

KORUPSI DAN KETIMPANGAN AKSES LAYANAN KESEHATAN

Queena Aelca Ignisharen

ignisharen@gmail.com

Poltekkes Kemenkes Riau

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh konstitusi. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H secara eksplisit menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (UUD NRI Tahun 1945, Pasal 28H). Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa hak tersebut belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat Indonesia. Kesenjangan akses layanan kesehatan antara masyarakat perkotaan dan pedesaan, antara golongan kaya dan miskin, masih menjadi persoalan serius yang belum terselesaikan.

Di balik permasalahan ketimpangan layanan kesehatan tersebut, terdapat faktor fundamental yang kerap luput dari perhatian publik, yakni korupsi di sektor kesehatan. Korupsi bukan sekadar persoalan moral atau hukum semata, melainkan merupakan ancaman nyata terhadap sistem kesehatan yang berujung pada terampasnya hak masyarakat atas layanan kesehatan yang layak. Dana yang seharusnya digunakan untuk membangun fasilitas kesehatan, meningkatkan kualitas tenaga medis, dan menyediakan obat-obatan bagi masyarakat miskin justru diselewengkan demi kepentingan segelintir pihak.

Permasalahan yang akan dikaji dalam esai ini adalah: (1) Bagaimana korupsi berkontribusi terhadap ketimpangan akses layanan kesehatan di Indonesia? (2) Apa saja dampak nyata korupsi sektor kesehatan terhadap masyarakat rentan? (3) Langkah-langkah apa yang perlu ditempuh untuk memutus mata rantai korupsi demi terwujudnya keadilan layanan kesehatan?

Tujuan penulisan esai ini adalah untuk menganalisis secara mendalam hubungan kausal antara korupsi dan ketimpangan akses layanan kesehatan, serta memberikan rekomendasi berbasis bukti bagi pemangku kebijakan. Argumen utama yang dibangun dalam esai ini adalah: korupsi di sektor kesehatan secara sistemik menciptakan dan memperparah ketimpangan akses layanan kesehatan, terutama bagi kelompok masyarakat

miskin dan marginal, sehingga pemberantasan korupsi harus dipandang sebagai agenda kesehatan publik yang mendesak.

2. TINJAUAN PUSTAKA / KERANGKA TEORI

2.1. Konsep Utama

Korupsi di sektor kesehatan didefinisikan oleh Transparency International (2006) sebagai penggunaan kekuasaan yang dipercayakan untuk kepentingan pribadi dalam konteks sistem dan layanan kesehatan. Bentuk-bentuknya mencakup penggelapan dana kesehatan, suap dalam proses pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan, pungutan liar oleh tenaga kesehatan, manipulasi data pasien, serta nepotisme dalam rekrutmen sumber daya manusia kesehatan.

Ketimpangan akses layanan kesehatan merujuk pada perbedaan yang tidak adil dan dapat dihindari dalam hal kemampuan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Konsep ini meliputi dimensi ketersediaan (availability), keterjangkauan (affordability), aksesibilitas fisik (accessibility), dan penerimaan budaya (acceptability) yang dikembangkan oleh Penchansky dan Thomas (1981, hlm. 127–128). Ketimpangan akses kesehatan bukan semata-mata akibat perbedaan geografis, tetapi juga merupakan produk dari ketidakadilan sistemik yang diperparah oleh korupsi.

2.2. Teori Pendukung

Teori principal-agent (Jensen & Meckling, 1976) memberikan landasan analitis yang kuat untuk memahami korupsi di sektor kesehatan. Dalam teori ini, pemerintah sebagai principal mendelegasikan kewenangan pengelolaan layanan kesehatan kepada agen (birokrat, tenaga kesehatan, pengelola fasilitas). Masalah muncul ketika agen memiliki informasi yang lebih lengkap (information asymmetry) dan menggunakannya untuk kepentingan pribadi, bukan untuk kepentingan principal maupun masyarakat.

Selain itu, teori keadilan kesehatan (health equity theory) yang dikembangkan oleh Whitehead (1992) menegaskan bahwa perbedaan status kesehatan yang diakibatkan oleh faktor-faktor sosial yang dapat dihindari, termasuk korupsi, merupakan bentuk ketidakadilan yang harus diatasi secara sistemis. Teori ini menekankan pentingnya intervensi struktural, bukan hanya pendekatan individual, dalam menanggulangi ketimpangan kesehatan.

2.3. Penelitian Relevan

Berbagai penelitian telah membuktikan hubungan erat antara korupsi dan ketimpangan layanan kesehatan. Gupta, Davoodi, dan Tiongson (2000) dalam studi mereka terhadap 71 negara menemukan bahwa tingkat korupsi yang tinggi berkorelasi signifikan

dengan tingginya angka kematian anak dan rendahnya cakupan imunisasi. Mereka menyimpulkan bahwa korupsi mengalihkan sumber daya dari layanan kesehatan dasar sehingga berdampak paling besar pada kelompok masyarakat miskin.

Di konteks Indonesia, penelitian Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK, 2021) mengidentifikasi sektor kesehatan sebagai salah satu sektor dengan risiko korupsi tertinggi, terutama dalam pengadaan alat kesehatan dan pengelolaan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penelitian ini menemukan bahwa praktik korupsi dalam pengadaan alat kesehatan tidak hanya merugikan negara secara finansial, tetapi juga berdampak langsung pada kualitas layanan yang diterima masyarakat, terutama di daerah terpencil.

3. PEMBAHASAN / ANALISIS

3.1. Mekanisme Korupsi dalam Menciptakan Ketimpangan Akses Kesehatan

Korupsi mempengaruhi akses layanan kesehatan melalui beberapa mekanisme yang saling berkaitan. Pertama, korupsi dalam alokasi anggaran kesehatan menyebabkan terdistorsinya prioritas pengeluaran. Anggaran yang seharusnya digunakan untuk membangun Puskesmas di daerah terpencil, merekrut dokter spesialis, atau menyediakan obat-obatan esensial justru diselewengkan. Akibatnya, masyarakat di daerah terpencil terus hidup dalam keterbatasan fasilitas kesehatan yang memadai.

Kedua, korupsi dalam pengadaan obat dan alat kesehatan menghasilkan produk dengan kualitas rendah yang membahayakan pasien. Kasus pengadaan alat kesehatan fiktif atau tidak sesuai spesifikasi di berbagai daerah di Indonesia telah berulang kali terungkap dan merugikan negara hingga triliunan rupiah (KPK, 2021). Dana yang bocor ini berarti berkurangnya kapasitas fasilitas kesehatan dalam memberikan layanan yang optimal. Masyarakat yang paling terdampak adalah mereka yang bergantung sepenuhnya pada fasilitas kesehatan publik, yaitu kelompok miskin.

Ketiga, korupsi dalam bentuk pungutan liar (pungli) oleh oknum petugas kesehatan secara langsung menghalangi akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan. Meskipun program JKN secara normatif menjamin layanan kesehatan gratis bagi peserta, praktik pungli masih ditemukan di berbagai fasilitas kesehatan (Transparency International, 2006). Bagi masyarakat berpenghasilan rendah, biaya informal ini menjadi hambatan psikologis maupun finansial yang menyebabkan mereka menghindari fasilitas kesehatan hingga kondisinya semakin parah.

3.2. Dampak Korupsi Terhadap Kelompok Rentan

Dampak korupsi di sektor kesehatan tidak terdistribusi secara merata. Kelompok yang paling menanggung beban terberat adalah mereka yang paling tidak memiliki

kekuatan untuk melindungi diri: masyarakat miskin, perempuan, anak-anak, lansia, dan penduduk di daerah terpencil. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2023 menunjukkan bahwa disparitas status kesehatan antara kuintil pendapatan terendah dan tertinggi masih sangat signifikan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Angka stunting pada kelompok miskin hampir tiga kali lipat dibandingkan kelompok kaya, dan perbedaan ini tidak semata-mata disebabkan oleh faktor kemiskinan absolut, tetapi juga oleh rendahnya kualitas layanan kesehatan yang tersedia.

Di sisi lain, korupsi juga berdampak pada demotivasi tenaga kesehatan yang berintegritas. Ketika sistem memberikan penghargaan kepada mereka yang koruptif dan menghukum mereka yang berani melaporkan penyimpangan, maka tenaga-tenaga kesehatan bertalenta akan meninggalkan sistem kesehatan publik atau bahkan keluar negeri. Brain drain ini memperburuk ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, di mana daerah-daerah terpencil semakin sulit mendapatkan dokter dan tenaga kesehatan yang kompeten (Gupta et al., 2000).

3.3. Strategi Pemberantasan Korupsi untuk Keadilan Kesehatan

Memutus mata rantai korupsi di sektor kesehatan membutuhkan pendekatan multi-dimensi yang menyentuh akar permasalahan. Pertama, reformasi tata kelola anggaran kesehatan melalui penerapan sistem e-budgeting dan e-procurement yang transparan sangat diperlukan. Pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa digitalisasi sistem pengadaan secara signifikan mengurangi peluang korupsi karena mempersempit diskresi pejabat dan meningkatkan jejak audit (Jensen & Meckling, 1976).

Kedua, penguatan mekanisme pengawasan berbasis masyarakat perlu diintensifkan. Komite Kesehatan Masyarakat (Komkesmas) dan forum-forum warga di tingkat fasilitas kesehatan primer perlu diberdayakan agar memiliki kapasitas untuk memantau penggunaan anggaran dan melaporkan penyimpangan. Penelitian Björkman dan Svensson (2009, hlm. 735) di Uganda menunjukkan bahwa keterlibatan aktif masyarakat dalam pengawasan fasilitas kesehatan mampu meningkatkan utilisasi layanan sebesar 33% dan menurunkan angka kematian bayi secara signifikan.

Ketiga, perlindungan bagi pelapor (whistleblower) di sektor kesehatan harus diperkuat secara hukum dan budaya organisasi. Banyak tenaga kesehatan yang mengetahui praktik korupsi namun enggan melapor karena khawatir terhadap konsekuensi karir (KPK, 2021). Dengan memberikan perlindungan dan insentif bagi pelapor, sistem dapat membangun mekanisme kontrol internal yang lebih efektif daripada pengawasan eksternal semata.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, terbukti bahwa korupsi di sektor kesehatan bukan sekadar persoalan penyalahgunaan kekuasaan, melainkan merupakan determinan sosial kesehatan yang secara sistemik menciptakan dan memperparah ketimpangan akses layanan kesehatan (Whitehead, 1992). Melalui mekanisme distorsi alokasi anggaran, pelemahan kualitas pengadaan, dan praktik pungli langsung, korupsi secara konsisten merampas hak masyarakat miskin dan marginal atas layanan kesehatan yang layak.

Temuan utama esai ini menegaskan bahwa: (1) korupsi dan ketimpangan kesehatan memiliki hubungan kausal yang kuat dan terdokumentasi secara ilmiah; (2) kelompok miskin dan rentan menanggung beban terbesar akibat korupsi di sektor kesehatan; (3) solusi komprehensif yang mencakup reformasi tata kelola, penguatan pengawasan berbasis masyarakat, dan perlindungan pelapor merupakan prasyarat bagi terwujudnya keadilan layanan kesehatan.

Implikasi dari analisis ini adalah bahwa agenda pemberantasan korupsi dan agenda peningkatan keadilan kesehatan harus diintegrasikan dalam satu kebijakan yang koheren. Pemerintah, lembaga antikorupsi, organisasi profesi kesehatan, dan masyarakat sipil perlu bersinergi dalam membangun sistem kesehatan yang tidak hanya efisien secara teknis, tetapi juga bersih dari korupsi dan berkeadilan. Hanya dengan demikian, amanah konstitusi untuk memberikan layanan kesehatan yang merata bagi seluruh rakyat Indonesia dapat terwujud (UUD NRI Tahun 1945, Pasal 28H).

DAFTAR PUSTAKA

- Björkman, M., & Svensson, J. (2009). Power to the people: Evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 735–769. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>
- Gupta, S., Davoodi, H., & Tiongson, E. (2000). Corruption and the provision of health care and education services. *IMF Working Paper No. 00/116*. International Monetary Fund. <https://doi.org/10.5089/9781451852257.001>
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2023*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <https://www.litbang.kemkes.go.id>

- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2021). *Kajian sistem integritas sektor kesehatan: Peta risiko korupsi pengadaan alat kesehatan dan JKN*. KPK RI. <https://www.kpk.go.id>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Transparency International. (2006). *Global corruption report 2006: Corruption and health*. Pluto Press. <https://www.transparency.org/en/publications/global-corruption-report-2006>
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 28H.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>