

Dr. Hendri: Pelayanan Kesehatan Berkualitas Tidak Boleh Bergantung pada Isi Dompet

Updates. - KORLANTAS.ID

May 2, 2026 - 01:07



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

OPINI - Dua orang datang ke rumah sakit dengan penyakit yang sama. Yang satu memiliki tabungan, asuransi tambahan, kendaraan pribadi, dan akses kepada jaringan dokter terbaik. Yang lain datang dengan kartu Jaminan Kesehatan Nasional, ongkos perjalanan pas-pasan, serta kekhawatiran kehilangan upah karena tidak bekerja.

Secara medis, keduanya membutuhkan pertolongan yang sama. Namun, dalam kenyataan, kemampuan ekonomi masih dapat memengaruhi kecepatan memperoleh pemeriksaan, pilihan fasilitas, ketersediaan obat, kenyamanan selama perawatan, bahkan kesinambungan pengobatan.

Di sinilah pertanyaan tentang keadilan pelayanan kesehatan harus diajukan: apakah seseorang harus mempunyai banyak uang terlebih dahulu agar dapat memperoleh diagnosis yang tepat, tindakan yang aman, obat yang tersedia, dan kesempatan yang lebih besar untuk sembuh?

Jawabannya harus tegas: tidak. Dalam negara yang berlandaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, isi dompet tidak boleh menentukan nilai kehidupan seseorang. Kemampuan ekonomi mungkin dapat digunakan untuk memperoleh fasilitas tambahan, kamar yang lebih luas, atau kenyamanan nonmedis tertentu. Namun, keselamatan, ketepatan diagnosis, mutu tindakan, obat esensial, serta penghormatan terhadap pasien harus diberikan secara setara berdasarkan kebutuhan medis.

Pelayanan kesehatan berkualitas bukan kemewahan. Ia merupakan hak dasar rakyat.

Hak Konstitusional, Bukan Hadiah

Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 ayat (2) mengamanatkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, sedangkan Pasal 34 ayat (3) menegaskan tanggung jawab negara menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Ketentuan tersebut termuat dalam [naskah resmi UUD 1945](#).

Amanat itu diperkuat oleh [Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan](#). Undang-undang tersebut mengakui hak setiap orang untuk hidup sehat serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Tiga kata itu—aman, bermutu, dan terjangkau—harus hadir secara bersamaan. Pelayanan yang murah tetapi tidak aman bukanlah pemenuhan hak. Pelayanan yang aman tetapi tidak dapat dijangkau masyarakat miskin juga belum adil. Demikian pula pelayanan yang tersedia di atas kertas, tetapi tidak memiliki dokter, obat, alat pemeriksaan, atau sistem rujukan yang berfungsi, tidak dapat disebut pelayanan bermutu.

Konstitusi tidak hanya menjanjikan pintu rumah sakit yang terbuka. Konstitusi menghendaki agar rakyat memperoleh pertolongan yang layak ketika melewati pintu tersebut.

Mutu Tidak Boleh Memiliki Kelas Sosial

Organisasi Kesehatan Dunia menjelaskan bahwa [pelayanan kesehatan berkualitas](#) harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil,

terintegrasi, dan efisien.

Efektif berarti tindakan diberikan berdasarkan bukti ilmiah dan benar-benar dibutuhkan pasien. Aman berarti pelayanan mencegah kesalahan serta tidak menimbulkan bahaya yang seharusnya dapat dihindari. Berpusat pada manusia berarti pasien diperlakukan sebagai subjek yang memiliki martabat, kebutuhan, dan hak untuk memahami keputusan medis.

Tepat waktu berarti pasien tidak dibiarkan menunggu hingga kondisinya memburuk. Adil berarti kualitas pelayanan tidak dibedakan berdasarkan usia, jenis kelamin, suku, agama, tempat tinggal, status sosial, atau kemampuan ekonomi. Terintegrasi berarti pelayanan tersambung dari puskesmas, rumah sakit, laboratorium, apotek, rehabilitasi, hingga perawatan lanjutan.

Dengan pengertian tersebut, mutu tidak dapat dibatasi menjadi kamar yang bersih, gedung yang megah, atau keramahan petugas. Mutu menyangkut keseluruhan proses sejak pasien mencari pertolongan sampai pulih atau memperoleh perawatan lanjutan.

Seorang pasien yang menunggu terlalu lama karena sistem rujukan tidak bekerja sedang mengalami masalah mutu. Pasien yang harus membeli obat di luar karena persediaan kosong juga mengalami masalah mutu. Begitu pula masyarakat yang tidak memperoleh diagnosis tepat karena alat pemeriksaan atau tenaga medis tidak tersedia.

Mutu pelayanan tidak boleh mempunyai kelas sosial. Negara dapat mengatur perbedaan pada fasilitas nonmedis, tetapi standar keselamatan dan kualitas klinis harus sama bagi seluruh rakyat.

Orang kaya boleh memilih kamar lebih luas. Namun, ia tidak boleh mempunyai hak yang lebih besar untuk selamat.

Cakupan JKN Belum Otomatis Menjamin Kesetaraan

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu capaian kebijakan sosial terbesar Indonesia. Berdasarkan data BPJS Kesehatan sampai 30 April 2026, peserta JKN telah mencapai [284.337.094 orang](#). Pada periode yang sama, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan 23.623 fasilitas kesehatan tingkat pertama serta 3.206 rumah sakit dan klinik utama.

Angka tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk Indonesia telah masuk ke dalam sistem perlindungan kesehatan bersama. JKN telah membantu jutaan keluarga memperoleh pelayanan yang sebelumnya sulit mereka biayai sendiri.

Namun, cakupan kepesertaan belum otomatis berarti kesetaraan pelayanan. Kartu JKN baru menjadi perlindungan nyata apabila status kepesertaan aktif, fasilitas kesehatan tersedia, tenaga medis mencukupi, obat dapat diperoleh, rujukan berjalan, dan pasien tidak dibebani biaya tambahan yang memberatkan.

Keberhasilan JKN tidak boleh hanya dinilai dari jumlah peserta, kunjungan, tindakan, atau klaim yang dibayarkan. Ukuran yang jauh lebih penting adalah apakah pasien mendapatkan pelayanan yang tepat, aman, cepat, dan berkesinambungan.

Kita perlu beralih dari sekadar cakupan administratif menuju cakupan substantif. Cakupan administratif menjawab berapa banyak orang terdaftar. Cakupan substantif menjawab berapa banyak orang benar-benar memperoleh pelayanan berkualitas ketika membutuhkannya.

Perubahan cara pandang ini penting agar rakyat tidak hanya mempunyai kartu jaminan, tetapi juga mempunyai kepastian pelayanan.

Ketika Dompot Masih Menentukan Akses

Data menunjukkan bahwa biaya kesehatan masih menjadi beban serius bagi masyarakat. Menurut [Health Accounts Indonesia 2024](#), total belanja kesehatan nasional mencapai Rp639,9 triliun atau sekitar 2,9 persen dari produk domestik bruto. Pembiayaan publik menanggung 58,5 persen dari total belanja, sedangkan pembayaran langsung masyarakat atau *out-of-pocket* masih mencapai 28,3 persen.

Sementara itu, laporan WHO dan Bank Dunia pada Desember 2025 menunjukkan bahwa [sekitar 26,6 persen penduduk Indonesia masih mengalami kesulitan finansial akibat pengeluaran kesehatan](#). Beban tersebut lebih besar bagi kelompok miskin, keluarga di pedesaan, serta rumah tangga yang memiliki anak atau anggota keluarga lanjut usia.

Pembayaran langsung tidak selalu berupa biaya utama tindakan medis. Pasien dapat mengeluarkan uang untuk transportasi, penginapan, obat di luar fasilitas, pemeriksaan tambahan, kebutuhan pendamping, atau kehilangan penghasilan selama menjalani perawatan.

Bagi keluarga mampu, biaya tersebut mungkin masih dapat ditanggung. Bagi pekerja harian, petani kecil, nelayan, pedagang kecil, dan masyarakat rentan, biaya yang sama dapat mengguncang seluruh ekonomi keluarga.

Akibatnya, sebagian orang menunda pemeriksaan, tidak mengambil obat, menghentikan terapi, atau memilih pengobatan yang belum tentu sesuai. Mereka baru datang ke fasilitas kesehatan setelah penyakit memasuki kondisi berat.

Ketika seseorang menunda berobat karena takut terhadap biaya, pelayanan kesehatan belum sepenuhnya hadir sebagai hak. Dompot masih menjadi penjaga pintu pertama.

Ketimpangan Geografis Adalah Ketimpangan Mutu

Isi dompet bukan satu-satunya faktor pembeda. Tempat tinggal juga masih sangat menentukan kualitas pelayanan yang diterima. Masyarakat di kota besar lebih mudah menjangkau rumah sakit dengan dokter spesialis, laboratorium

lengkap, CT scan, layanan kanker, jantung, stroke, ginjal, dan berbagai teknologi kesehatan. Sebaliknya, masyarakat di daerah terpencil dapat menghabiskan waktu dan biaya besar hanya untuk mencapai fasilitas rujukan.

Kementerian Kesehatan pada Juli 2026 menyebut rasio dokter umum Indonesia masih sekitar [0,6 per 1.000 penduduk](#). Dari sekitar 10.300 puskesmas, masih terdapat kurang lebih 400 puskesmas yang belum memiliki dokter.

Persoalan tersebut bukan sekadar kekurangan jumlah dokter, tetapi ketimpangan distribusi. Dokter, spesialis, alat kesehatan, serta rumah sakit berkemampuan tinggi masih terkonsentrasi di wilayah tertentu.

Dalam keadaan seperti ini, keluarga berpenghasilan tinggi dapat membeli tiket pesawat, menyewa kendaraan, mencari penginapan, atau pergi ke kota besar. Masyarakat miskin tidak mempunyai keleluasaan yang sama.

Karena itu, ketimpangan geografis pada akhirnya menjadi ketimpangan ekonomi. Pelayanan yang secara formal ditanggung negara tetap dapat menjadi tidak terjangkau karena biaya menuju tempat pelayanan terlalu besar.

Program peningkatan kapasitas rumah sakit di 66 kabupaten yang sebelumnya belum memiliki layanan memadai merupakan langkah penting. Akan tetapi, pembangunan gedung harus diikuti ketersediaan tenaga medis, alat, obat, biaya operasional, rumah tinggal tenaga kesehatan, serta jaringan rujukan.

Rumah sakit baru tidak boleh menjadi bangunan modern dengan pelayanan terbatas karena kekurangan dokter dan anggaran pemeliharaan.

Obat Tersedia, tetapi Tidak Selalu Terjangkau

Kualitas pelayanan tidak berhenti setelah dokter menegakkan diagnosis. Pasien harus memperoleh obat dan terapi yang diperlukan. Kajian Kementerian Kesehatan bersama WHO mengenai harga dan ketersediaan obat menemukan adanya persoalan dalam pengadaan. Dalam [kajian yang dipublikasikan pada Juli 2025](#), lebih dari separuh fasilitas yang dinilai membeli sejumlah obat dengan harga di atas batas penggantian nasional. Beberapa fasilitas juga melaporkan kekurangan obat penting, termasuk insulin, aspirin, clopidogrel, parasetamol, dan obat kemoterapi tertentu.

Persoalan ini memperlihatkan hubungan langsung antara tata kelola pengadaan dan kualitas pelayanan pasien. Ketika harga beli fasilitas lebih tinggi daripada nilai yang dapat diklaim, rumah sakit dan puskesmas menghadapi tekanan keuangan. Ketika obat tidak tersedia, pasien dapat diminta mencari obat di luar. Pada akhirnya, selisih biaya dan kelemahan sistem berpindah menjadi beban keluarga.

Negara harus memperkuat pengadaan bersama, memperbaiki perencanaan kebutuhan, menertibkan rantai distribusi, dan membangun sistem informasi persediaan secara waktu nyata. Obat esensial harus tersedia sampai ke fasilitas pelayanan terdekat.

Kemandirian industri farmasi juga perlu diperkuat. Namun, kebijakan tersebut

harus menghasilkan obat yang bermutu dan terjangkau, bukan sekadar pertumbuhan industri.

Keuntungan usaha harus tetap mungkin diperoleh secara wajar. Akan tetapi, obat yang menentukan hidup dan mati manusia tidak boleh sepenuhnya dikuasai oleh permainan harga.

Keselamatan Pasien Tidak Boleh Dikompromikan

Kualitas pelayanan harus berpusat pada keselamatan pasien. Tidak cukup bagi fasilitas kesehatan melakukan banyak tindakan apabila tindakan tersebut tidak tepat, tidak aman, atau tidak memberikan hasil yang dibutuhkan.

Kementerian Kesehatan pada Mei 2026 menegaskan bahwa [keselamatan pasien merupakan fondasi perluasan layanan JKN](#). Penyelenggaraan JKN harus menjaga keseimbangan antara akses, mutu, keberlanjutan pembiayaan, dan keselamatan pasien.

Penegasan ini penting karena tekanan efisiensi tidak boleh mengurangi kualitas klinis. Pengendalian biaya memang diperlukan agar JKN berkelanjutan. Namun, pengendalian biaya tidak boleh diterjemahkan menjadi pembatasan pemeriksaan yang diperlukan, pemulangan terlalu cepat, pengurangan obat esensial, atau penundaan rujukan.

Sebaliknya, kualitas juga tidak berarti melakukan sebanyak mungkin pemeriksaan dan tindakan. Tindakan yang tidak diperlukan dapat membahayakan pasien dan memboroskan dana bersama.

Prinsipnya adalah ketepatan: pasien yang membutuhkan harus menerima pelayanan yang diperlukan, pada waktu yang tepat, di fasilitas yang tepat, oleh tenaga yang memiliki kompetensi.

Setiap insiden keselamatan harus dicatat, dianalisis, dan digunakan sebagai bahan perbaikan. Budaya keselamatan tidak dapat dibangun apabila tenaga kesehatan takut melaporkan kesalahan karena khawatir langsung dihukum.

Akuntabilitas tetap diperlukan, terutama terhadap kelalaian dan pelanggaran. Namun, sistem juga harus membedakan antara pelanggaran sengaja, kelalaian, serta kesalahan yang terjadi akibat desain kerja, kelelahan, komunikasi buruk, atau kekurangan sumber daya.

Tujuan akhirnya bukan sekadar mencari siapa yang salah, melainkan mencegah kejadian yang sama terulang.

Antrean dan Waktu Tunggu Adalah Persoalan Keadilan

Bagi pasien, kualitas sering kali diukur dari waktu. Berapa lama harus menunggu pemeriksaan? Berapa hari sampai memperoleh jadwal operasi? Seberapa cepat hasil laboratorium keluar? Berapa lama rujukan diproses?

Waktu tunggu bukan sekadar persoalan kenyamanan. Pada penyakit tertentu, keterlambatan dapat memperburuk kondisi, memperkecil peluang kesembuhan, meningkatkan biaya, bahkan mengancam nyawa.

Sistem antrean harus dikelola berdasarkan kebutuhan medis, bukan kekuatan ekonomi, kedekatan, atau kemampuan mencari jalur khusus. Pasien gawat harus ditangani lebih dahulu karena kondisi klinisnya, bukan karena status sosialnya.

Pemerintah perlu menetapkan dan mengumumkan standar waktu pelayanan untuk tindakan-tindakan penting. Fasilitas kesehatan harus mempunyai sistem prioritas klinis yang transparan dan dapat diaudit.

Jika waktu tunggu melebihi batas yang aman, sistem harus otomatis membantu pasien menemukan fasilitas alternatif. Jangan biarkan keluarga berjalan sendiri dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain sambil membawa pasien dalam kondisi kritis.

Digitalisasi Harus Menghapus Hambatan

Teknologi dapat membantu mengurangi ketimpangan melalui antrean daring, telemedisin, rekam medis elektronik, rujukan terintegrasi, serta pemantauan persediaan obat dan tempat tidur.

Namun, digitalisasi tidak boleh berubah menjadi birokrasi baru. Masyarakat lanjut usia, penyandang disabilitas, warga berpendidikan rendah, serta penduduk di wilayah dengan koneksi internet terbatas tetap harus dapat memperoleh pelayanan. Fasilitas kesehatan wajib menyediakan bantuan langsung dan saluran non-digital.

Tidak boleh ada pasien kehilangan hak pelayanan hanya karena gagal menggunakan aplikasi, lupa kata sandi, nomor telepon tidak aktif, atau data kependudukan belum terhubung.

Teknologi juga harus menjaga kerahasiaan data pasien. Rekam medis tidak boleh diperdagangkan, digunakan untuk diskriminasi, atau diproses tanpa dasar hukum yang jelas.

Digitalisasi yang baik membuat pelayanan lebih mudah, cepat, dan transparan. Jika justru menambah tahapan dan kebingungan, berarti yang dilakukan baru memindahkan birokrasi dari meja ke layar.

Pelayanan Primer sebagai Penyeimbang

Kesetaraan pelayanan tidak akan tercapai apabila pembangunan terlalu berpusat pada rumah sakit besar. Puskesmas dan posyandu harus diperkuat sebagai pintu pertama yang mampu menangani sebagian besar kebutuhan masyarakat.

Hingga 24 Juli 2026, sekitar [9.000 puskesmas atau 87,4 persen telah menerapkan Integrasi Layanan Primer](#). Perkembangan ini harus diikuti perbaikan nyata pada mutu pemeriksaan, ketersediaan tenaga, alat diagnostik, obat, serta

tindak lanjut pasien.

Pelayanan primer tidak boleh dipersepsikan sebagai pelayanan kelas bawah bagi peserta JKN. Ia harus menjadi layanan bermutu yang dipercaya seluruh lapisan masyarakat.

Puskesmas yang kuat dapat mendeteksi hipertensi, diabetes, kanker, gangguan kesehatan jiwa, masalah gizi, dan penyakit menular lebih dini. Pengobatan dapat dilakukan sebelum penyakit menjadi berat dan membutuhkan biaya besar.

Mencegah masyarakat sakit jauh lebih manusiawi dan lebih efisien daripada menunggu rumah sakit penuh.

Swasta Dibutuhkan, tetapi Harus Tunduk pada Standar Publik

Indonesia membutuhkan peran rumah sakit swasta, laboratorium, industri farmasi, penyedia teknologi, dan perusahaan asuransi. Kapasitas negara tidak akan cukup apabila bekerja sendiri.

Namun, karena kesehatan menyangkut keselamatan manusia, kegiatan usaha di sektor ini harus tunduk kepada standar kepentingan publik. Fasilitas swasta berhak memperoleh keuntungan yang wajar. Investor juga membutuhkan kepastian usaha. Akan tetapi, keselamatan pasien tidak boleh dikurangi demi mengejar margin. Informasi medis tidak boleh disembunyikan. Tindakan yang tidak perlu tidak boleh didorong hanya karena menghasilkan pendapatan.

Rumah sakit yang bekerja sama dengan JKN harus memberikan mutu klinis yang sama kepada seluruh pasien. Perbedaan pembiayaan tidak boleh menghasilkan perbedaan pada ketelitian dokter, standar operasi, pencegahan infeksi, obat esensial, dan keselamatan.

Negara harus bertindak sebagai pengatur yang kuat, pembeli layanan yang cerdas, sekaligus pelindung pasien. Tanpa pengawasan, mekanisme pasar akan cenderung mengarahkan sumber daya ke wilayah dan jenis pelayanan yang paling menguntungkan, bukan selalu ke tempat yang paling membutuhkan.

Menjamin Mutu Dasar yang Sama

Pertama, pemerintah harus menetapkan rantai mutu nasional yang wajib dipenuhi setiap fasilitas kesehatan. Standar tersebut harus mencakup keselamatan, kompetensi tenaga, ketersediaan obat, waktu tunggu, pengendalian infeksi, komunikasi dengan pasien, dan kesinambungan pelayanan.

Kedua, mutu klinis harus dipisahkan dari fasilitas kenyamanan. Masyarakat boleh membeli kamar atau layanan tambahan, tetapi diagnosis, tindakan medis, obat esensial, keselamatan operasi, dan respons kegawatdaruratan harus berdasarkan kebutuhan medis.

Ketiga, BPJS Kesehatan harus memperkuat pembelian layanan berbasis mutu. Pembayaran tidak cukup dihitung dari jumlah peserta atau tindakan. Fasilitas

yang menunjukkan hasil klinis baik, keselamatan tinggi, serta kepuasan pasien yang wajar perlu memperoleh insentif.

Keempat, tarif pelayanan harus dihitung secara transparan dan realistis. Tarif yang terlalu rendah dapat menekan fasilitas dan tenaga kesehatan. Sebaliknya, tarif yang tidak terkendali mengancam keberlanjutan JKN. Perhitungan harus menggunakan data biaya, kebutuhan medis, kondisi wilayah, dan target mutu.

Kelima, pemerintah harus mempercepat pemerataan tenaga kesehatan. Insentif bagi dokter dan tenaga kesehatan di daerah harus meliputi pendapatan, perumahan, keamanan, fasilitas kerja, pendidikan keluarga, serta kepastian pengembangan karier.

Keenam, obat dan alat kesehatan esensial harus dipantau secara terbuka. Pemerintah perlu mengetahui fasilitas mana yang mengalami kekosongan, penyebabnya, serta berapa lama masalah tersebut diselesaikan.

Ketujuh, sistem rujukan harus menyediakan informasi kapasitas secara waktu nyata. Dokter dan pasien perlu mengetahui rumah sakit mana yang mempunyai tempat tidur, alat, serta spesialis yang dibutuhkan sebelum pasien diberangkatkan.

Kedelapan, kanal pengaduan harus mudah digunakan dan mempunyai batas waktu penyelesaian. Pasien harus dapat menyampaikan keluhan tanpa takut pelayanan berikutnya dipersulit.

Kesembilan, indikator kualitas setiap fasilitas perlu diumumkan secara bertahap. Publik berhak mengetahui waktu tunggu, kepatuhan terhadap standar, ketersediaan obat, dan hasil evaluasi keselamatan dengan tetap menjaga kerahasiaan pasien.

Kesepuluh, pembiayaan publik harus diarahkan kepada wilayah dan kelompok yang paling tertinggal. Keadilan bukan membagikan anggaran dalam jumlah yang sama, melainkan memberikan sumber daya lebih besar kepada mereka yang menghadapi hambatan lebih berat.

Peran Semua Pihak

Pemerintah pusat harus menjamin regulasi, pembiayaan, standar nasional, pemerataan tenaga, serta ketersediaan obat dan teknologi. Pemerintah daerah bertanggung jawab memastikan puskesmas dan rumah sakit daerah benar-benar bekerja, bukan hanya tercatat dalam laporan.

BPJS Kesehatan harus menjaga keberlanjutan dana sekaligus bertindak sebagai pembela kepentingan peserta. Rumah sakit dan fasilitas kesehatan wajib membangun budaya mutu, transparansi, serta keselamatan.

Organisasi profesi harus menjaga kompetensi dan etika anggotanya. Perguruan tinggi perlu menghasilkan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat, bukan hanya mengikuti konsentrasi pasar kerja di kota besar.

Industri farmasi dan teknologi harus mengembangkan inovasi yang terjangkau.

Media dan masyarakat sipil perlu mengawasi pelayanan secara kritis tanpa menghakimi tenaga kesehatan secara serampangan.

Masyarakat juga memiliki tanggung jawab menggunakan pelayanan dengan bijak, menjaga kepesertaan, mengikuti pengobatan, serta memperkuat perilaku hidup sehat. Sistem gotong royong hanya dapat bertahan apabila setiap pihak menjalankan hak dan kewajibannya secara seimbang.

Kesetaraan Bukan Berarti Semua Harus Sama

Ada yang berpendapat bahwa perbedaan pelayanan merupakan konsekuensi wajar dari perbedaan kemampuan membayar. Argumen ini benar hanya untuk fasilitas tambahan yang tidak menentukan keselamatan dan hasil klinis.

Kesetaraan bukan berarti setiap pasien menerima tindakan yang sama. Pasien harus memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan medisnya. Mereka yang kondisinya lebih berat justru harus mendapatkan sumber daya lebih besar.

Yang tidak boleh terjadi adalah dua pasien dengan kebutuhan medis yang sama memperoleh kualitas berbeda karena status ekonomi.

Kemampuan membayar dapat membeli kenyamanan, tetapi tidak boleh membeli prioritas pada ruang gawat darurat. Uang dapat membeli kamar lebih luas, tetapi tidak boleh membeli operasi yang lebih aman. Asuransi tambahan dapat menyediakan fasilitas nonmedis, tetapi keselamatan, ketepatan diagnosis, dan obat esensial harus menjadi hak semua pasien.

Inilah batas yang harus dijaga oleh negara.

Nyawa Manusia Tidak Mengenal Kelas

Kemajuan sistem kesehatan tidak cukup diukur dari banyaknya rumah sakit, peserta JKN, dokter, alat, atau tindakan medis. Semua angka itu penting, tetapi tujuan akhirnya adalah pengalaman dan keselamatan manusia.

Apakah seorang ibu dapat melahirkan dengan aman? Apakah anak mendapatkan pengobatan tepat waktu? Apakah penderita kanker memperoleh terapi tanpa menjual rumah? Apakah pasien di pulau terpencil memiliki kesempatan sembuh yang sama dengan pasien di Jakarta? Apakah orang lanjut usia diperlakukan dengan hormat?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut menentukan apakah pelayanan kesehatan telah benar-benar adil. Rakyat tidak meminta pelayanan mewah. Mereka meminta kepastian bahwa ketika sakit, negara dan sistem kesehatan tidak meninggalkan mereka.

Pelayanan kesehatan berkualitas harus diberikan karena seseorang membutuhkannya, bukan karena ia mampu membelinya. Sebab penyakit tidak pernah bertanya tentang saldo rekening sebelum menyerang, dan nyawa manusia tidak pernah mengenal kelas ekonomi.

Jakarta, 2 Mei 2026

Dr. Ir. Hendri, ST., MT

Wartawan Utama

Ketua Umum Jurnalis Nasional Indonesia (JNI)