

Dr. Hendri: Biaya Kesehatan Mahal, Ketika Pendidikan Tenaga Kesehatan Menjadi Barang Mewah

Updates. - KORLANTAS.ID

Aug 3, 2026 - 09:37



Dr. Ir. Hendri, ST., MT Wartawan Utama Ketua Umum Jurnalis Nasional Indonesia (JNI)

OPINI - Biaya kesehatan yang mahal tidak lahir ketika pasien memasuki rumah sakit. Kemahalan itu sesungguhnya telah dimulai jauh sebelumnya, yakni ketika seseorang harus mengeluarkan biaya sangat besar untuk menjadi dokter,

perawat, bidan, apoteker, atau tenaga kesehatan lainnya. Ketika pendidikan tenaga kesehatan diperlakukan sebagai komoditas mahal, pelayanan kesehatan pada akhirnya ikut bergerak mengikuti logika pengembalian modal.

Inilah persoalan mendasar yang selama ini jarang dibahas secara terbuka. Pemerintah berusaha menekan tarif pelayanan, memperluas kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional, membangun rumah sakit, dan menyediakan obat. Namun pada saat yang sama, biaya untuk menghasilkan tenaga kesehatan masih banyak dibebankan kepada mahasiswa dan keluarganya. Negara ingin pelayanan kesehatan murah, tetapi membiarkan proses melahirkan tenaga kesehatan berlangsung mahal.

Sebagai gambaran, Universitas Gadjah Mada memublikasikan UKT Pendidikan Unggul 2025 sebesar Rp35,145 juta per semester untuk program Kedokteran dan Rp26,802 juta untuk Ilmu Keperawatan, meskipun tersedia kelompok UKT bersubsidi yang lebih rendah. Angka dari satu perguruan tinggi ini tentu tidak dapat dianggap sebagai rata-rata nasional, tetapi menunjukkan betapa besar biaya yang mungkin harus ditanggung keluarga ketika subsidi tidak mencukupi. Itu belum termasuk biaya tempat tinggal, buku, peralatan, praktik, transportasi, ujian kompetensi, dan pendidikan profesi. [Data UKT UGM 2025](#).

Bagi keluarga kaya, biaya tersebut mungkin dapat dibayar. Namun bagi anak petani, nelayan, buruh, guru honorer, atau keluarga berpenghasilan rendah, cita-cita menjadi dokter dapat berhenti sebelum ujian masuk dimulai. Akibatnya, pendidikan kesehatan berisiko semakin menjadi ruang eksklusif bagi mereka yang mempunyai kemampuan ekonomi, bukan sepenuhnya bagi mereka yang mempunyai kemampuan akademik, kecerdasan, ketekunan, dan panggilan pengabdian.

Ketika keluarga telah menghabiskan tabungan, menjual tanah, mengambil pinjaman, atau menanggung utang untuk membiayai pendidikan, lulusan tentu menghadapi tekanan untuk mengembalikan investasi tersebut. Ini bukan semata-mata persoalan moral tenaga kesehatan. Ini merupakan konsekuensi ekonomi dari sistem yang salah. Negara tidak boleh memaksa seseorang menempuh pendidikan dengan biaya ratusan juta rupiah, kemudian menuntutnya bekerja dengan semangat pengabdian sambil menerima penghasilan yang tidak sebanding dengan kompetensi, tanggung jawab, risiko hukum, dan risiko keselamatan pekerjaannya.

Ironinya semakin terasa pada perawat dan bidan. Mereka menjadi tulang punggung pelayanan, bekerja bergiliran selama 24 jam, menghadapi risiko infeksi, tekanan psikologis, serta tanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Namun sebagian tenaga kesehatan non-ASN masih menghadapi kontrak tidak pasti, pendapatan berbeda-beda antarfasilitas, serta perlindungan kerja yang belum memadai. Pendidikan mahal bertemu dengan pasar kerja yang tidak selalu memberikan imbalan layak. Sistem ini akhirnya merugikan tenaga kesehatan sekaligus pasien.

Kemahalan Pendidikan Menciptakan Kelangkaan

Mahalnya pendidikan bukan hanya membebani individu, tetapi juga membatasi

jumlah dan distribusi tenaga kesehatan. Rencana Aksi Kementerian Kesehatan 2025–2029 mencatat rasio dokter Indonesia pada 2025 baru sekitar 0,76 per 1.000 penduduk atau sekitar 216.132 dokter. Pada Mei 2025 masih terdapat 424 dari 10.212 puskesmas yang belum memiliki dokter. Indonesia juga masih menghadapi kekurangan sekitar 6.831 tenaga medis dan tenaga kesehatan di puskesmas serta 627 dokter spesialis di RSUD. [Rencana Aksi Penyediaan SDM Kesehatan 2025–2029](#).

Masalahnya bukan hanya kekurangan jumlah, tetapi juga ketimpangan distribusi. Tenaga kesehatan cenderung terkonsentrasi di kota besar dan Pulau Jawa, sementara daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, dan kawasan pedalaman terus mengalami kekurangan. Jika pendidikan dibiayai secara pribadi, pilihan tempat bekerja akan sangat dipengaruhi oleh kemampuan daerah memberikan penghasilan. Daerah miskin yang paling membutuhkan tenaga kesehatan justru paling sulit mendapatkannya.

Kelangkaan tersebut meningkatkan biaya pelayanan secara berantai. Pasien harus menempuh perjalanan jauh, membayar transportasi dan penginapan, meninggalkan pekerjaan, serta menunggu jadwal pelayanan yang terbatas. Pasien yang seharusnya ditangani di puskesmas terpaksa dirujuk ke rumah sakit. Penyakit yang seharusnya dapat dicegah atau ditemukan sejak dini baru ditangani setelah menjadi berat. Biaya murah pada tahap pencegahan akhirnya berubah menjadi biaya mahal pada tahap pengobatan.

Kementerian Kesehatan bahkan menyatakan bahwa Indonesia baru menghasilkan sekitar 2.700 dokter spesialis per tahun, sementara kebutuhannya jauh lebih besar. Kekurangan spesialis membuat pelayanan penyakit jantung, kanker, stroke, gagal ginjal, anestesi, kebidanan, dan penyakit katastropik belum merata. [Kementerian Kesehatan](#).

Keadaan ini membuktikan bahwa pendidikan tenaga kesehatan tidak boleh diserahkan sepenuhnya kepada mekanisme pasar. Dokter, bidan, dan perawat bukan sekadar profesi individual. Mereka merupakan infrastruktur sosial. Negara tidak mungkin mempunyai sistem kesehatan yang kuat tanpa mempunyai sistem pendidikan tenaga kesehatan yang terencana, terjangkau, dan terhubung langsung dengan kebutuhan pelayanan masyarakat.

Pendidikan Gratis Bukan Berarti Tanpa Biaya

Pendidikan gratis bukan berarti biaya pendidikan menghilang. Biaya tersebut tetap ada, tetapi tidak lagi dibebankan kepada mahasiswa dan keluarganya. Negara mengambil alih pembiayaannya sebagai investasi publik. Sebagai imbalannya, lulusan menjalani ikatan pengabdian pada fasilitas dan daerah yang membutuhkan dengan penghasilan, tempat tinggal, perlindungan hukum, serta jalur karier yang layak.

Inilah kontrak sosial yang adil: negara membiayai pendidikan, tenaga kesehatan memberikan masa pengabdian, dan masyarakat memperoleh pelayanan yang mudah dijangkau. Pendidikan gratis tidak boleh berubah menjadi hadiah tanpa kewajiban, sementara ikatan dinas juga tidak boleh berubah menjadi kerja paksa dengan upah rendah.

Model tersebut sebenarnya bukan gagasan utopis. Program Pendidikan Dokter Spesialis berbasis rumah sakit yang telah dikembangkan Kementerian Kesehatan membebaskan biaya kuliah, memberikan status sebagai pegawai, menyediakan bantuan biaya hidup, serta mengutamakan putra-putri daerah untuk kembali mengabdikan. Program ini memperlihatkan bahwa paradigma pendidikan spesialis dapat diubah: peserta didik yang ikut memberikan pelayanan tidak semestinya terus-menerus diposisikan hanya sebagai mahasiswa pembayar. [Program PPDS Berbasis Rumah Sakit.](#)

Kebijakan tersebut perlu diperluas secara bertahap, tidak hanya untuk dokter spesialis, tetapi juga dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, tenaga laboratorium, ahli gizi, tenaga kesehatan lingkungan, fisioterapis, radiografer, dan profesi kesehatan strategis lainnya. Prioritas penerima harus didasarkan pada kebutuhan nasional, kemampuan akademik, kondisi ekonomi, serta afirmasi bagi putra-putri daerah yang kekurangan tenaga kesehatan.

Perguruan tinggi negeri perlu memperoleh dana pendidikan berbasis biaya nyata dan mutu lulusan sehingga tidak menjadikan program kesehatan sebagai sumber pendapatan premium. Perguruan tinggi swasta tetap dapat terlibat melalui mekanisme pembelian kursi pendidikan oleh negara, beasiswa penuh, kontrak layanan publik, serta pengawasan biaya dan kualitas secara transparan. Jadi, yang dihentikan bukan peran swasta, melainkan praktik komersialisasi berlebihan pada pendidikan yang menentukan hidup dan mati masyarakat.

Negara juga harus membuka data biaya pendidikan secara transparan. Publik perlu mengetahui berapa biaya nyata untuk menghasilkan seorang dokter, perawat, atau bidan; berapa yang dibayar negara; berapa yang dibebankan kepada mahasiswa; dan ke mana dana tersebut digunakan. Tanpa transparansi, istilah “biaya pendidikan” mudah dipakai untuk membenarkan pungutan yang terus meningkat tanpa ukuran efisiensi yang jelas.

Pendidikan Gratis Harus Diikuti Gaji Layak

Pendidikan gratis saja tidak cukup. Setelah lulus, tenaga kesehatan harus mendapatkan penghasilan yang layak, khususnya mereka yang ditempatkan di daerah terpencil dan berisiko tinggi. Pemerintah perlu menetapkan standar remunerasi minimum berdasarkan kompetensi, beban kerja, risiko profesi, lokasi penugasan, serta tingkat kesulitan pelayanan.

Dokter, bidan, dan perawat yang ditempatkan di daerah kepulauan tidak boleh menerima perlakuan yang sama dengan tenaga yang bekerja di kota dengan fasilitas lengkap. Mereka membutuhkan tunjangan kemahalan, rumah dinas, jaminan keamanan, transportasi, kesempatan pendidikan lanjutan, perlindungan hukum, dan kepastian pengangkatan. Tanpa itu, kebijakan penempatan hanya akan menghasilkan rotasi cepat: tenaga kesehatan datang, bertahan sebentar, lalu pergi.

Perencanaan pendidikan juga harus disatukan dengan perencanaan lapangan kerja. Selama ini perguruan tinggi dapat menghasilkan lulusan berdasarkan kapasitas institusinya, sedangkan pemerintah daerah merekrut berdasarkan

kemampuan anggarannya. Akibatnya, ada daerah kekurangan tenaga, tetapi pada saat yang sama terdapat lulusan yang menganggur, bekerja tidak sesuai kompetensi, atau menerima upah rendah.

Kementerian Kesehatan bersama WHO pada 2026 mulai memperkuat *Health Labour Market Analysis*, yaitu analisis yang menghubungkan proses pendidikan, penyerapan kerja, distribusi, dan retensi tenaga kesehatan. Pendekatan ini harus menjadi dasar penentuan kuota pendidikan dan pembiayaan, bukan sekadar perkiraan kebutuhan. [WHO Indonesia](#).

Pelayanan Gratis Harus Dibayar secara Kolektif

Konstitusi menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Karena itu, pelayanan kesehatan esensial seharusnya gratis pada saat digunakan, terutama pelayanan primer, persalinan, imunisasi, pengobatan penyakit menular, kegawatdaruratan, dan penanganan penyakit katastropik. Gratis bagi pasien bukan berarti tenaga kesehatan tidak dibayar, tetapi biaya dibayar secara kolektif melalui pajak, JKN, APBN, dan APBD.

Data Kementerian Kesehatan menunjukkan pengeluaran langsung rumah tangga atau *out-of-pocket* masih sekitar 28,9 persen dari total belanja kesehatan. Artinya, meskipun JKN telah memperluas perlindungan, masyarakat masih menanggung porsi biaya yang besar melalui pembelian obat, selisih biaya, pemeriksaan, transportasi, atau pelayanan yang tidak sepenuhnya dijamin. [Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan](#).

Namun harus diakui bahwa mahalnya pendidikan tenaga kesehatan bukan satu-satunya penyebab mahalnya pelayanan. Harga obat, ketergantungan alat kesehatan impor, investasi gedung dan teknologi rumah sakit, sistem pembayaran pelayanan, biaya administrasi, lemahnya pencegahan penyakit, serta panjangnya rantai rujukan juga mempunyai pengaruh besar. Karena itu, pendidikan gratis tidak boleh dipromosikan sebagai obat tunggal, melainkan sebagai bagian penting dari reformasi pembiayaan kesehatan secara menyeluruh.

Pemerintah harus memperkuat puskesmas, memperbanyak pelayanan promotif dan preventif, memperbaiki pengadaan obat generik, membangun industri alat kesehatan nasional, menata tarif rumah sakit, serta memastikan pembayaran JKN cukup untuk menjaga mutu pelayanan dan kesejahteraan tenaga kesehatan. Kebijakan yang hanya menekan tarif tanpa membenahi biaya produksi pelayanan akan membuat rumah sakit tertekan dan tenaga kesehatan menjadi korban penghematan.

Mengembalikan Kesehatan sebagai Pelayanan Publik

Sudah saatnya negara menetapkan program nasional pendidikan tenaga kesehatan gratis berbasis kebutuhan dan ikatan pengabdian. Program tersebut harus mencakup biaya kuliah, praktik, ujian kompetensi, tempat tinggal, serta biaya hidup. Penerimaanya wajib mengabdikan dalam jangka waktu tertentu,

sedangkan negara wajib menyediakan pekerjaan, penghasilan layak, perlindungan profesi, dan jenjang karier.

Keberhasilannya harus diukur melalui jumlah lulusan yang benar-benar bekerja di daerah kekurangan tenaga, lama mereka bertahan, peningkatan akses masyarakat, penurunan waktu tunggu, berkurangnya rujukan yang tidak perlu, serta turunnya pengeluaran langsung rumah tangga. Jangan hanya mengukur keberhasilan dari jumlah beasiswa yang dibagikan atau jumlah mahasiswa yang diterima.

Jika kesehatan dipandang sebagai hak rakyat, maka pendidikan tenaga kesehatan harus dipandang sebagai tanggung jawab strategis negara. Tidak masuk akal mengharapkan pelayanan murah dari tenaga kesehatan yang dilahirkan melalui sistem pendidikan mahal. Tidak adil menuntut pengabdian dari seseorang yang keluarganya telah dikuras untuk membiayai pendidikannya. Lebih tidak adil lagi ketika setelah lulus, mereka digaji rendah, sementara pasien tetap membayar mahal.

Negara harus memutus lingkaran tersebut. Biayai pendidikan tenaga kesehatan, berikan penghasilan yang bermartabat, tempatkan mereka berdasarkan kebutuhan, dan lindungi masyarakat melalui pembiayaan kesehatan kolektif. Dengan demikian, dokter tidak perlu mengejar pengembalian modal pendidikan, perawat dan bidan tidak dipaksa hidup dari upah rendah, sementara rakyat tidak lagi takut jatuh miskin hanya karena sakit.

Kesehatan yang terjangkau tidak dimulai dari loket pembayaran rumah sakit. Ia dimulai dari keputusan politik tentang siapa yang membayar pendidikan tenaga kesehatan, bagaimana mereka dihargai setelah lulus, dan untuk kepentingan siapa sistem kesehatan diselenggarakan. Jika jawabannya adalah rakyat, maka negara harus berani mengeluarkan pendidikan kesehatan dari jebakan bisnis dan mengembalikannya sebagai investasi pelayanan publik.

Jakarta, 3 Agustus 2026

Dr. Ir. Hendri, ST., MT

Wartawan Utama

Ketua Umum Jurnalis Nasional Indonesia (JNI)