



CSIS COMMENTARIES

CSIS Commentaries is a platform where policy researchers and analysts can present their timely analysis on various strategic issues of interest, from economics, domestic political to regional affairs. This commentaries serves as a medium for experts to disseminate knowledge and share perspectives in two languages – Bahasa Indonesia and English, enabling a diverse readership to engage with the content. Analyses presented in CSIS Commentaries represent the views of the author(s) and not the institutions they are affiliated with or CSIS Indonesia. Please contact the editorial team for any enquiries at publication@csis.or.id

CSIS Commentaries CSISCOM01825

October 20th, 2025

Reformulasi Implementasi Program Cek Kesehatan Gratis

Arya Fernandes

Ketua Departemen Politik dan Perubahan Sosial, CSIS Indonesia

arya.fernandes@csis.or.id

Pemerintahan Prabowo Subianto-Gibran Rakabuming Raka akan memasuki tahun pertama pada 20 Oktober 2025 nanti. Sejumlah program strategis nasional perlu mendapatkan evaluasi dan tinjauan. Tulisan ini membahas bagaimana tinjauan strategis terhadap Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang telah diluncurkan pemerintah pada Februari 2025 lalu. Program ini juga bertujuan untuk mendeteksi penyakit secara dini mulai dari anak yang baru lahir hingga masyarakat yang lanjut usia (lansia). Untuk dapat mendapatkan manfaat dari program tersebut, masyarakat dapat mengaksesnya melalui aplikasi SATU SEHAT Kementerian Kesehatan.

Pada tahun 2025, pemerintah pusat mengalokasikan sekitar Rp3,4 triliun untuk program Cek Kesehatan Gratis dalam APBN 2025, yang disalurkan sebesar Rp2,2 triliun melalui

Kementerian Kesehatan dan Rp1,1 triliun melalui Dana Transfer ke Daerah.¹ Terdapat empat kriteria penerima manfaat dengan jenis pemeriksaan kesehatan yang berbeda-beda (Tabel 1), yaitu bayi baru lahir (usia 2 hari), balita dan prasekolah (usia 1-6 tahun), remaja dan dewasa (18-59 tahun), dan lansia (di atas 60 tahun).² Intervensi kesehatan ini diharapkan dapat berkontribusi untuk mewujudkan dua sasaran dari visi Indonesia Emas 2045, seperti yang tertera dalam pasal 5 UU Nomor 59 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2025-2045, yaitu pendapatan per kapita Indonesia yang setara negara maju dan turunnya angka kemiskinan dan ketimpangan.

Tabel 1. Kategori Penerima Manfaat Cek Kesehatan Gratis dan Jenis Pemeriksaan

No	Kategori	Jenis pemeriksaan
1	Bayi baru lahir (Usia 2 hari)	Deteksi dini hormon tiroid, G6PD, penyakit jantung bawaan, skrining pertumbuhan anak
2	Balita dan pra-sekolah (1-6 tahun)	Skrining tuberculosis, pemeriksaan pendengaran, penglihatan, dan kondisi gigi.
3	Remaja dan Dewasa (18-59 tahun)	Tekanan darah, kadar kolesterol, gula darah, pemantauan risiko kardiovaskular, fungsi paru, deteksi dini kanker payudara, kanker leher rahim, kanker paru, dan kanker usus
4	Lansia (Di atas 60 tahun)	Pemeriksaan fungsi indra (pendengaran dan penglihatan), kesehatan jiwa, hati, geriatri, deteksi gangguan kardiovaskular, paru, dan kanker.

Sumber: www.ayosehat.kemkes.go.id.

Sementara dalam Ringkasan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025-2029, pemerintah telah menetapkan sasaran mewujudkan kesehatan untuk semua, dengan beberapa indikator target 2029, yaitu: (a) peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) dari 72,13 tahun pada *baseline* 2024 menjadi 75,4 tahun; (b) penurunan angka kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup dari 189 menjadi 77; (c) penurunan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada balita dari 21,5 persen menjadi 14,2 persen; dan (d) penurunan insidensi tuberculosis per 100.000 penduduk dari 387 menjadi 190.

¹ <https://www.kemenkeu.go.id/informasi-publik/publikasi/berita-utama/alokasi-ckg-2025>

² <https://ayosehat.kemkes.go.id/cek-kesehatan-gratis>

Sejumlah hasil studi menunjukkan hubungan yang positif antara kesehatan dan pencapaian kinerja ekonomi. Studi Bloom dan Canning (2003) menemukan adanya korelasi antara peningkatan status kesehatan dengan meningkatnya pendapatan dan pertumbuhan ekonomi.³ Riset lainnya oleh Bloom dan Canning (2008) menunjukkan bahwa negara-negara yang berpendapatan tinggi cenderung mempromosikan kesehatan yang lebih baik melalui peningkatan nutrisi, akses yang baik terhadap air dan sanitasi, dan meningkatnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik.⁴ Hal ini juga dikonfirmasi melalui data *World Bank* (2025) yang menunjukkan adanya perbedaan yang tinggi antara tingkat harapan hidup antara negara-negara berpendapatan rendah, pendapatan menengah, pendapatan menengah ke atas, dengan negara-negara pendapatan tinggi.⁵ Hubungan positif antara harapan hidup dan PDB dikenal dengan “Kurva Preston”, di mana negara-negara dengan status kesehatan yang lebih baik, cenderung memiliki pendapatan yang lebih tinggi dari pada negara-negara dengan status kesehatan yang lebih buruk (Preton, 1975 seperti dikutip dalam Bloom, Kuhn, dan Prettnner, 2018).⁶

Meskipun pemerintah pusat sudah mengimplementasikan program CKG, terdapat beberapa catatan kritis yang perlu disampaikan untuk meningkatkan efektivitas program ini, terutama dalam perspektif geografi, demografi dan capaian indikator kesehatan yang berbeda-beda pada setiap provinsi di Indonesia.

Naskah ini mengidentifikasi tiga isu strategis yang dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan CKG untuk mewujudkan Indonesia Emas 2045:

Isu Strategis 1: Capaian indikator kesehatan di Indonesia yang tidak merata.

Secara umum ketimpangan capaian indikator kesehatan membuat penyeragaman program CKG tidak bisa dilakukan karena kondisi yang berbeda-beda di setiap daerah akan mempengaruhi keberhasilan program tersebut. Ketimpangan capaian indikator kesehatan tampak dalam dua aspek berikut ini: yaitu (a) perbedaan Angka Harapan Hidup (AHH) yang berbeda-beda antara wilayah Indonesia bagian barat, tengah dan timur Indonesia (Gambar 2).⁷ Daerah timur Indonesia cenderung memiliki tingkat harapan hidup yang lebih rendah dibandingkan wilayah barat dan tengah. Di Papua Pegunungan misalnya, tingkat AHH 69,42 tahun, sementara di DKI Jakarta 78,96. Faktor pendapatan per kapita yang berbeda-beda pada setiap provinsi juga mempengaruhi indikator kesehatan di daerah tersebut. Sebagai contoh, angka harapan hidup di DKI Jakarta lebih tinggi dibandingkan provinsi lainnya, karena akses kesehatan yang lebih bagus, dan tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan yang berkualitas, serta kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan terbaik; (b) adanya

³ David, B., & Canning, D. (2003). Health as human capital and its impact on economic performance. The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice, 28(2), 304–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0440.00225>

⁴ Bloom, D. E., & Canning, D. (2008). Population health and economic growth (Commission on Growth and Development Working Paper No. 24). World Bank.

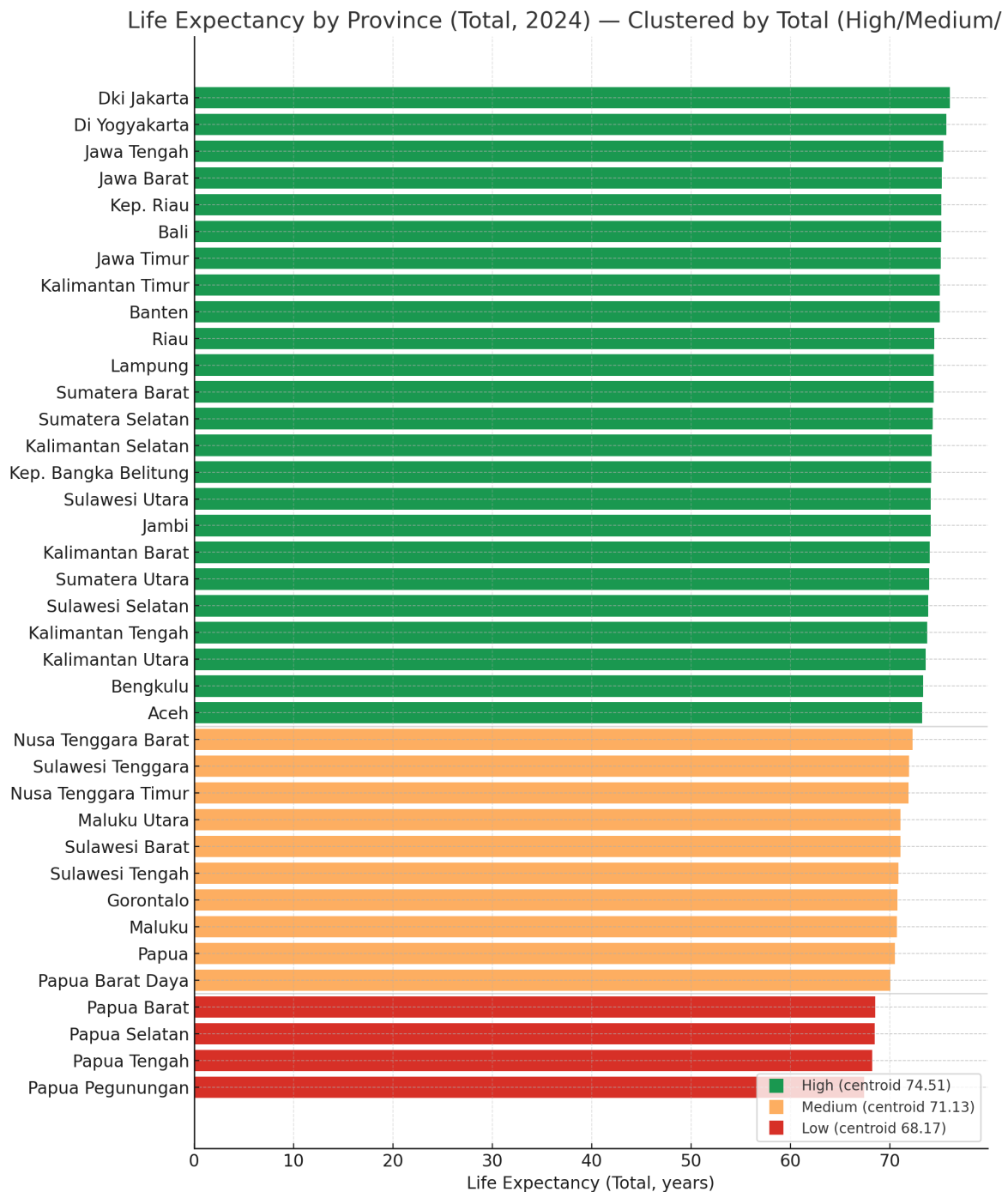
⁵ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

⁶ Bloom, David E.; Kuhn, Michael; Prettnner, Klaus (2018) : Health and Economic Growth, IZA Discussion Papers, No. 11939, Institute of Labor Economics (IZA), Bonn.

⁷ <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MjI3MyMy/angka-harapan-hidup--ahh--menurut-provinsi-dan-jenis-kelamin--menggunakan-uhh-hasil-sp2020-lf-.html>

perbedaan antara jumlah tenaga kesehatan antar-provinsi terutama dokter, perawat dan bidan (Gambar 3).⁸

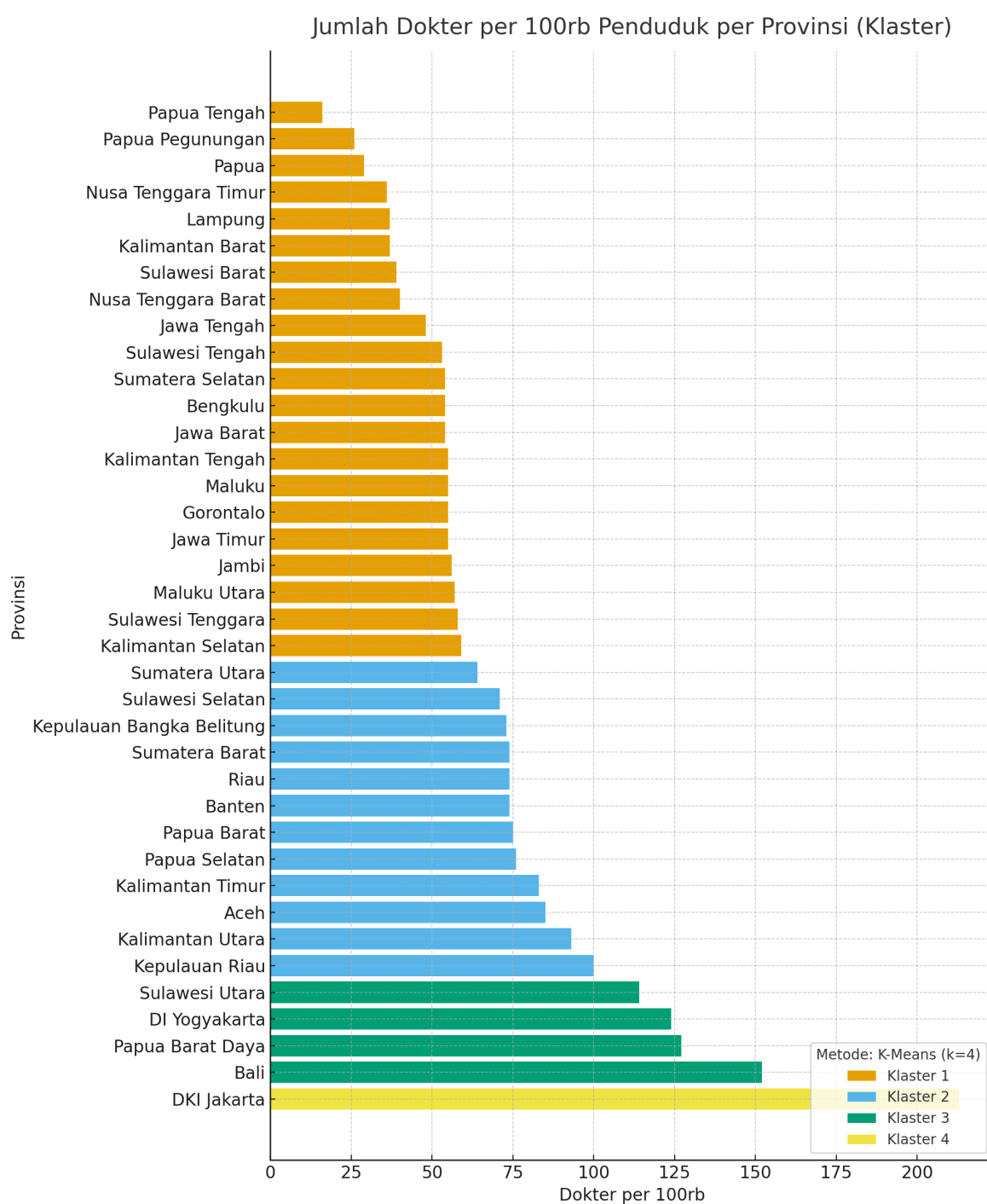
Gambar 2. Angka Harapan Hidup Setiap Provinsi



Sumber: BPS (*diolah penulis*)

⁸ <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/3/YVdwSFJHRjRVVkJqWIRWRU9EQKhNVFY0UjB4VVVUMDkjMyMwMDAw/jumlah-tenaga-kesehatan-menurut-provinsi.html?year=2023>

Gambar 3. Jumlah Dokter per 100.000 penduduk



Sumber: BPS (*diolah penulis*)

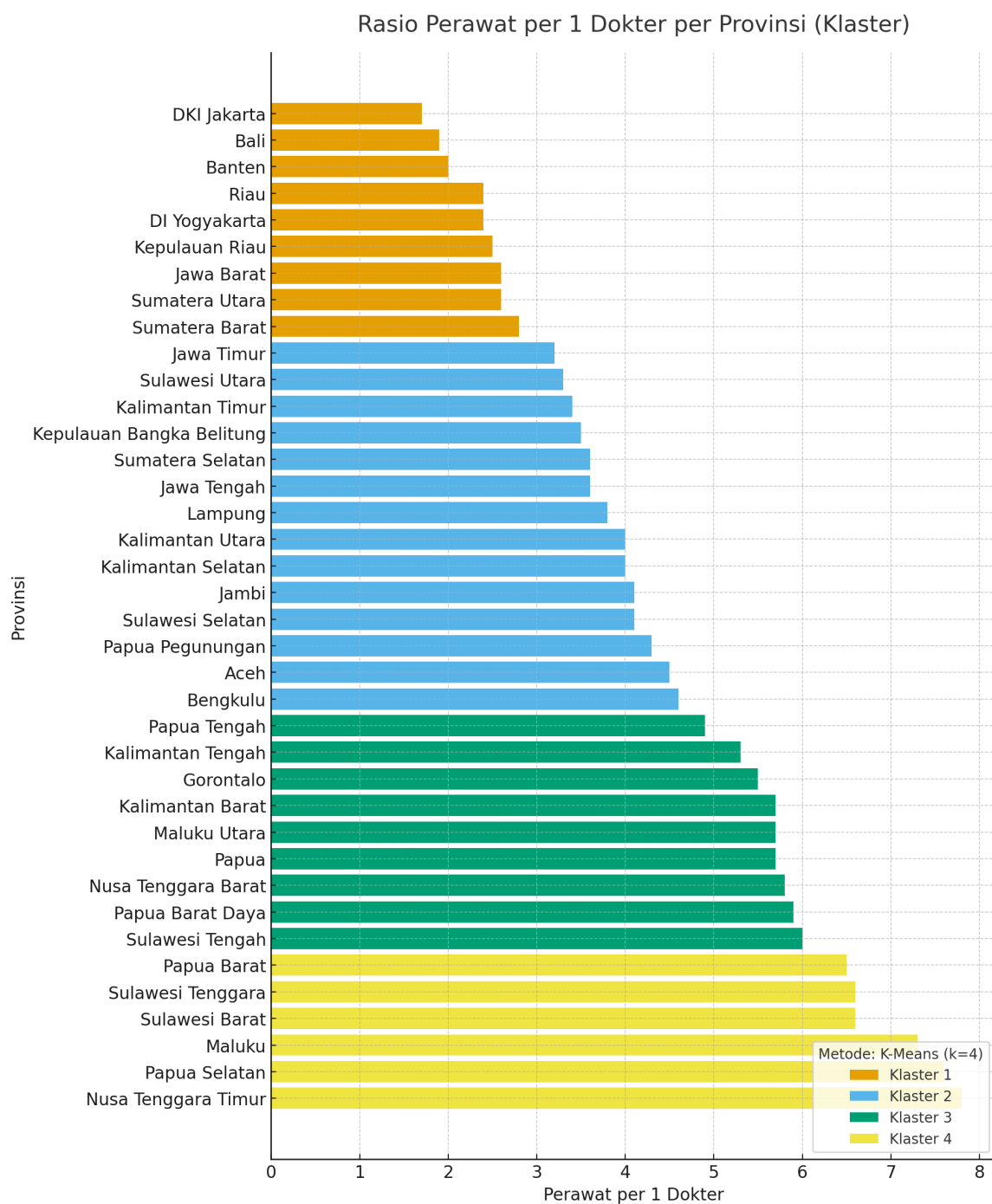
Tingkat kerentanan dan risiko kesehatan yang berbeda-beda pada setiap kategori usia dan provinsi harusnya dapat menjadi pertimbangan untuk mendiversifikasi program ini berbasis tingkat kerentanan yang dapat dilihat dari keluhan kesehatan pada setiap kategori usia. Sebagai contoh, data BPS (2024) menunjukkan bahwa di tingkat populasi, keluhan kesehatan paling banyak terjadi pada populasi yang berusia 0-9 tahun (rata-rata 36,12%), dan yang berusia di atas 50 tahun (rata-rata 36,31%) dibandingkan kategori usia lainnya. Untuk itu, dalam pelayanan kesehatan, kluster usia ini harus mendapatkan kesehatan, misalnya mendapatkan pelayanan CKG 2 kali dalam setahun.

Isu Strategis 2: Ketimpangan tenaga medis (dokter) antar provinsi di Indonesia.

Ketimpangan tenaga medis, ketimpangan rasio dokter dan perawat, serta persebaran Puskesmas yang berbeda pada setiap provinsi, membuat program CKG hanya akan menguntungkan daerah-daerah dengan ketersediaan fasilitas dan tenaga medis yang bagus.

Implementasi CKG yang seragam ini akan menghasilkan capaian yang tidak merata karena tingginya rasio yang timpang antara jumlah dokter dan perawat pada setiap provinsi di Indonesia. Standar rasio ideal antara jumlah dokter dan perawat yang dianjurkan WHO adalah 1 dokter, dengan 2-3 perawat. Dari analisis data yang penulis lakukan terdapat variasi yang berbeda-beda pada setiap provinsi. Contoh ekstrem misalnya terjadi di NTT dengan ketimpangan tinggi yaitu rasio 1 : 7,8 (1 dokter ; 8 perawat) (Gambar 4).

Gambar 4. Rasio Jumlah Perawat per 1 orang Dokter



Sumber: BPS (diolah penulis)

Ketimpangan jumlah dokter juga terjadi antara provinsi di Indonesia. Bila dihitung jumlah tenaga medis per 100.000 penduduk menunjukkan adanya perbedaan yang tinggi pada setiap provinsi. Sebagai contoh, di Papua Tengah hanya terdapat 16 orang tenaga medis per 100.000 penduduk, berbeda dengan DKI Jakarta di mana terdapat 213 dokter per 100.000 penduduk, atau Bali 152 dokter per 100.000 orang penduduk. (*Selengkapnya dapat melihat lampiran*).

Isu Strategis 3: rendahnya tingkat literasi masyarakat dalam memahami masalah kesehatan.

Tingkat literasi kesehatan warga yang masih rendah dapat mempengaruhi keinginan warga untuk memeriksakan kesehatan melalui program CKG. Sebagai contoh, dalam Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)⁹ BPS tahun 2024 menunjukkan sebagian besar masyarakat (64,11 persen) lebih mengandalkan pengobatan sendiri daripada rawat jalan dan 33,15 persen mengaku merasa tidak perlu berobat. Aspek lainnya rendahnya tingkat kunjungan rawat inap ke Puskesmas. Hal tersebut bisa jadi dipengaruhi oleh rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan milik pemerintah. Data Susenas 2024 menunjukkan hanya 10,68 persen responden yang mengaku pernah rawat inap di Puskesmas dalam 1 tahun terakhir, sementara tingkat okupansi tertinggi berada di RS swasta mencapai 42,34 persen. Untuk itu, ke depan perlu dirancang program literasi kesehatan berbasis komunitas/masyarakat.

Rekomendasi Kebijakan

Pertama, pendekatan pelayanan kesehatan berbasis *assessment* terhadap kondisi geografi dan demografi serta indikator kesehatan yang berbeda-beda pada setiap provinsi harus menjadi prioritas utama. Provinsi dengan angka harapan hidup yang rendah dan prevalensi penyakit tertentu yang tinggi berdasarkan usia harus mendapatkan layanan yang lebih dibandingkan provinsi indikator kesehatannya bagus. Misalnya, dengan meningkatkan frekuensi pemeriksaan kesehatan menjadi 2 kali setahun pada kelompok rentan dan berisiko.

Kedua, untuk mendapatkan capaian yang sama pada setiap provinsi, pemerataan tenaga kesehatan melalui kebijakan pemberian insentif khusus bagi tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di daerah Indonesia bagian Timur perlu diprioritaskan sehingga standar pemeriksaan kesehatan menjadi terukur. *Ketiga*, peningkatan program *telemedicine* terutama pada daerah-daerah terpencil yang tidak tersedia Puskesmas atau lokasi Puskesmas yang jauh dari lokasi pemukiman warga serta menerapkan pelayanan berbasis manual tanpa melalui aplikasi SATUSEHAT bagi masyarakat yang tidak memiliki telepon pintar, atau mengalami kendala jaringan internet.

Sebagai langkah konkret, berikut beberapa rekomendasi kebijakan yang dapat ditawarkan:

Pertama, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Badan Pusat Statistik (BPS) menerapkan standar pemeriksaan berbasis kebutuhan dan kerentanan. *Kedua*, Kementerian

⁹ Susenas merupakan survei rumah tangga dengan cakupan variabel demografi, pendidikan, kesehatan, perumahan, ekonomi dan lainnya. Pemilihan sample dilakukan representatif dan memperhatikan aspek *probability proportional to size (PPS)* dengan total sampel sebanyak 345.000 rumah tangga yang tersebar di 34 provinsi dan 514 kabupaten/kota di Indonesia.

Bappenas dan Kementerian Keuangan menyusun formula pengalokasian Dana Transfer ke Daerah pada daerah-daerah memiliki capaian indikator kesehatan yang rendah. *Ketiga*, Kementerian Kesehatan membuat insentif bagi dokter yang bersedia ditempatkan di daerah dengan tingkat indikator kesehatan yang rendah dan merancang peta jalan penempatan wilayah bagi dokter-dokter yang telah selesai mengikuti pendidikan dokter.

CSIS Indonesia, Pakarti Centre Building, Indonesia 10160

Tel: (62-21) 386 5532 | Fax: (6221) 384 7517 | csis.or.id

Please contact the editorial team for any enquiries at

publication@csis.or.id