi anggaran yang sangat signifikan. Dalam pilar Transformasi Layanan Primer, anggaran untuk TBC meningkat drastis dari Rp864,5 miliar pada 2024 menjadi **Rp8,1 triliun** pada 2025. Peningkatan hampir sepuluh kali lipat ini mengindikasikan bahwa penanggulangan TBC menjadi program unggulan yang akan meningkatkan volume kerja diagnostik, tata laksana, dan pelaporan di tingkat layanan primer secara masif.
3. **Pembangunan Fasilitas Kesehatan:** Pemerintah menargetkan pembangunan setidaknya 40 rumah sakit baru di daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (3T) yang ditargetkan siap pada Desember 2024. Inisiatif ini bertujuan untuk mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan dan akan menciptakan kebutuhan baru untuk penempatan dokter umum di wilayah-wilayah tersebut.

Alokasi anggaran yang masif untuk program-program promotif dan preventif ini bukanlah kebijakan yang muncul tanpa sebab. Ini adalah respons langsung dan terukur terhadap data beban penyakit nasional yang tinggi, baik dari penyakit menular seperti TBC maupun penyakit tidak menular (PTM) yang terus meningkat dan membebani anggaran JKN. Dengan menggeser fokus dan pendanaan ke arah hulu (pencegahan dan deteksi dini), pemerintah secara sistemik mengubah model pelayanan kesehatan dari yang tadinya sangat berorientasi pada kuratif. Implikasinya, peran dokter umum di FKTP tidak lagi hanya sekadar rekomendasi, melainkan menjadi indikator kinerja utama yang didanai, diukur, dan dievaluasi. Keberhasilan program-program bernilai triliunan rupiah ini secara langsung bergantung pada kapasitas, kompetensi, dan keterlibatan penuh para dokter umum sebagai eksekutor utama di lapangan.

Tabel 1: Alokasi Anggaran Program Kesehatan Prioritas APBN 2025 dan Implikasinya bagi Dokter Umum

Pilar Transformasi Kemenkes	Program Prioritas	Alokasi 2025 (Miliar Rupiah)	Perbandingan Alokasi 2024 (Miliar Rupiah)	Implikasi Langsung bagi Dokter Umum
Layanan Primer	Penanggulangan TBC	8.108,75	864,52	Peningkatan masif beban kerja skrining, diagnosis, dan tata laksana TBC di FKTP.
	Penyakit Tidak Menular (PTM)	5.138,80	368,81	Menjadi eksekutor utama program skrining nasional PTM (hipertensi, diabetes, dll).
	Integrasi Layanan Primer	1.475,73	123,40	Tuntutan adaptasi alur kerja baru berbasis klaster siklus hidup.
	Penurunan AKI dan AKB	235,21	156,57	Penguatan peran dalam skrining dan pemantauan kesehatan ibu hamil dan bayi.

Pilar Transformasi Kemenkes	Program Prioritas	Alokasi 2025 (Miliar Rupiah)	Perbandingan Alokasi 2024 (Miliar Rupiah)	Implikasi Langsung bagi Dokter Umum
SDM Kesehatan	Pemerataan Tenaga Kesehatan	811,20	858,93	Peluang insentif dan penempatan di daerah DTPK melalui program seperti Nusantara Sehat.
	Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan	234,29	344,66	Kebutuhan untuk mengikuti pelatihan dan sertifikasi kompetensi baru sesuai transformasi.

Sumber: Diolah dari data Program Prioritas Kemenkes 2024-2025

1.2. Transformasi Layanan Primer: Peran Baru Dokter Umum dalam Sistem Klaster

Sejalan dengan penguatan anggaran, Kemenkes secara fundamental merombak cara kerja di layanan primer. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor 2015 Tahun 2023, pemerintah secara resmi mengimplementasikan Integrasi Layanan Primer (ILP). Kebijakan ini mengubah paradigma pelayanan dari yang sebelumnya berbasis program vertikal (misalnya, program KIA, program gizi, program PTM berjalan sendiri-sendiri) menjadi pendekatan terintegrasi yang berorientasi pada siklus hidup pasien.

Struktur operasional di Puskesmas kini diorganisir ke dalam klaster-klaster pelayanan

- **Klaster Ibu dan Anak:** Memberikan pelayanan kesehatan komprehensif mulai dari ibu hamil, bayi, balita, hingga remaja, mencakup imunisasi, gizi, dan kesehatan reproduksi.
- **Klaster Usia Dewasa dan Lansia:** Fokus pada skrining, diagnosis, dan manajemen PTM, kesehatan jiwa, serta masalah kesehatan lainnya pada populasi usia produktif dan lanjut usia.

Perubahan ini secara langsung mendefinisikan ulang peran dokter umum. Dalam model lama, seorang dokter mungkin hanya menangani pasien di poli umum, dengan pasien kemudian diarahkan ke unit-unit program yang berbeda. Dalam model ILP, dokter umum menjadi koordinator klinis di dalam klaster yang menjadi tanggung jawabnya. Misalnya, seorang dokter di klaster usia dewasa bertanggung jawab atas seluruh aspek kunjungan pasien: mulai dari keluhan akut, skrining PTM, konseling gaya hidup, hingga merujuk jika diperlukan, semuanya dalam satu alur pelayanan yang terintegrasi.

Pergeseran ini adalah perubahan operasional paling signifikan bagi dokter umum Puskesmas dalam beberapa dekade terakhir. Ini menuntut transisi dari peran sebagai pelaksana program menjadi manajer kesehatan populasi untuk kelompok usia tertentu. Kompetensi yang dibutuhkan tidak lagi terbatas pada pengetahuan klinis programatik, tetapi meluas ke manajemen kasus yang holistik, kepemimpinan tim klinis (berkoordinasi dengan perawat, bidan, dan nutrisisionis di dalam klaster), dan kemampuan untuk mengelola kesehatan pasien secara longitudinal, bukan lagi sekadar menangani keluhan

sesaat. Peran ini lebih tinggi, lebih kompleks, dan menuntut serangkaian kompetensi baru.

1.3. Reformasi Ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Untuk mendukung transformasi di layanan primer, ekosistem JKN juga mengalami penyesuaian signifikan yang berdampak langsung pada praktik dokter umum.

Pertama, **sistem rujukan** kini diwajibkan berjalan secara digital. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2024 mengamanatkan bahwa seluruh proses rujukan harus dilakukan melalui sistem online yang terintegrasi. Sistem ini dirancang untuk memastikan rujukan didasarkan pada kebutuhan medis pasien dan kapabilitas faskes tujuan, bukan lagi atas dasar pertimbangan biaya atau preferensi non-klinis. Bagi dokter umum, sistem ini memberikan panduan objektif dan perlindungan hukum dalam membuat keputusan rujukan, karena didasarkan pada data kapabilitas RS yang tersedia secara *real-time*. Namun, di tingkat implementasi, muncul tantangan berupa "kuota rujukan" harian di beberapa FKTP, yang berpotensi menghambat akses pasien meskipun secara medis diperlukan.

Kedua, **sistem remunerasi** di FKTP tetap berbasis kapitasi, di mana pembagian jasa pelayanan diatur oleh Permenkes No. 6 Tahun 2022. Aturan ini menetapkan alokasi untuk jasa pelayanan adalah minimal 60% dari total dana kapitasi yang diterima FKTP. Perhitungan insentif bagi setiap tenaga kesehatan, termasuk dokter, didasarkan pada sistem poin yang mempertimbangkan berbagai variabel, seperti jenis ketenagaan (tenaga medis/dokter memiliki bobot poin tertinggi), jabatan struktural/fungsional, masa kerja, dan tingkat kehadiran.

Ketiga, implementasi **Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)** yang menggantikan sistem kelas 1, 2, dan 3 bertujuan untuk menstandarisasi mutu layanan rawat inap di seluruh rumah sakit.

Kombinasi dari reformasi ini menciptakan sebuah dilema. Di satu sisi, kebijakan bertujuan untuk standardisasi dan efisiensi berbasis data, seperti yang terlihat pada sistem rujukan online. Di sisi lain, mekanisme kontrol biaya seperti kuota rujukan menempatkan dokter

umum dalam posisi yang sulit. Mereka dituntut untuk menjadi advokat bagi pasien sekaligus penjaga gerbang bagi sistem pembiayaan yang berada di bawah tekanan besar. Menavigasi konflik antara kebutuhan medis pasien, otonomi klinis, dan batasan administratif-finansial akan menjadi tantangan profesional dan etis yang signifikan bagi dokter umum di era JKN yang baru.

Bagian 2: Teknologi sebagai Fondasi Praktik Dokter Modern

Transformasi sektor kesehatan Indonesia tidak hanya didorong oleh kebijakan dan anggaran, tetapi juga oleh sebuah imperatif teknologi yang tak terhindarkan. Digitalisasi bukan lagi pilihan, melainkan fondasi wajib bagi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk praktik dokter umum. Penguasaan teknologi akan menjadi pembeda utama antara praktik yang stagnan dan praktik yang mampu berkembang dan unggul.

2.1. Mandat SATUSEHAT dan RME: Dari Kewajiban Menjadi Keunggulan Kompetitif

Regulasi paling fundamental yang mendorong transformasi digital adalah Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Peraturan ini secara tegas mewajibkan **semua fasilitas pelayanan kesehatan**—mulai dari rumah sakit besar hingga praktik mandiri dokter—untuk menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME). Lebih lanjut, sistem RME ini wajib terintegrasi dengan platform kesehatan nasional, SATUSEHAT. Dengan batas waktu implementasi yang ditetapkan pada 31 Desember 2023, maka periode 2024-2029 menjadi era penegakan, optimalisasi, dan pemanfaatan sistem ini secara penuh.

Manfaat utama dari integrasi ini adalah terwujudnya interoperabilitas data kesehatan. Data rekam medis seorang pasien dapat diakses secara aman oleh faskes yang berbeda, yang secara drastis mengurangi pengulangan pemeriksaan, meminimalisir kesalahan medis akibat informasi yang tidak lengkap, dan memperlancar alur rujukan. Bagi dokter umum, ini memberikan keuntungan strategis: kemampuan untuk mengakses riwayat kesehatan pasien secara *real-time* dari kunjungan sebelumnya di rumah sakit atau klinik lain, memungkinkan diagnosis dan rencana tata laksana yang lebih akurat dan komprehensif.

Meskipun demikian, implementasi di tingkat layanan primer menghadapi tantangan besar, terutama bagi praktik mandiri dan Puskesmas di daerah dengan sumber daya terbatas. Kendala utama meliputi keterbatasan anggaran untuk investasi perangkat keras dan perangkat lunak, kualitas infrastruktur jaringan internet, serta tingkat literasi digital SDM yang bervariasi, khususnya di kalangan tenaga kesehatan senior. Menyadari hal ini,

pemerintah melalui Kemenkes dan Kemenkominfo berupaya mendorong adopsi melalui program sosialisasi, pendampingan teknis, serta memfasilitasi kemitraan antara faskes dengan vendor penyedia sistem RME. Kemenkes juga menyediakan berbagai program pelatihan untuk meningkatkan kompetensi nakes dalam penggunaan sistem informasi kesehatan dan penjaminan mutu RME.

Kewajiban integrasi data ke platform SATUSEHAT ini membawa implikasi yang jauh lebih dalam dari sekadar efisiensi administratif. Untuk pertama kalinya dalam sejarah kesehatan Indonesia, sebuah set data kesehatan nasional yang masif dan terstandarisasi akan terbentuk. Konsekuensi jangka panjangnya adalah kinerja dan pola klinis setiap dokter umum, baik di Puskesmas maupun praktik swasta, akan menjadi transparan dan dapat dianalisis di tingkat nasional. Data mengenai pola diagnosis, persepsian obat, dan frekuensi rujukan dapat diagregasi dan dibandingkan. Hal ini secara tak terhindarkan akan mengarah pada pengembangan tolok ukur kinerja berbasis data (*data-driven performance benchmarking*). Di masa depan, metrik-metrik ini berpotensi besar untuk memengaruhi skema pembayaran kapitasi berbasis kinerja dalam sistem JKN, proses resertifikasi profesional, hingga reputasi publik seorang dokter. Praktik yang sebelumnya bersifat "pribadi" kini menjadi bagian dari ekosistem data yang terpantau.

2.2. Telemedisin dan Perawatan Virtual: Mengintegrasikan Praktik Hibrida

Pandemi COVID-19 menjadi akselerator utama bagi adopsi telemedisin di Indonesia. Layanan kesehatan digital yang sebelumnya merupakan produk ceruk (*niche*) kini telah menjadi bagian dari ekspektasi masyarakat luas. Penggunaannya yang praktis, nyaman, dan mampu mengatasi hambatan geografis telah membentuk kebiasaan baru. Tren ini diproyeksikan akan terus menguat, dengan pasar *connected healthcare* di Indonesia diperkirakan akan tumbuh pesat mencapai nilai USD 3,06 miliar pada tahun 2030.

Dominasi pasar saat ini dipegang oleh platform teknologi kesehatan seperti Halodoc dan Alodokter. Pentingnya peran mereka dalam ekosistem kesehatan nasional telah diakui secara resmi oleh pemerintah, yang terbukti dari berbagai kolaborasi antara Kemenkes dengan platform-platform tersebut, terutama selama masa pandemi.

Bagi praktik dokter umum, telemedisin menawarkan manfaat efisiensi yang signifikan. Layanan ini dapat mengurangi waktu tunggu pasien, memperluas jangkauan geografis pelayanan, dan yang terpenting, menjadi alat yang sangat efektif untuk pemantauan berkelanjutan pasien dengan penyakit kronis.

Perkembangan ini menandakan pergeseran strategis. Telemedisin tidak lagi berfungsi sebagai layanan alternatif yang berdiri sendiri, melainkan bertransformasi menjadi fitur yang terintegrasi dalam alur pelayanan kesehatan standar. Faskes, termasuk klinik pratama, kini mulai menyediakan layanan telemedisin mereka sendiri, dan vendor Sistem Informasi Manajemen (SIM) Klinik modern telah memasukkan modul telekonsultasi sebagai bagian dari paket layanan mereka. Aplikasi RME Klinikita telah memberikan layanan Fitur Telemedisin ini secara gratis di tahun 2025.

Dokter umum yang akan unggul di masa depan bukanlah "dokter telemedisin" atau "dokter klinik", melainkan dokter yang mampu meramu keduanya menjadi sebuah model praktik hibrida yang mulus. Ini menuntut perubahan pola pikir dari sekadar "menerima kunjungan pasien" menjadi "mengelola panel pasien" (*managing a patient panel*) dengan menggunakan berbagai modalitas interaksi. Sebagai contoh, seorang pasien diabetes baru dapat melakukan kunjungan fisik awal untuk pemeriksaan komprehensif, diikuti dengan konsultasi virtual bulanan untuk evaluasi dan penyesuaian obat, serta kunjungan fisik terjadwal setiap enam bulan. Model ini mengoptimalkan waktu dokter dan kenyamanan pasien, serta memperkuat kontinuitas perawatan.

Rekam Medis Elektronik Klinikita.id telah memberikan fasilitas Telemedisin kepada penggunanya. Tujuan utama dari fitur telemedisin di RME Klinikita adalah untuk memfasilitasi interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan tanpa harus bertatap muka. Pasien dapat melakukan konsultasi berbayar dengan dokter di klinik atau praktik mandiri melalui video atau teks langsung dari aplikasi. Fitur ini memberikan nilai

tambah bagi pasien yang mungkin terkendala jarak atau waktu, sekaligus membuka sumber pendapatan baru bagi klinik dari biaya konsultasi online.

Fitur-Fitur yang Tersedia Modul telemedisin dalam RME Klinikita dilengkapi dengan beberapa fitur untuk mendukung konsultasi virtual yang efektif :

- **Panggilan Video dan Suara:** Memungkinkan interaksi tatap muka secara virtual antara dokter dan pasien untuk pengalaman konsultasi yang lebih personal.
- **Berbagi Layar dan File:** Dokter dapat membagikan layar untuk menampilkan informasi penting, seperti hasil pemeriksaan, kepada pasien secara langsung selama sesi konsultasi.
- **Akses Hasil Laboratorium Online:** Pasien dapat mengakses hasil lab mereka secara online tanpa harus datang kembali ke klinik.

Proses untuk Pasien dan Klinik Untuk menggunakan layanan telemedisin, alur kerjanya dirancang agar mudah diakses oleh pasien :

1. Klinik mengatur jadwal layanan konsultasi online dan tarifnya di dalam sistem RME Klinikita.
2. Klinik kemudian membagikan sebuah tautan (URL) unik kepada pasien.
3. Pasien menggunakan tautan tersebut untuk mendaftar, mengisi data diri, memilih dokter, dan jadwal konsultasi yang tersedia.
4. Setelah itu, pasien akan diarahkan ke dasbor pasien untuk melakukan pembayaran biaya konsultasi.
5. Klinik dan dokter yang dipilih oleh pasien dapat melayani telemedisin ini dengan modul yang telah terintegrasi di RME Klinikita.

Secara keseluruhan, integrasi telemedisin ini merupakan salah satu dari lima modul unggulan yang ditawarkan oleh aplikasi Klinikita, di samping modul untuk operasi, laboratorium, *medical check-up*, serta klinik umum dan estetika.

2.3. Era Praktik Berbantuan AI: Meningkatkan Akurasi dan Efisiensi

Kecerdasan Buatan (*Artificial Intelligence - AI*) mulai memasuki sektor kesehatan Indonesia, dan Kemenkes telah memberikan arah yang jelas terkait pemanfaatannya. Dalam berbagai kesempatan, Kemenkes menegaskan bahwa AI harus diposisikan sebagai **alat bantu pendukung keputusan klinis** (*clinical decision support tool*), bukan sebagai pengganti dokter. Keputusan akhir tetap berada di tangan tenaga medis, dengan prioritas utama pada etika dan keselamatan pasien.

Saat ini, penerapan AI di Indonesia masih berfokus pada area-area canggih seperti analisis citra medis (radiologi, patologi) untuk membantu diagnosis. Namun, potensinya di tingkat layanan primer sangat besar dan akan segera terealisasi.

Aplikasi AI yang paling berdampak dan akan dirasakan dalam waktu dekat oleh dokter umum adalah "AI Administratif" yang tertanam dalam sistem RME mereka. Seiring dengan kewajiban penggunaan RME dan pelaporan ke SATUSEHAT yang meningkatkan beban administrasi, sistem RME modern akan dilengkapi fitur AI untuk:

- **Membantu Penentuan Kode Diagnosis:** Secara otomatis menyarankan kode ICD-10 berdasarkan keluhan dan temuan klinis yang diinput oleh dokter, mengurangi waktu dan potensi kesalahan dalam pengkodean.
- **Otomatisasi Dokumentasi:** Membantu membuat ringkasan klinis atau surat rujukan berdasarkan data yang telah dimasukkan.
- **Identifikasi Pasien Berisiko:** Menganalisis data panel pasien di sebuah klinik untuk menandai individu yang berisiko tinggi (misalnya, pasien hipertensi yang tidak patuh berobat) untuk dilakukan intervensi proaktif.

Dokter umum yang menjadi pengguna awal (*early adopter*) dan menguasai pemanfaatan fitur-fitur AI administratif ini akan memperoleh keunggulan efisiensi yang signifikan. Pengurangan waktu yang dihabiskan untuk tugas-tugas administratif memungkinkan mereka untuk melayani lebih banyak pasien atau mendedikasikan lebih banyak waktu untuk kasus-kasus yang kompleks. Hal ini secara langsung akan meningkatkan produktivitas, kualitas layanan, dan pada akhirnya, potensi pendapatan di bawah skema remunerasi apapun. Gelombang pertama adopsi AI bagi dokter umum bukan tentang

menggantikan keahlian diagnostik, melainkan mengakselerasi efisiensi alur kerja mereka.

Di aplikasi RME Dokterkita telah tersemat chatbot Bernama Doki dan di RME Klinikita juga tersemat chatbot Bernama Nikita, yang bertugas sebagai asisten dokter pengguna RME ini. Chatbot ini telah dilatih untuk memahami ilmu kedokteran di Indonesia dan menerapkannya dalam panduan diagnosa pasien yang akan di sampaikan kepada dokter penggunanya.

Bagian 3: Memahami Perubahan Perilaku dan Ekspektasi dari Pasien

Transformasi sistem kesehatan tidak hanya terjadi dari sisi penyedia layanan dan pemerintah, tetapi juga didorong oleh perubahan fundamental pada perilaku dan ekspektasi pasien. Pasien Indonesia di era 2025-2029 adalah konsumen yang semakin terinformasi, terhubung secara digital, dan menghadapi tantangan kesehatan yang berbeda. Memahami lanskap baru ini adalah kunci bagi dokter umum untuk dapat memberikan pelayanan yang relevan dan membangun loyalitas jangka panjang.

3.1. Pasien yang Terinformasi secara Digital

Asimetri informasi tradisional, di mana dokter menjadi satu-satunya sumber pengetahuan medis, telah terkikis secara permanen oleh internet. Mayoritas masyarakat Indonesia kini aktif mencari informasi kesehatan secara online. Survei yang dilakukan Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII) menunjukkan bahwa lebih dari 51% pengguna internet di Indonesia melakukan pencarian informasi kesehatan. Perilaku ini terjadi di semua tahap perjalanan pasien: sebelum bertemu dokter untuk memahami gejala, dan sesudah bertemu dokter untuk memvalidasi diagnosis atau mencari alternatif pengobatan. Pasien modern tidak lagi pasif menerima informasi; mereka secara aktif membandingkan data dari 5-6 sumber berbeda untuk memastikan keabsahan informasi yang diterima.

Pengaruh media sosial dan ulasan online dalam proses pengambilan keputusan ini sangat signifikan. Media sosial telah menjadi sumber informasi utama, terutama untuk isu kesehatan mental. Lebih penting lagi, platform ulasan seperti Google menjadi referensi krusial dalam memilih fasilitas kesehatan. Sebanyak 66% konsumen menggunakan Google untuk melihat ulasan faskes, dan ulasan-ulasan ini secara langsung memengaruhi keputusan mereka untuk memilih sebuah klinik atau rumah sakit. Reputasi digital sebuah praktik kini memiliki bobot yang setara dengan reputasi fisiknya.

Konsekuensinya, ekspektasi pasien terhadap layanan kesehatan pun bergeser. Mereka mengharapkan kemudahan dan integrasi digital di setiap titik interaksi. Mulai dari

kemudahan mencari informasi dan membuat janji temu secara online, melakukan konsultasi melalui telemedisin, hingga melakukan pembayaran secara digital. Pasien menginginkan sebuah pengalaman yang terpadu dan tanpa hambatan (*seamless integrated experience*).

Pergeseran paradigma ini menuntut perubahan peran mendasar bagi dokter umum. Relasi dokter-pasien tidak lagi bersifat monolog, melainkan dialog. Pasien datang ke ruang praktik dengan bekal informasi (atau misinformasi) dari internet, seringkali dengan hipotesis diagnosis awal. Tugas dokter umum modern tidak lagi hanya "memberi jawaban", tetapi telah berevolusi menjadi "kurator dan validator informasi". Dokter harus mampu secara terampil memvalidasi atau mengoreksi hasil riset mandiri pasien, menjelaskan dasar ilmiah di balik diagnosis yang ditegakkan, dan mengelola ekspektasi pasien yang mungkin terbentuk dari ulasan online. Konsultasi medis telah menjadi sebuah proses kolaboratif untuk menyaring informasi, yang menuntut keahlian baru dalam komunikasi empatik dan literasi kesehatan digital.

3.2. Menavigasi Transisi Epidemiologi

Profil kesehatan masyarakat Indonesia sedang mengalami transisi epidemiologi yang jelas, yaitu pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular (PTM). Data Kemenkes menunjukkan bahwa PTM kini bertanggung jawab atas 75% dari total kematian di Indonesia, dengan penyakit kardiovaskular (jantung dan stroke), diabetes, dan kanker sebagai penyebab utamanya. Data Riskesdas menunjukkan prevalensi hipertensi telah mencapai 34,1% dan diabetes 8,5% pada populasi dewasa.

Peningkatan prevalensi PTM ini secara fundamental mengubah kebutuhan layanan di tingkat primer. Fokus pelayanan bergeser dari penanganan kasus-kasus akut dan episodik (misalnya, infeksi saluran pernapasan) ke arah manajemen penyakit kronis yang bersifat jangka panjang dan berkelanjutan. Kondisi ini menuntut peran yang jauh lebih besar dari dokter umum dalam melakukan deteksi dini, pemantauan rutin, edukasi perubahan gaya hidup, dan manajemen komplikasi secara komprehensif.

Kebijakan kesehatan pemerintah baru secara eksplisit merespons transisi ini. Program prioritas skrining PTM gratis yang akan diluncurkan serta alokasi anggaran sebesar Rp5,1 triliun untuk PTM di pilar Layanan Primer pada tahun 2025 adalah bukti nyata bahwa pemerintah menempatkan dokter umum di garda terdepan strategi nasional penanggulangan PTM.

Pergeseran ke arah manajemen penyakit kronis ini juga mengubah model klinis dan ekonomi dari sebuah praktik dokter umum yang sukses. Nilai yang diberikan kepada pasien tidak lagi terletak pada satu kali kunjungan kuratif, melainkan pada hubungan perawatan jangka panjang (*longitudinal care*) yang mampu mencegah komplikasi serius seperti stroke atau gagal ginjal di masa depan. Hal ini menjadikan retensi dan kepatuhan pasien (*patient retention and adherence*) sebagai motor penggerak utama keberlanjutan praktik dan pencapaian hasil kesehatan yang baik, menggantikan model lama yang hanya berfokus pada akuisisi pasien. Dokter umum yang berhasil adalah mereka yang mampu membangun sistem, baik secara klinis maupun teknologi, untuk mengelola panel pasien penyakit kronis secara efektif dalam jangka panjang.

3.3. Pengalaman Pasien sebagai Diferensiator Utama

Di tengah pasar layanan kesehatan yang semakin kompetitif dan transparan akibat digitalisasi, *patient experience* (pengalaman pasien) muncul sebagai faktor pembeda yang krusial. Pengalaman pasien adalah sebuah konsep yang lebih luas dari sekadar kepuasan; ia mencakup keseluruhan interaksi dan persepsi pasien selama perjalanannya dengan sebuah fasilitas kesehatan. Ini dimulai dari kemudahan mencari informasi dan membuat janji, suasana dan kebersihan klinik, kualitas komunikasi dengan dokter dan staf, hingga proses pembayaran dan tindak lanjut pasca-kunjungan.

Studi menunjukkan bahwa keputusan pasien dalam memilih faskes kini sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor pengalaman ini. Selain kompetensi klinis dokter, faktor seperti kualitas pelayanan secara umum, kebersihan fasilitas, kemudahan akses, transparansi biaya, dan rekomendasi dari pasien lain (termasuk ulasan online) menjadi penentu utama. Pengalaman yang positif terbukti secara langsung meningkatkan

loyalitas pasien dan kemauan mereka untuk merekomendasikan faskes tersebut kepada orang lain.

Dengan semakin banyaknya pilihan klinik dan kemudahan bagi pasien untuk membandingkan layanan secara online, kompetensi klinis seorang dokter akan semakin dianggap sebagai standar dasar (*baseline expectation*), bukan lagi sebuah keunggulan unik. Pasien mengasumsikan bahwa semua dokter yang memiliki izin praktik adalah kompeten. Oleh karena itu, keunggulan kompetitif yang sesungguhnya, terutama di wilayah perkotaan yang padat, akan terletak pada kemampuan seorang dokter atau klinik dalam menyajikan pengalaman pasien yang superior, mulus, dan terintegrasi secara digital. Dokter umum yang unggul adalah mereka yang tidak hanya fokus pada aspek klinis, tetapi juga secara cermat merancang dan mengelola setiap titik kontak dalam perjalanan pasien, menggunakan teknologi untuk menghilangkan hambatan dan memprioritaskan komunikasi yang empatik.

Bagian 4: Menjadi Pemenang di Negeri Sendiri

Menghadapi lanskap yang berubah secara drastis, dokter umum di Indonesia memerlukan sebuah peta jalan yang jelas untuk tidak hanya beradaptasi, tetapi juga untuk meraih keunggulan. Keberhasilan di masa depan menuntut sebuah evolusi peran yang didukung oleh penguasaan teknologi, pembangunan reputasi digital yang etis, dan advokasi profesi yang kuat. Berikut adalah empat pilar strategis yang dapat memandu dokter umum untuk menjadi pemenang di negerinya sendiri.

4.1. Mendefinisikan Ulang Peran: Dari Penjaga Gerbang menjadi Manajer Kesehatan Primer

Pilar pertama adalah transformasi peran secara proaktif. Dengan implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) oleh Kemenkes, peran dokter umum bergeser dari sekadar 'penjaga gerbang' (*gatekeeper*) sistem rujukan menjadi 'manajer kesehatan primer' yang sesungguhnya. Strategi untuk unggul dalam peran ini adalah dengan mengambil kepemimpinan dalam model klaster berbasis siklus hidup.

Taktik yang dapat diimplementasikan:

- **Menguasai Paket Layanan Esensial:** Mempelajari dan menguasai secara mendalam paket layanan kesehatan untuk setiap siklus hidup (ibu dan anak; usia dewasa dan lansia) sesuai dengan petunjuk teknis Kemenkes. Ini memastikan pelayanan yang diberikan komprehensif dan sesuai standar nasional.
- **Memimpin Tim Klinis:** Mengambil peran sebagai koordinator dalam tim multi-disiplin di dalam klaster, yang terdiri dari perawat, bidan, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lainnya. Kepemimpinan ini penting untuk memastikan perawatan pasien berjalan terkoordinasi dan holistik.
- **Manajemen Kesehatan Populasi Berbasis Data:** Memanfaatkan data yang tersedia dari RME dan platform SATUSEHAT untuk secara proaktif mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi dalam populasi klaster yang dilayani. Berdasarkan data ini, dokter dapat merancang dan menjadwalkan intervensi preventif sebelum penyakit berkembang lebih lanjut.
- **Mengoptimalkan Jenjang Karir Fungsional:** Bagi dokter berstatus PNS di Puskesmas, penting untuk memahami dan menyesuaikan diri dengan metrik

kinerja baru yang akan muncul seiring dengan implementasi ILP. Kinerja tidak lagi hanya diukur dari jumlah layanan kuratif, tetapi akan semakin bergeser ke arah capaian kesehatan populasi, seperti cakupan skrining dan tingkat kontrol PTM di wilayah kerjanya.

4.2. Membangun Model Praktik Unggul: Integrasi Fisik dan Digital

Pilar kedua adalah merancang ulang model praktik untuk menciptakan pengalaman pasien yang efisien dan terintegrasi antara dunia fisik dan digital. Praktik yang unggul di masa depan adalah praktik hibrida.

Taktik yang dapat diimplementasikan:

- **Membangun *Digital Front Door*:** Mengadopsi teknologi yang berfungsi sebagai "pintu depan digital" bagi pasien. Ini mencakup sistem yang memungkinkan pendaftaran online, penjadwalan mandiri oleh pasien, pengiriman pengingat janji temu otomatis melalui WhatsApp, dan fasilitas pembayaran online. Tujuannya adalah menghilangkan friksi dan hambatan administratif bagi pasien. Di RME Klinikita dan Dokterkita telah menggunakan integrasi Whatsapp dan fasilitas pembayaran online untuk memberikan kemudahan kepada pasien yang dilayaninya.
- **Menjadikan RME sebagai Pusat Operasi:** Menggunakan RME lebih dari sekadar alat pencatatan. RME harus menjadi pusat komando praktik untuk melacak pasien yang memerlukan tindak lanjut, mengelola rujukan secara elektronik ke SATUSEHAT, menganalisis data kinerja praktik, dan mengidentifikasi tren kesehatan di antara panel pasien.
- **Menawarkan Layanan Telemedisin Terstruktur:** Mengintegrasikan telemedisin ke dalam alur pelayanan secara strategis. Gunakan platform telemedisin untuk konsultasi tindak lanjut (misalnya, evaluasi pasca-perawatan atau penyesuaian dosis obat PTM), triase awal untuk menentukan urgensi kunjungan fisik, dan konsultasi untuk kasus-kasus ringan. Ini akan mengoptimalkan jadwal praktik fisik untuk kasus-kasus yang benar-benar memerlukan pemeriksaan langsung. RME

Klinikita siap menjadi pendamping teknologi dokter untuk menjalankan Telemedisin.

- **Mempersiapkan Era Data *Wearable*:** Sebagai langkah antisipatif, dokter umum dapat mulai mempelajari potensi pemanfaatan data dari perangkat *wearable* (seperti jam tangan pintar) yang dimiliki pasien. Dengan persetujuan pasien, data seperti detak jantung atau tingkat aktivitas fisik dapat menjadi masukan berharga untuk pemantauan PTM yang lebih proaktif dan personal.

4.3. Dokter sebagai Edukator Digital Terpercaya: Membangun Reputasi secara Etis

Pilar ketiga berfokus pada pembangunan jenama (*brand*) profesional di ranah digital. Di era di mana pasien mencari informasi secara online, membangun reputasi sebagai sumber yang terpercaya adalah strategi ampuh untuk menarik dan mempertahankan pasien, sekaligus memerangi misinformasi kesehatan.

Taktik yang dapat diimplementasikan:

- **Manajemen Reputasi Online Aktif:** Mengklaim dan mengoptimalkan profil *Google Business Profile* (GBP) dengan informasi yang lengkap dan akurat, termasuk jam praktik, layanan yang ditawarkan, dan foto-foto fasilitas. Secara aktif mendorong pasien yang puas untuk memberikan ulasan positif dan menanggapi semua ulasan (baik positif maupun negatif) secara profesional dan empatik.
- **Pemasaran Konten yang Etis:** Mengadopsi kerangka konten *Hero-Hub-Hygiene* untuk menciptakan konten edukatif yang relevan.
 - **Hygiene Content:** Membuat konten "selalu aktif" yang menjawab pertanyaan-pertanyaan umum yang sering dicari pasien (misalnya, artikel blog berjudul "Cara Membaca Hasil Tekanan Darah" atau video pendek "5 Gejala Awal Diabetes yang Harus Diwaspadai").
 - **Hub Content:** Membuat konten reguler yang ditujukan untuk membangun komunitas dan loyalitas (misalnya, seri video bulanan "Tanya Dokter" di Instagram atau buletin email).

- **Hero Content:** Sesekali membuat konten berdampak besar untuk menjangkau audiens luas (misalnya, webinar gratis tentang penanganan stunting).

Seluruh aktivitas ini harus mematuhi 13 poin fatwa etik bermedia sosial dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) IDI, yang melarang promosi diri berlebihan namun sangat mendorong upaya promotif dan preventif yang berbasis kebenaran ilmiah.

- **Membangun Komunitas Pasien:** Memanfaatkan platform digital seperti grup WhatsApp atau Facebook untuk menciptakan komunitas bagi pasien dengan kondisi kesehatan spesifik (misalnya, grup untuk ibu hamil atau penderita hipertensi). Platform ini dapat menjadi sarana untuk memberikan edukasi berkelanjutan, dukungan sebaya (*peer support*), dan memperkuat hubungan antara dokter dan pasien di luar jam konsultasi.

4.4. Mengawal Kesejahteraan dan Jenjang Karir di Era Baru

Pilar terakhir adalah memastikan keberlanjutan dan kemajuan profesi itu sendiri. Dokter umum harus secara proaktif memahami dan memanfaatkan struktur insentif yang ada, sekaligus secara kolektif mengadvokasikan perbaikan kesejahteraan dan perlindungan profesi.

Taktik yang dapat diimplementasikan:

- **Optimalisasi Remunerasi JKN:** Bagi dokter yang bekerja di FKTP yang melayani JKN, memahami secara mendalam mekanisme perhitungan jasa pelayanan dari dana kapitasi adalah krusial. Dengan mengetahui variabel-variabel penilaian (seperti poin untuk jabatan, kinerja, dan kehadiran), dokter dapat secara strategis memaksimalkan pendapatan mereka sesuai dengan aturan yang berlaku.
- **Memanfaatkan Program Penempatan Pemerintah:** Secara aktif mencari informasi dan mendaftar pada program-program pemerintah seperti Nusantara Sehat atau penugasan khusus lainnya. Program ini menawarkan paket insentif

yang sangat kompetitif untuk penempatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK). Sebagai contoh, tunjangan untuk dokter spesialis di DTPK dapat mencapai Rp30 juta per bulan, dan insentif untuk dokter umum juga jauh di atas rata-rata nasional memberikan jalur akselerasi finansial dan pengalaman klinis yang berharga.

- **Advokasi dan Perlindungan Hukum:** Memahami dan memanfaatkan hak-hak perlindungan hukum yang telah diperkuat bagi tenaga medis dan kesehatan dalam UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023. Undang-undang ini memberikan imunitas dari tuntutan pidana selama tindakan medis yang dilakukan telah sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan SOP. Secara kolektif melalui organisasi profesi seperti IDI, dokter umum harus terus mengawal isu-isu kesejahteraan, distribusi yang adil, dan perlindungan hukum dalam forum-forum strategis seperti Muktamar IDI 2025.

Menjadi "dokter pemenang" di era baru ini bukan hanya tentang kesuksesan individu, tetapi juga tentang keberlanjutan profesi secara keseluruhan. Lanskap baru ini menawarkan beragam jalur karir yang menjanjikan: menjadi praktisi swasta yang canggih secara teknologi di perkotaan, menjadi pemimpin kesehatan masyarakat di Puskesmas, atau menjadi praktisi di daerah terpencil dengan kompensasi tinggi. Keberhasilan sejati terletak pada kemampuan untuk secara sadar memilih jalur yang paling sesuai, menguasai keterampilan spesifik yang dibutuhkan oleh jalur tersebut, dan secara bersama-sama melalui organisasi profesi memastikan bahwa setiap jalur karir tersebut dihargai, dilindungi, dan berkelanjutan.

Tabel 2: Perbandingan Peran Dokter Umum: Model Lama vs. Model Integrasi Layanan Primer (ILP)

Aspek Praktik	Model Lama (Berbasis Program)	Model Baru (Integrasi Layanan Primer - Klaster)	Kompetensi Baru yang Dibutuhkan
Fokus Pelayanan	Kuratif dan reaktif, terfragmentasi per program (KIA, TBC, PTM, dll.).	Holistik, promotif-preventif, dan manajemen kesehatan berkelanjutan sesuai siklus hidup.	Manajemen kasus penyakit kronis, kedokteran preventif, literasi kesehatan populasi.
Alur Kerja Pasien	Pasien berpindah antar poli/unit program yang berbeda dalam satu kunjungan.	Pasien dilayani secara komprehensif dalam satu klaster (Ibu & Anak atau Dewasa & Lansia).	Kemampuan melakukan skrining, diagnosis, dan tata laksana multi-kondisi secara terintegrasi.
Peran dalam Tim	Cenderung bekerja secara individual atau dalam silo program.	Koordinator dan pemimpin tim klinis multi-disiplin di dalam klaster (perawat, bidan, gizi).	Kepemimpinan tim klinis, komunikasi antar-profesi, manajemen alur kerja tim.

Aspek Praktik	Model Lama (Berbasis Program)	Model Baru (Integrasi Layanan Primer - Klaster)	Kompetensi Baru yang Dibutuhkan
Metrik Kinerja Utama	Jumlah kunjungan pasien, cakupan program individual.	Outcome kesehatan populasi klaster (misal: % pasien hipertensi terkontrol, cakupan skrining).	Analisis data kesehatan dasar, evaluasi program berbasis hasil (<i>outcome-based</i>).
Teknologi Kunci	Rekam medis manual/terpisah, pelaporan program manual.	RME terintegrasi penuh dengan SATUSEHAT, pemanfaatan dashboard data.	Literasi digital tingkat lanjut, pemanfaatan RME untuk manajemen pasien, telemedisin.

Sumber: Analisis berdasarkan KMK No. 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

Penutup

Periode 2025-2029 akan menjadi babak baru yang transformatif bagi profesi dokter umum di Indonesia. Arah kebijakan kesehatan Kabinet Merah Putih, yang didukung oleh alokasi anggaran yang belum pernah terjadi sebelumnya untuk layanan primer, secara tegas menempatkan dokter umum sebagai poros utama dalam pencapaian target kesehatan nasional. Program-program unggulan seperti skrining kesehatan gratis massal dan akselerasi penanganan TBC bukan lagi sekadar wacana, melainkan inisiatif strategis yang didanai secara masif dan akan secara fundamental mengubah metrik kinerja dan ekspektasi terhadap dokter di tingkat pertama.

Pada saat yang sama, digitalisasi melalui mandat RME dan integrasi SATUSEHAT bukan lagi sebuah opsi, melainkan sebuah keniscayaan yang akan merombak total alur kerja, menciptakan transparansi kinerja, dan menuntut tingkat adaptasi teknologi yang tinggi. Pasien, sebagai konsumen layanan kesehatan yang kini semakin cerdas secara digital, akan menjadikan kualitas pengalaman—yang dimediasi oleh teknologi—sebagai faktor penentu utama dalam memilih penyedia layanan.

Dalam menghadapi persimpangan jalan ini, sikap reaktif atau bertahan pada model praktik lama tidak lagi memadai. Untuk menjadi "pemenang di negeri sendiri", dokter umum harus secara proaktif merangkul perubahan ini sebagai peluang. Peta jalan strategis yang diuraikan dalam laporan ini menawarkan kerangka kerja yang jelas. Dokter umum harus berevolusi dari sekadar penyedia layanan kuratif menjadi manajer kesehatan primer yang holistik; membangun praktik hibrida yang mengawinkan keunggulan layanan fisik dengan efisiensi digital; memposisikan diri sebagai suara tepercaya dalam ekosistem informasi kesehatan online yang bising; dan secara kolektif memperjuangkan kesejahteraan serta perlindungan profesi.

Masa depan praktik dokter umum di Indonesia bukanlah tentang menunggu arahan, melainkan tentang memimpin transformasi dari garda terdepan. Dengan menguasai kompetensi baru dalam manajemen kesehatan populasi, teknologi digital, komunikasi empatik, dan advokasi profesi, dokter umum Indonesia memiliki peluang besar untuk

tidak hanya meningkatkan kualitas hidup jutaan masyarakat, tetapi juga mengangkat harkat dan keberlanjutan profesi mereka sendiri dalam ekosistem kesehatan yang baru dan dinamis.

Jangan lupa gunakan RME untuk mempermudah pelayanan kepada pasien. RME Dokterkita Adalah RME hemat dengan biaya langganan kurang dari Rp.50.000 perbulan.Sedangkan RME Klinikita Adalah RME untuk klinik dengan modul yang sesuai dengan kebutuhan klinik yang sejawat Kelola.

Selamat mencoba sejawat !