

Pemeriksaan Kesehatan Gratis dan **Produktivitas:**

Dari Kuratif ke Preventif
dalam **Ekonomi Kesejahteraan**

Oleh: Rudy C Tarumingkeng



Rudy C Tarumingkeng: Pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas: dari kuratif ke preventif dalam ekonomi kesejahteraan

Oleh:

[Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD](#)

Professor of Management NUP: 9903252922

Professor Emeritus, IPB-University

Rektor, Universitas Cenderawasih, Papua (1978-1988, dan

Rektor, Kampus AGRO Manokwari sekarang Universitas Papua Manokwari

Coordinator, CIDA/DIKTI SFU Burnaby BC Canada 1988-1991

Rektor, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta (1991-2000)

Chairman. Board of Professors, IPB-University, Bogor (2005-2006)

AI - Data Analyst, dan Chairman, Academic Senate, IBM-ASMI, Jakarta 2024-

© RudyCT Academic Series

rudyclt75@gmail.com

25 March 2026

PEMERIKSAAN KESEHATAN GRATIS DAN PRODUKTIVITAS: DARI KURATIF KE PREVENTIF DALAM EKONOMI KESEJAHTERAAN

Makalah

Pendahuluan

Dalam ekonomi kesejahteraan, kesehatan tidak pernah hanya dipandang sebagai urusan klinis individual. Kesehatan adalah *capability* dasar yang memungkinkan seseorang belajar, bekerja, berpartisipasi dalam kehidupan sosial, dan menikmati hasil pembangunan. Karena itu, layanan kesehatan tidak hanya bernilai karena menyembuhkan penyakit, tetapi juga karena memperbesar peluang hidup produktif dan menurunkan kerentanan ekonomi rumah tangga. Definisi cakupan kesehatan semesta dari WHO sendiri menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus dipahami sebagai satu kontinum utuh, mulai dari promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, hingga paliatif, yang harus tersedia tanpa menimbulkan kesulitan finansial. Dengan kerangka seperti ini, pemeriksaan kesehatan gratis bukan sekadar program teknis, melainkan instrumen kebijakan publik untuk memindahkan sistem dari logika “menunggu orang sakit” ke logika “menjaga orang tetap sehat.” ([World Health Organization](#))

Relevansi topik ini makin besar dalam konteks Indonesia. WHO mencatat bahwa pengeluaran kesehatan Indonesia tercatat sebesar 3,71% dari PDB

pada 2021, sementara tantangan kesehatan nasional semakin kompleks karena negara menghadapi beban ganda: penyakit menular belum selesai, tetapi penyakit tidak menular meningkat tajam. World Bank dalam *National Health Compact Indonesia* menegaskan bahwa porsi kematian akibat penyakit tidak menular di Indonesia meningkat dari 61% menjadi 76% antara 2000 dan 2019, dan tren ini semakin menekan sistem kesehatan dan JKN yang masih belum siap mendiagnosis, merawat, dan mengelola kondisi kronis secara memadai. Di titik inilah, pergeseran dari kuratif ke preventif tidak lagi dapat dipahami sebagai slogan reformasi, melainkan kebutuhan struktural. ([datadot](#))

Makalah ini berargumen bahwa pemeriksaan kesehatan gratis dapat menjadi instrumen penting dalam ekonomi kesejahteraan karena ia bekerja pada tiga lapisan sekaligus. Pertama, ia memperbaiki kesehatan populasi melalui deteksi dini dan intervensi lebih cepat. Kedua, ia memperkuat produktivitas melalui penurunan *absenteeism*, *presenteeism*, kehilangan kualitas hidup, dan keluarnya pekerja dari pasar kerja terlalu dini. Ketiga, ia dapat meningkatkan efisiensi fiskal jangka menengah jika berhasil menahan eskalasi biaya penyakit kronis dan komplikasi yang mahal. Namun, manfaat tersebut tidak otomatis muncul hanya dengan memperbanyak skrining. Pemeriksaan gratis baru menjadi produktif secara ekonomi apabila terhubung dengan mutu layanan primer, sistem rujukan, tindak lanjut pengobatan, literasi kesehatan, dan desain skrining yang berbasis bukti. Tanpa itu, negara berisiko hanya menghasilkan antrean data, bukan peningkatan kesejahteraan. ([OECD](#))

Kesehatan Preventif dalam Perspektif Ekonomi Kesejahteraan

Ekonomi kesejahteraan pada dasarnya bertanya bagaimana sumber daya sosial dialokasikan agar manfaat kolektif meningkat, distribusinya lebih adil, dan kerugian yang dapat dicegah ditekan. Dalam kerangka ini, pelayanan preventif memiliki keunggulan normatif dan ekonomi. Secara

Rudy C Tarumingkeng: Pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas: dari kuratif ke preventif dalam ekonomi kesejahteraan

normatif, ia melindungi orang sebelum terjadi penurunan kesejahteraan yang berat. Secara ekonomi, ia cenderung lebih efisien karena mencegah atau menunda progresi penyakit ke tahap yang lebih mahal dan lebih merusak produktivitas. OECD menegaskan bahwa *primary health care* adalah landasan sistem kesehatan yang efisien, berorientasi pada manusia, dan adil; penguatan layanan primer memperbaiki koordinasi pelayanan, meningkatkan luaran kesehatan, dan mengurangi pemborosan dengan membatasi rawat inap yang tidak perlu serta biaya terkait di rumah sakit dan bagian lain sistem kesehatan. Namun OECD juga menunjukkan bahwa pada 2023 pengeluaran untuk pencegahan di negara-negara OECD kembali turun ke sekitar 3% dari total belanja kesehatan setelah lonjakan pandemi, menandakan bahwa pencegahan tetap cenderung kurang diprioritaskan. ([OECD](#))

Dalam bahasa yang lebih sederhana, sistem kuratif bekerja setelah kerusakan terjadi, sedangkan sistem preventif berusaha mengurangi kemungkinan kerusakan itu berkembang. Dalam masyarakat dengan prevalensi hipertensi, obesitas sentral, diabetes, penyakit jantung, kanker, dan gangguan kesehatan gigi yang tinggi, keputusan untuk menunda deteksi dini sebenarnya bukan keputusan netral. Ia adalah keputusan yang memindahkan biaya ke masa depan dalam bentuk stroke, gagal ginjal, serangan jantung, komplikasi kehamilan, kecacatan, kehilangan hari kerja, dan tekanan pembiayaan JKN. Karena itu, ketika negara membiayai pemeriksaan kesehatan gratis, negara sesungguhnya sedang melakukan investasi antisipatif: menukar biaya skrining yang lebih rendah hari ini dengan peluang menghindari biaya klinis dan biaya ekonomi yang jauh lebih besar di masa depan. Logika ini konsisten dengan pandangan WHO bahwa kualitas layanan kesehatan—termasuk promosi dan pencegahan—meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan mengurangi pemborosan sumber daya. ([World Health Organization](#))

Ekonomi kesejahteraan juga menekankan soal eksternalitas. Kesehatan yang buruk bukan hanya merugikan individu yang sakit; ia juga membebani keluarga, pemberi kerja, asuransi sosial, dan anggaran publik. Ketika seorang pekerja usia produktif terlambat mengetahui hipertensi atau diabetesnya, konsekuensinya dapat berupa turunnya performa kerja bertahun-tahun sebelum terjadi peristiwa klinis besar. Ketika kanker dideteksi terlambat, biaya pengobatan meningkat sementara peluang bertahan hidup menurun. Ketika TB atau gangguan paru tidak dikenali lebih awal, produktivitas turun dan penularan dapat terus berlangsung. Dengan demikian, pelayanan preventif memiliki nilai kesejahteraan karena memperkecil biaya sosial yang tersebar luas tetapi sering tidak terlihat dalam keputusan rumah tangga sehari-hari. ([World Bank](#))

Mengapa Pemeriksaan Gratis Berkaitan dengan Produktivitas

Hubungan antara kesehatan dan produktivitas telah lama dikenal, tetapi semakin jelas dalam analisis mutakhir. OECD menegaskan bahwa *ill health* berdampak negatif signifikan pada partisipasi kerja dan kinerja pasar tenaga kerja; pada pekerja yang lebih tua, penyakit dan penurunan kemampuan fungsional menjadi alasan penting keluar dari pasar kerja lebih dini. OECD juga menunjukkan bahwa program promosi kesehatan di tempat kerja dapat berkontribusi pada tindakan preventif, memperbaiki hasil kesehatan dan hasil pasar kerja, serta menurunkan ketidakhadiran kerja dan memperbaiki produktivitas. Ini penting karena memperlihatkan bahwa kesehatan bukan sekadar variabel sosial, melainkan salah satu fondasi langsung dari output ekonomi. ([OECD](#))

Namun pemeriksaan kesehatan gratis bekerja lebih awal daripada program kesehatan di tempat kerja. Ia berfungsi sebagai pintu masuk deteksi dini pada seluruh siklus hidup: bayi, balita, remaja, dewasa, hingga lansia. Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa program Cek Kesehatan Gratis (CKG) dimulai pada 10 Februari 2025, dijalankan berbasis siklus hidup, dan

Rudy C Tarumingkeng: Pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas: dari kuratif ke preventif dalam ekonomi kesejahteraan

mencakup tiga momentum utama: CKG ulang tahun, CKG sekolah, serta CKG khusus ibu hamil dan balita. Di tingkat operasional, pemeriksaan dilakukan di Puskesmas, dan untuk remaja serta dewasa meliputi tekanan darah, kolesterol, gula darah, pemantauan risiko kardiovaskular, fungsi paru, serta deteksi dini beberapa jenis kanker. Dalam perspektif produktivitas, desain berbasis siklus hidup seperti ini penting karena kerugian ekonomi akibat kesehatan buruk sering bermula jauh sebelum seseorang memasuki fase sakit berat. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Ada sedikitnya empat mekanisme mengapa skrining gratis berpotensi meningkatkan produktivitas. Pertama, ia mengurangi *undiagnosed disease burden*; pekerja yang mengetahui faktor risikonya lebih awal dapat mengubah perilaku, menerima terapi, atau dipantau sebelum terjadi komplikasi. Kedua, ia memperpendek keterlambatan diagnosis yang selama ini berkontribusi pada progresi penyakit lebih cepat. World Bank menulis bahwa akses yang tidak memadai ke layanan rujukan di Indonesia telah menyebabkan deteksi terlambat, progresi penyakit lebih cepat, survival lebih rendah, serta kehilangan kualitas hidup dan produktivitas; lebih dari 70% kasus kanker, misalnya, terdeteksi pada tahap lanjut. Ketiga, ia memperkuat human capital karena kesehatan yang lebih baik meningkatkan kapasitas belajar, bekerja, dan beradaptasi. Keempat, ia mengurangi beban finansial yang bisa mendorong rumah tangga jatuh miskin atau mengurangi konsumsi produktif lainnya. ([World Bank](#))

Dalam bahasa ekonomi, pemeriksaan gratis bukan tujuan akhir, melainkan *information intervention*. Ia membuat risiko kesehatan yang sebelumnya laten menjadi terlihat. Begitu informasi ini muncul, rumah tangga, fasilitas kesehatan, pemerintah daerah, dan sistem JKN dapat bertindak lebih rasional. Tanpa informasi dini, sistem kesehatan cenderung membayar tahap penyakit yang sudah mahal, sedangkan individu cenderung datang ketika gejala sudah mengganggu. Akibatnya, produktivitas turun ganda:

pertama karena penyakitnya sendiri, kedua karena terapi yang menjadi lebih berat dan memakan waktu kerja lebih panjang. Karena itu, deteksi dini memiliki fungsi produktif yang tidak selalu terlihat dalam neraca anggaran tahunan, tetapi sangat nyata pada horizon jangka menengah. ([OECD](#))

Konteks Indonesia: Mengapa Pergeseran Ini Mendesak

Urgensi pergeseran ke preventif di Indonesia dapat dibaca dari tiga tanda. Tanda pertama adalah perubahan profil penyakit. World Bank menegaskan bahwa penyakit tidak menular kini menekan sistem kesehatan Indonesia, dan bahwa transformasi layanan primer dirancang untuk memberi layanan yang lebih holistik—promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif—dengan prioritas pada deteksi dini risiko penyakit. Tanda kedua adalah keterbatasan kesiapan sistem. Dokumen yang sama menyebut hanya 56% Puskesmas di Indonesia yang sepenuhnya terpenuhi tenaga kesehatan esensial, dan kepadatan dokter pada 2022 masih 0,69 per 1.000 penduduk, di bawah ambang minimum WHO 1 dokter per 1.000 penduduk. Tanda ketiga adalah tekanan fiskal JKN. DJSN dalam laporan kuartal III 2025 mencatat rasio klaim di atas 100% berlangsung konsisten sejak 2023, dan per 30 September 2025 program JKN mengalami defisit operasional yang menurunkan aset neto DJS Kesehatan sebesar Rp11,8 triliun *year to date*.

Tekanan ini makin terlihat ketika dikaitkan dengan data penyakit kronis. Menurut pernyataan BPJS Kesehatan yang diberitakan ANTARA pada Januari 2026, dari total Rp190,3 triliun biaya pelayanan kesehatan sepanjang 2025, sebesar Rp50,2 triliun digunakan untuk 59,9 juta kasus penyakit kronis. Penyakit jantung menjadi beban biaya tertinggi. Pesan penting dari data ini bukan sekadar besarnya angka, melainkan arah kebijakan yang tersirat: jika penyakit kronis terus dideteksi terlambat dan dikelola pada tahap komplikasi, maka logika kuratif akan terus menggerus keberlanjutan pembiayaan. Karena itu, BPJS juga menekankan skrining

riwayat kesehatan sebagai strategi untuk menahan pembengkakan biaya. ([ANTARA News](#))

Data epidemiologis nasional juga memperlihatkan bahwa persoalannya bukan kecil. Dalam policy brief yang merujuk SKI 2023 di repositori Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah pada penduduk usia 18 tahun ke atas tercatat 30,8%, sedangkan prevalensi diabetes berdasarkan diagnosis dokter 1,7% pada semua kelompok usia dan 2,2% pada kelompok usia 15 tahun ke atas. Bahkan prevalensi hipertensi tertinggi terdapat pada kelompok usia 65–74 tahun. Walaupun angka-angka ini perlu dibaca bersama konteks metodologis survei, mereka cukup untuk menunjukkan bahwa Indonesia menghadapi beban faktor risiko yang besar, termasuk pada populasi usia produktif.

Program CKG kemudian memberi data lapangan yang lebih aktual. Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa hingga 4 November 2025, sebanyak 50,5 juta orang telah mengikuti pemeriksaan kesehatan gratis dari total 53,6 juta pendaftar. Data akhir Oktober 2025 pada peserta dewasa menunjukkan hampir 96% masuk kategori kurang aktivitas fisik, 41,9% mengalami karies gigi, 32,9% obesitas sentral, dan 24,4% *overweight* atau obesitas. Pada Januari 2026, pemerintah melaporkan lebih dari 70 juta warga telah menerima layanan pemeriksaan kesehatan gratis, dan evaluasi 2025 menunjukkan satu dari lima remaja memiliki tekanan darah di atas normal, satu dari tiga orang dewasa mengalami obesitas sentral, dan 51% lansia hidup dengan hipertensi. Ini bukan hanya statistik kesehatan; ini adalah pembacaan dini atas kualitas modal manusia Indonesia. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Program Pemeriksaan Gratis sebagai Instrumen Negara Preventif

Secara kebijakan, CKG adalah ekspresi paling nyata dari upaya negara Indonesia menggeser orientasi sistem. Kementerian Kesehatan menyebut CKG sebagai program pemerintah dengan target penerima manfaat terbesar, ditujukan untuk mengidentifikasi risiko penyakit agar bisa dicegah, mendeteksi dini penyakit agar segera diobati, serta mendorong warga memahami dan menerapkan pola hidup sehat. Program ini dijalankan setahun sekali, tersedia di Puskesmas, dan pada tahap awal mencakup usia 0–6 tahun dan usia 18 tahun ke atas, sedangkan usia 7–17 tahun dilayani melalui sekolah. Jenis pemeriksaannya disesuaikan dengan kelompok umur, dari deteksi kelainan bawaan pada bayi hingga pemeriksaan tekanan darah, gula darah, fungsi ginjal, gangguan gigi, kesehatan jiwa, fungsi paru, dan skrining kanker pada orang dewasa. ([Ayo Sehat](#))

Yang menarik, pada 2026 kebijakan ini tidak berhenti pada skrining. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa tahun kedua pelaksanaan CKG difokuskan pada tata laksana dan penanganan hasil pemeriksaan. Pemerintah menjamin pengobatan gratis selama 15 hari pertama bagi masyarakat yang terdeteksi memiliki masalah kesehatan melalui CKG, dan sesudah itu penanganan dilanjutkan melalui skema JKN bagi peserta BPJS aktif. Secara ekonomi kebijakan, ini sangat penting. Pemeriksaan gratis tanpa tindak lanjut sering hanya menghasilkan pengetahuan tanpa perubahan luaran kesehatan. Dengan menghubungkan skrining pada pencegahan dan penanganan awal, negara mulai menggeser program ini dari *diagnostic event* menjadi bagian dari jalur layanan yang lebih lengkap. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Secara normatif, pergeseran ini selaras dengan prinsip UHC dan kualitas layanan. WHO menegaskan bahwa layanan kesehatan bermutu harus efektif, aman, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien, serta bahwa kualitas layanan primer dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat pada

sistem kesehatan. Ini penting karena pemeriksaan kesehatan gratis tidak akan berdampak produktif bila warga hanya datang sekali, mendapat hasil, lalu tidak memahami maknanya atau tidak memperoleh tindak lanjut. Dalam perspektif ekonomi kesejahteraan, manfaat sosial terbesar justru muncul ketika skrining, konseling, terapi, pemantauan, dan perubahan perilaku membentuk satu rangkaian yang saling terhubung. ([World Health Organization](#))

Dari Kuratif ke Preventif: Implikasi Fiskal dan Produktivitas

Salah satu argumen terkuat bagi layanan preventif adalah efisiensi fiskal, tetapi argumen ini perlu dijelaskan dengan hati-hati. Tidak semua skrining otomatis menghemat biaya, dan tidak semua deteksi dini langsung menghasilkan *cost saving*. Namun, dalam konteks Indonesia yang menghadapi ledakan penyakit kronis, keterlambatan diagnosis, dan tekanan finansial JKN, investasi pada deteksi dini dan manajemen faktor risiko sangat masuk akal. OECD menekankan bahwa PHC dapat menurunkan rawat inap yang tidak perlu dan mengurangi pemborosan belanja kesehatan. World Bank menambahkan bahwa keterlambatan deteksi di Indonesia telah berkontribusi pada progresi penyakit yang lebih cepat, survival yang lebih rendah, dan kehilangan produktivitas. Ini berarti sistem yang terlalu berat di kuratif bukan hanya mahal, tetapi juga kurang efisien secara sosial. ([OECD](#))

Dari sisi produktivitas, efek preventif bekerja dalam dua arah. Arah pertama adalah menghindari kehilangan output ekonomi langsung. Pekerja yang hipertensinya terkontrol, diabetesnya dipantau, atau risiko kardiovaskularnya diintervensi lebih awal cenderung memiliki kapasitas kerja yang lebih stabil, risiko rawat inap lebih rendah, dan peluang tetap aktif di pasar tenaga kerja lebih tinggi. OECD menulis bahwa kesehatan buruk berdampak negatif besar pada partisipasi tenaga kerja, terutama pada pekerja usia lebih tua, dan program kesehatan yang baik dapat

mengurangi *sickness absence* serta meningkatkan produktivitas. Arah kedua adalah menghindari degradasi human capital yang lebih halus tetapi luas: kelelahan kronis, menurunnya kemampuan kognitif akibat gula darah tidak terkontrol, gangguan belajar pada anak, serta beban perawatan keluarga yang mengurangi jam kerja anggota rumah tangga lain. ([OECD](#))

Dalam konteks makro, hubungan ini tidak berhenti pada individu. World Bank pada Januari 2026 menegaskan bahwa sistem layanan primer yang kuat tidak hanya menjaga kesejahteraan, tetapi membuat orang belajar lebih baik, bekerja lebih produktif, menabung dan berinvestasi lebih banyak, serta pada akhirnya membantu negara membangun modal manusia, menciptakan lapangan kerja, dan mendorong kemakmuran yang inklusif. Argumen ini sangat cocok untuk Indonesia, yang sedang berupaya mengubah bonus demografi menjadi dividen produktivitas. Jika jutaan penduduk usia kerja hidup dengan faktor risiko yang tidak terdeteksi atau tidak tertangani, bonus demografi itu bisa berubah menjadi tekanan pembiayaan dan turunnya kualitas tenaga kerja. ([World Bank](#))

Keadilan, Akses, dan Dimensi Kesejahteraan

Ekonomi kesejahteraan tidak hanya memikirkan efisiensi, tetapi juga distribusi. Pemeriksaan kesehatan gratis punya dimensi keadilan yang kuat karena menurunkan hambatan masuk terhadap deteksi dini, terutama bagi kelompok yang cenderung menunda pemeriksaan karena biaya, jarak, atau rendahnya literasi kesehatan. WHO menegaskan bahwa tujuan UHC adalah memastikan setiap orang memperoleh layanan kesehatan berkualitas tanpa kesulitan finansial. Dalam konteks Indonesia, CKG membantu memindahkan sebagian risiko dari rumah tangga ke sistem publik, terutama pada tahap skrining awal yang selama ini sering tidak dilakukan sampai muncul keluhan. Bagi rumah tangga miskin atau rentan, langkah ini memiliki nilai kesejahteraan tinggi karena mencegah pilihan-pilihan yang

buruk: menunggu sakit parah, berobat terlambat, atau mengeluarkan biaya besar ketika kondisi sudah berat. ([World Health Organization](#))

Dimensi keadilan ini juga terkait dengan geografi. World Bank menunjukkan bahwa disparitas akses dan mutu layanan kesehatan masih kuat antara wilayah barat dan wilayah timur Indonesia, dan bahwa tidak cukupnya akses ke layanan rujukan berkontribusi pada keterlambatan deteksi dan kehilangan produktivitas. Program pemeriksaan gratis yang diperluas melalui Puskesmas, sekolah, pos pelayanan masyarakat, dan sistem digital dapat membantu menutup sebagian kesenjangan itu—tetapi hanya bila diikuti penguatan kapasitas di wilayah tertinggal. Jika skrining hanya menemukan masalah tanpa menyediakan rujukan, obat, atau tenaga yang memadai, maka ketidakadilan hanya berpindah bentuk: dari ketidakadilan akses menjadi ketidakadilan tindak lanjut.

Dalam kerangka kesejahteraan, ada pula aspek kepercayaan. WHO menyebut bahwa kualitas layanan primer yang baik dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat pada sistem kesehatan. Ini relevan karena program skrining massal hanya akan efektif bila warga percaya bahwa hasil pemeriksaan akan diikuti tindakan yang masuk akal, bukan sekadar formalitas birokratis. Kepercayaan itu dibangun melalui pengalaman nyata: antrean yang manusiawi, hasil yang jelas, konseling yang mudah dipahami, rujukan yang tidak berbelit, serta ketersediaan pengobatan lanjutan. Tanpa pengalaman seperti itu, cakupan tinggi pada tahun pertama bisa berubah menjadi kejenuhan partisipasi pada tahun berikutnya. ([World Health Organization](#))

Syarat agar Pemeriksaan Gratis Betul-Betul Produktif

Kunci pertama adalah kualitas paket skrining. Pemeriksaan kesehatan gratis harus berbasis bukti, terarah pada beban penyakit nyata, dan disesuaikan dengan siklus hidup. Di sinilah desain CKG relatif kuat, karena paket

pemeriksaan disusun menurut kelompok umur dan risiko yang berbeda. Namun, kualitas paket tidak hanya ditentukan oleh jenis tes, melainkan juga oleh validitas, sensitivitas, spesifisitas, dan kemampuan sistem menjelaskan hasilnya kepada pasien. OECD memperingatkan bahwa skrining yang tidak ditargetkan dengan baik dapat menimbulkan *overdiagnosis* dan *overtreatment*, yang memboroskan sumber daya dan bahkan merugikan kualitas hidup. Karena itu, pergeseran ke preventif tidak boleh diterjemahkan sebagai “semakin banyak tes semakin baik,” tetapi sebagai “skrining yang tepat bagi sasaran yang tepat, pada waktu yang tepat, dengan jalur tindak lanjut yang jelas.” ([Ayo Sehat](#))

Kunci kedua adalah kesinambungan layanan. Temuan Kemenkes 2026 bahwa fokus tahun kedua adalah penanganan hasil pemeriksaan sangat tepat, karena skrining tanpa *continuum of care* mudah jatuh menjadi proyek seremonial. WHO menegaskan bahwa kualitas layanan harus terintegrasi lintas tingkat pelayanan dan sepanjang daur hidup. Di Indonesia, hal ini berarti hasil pemeriksaan di Puskesmas harus terhubung dengan konseling, pengobatan awal, rujukan bila perlu, serta pembiayaan melalui JKN. Pemerintah sudah mulai ke arah itu dengan pengobatan gratis 15 hari pertama dan lanjutan lewat JKN bagi peserta aktif. Tantangan berikutnya adalah memastikan peserta yang belum aktif tidak terputus dari layanan pada titik paling kritis. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Kunci ketiga adalah kesiapan layanan primer. Tidak realistis berharap pemeriksaan massal memperbaiki kesehatan populasi bila kapasitas Puskesmas, tenaga kesehatan, alat diagnostik, laboratorium, dan sistem informasi masih lemah. World Bank mencatat bahwa hanya 56% Puskesmas yang sepenuhnya staffed, dan banyak wilayah timur masih jauh di bawah itu. Kekurangan ini penting karena skrining massal justru menambah beban kerja di tingkat primer: lebih banyak konsultasi, lebih banyak tindak lanjut, lebih banyak edukasi, dan lebih banyak koordinasi rujukan. Artinya,

investasi pada skrining harus berjalan bersamaan dengan investasi pada tenaga, pelatihan, dan sistem layanan primer. Jika tidak, pemeriksaan gratis bisa menciptakan “detection bottleneck”: risiko ditemukan, tetapi penanganan macet.

Kunci keempat adalah data dan interoperabilitas. Program berskala nasional tidak dapat dinilai hanya dari jumlah peserta. Yang lebih penting adalah berapa proporsi peserta dengan faktor risiko yang kemudian ditindaklanjuti, berapa yang mencapai kontrol tekanan darah atau gula darah, berapa yang dirujuk tepat waktu, berapa yang putus tindak lanjut, dan apakah hasilnya menurunkan rawat inap, komplikasi, atau biaya penyakit kronis. World Bank menekankan pentingnya digital standardisation, interoperabilitas dengan SATUSEHAT, dan integrasi data untuk memperbaiki koordinasi layanan. Tanpa arsitektur data yang baik, skrining massal berisiko menghasilkan angka partisipasi yang mengesankan tetapi miskin pembelajaran kebijakan.

Keterbatasan dan Risiko Kebijakan

Walaupun arah preventif sangat kuat, ada beberapa risiko yang harus disadari. Pertama, pemeriksaan gratis dapat menimbulkan ekspektasi tinggi yang tidak sebanding dengan kapasitas tindak lanjut. Ketika jutaan orang diperiksa, sebagian akan memerlukan verifikasi, terapi, pemantauan, atau rujukan. Jika sistem tidak siap, publik bisa kehilangan kepercayaan. Kedua, skrining yang terlalu luas tanpa prioritas berbasis risiko dapat menghasilkan biaya tambahan, kecemasan, dan kemungkinan intervensi yang tidak perlu. OECD mengingatkan bahwa *overdiagnosis* pada program skrining dapat merusak kualitas hidup dan memboroskan sumber daya; karena itu penyusunan pedoman berbasis bukti tetap krusial. ([OECD](#))

Ketiga, keberhasilan preventif sering tidak langsung terlihat dalam indikator politik jangka pendek. Gedung rumah sakit, alat canggih, dan

operasi besar lebih mudah dipresentasikan sebagai capaian daripada berkurangnya risiko hipertensi 5–10 tahun ke depan. Inilah sebabnya banyak sistem kesehatan tetap bias ke kuratif. OECD menunjukkan bahwa porsi belanja pencegahan cenderung kecil dan tidak banyak berubah sesudah pandemi. Dalam konteks Indonesia, tantangan politiknya adalah bagaimana mempertahankan komitmen pada pencegahan ketika manfaat ekonominya lebih bersifat kumulatif, sedangkan biaya implementasinya harus dibayar sekarang. ([OECD](#))

Keempat, pemeriksaan gratis harus diikuti perubahan perilaku sosial yang lebih luas. Kementerian Kesehatan melalui BKPK mengkritik paradigma lama yang terlalu bergantung pada layanan kuratif dan menyebut sekitar 80% anggaran kesehatan nasional masih terserap untuk mengobati orang sakit, sementara porsi menjaga masyarakat tetap sehat jauh lebih kecil. Pernyataan ini penting karena menegaskan bahwa skrining hanyalah pintu masuk. Bila lingkungan makanan, aktivitas fisik, rokok, stres, tidur, dan kualitas lingkungan kerja tidak ikut berubah, maka sistem akan terus memanen pasien baru sekalipun skrining diperluas. Dengan kata lain, pencegahan bukan hanya urusan Puskesmas; ia adalah urusan desain sosial-ekonomi. ([BKPK Kemenkes](#))

Agenda Kebijakan

Pertama, Indonesia perlu menjadikan pemeriksaan kesehatan gratis sebagai bagian permanen dari transformasi layanan primer, bukan program temporer. Pemeriksaan tahunan seumur hidup yang dijanjikan pemerintah akan bernilai tinggi bila dilembagakan dengan pendanaan, indikator, dan tata kelola yang stabil. Ini akan mengubah skrining dari kampanye menjadi hak layanan dasar. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Kedua, indikator keberhasilan harus diubah. Ukuran utama bukan hanya jumlah orang yang diperiksa, tetapi juga proporsi temuan yang

ditindaklanjuti, tingkat kontrol faktor risiko, pengurangan keterlambatan diagnosis, pengurangan komplikasi, serta dampaknya pada rawat inap dan pembiayaan penyakit kronis. Ini lebih sesuai dengan ekonomi kesejahteraan, karena yang dicari bukan sekadar output administratif, melainkan peningkatan kesejahteraan nyata. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Ketiga, pembiayaan preventif harus dinaikkan secara lebih eksplisit. Pengalaman OECD menunjukkan pencegahan sering tetap berada di pinggir anggaran kesehatan. Jika Indonesia sungguh ingin berpindah dari kuratif ke preventif, maka porsi pembiayaan untuk skrining berbasis risiko, promosi kesehatan, manajemen faktor risiko, kesehatan sekolah, dan penguatan Puskesmas harus diproteksi. Tanpa reorientasi anggaran, perubahan paradigma akan berhenti pada pidato. ([OECD](#))

Keempat, layanan primer harus diperkuat secara serius, terutama di wilayah yang paling tertinggal. Kekurangan tenaga kesehatan, distribusi dokter yang timpang, dan kesiapan rujukan yang tidak merata adalah ancaman terbesar terhadap produktivitas program. Investasi pada skrining tanpa investasi pada kapasitas primer akan memperbesar ketimpangan hasil.

Kelima, pencegahan perlu diperluas ke tempat kerja dan sekolah. OECD menunjukkan bahwa program promosi kesehatan di tempat kerja dapat menurunkan *sickness absence* dan meningkatkan produktivitas, sedangkan desain CKG Indonesia sendiri sudah membuka jalur sekolah. Integrasi dua arena ini penting karena sebagian besar hidup produktif berlangsung di sekolah dan tempat kerja, bukan hanya di fasilitas kesehatan. ([OECD](#))

Penutup

Pemeriksaan kesehatan gratis pada dasarnya adalah pernyataan politik tentang bagaimana negara memandang kesejahteraan. Jika negara hanya hadir ketika warga sudah sakit, maka kebijakan kesehatan akan selalu tertinggal satu langkah dari masalah. Namun jika negara hadir lebih awal

melalui deteksi dini, promosi kesehatan, dan tindak lanjut yang bermutu, maka sistem kesehatan dapat berubah dari mesin perbaikan kerusakan menjadi mesin pemeliharaan modal manusia. Itulah inti pergeseran dari kuratif ke preventif. ([World Health Organization](#))

Dalam konteks Indonesia, argumen bagi pergeseran ini sangat kuat. Penyakit tidak menular meningkat, keterlambatan diagnosis masih tinggi, JKN menghadapi tekanan keuangan, dan data CKG sendiri menunjukkan tingginya faktor risiko pada populasi produktif. Pemeriksaan kesehatan gratis karena itu layak dipahami bukan sebagai biaya sosial tambahan, tetapi sebagai investasi kesejahteraan yang berpotensi memperbaiki produktivitas, mengurangi pemborosan kuratif, dan memperluas keadilan akses. Namun investasi ini hanya akan berhasil bila skrining terhubung dengan layanan primer yang kuat, tindak lanjut yang nyata, sistem data yang interoperabel, dan kebijakan lintas sektor yang menurunkan faktor risiko dari hulunya. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Dengan demikian, makalah ini menegaskan bahwa hubungan antara pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas bukan hubungan yang dangkal atau sesaat. Hubungan itu bersifat struktural. Masyarakat yang lebih cepat mengetahui risiko kesehatannya, lebih mudah mengakses intervensi dini, dan lebih terlindungi dari biaya kesehatan yang menghancurkan akan memiliki peluang lebih besar untuk belajar, bekerja, berinovasi, dan bertahan di pasar kerja. Dalam istilah ekonomi kesejahteraan, program seperti ini memperbaiki efisiensi sekaligus keadilan. Tantangannya sekarang bukan lagi membuktikan mengapa pencegahan penting, melainkan memastikan bahwa Indonesia mampu membangun ekosistem kelembagaan agar pemeriksaan gratis benar-benar menghasilkan kehidupan yang lebih sehat, lebih produktif, dan lebih sejahtera. ([World Bank](#))

Abstrak

Makalah ini membahas pemeriksaan kesehatan gratis sebagai instrumen pergeseran kebijakan kesehatan dari orientasi kuratif ke preventif dalam kerangka ekonomi kesejahteraan. Argumen utamanya ialah bahwa pemeriksaan gratis tidak hanya bernilai klinis, tetapi juga bernilai ekonomi karena dapat mempercepat deteksi dini, menurunkan keterlambatan penanganan, mengurangi kehilangan produktivitas, dan membantu menahan tekanan biaya penyakit kronis pada sistem kesehatan. Dalam konteks Indonesia, urgensi pergeseran ini semakin kuat karena program Cek Kesehatan Gratis (CKG) telah dijalankan secara nasional sejak 10 Februari 2025 dengan pendekatan berbasis siklus hidup, lalu pada 2026 mulai difokuskan bukan hanya pada skrining, tetapi juga pada tata laksana dan penanganan hasil pemeriksaan. Di sisi lain, WHO menegaskan bahwa cakupan kesehatan semesta mencakup keseluruhan kontinum layanan, dari promosi dan pencegahan hingga pengobatan, rehabilitasi, dan paliatif, sedangkan World Bank menilai meningkatnya penyakit tidak menular di Indonesia telah menekan sistem kesehatan dan mengganggu kualitas modal manusia. Dengan demikian, makalah ini menyimpulkan bahwa pemeriksaan kesehatan gratis dapat menjadi investasi kesejahteraan yang produktif apabila terhubung dengan layanan primer yang kuat, tindak lanjut klinis yang nyata, dan desain kebijakan yang mendorong perubahan perilaku sehat, bukan berhenti pada pengumpulan data skrining semata.

([Ministry of Health Indonesia](#))

Kata kunci

Rudy C Tarumingkeng: Pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas: dari kuratif ke preventif dalam ekonomi kesejahteraan

Pemeriksaan kesehatan gratis; produktivitas; ekonomi kesejahteraan; pencegahan; layanan primer; deteksi dini; penyakit tidak menular; JKN; kualitas layanan kesehatan; kesehatan publik.

Glosarium

Pemeriksaan Kesehatan Gratis (CKG)

Program nasional Kementerian Kesehatan yang dimulai pada 10 Februari 2025 dan dirancang berbasis siklus hidup, dengan sasaran pemeriksaan pada berbagai kelompok usia melalui Puskesmas dan kanal layanan terkait. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Pendekatan preventif

Pendekatan layanan kesehatan yang menitikberatkan pada promosi kesehatan, pencegahan, dan deteksi dini sebelum penyakit berkembang menjadi lebih berat dan lebih mahal ditangani. WHO menempatkan pencegahan sebagai bagian inti dari kontinum layanan kesehatan dalam UHC. ([World Health Organization](#))

Pendekatan kuratif

Pendekatan layanan kesehatan yang terutama berfokus pada diagnosis dan pengobatan setelah penyakit muncul atau ketika gejala telah dirasakan. Dalam makalah ini, pendekatan kuratif diposisikan sebagai kebalikan relatif dari orientasi preventif yang ingin diperkuat. ([World Health Organization](#))

Universal Health Coverage (UHC)

Keadaan ketika semua orang dapat mengakses layanan kesehatan bermutu yang mereka butuhkan, kapan dan di mana dibutuhkan, tanpa mengalami kesulitan finansial; cakupannya meliputi promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan paliatif. ([World Health Organization](#))

Layanan primer (*primary health care*)

Layanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi fondasi sistem kesehatan, terutama untuk promosi kesehatan, pencegahan, deteksi dini, penanganan awal, koordinasi layanan, dan pengendalian penyakit kronis. OECD dan World Bank menilai penguatan layanan primer penting untuk efisiensi sistem dan peningkatan produktivitas. ([OECD](#))

Deteksi dini

Upaya mengenali faktor risiko atau penyakit pada tahap awal agar intervensi dapat dilakukan lebih cepat, sebelum muncul komplikasi yang lebih berat. World Bank menekankan bahwa keterlambatan deteksi di Indonesia berkaitan dengan progresi penyakit yang lebih cepat, survival lebih rendah, dan kehilangan produktivitas. ([The World Bank Documents](#))

Penyakit tidak menular (PTM)

Kelompok penyakit seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan kanker yang kini menyumbang porsi besar beban kesehatan Indonesia. Menurut World Bank, proporsi kematian akibat PTM di Indonesia meningkat dari 61% menjadi 76% antara 2000 dan 2019. ([The World Bank Documents](#))

Produktivitas kesehatan

Dalam konteks makalah ini, istilah ini merujuk pada hubungan antara status kesehatan yang lebih baik dengan kemampuan untuk belajar, bekerja, mengurangi kehilangan hari kerja, dan bertahan lebih lama dalam kegiatan ekonomi. World Bank menegaskan bahwa investasi pada layanan primer yang kuat dapat menghasilkan manfaat ekonomi melalui kesehatan dan produktivitas yang lebih baik. ([World Bank](#))

Kualitas layanan kesehatan

Derajat sejauh mana layanan kesehatan meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan selaras dengan pengetahuan profesional

berbasis bukti. WHO menekankan bahwa layanan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. ([World Health Organization](#))

Tindak lanjut hasil pemeriksaan

Tahap setelah skrining yang mencakup tata laksana, pengobatan awal, pemantauan, atau rujukan bagi mereka yang terdeteksi memiliki masalah kesehatan. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa pada 2026 fokus CKG digeser ke penanganan hasil pemeriksaan agar program berdampak nyata pada derajat kesehatan masyarakat. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Skema jaminan kesehatan nasional Indonesia yang menjadi instrumen pembiayaan utama untuk pelayanan kesehatan lanjutan. Laporan DJSN 2025 menunjukkan tekanan finansial JKN dengan rasio klaim di atas 100% yang berlangsung konsisten sejak 2023. ([kesehatan.djsn.go.id](#))

Daftar Pustaka (APA 7)

Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025). *Laporan monitoring penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional triwulan III 2025*. DJSN. ([kesehatan.djsn.go.id](#))

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025, 7 Februari). *Cek Kesehatan Gratis kado ulang tahun dimulai 10 Februari 2025*. Kementerian Kesehatan RI. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025, 5 November). *50 juta warga ikut cek kesehatan gratis, Kemenkes ungkap masalah kesehatan masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Rudy C Tarumingkeng: Pemeriksaan kesehatan gratis dan produktivitas: dari kuratif ke preventif dalam ekonomi kesejahteraan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026, 23 Januari). *Tahun 2026, Kemenkes fokuskan CKG pada penanganan hasil pemeriksaan*. Kementerian Kesehatan RI. ([Ministry of Health Indonesia](#))

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. ([OECD](#))

World Bank. (2025). *National Health Compact: Indonesia*. World Bank. ([The World Bank Documents](#))

World Bank. (2026, 21 Januari). *Stronger primary health care can boost growth and create jobs across East Asia and Pacific*. World Bank. ([World Bank](#))

World Health Organization. (2025, 19 Mei). *Quality health services*. WHO. ([World Health Organization](#))

World Health Organization. (2025, 5 Desember). *Universal health coverage (UHC)*. WHO. ([World Health Organization](#))

Copilot for this article: ChatGPT 5.4. Thinking (2026). Access date: 25 March 2026. Author's account ([Rudy C Tarumingkeng](#))

<https://chatgpt.com/c/69c39ecc-01d0-839c-9e52-dc1469c338b6>