



**PROGRAM INDONESIA SEHAT BERBASIS KELUARGA:
KONTRIBUSI MODAL SOSIAL KEAGAMAAN DI
MASYARAKAT**

Rohmah Maulidia, Kurnia Hidayati***

ABSTRAK:

Tulisan ini mendiskusikan peran dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan berkelanjutan (SDGS), khususnya pembangunan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan modal sosial yang dimiliki. Tokoh agama, tokoh masyarakat, masyarakat desa dan petugas kesehatan saling mempertahankan kerjasama dalam bentuk kegiatan program rutin dan pendirian lembaga kesehatan desa. Kemampuan dan nilai-nilai yang dimiliki masyarakat dan peran perangkat desa dapat menjadi faktor kunci keberhasilan. Adanya tolong menolong, rasa saling percaya (trust), dan norma yang ditaati merupakan modal dalam mengatasi persoalan kesehatan. Meski mampu mengatasi persoalan kesehatan, namun faktanya masih menyisakan persoalan.

Kata kunci: *Modal sosial keagamaan; Kesehatan masyarakat*

* Institut Agama Islam Negeri Ponorogo, email: maulidia77@yahoo.com

** Institut Agama Islam Negeri Ponorogo, email: kurniahidayati@gmail.com

ABSTRACT:

This paper discusses the role and community participation in sustainable development (SDGs), especially health development by utilizing human resources and social capital owned. Religious leaders, community leaders, village communities and health workers maintain mutual bonding in the form of routine program activities and the establishment of village health institutions. The abilities and values of the community and the role of the village apparatus can be the key success factors. The existence of help, mutual trust, and adhered norms are social capital in overcoming health problems. Although able to overcome health problems, the fact the problem still remains.

Keyword: *Religious social capital; Public health*

PENDAHULUAN

Islam mengajarkan kesehatan dan kebersihan.¹ Salah satu konsep kemaslahatan adalah melindungi nyawa dan tubuh manusia itu sendiri (*hifd nafs*). Membahas kesehatan tentu sangat dekat dengan konsep *hifd nafs* tersebut. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah merumuskan upaya strategis baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada pencapaian kesehatan masyarakat.

Kemaslahatan umum inilah yang juga menjadi pertimbangan penting dalam perbincangan ulama fiqh. Kepentingan umum itu menurut ulama, at-Thufi misalnya, dilakukan dengan dua usaha besar. Yaitu menolak kemudharatan yang menimpa manusia umumnya dan yang menimpa umat Islam khususnya, serta mendatangkan kemanfaatan yang menghasilkan kebajikan umum bagi seluruh manusia.² Dalam hal ini diletakkanlah suatu kaidah *درء المفسد و جلب المصالح*.

Sejalan dengan kaidah di atas, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UUK) menekankan keharusan manusia menjaga

¹ QS. Al-Baqarah (2): 222.

² Yusdani, *Peranan Kepentingan Umum Dalam Reaktualisasi Hukum: Kajian Konsep Hukum Islam Najmuddin at-Tufi* (Yogyakarta: UII Press, 2000), 117. pertimbangan kepentingan umum ini dalam fiqh dikenal dengan *maslahah* yang tidak bisa dilepaskan dari Bahasan *Maqasid Shari'ah*. Menurut Imam Mawardi, *maqasid* tidak terpaku pada sebuah konsep, tetapi dapat dijadikan sebagai pendekatan dalam studi Islam, salah satunya adalah dalam membahas *fiqh aqaliyyat*. Baca Ahmad Imam Mawardi, "Fiqh Aqalliyat: Pergeseran Makna Fiqh Dan Usul Fiqh," *Asy-Syir'ah Jurnal Ilmu Syari'ah Dan Hukum* 48 (2014): 315–30. *Maqasid* bisa menjadi pisau analisis untuk membedah kajian *ahwal syahsiyah*, seperti hukum pernikahan dengan ahli kitab, persaksian dalam talak, dan wasiat wajib bisa dibaca Bani Syarif Maula, "Kajian Al-Ahwal Al-Syakhsiyah Dengan Pendekatan Maqasid Al-Shari'Ah," *Al-Manahij* 8 (2014): 233–46.

kehidupannya dari segala macam bahaya dan kemafsadatan yang merugikan manusia itu sendiri. UUK mendefinisikan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Selanjutnya menurut pasal 7 disebutkan setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Bahkan, setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Pemerintah berkomitmen pada peningkatan derajat kesehatan manusia dengan ikut serta menandatangani *Millenium Development Goals* (MDGs).³ Dalam perkembangannya, beberapa indikator pembangunan millenium belum mencapai target. Dan dilanjutkan dengan komitmen *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Budi Utomo menjelaskan tentang status pencapaian, latar belakang pencapaian dan menilai prospek pencapaian MDGs utamanya bidang kesehatan. Hasil telaahnya menunjukkan sebagian besar indikator kesehatan membaik, tetapi lamban. Walau menurun, angka kematian ibu dan anak masih tinggi.⁴

Di Kabupaten Ponorogo masih tinggi Angka kematian ibu (AKI). AKI mengalami peningkatan mulai 2012 yang tercatat sebesar 98,82 per 100.000 kelahiran hidup (12 ibu mati) sampai dengan tahun 2014. Pada tahun 2014,

³ Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau disingkat dalam bahasa Inggris MDGs) adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Target ini merupakan tantangan utama dalam pembangunan di seluruh dunia yang terurai dalam Deklarasi Milenium, dan diadopsi oleh 189 negara serta ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000 tersebut. Pemerintah Indonesia turut menghadiri Pertemuan Puncak Milenium di New York tersebut dan menandatangani Deklarasi Milenium itu. Deklarasi berisi komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional untuk mencapai 8 buah tujuan pembangunan dalam Milenium ini (MDG), sebagai satu paket tujuan yang terukur untuk pembangunan dan pengentasan kemiskinan. Penandatanganan deklarasi ini merupakan komitmen dari pemimpin-pemimpin dunia untuk mengurangi lebih dari separuh orang-orang yang menderita akibat kelaparan, menjamin semua anak untuk menyelesaikan pendidikan dasarnya, mengentaskan kesenjangan jender pada semua tingkat pendidikan, mengurangi kematian anak balita hingga 2/3, dan mengurangi hingga separuh jumlah orang yang tidak memiliki akses air bersih pada tahun 2015. Baca Rohmah Maulidia, *Kontribusi Pesantren Pada MDGs: Penguatan Edukasi Isu Krusial Kesehatan Reproduksi Dan Safe Motherhood* (Surabaya: Imtiyaz, 2015).

⁴ Budi Utomo adalah Guru Besar Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

angka kematian ibu yang tercatat di Kabupaten Ponorogo adalah sebesar 127 per 100.000 kelahiran hidup (15 ibu mati), angka ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2013 yang tercatat sebesar 102,03 per 100.000 kelahiran hidup (12 ibu mati). Adapun penyebab kematian ibu diantaranya adalah Pre Eklamsi dan Eklamsi.⁵ Menurut dinas kesehatan Ponorogo (2014-2015), Kabupaten Ponorogo capaian Angka Kematian Ibu (AKI) cenderung menurun pada tahun 2014 dan pada tahun 2015 dari bulan Januari sampai bulan September cakupan AKI dapat digambarkan sebagai berikut pada tahun 2014 sebesar 127 per 100.000 kelahiran hidup (kh) sedangkan pada tahun 2015 dari bulan Januari-September sebesar 108,4 per 100.000 kh. Cakupan AKI Kabupaten Ponorogo tahun 2015 keadaannya berada 6 point di atas dari target MDG's tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kh.⁶

Menurut Utomo, penyakit infeksi dan masalah gizi masih prevalen. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih rendah. Biaya masih menjadi penghambat utama pelayanan kesehatan bagi mereka yang membutuhkan. Program pemberantasan penyakit menular, termasuk HIV/AIDS, malaria, dan Tuberculosis (TB) masih dihadapkan pada banyak hambatan. Prevalensi malaria dan TB masih tinggi, sementara epidemi HIV/AIDS di beberapa daerah sudah mulai masuk kedalam populasi rendah. Gambaran ini menyiratkan prognosis pencapaian MDGs di Indonesia yang kurang menggembirakan. Tantangan utama pencapaian MDGs bidang kesehatan adalah bagaimana pemerintah dapat menerjemahkan komitmen dan kebijakan intervensi efektif yang sudah tersedia menjadi program rutin pelayanan kesehatan yang dapat langsung menyentuh masyarakat, terutama mereka yang paling membutuhkan, yaitu masyarakat miskin.⁷ Sehingga kemudian dalam perkembangannya pemerintah mengikuti komitmen SDGs.

⁵ Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, *Profil Kesehatan Tahun 2014* (ponorogo: Dinkes, 2015), 13.

⁶ Baca Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2015.

⁷ Budi Utomo, "Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan Di Indonesia," Makalah Disajikan Dalam Lokakarya Pembangunan Bangsa Dan Negara Indonesia : Pembangunan Desa Dan Daerah Pesisir Pada Era Milenium III (Depok, 2007). Emmy Latifah juga meneliti landasan aturan MDGs terutama masalah kemiskinan di Indonesia yang masih tumpang tindih. Bahkan pemerintah tidak jelas dalam mendefinisikan ukuran kemiskinan. Baca Emmy Latifah, "Harmonisasi Kebijakan Pengentasan Kemiskinan Di Indonesia Yang Berorientasi Pada Millennium Development Goals," *Jurnal Dinamika Hukum* 11 (2011): 402–13.; begitu juga mengenai target MDGs mengenai kualitas dan kuantitas pendidikan bisa dibaca ulasan Dyah Ratih Sulistyastuti, "Pembangunan Pendidikan Dan MDGs Di Indonesia Sebuah Refleksi Kritis," *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 2007, 19–44.

Pada saat *event* pertemuan dunia September 2015 disepakatilah agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan (*The 2030 Agenda for Sustainable Development Goals (SDGs)*). SDGs adalah kesepakatan pembangunan baru yang mendorong perubahan-perubahan yang bergeser ke arah pembangunan berkelanjutan yang berdasarkan hak asasi manusia dan kesetaraan untuk mendorong pembangunan sosial, ekonomi dan lingkungan hidup. SDGs diberlakukan dengan prinsip-prinsip universalitas, integrasi dan inklusif untuk meyakinkan bahwa tidak ada seorang pun yang terlewatkan atau “*No one is Left Behind.*” SDGs terdiri dari 17 Tujuan dan 169 target dalam rangka membangun dari upaya MDGs yang berakhir pada akhir tahun 2015.

Tulisan ini akan mengkaji tentang bagaimana strategi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan kabupaten Ponorogo dan lembaga terkait dalam mengedukasi masyarakat tentang kesehatan, utamanya tentang upaya implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang program Indonesia sehat berbasis keluarga, dengan pendekatan teori modal sosial (*social capital*) dan apa saja kendala yang dihadapi dinas kesehatan, para dokter dan petugas kesehatan dalam mengimplementasikan program tersebut. Kajian ini menitikberatkan pada studi kasus di puskesmas kecamatan Siman. Dari dua belas indikator kesehatan,⁸ di sini akan difokuskan pada masalah kesehatan ibu, penyakit TB, penyakit DBD, dan keluarga tidak ada yang merokok.

PEMBAHASAN

Ada hal penting yang tidak bisa dinafikan dalam proses pembangunan, tiada lain yakni modal sosial. Di Indonesia, modal sosial masih jarang dikaji, namun seiring perkembangan, ternyata modal sosial merupakan salah satu faktor penentu dalam pembangunan. Beberapa ilmuwan sosial seperti Bourdieu, Putnam, Coleman dan Fukuyama, percaya bahwa modal sosial memiliki peran penting dalam keberhasilan pembangunan (sosial, budaya, ekonomi, dan politik). Fukuyama mengatakan bahwa saling percaya (*trust*) merupakan elemen inti dari modal sosial (*social capital*). Artinya, bila pembangunan dalam segala aspek ingin berhasil, maka pembangunan tersebut harus didasari oleh adanya *trust*, dan selanjutnya pembangunan tersebut harus mampu mengkreasi sedemikian rupa sehingga *trust* terus terakumulasi.⁹

Masih menurut Fukuyama, modal sosial ini memiliki dimensi yang luas menyangkut segala sesuatu yang membuat masyarakat bersekutu untuk

⁸ Lihat 12 indikator utama Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.

⁹ Rusydi Syahra, “Modal Sosial: Konsep Dan Aplikasi,” *Jurnal Masyarakat Dan Budaya*, 5 (2003): 2–9.

mencapai tujuan bersama atas dasar kebersamaan, dan di dalamnya diikat oleh nilai-nilai dan norma-norma yang tumbuh dan dipatuhi. Sebagai makhluk sosial, manusia tidak bisa hidup sendiri. Manusia membutuhkan manusia-manusia lainnya untuk bekerjasama. Di tengah relasi tersebut akan muncul peran modal sosial. Lembaga kesehatan adalah entitas yang mendefinisikan diri sebagai perkumpulan banyak orang dan kepentingan.¹⁰

Kajian Teoritik: Modal Sosial dan Perkembangannya

Dalam dunia kesehatan masyarakat, telah berkembang pemahaman baru bahwa faktor-faktor penentu kesehatan masyarakat bersifat kompleks. Selain dipengaruhi oleh faktor ekonomi, peran lingkungan dan dinamika sosial dipandang sebagai faktor yang mampu memberikan kontribusi besar terhadap kesehatan masyarakat. Modal sosial (*social capital*) sebagai salah satu aspek sosial merupakan pondasi sosiologis masyarakat yang mampu memfasilitasi masyarakat untuk bekerja sama dan berinteraksi dalam upaya memperoleh manfaat bersama (*mutual benefit*). Modal sosial ini mencerminkan lokalitas yang ditunjukkan melalui bagaimana masyarakat merespon eksternalitas dari luar komunitas mereka.¹¹

Ikatan sosial merupakan salah satu manifestasi dari modal sosial. Ikatan sosial ini dibagi dalam dua bentuk, yaitu tipe *bonding* (*bonding social capital*) dan tipe *bridging* (*bridging social capital*). *Bonding social capital* merupakan hubungan kerjasama dan sikap saling percaya dalam sebuah masyarakat yang memiliki identitas sosial sama seperti suku, agama, ras, dan lain sebagainya. Sedangkan *bridging social capital* merupakan hubungan yang terjalin di antara para anggota masyarakat yang memiliki berbagai identitas dan status sosial yang berbeda. Bentuk dari masyarakat tipe yang pertama

¹⁰Dodi Faedlulloh, "Modal Sosial Dalam Gerakan Koperasi Social Capital In The Cooperative Movement," *Ijpa-The Indonesian Journal Of Public Administration* 2 (2015): 12.

¹¹Gita Setyawati and Meredian Alam, "Modal Sosial Dan Pemilihan Dukun Dalam Proses Persalinan: Apakah Relevan," *Makara Jurnal Kesehatan* 14 (2010): 12. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ikatan sosial yang kuat dapat memberikan efek positif pada kesehatan masyarakat. Baca ulasan Baum F, "Social Capital: Is It Good for Your Health? Issue for A Public Health Agenda," *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:195-196; Berntsson L, Kohler L, Vuille JC, "Health, Economy and Social Capital in Nordic Children and Their Families: A Comparison Between 1984 and 1996," *Child: Care & Dev.* 2006; 32: 441-451; Putnam R. "The Prosperous Community, Social Capital and Public Life," *The American Prospect* 1993; 4: 1-11.; White, K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness* (London: Sage Publications, 2002); Szreter S, Woolcock M. "Health by Association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health," *Int J Epidemiol* 2004; 33: 650-67; Bruhn JG, Wolf S., "The Roseto Story. Quoted in: Kawachi I & Kennedy BP. Health and Social Cohesion: Why Care about Income Inequality," *BMJ* 1997; 314: 1037-1040; Kawachi I, "Commentary: Social Capital and Health: Making The Connections One Step at A Time," *International Journal of Epidemiology* 35 (2006): 989-93.

adalah memiliki ikatan sosial yang tinggi dengan interaksi informatif yang sangat erat satu sama lain. Di samping itu, mereka cenderung menutup diri dari dunia luar yang berupaya mengintervensi mereka, terlepas dari baik-buruknya tujuan intervensi tersebut. Kelompok sosial atau komunitas ini seringkali telah memiliki sumber-sumber lokal yang cukup untuk mengelola berbagai kebutuhan internal mereka sehingga ikatan sosial telah menjadi pondasi untuk pengembangan komunitas.¹²

Jelasnya, modal sosial didefinisikan sebagai sumber daya yang muncul dari adanya relasi sosial dan dapat digunakan sebagai perekat sosial untuk menjaga kesatuan anggota kelompok dalam mencapai tujuan bersama. Ditopang oleh adanya kepercayaan dan norma sosial yang dijadikan acuan bersama dalam bersikap, bertindak, dan berhubungan satu sama lain. Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat dikatakan modal sosial terdiri dari beberapa komponen, yaitu relasi sosial, kepercayaan, dan norma. Relasi sosial yang dimaksud antara lain partisipasi, kerja sama, saling peduli, dan hubungan timbal balik. Berikut merupakan konsep dari masing-masing komponen tersebut.¹³

Tabel 1. Konseptualisasi Modal Sosial

Komponen Modal Social	Definisi	Parameter
Partisipasi	Keikutsertaan/keterlibatan seseorang dalam dalam kegiatan tertentu secara mental dan emosional	Keikutsertaan dalam program/kegiatan yang ada
		Keikutsertaan berdasarkan kesadaran tanpa paksaan/tekanan pihak tertentu (bersifat suka rela)

¹² Setyawati and Alam, “Modal Sosial Dan Pemilihan Dukun Dalam Proses Persalinan: Apakah Relevan,” 12. Gita adalah dosen Kebijakan Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281, dan Meredian adalah dosen Sosiologi Pembangunan, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281

¹³ Tiara Anggita, “Dukungan Modal Sosial Dalam Kolektivitas Usaha Tani Untuk Mendukung Kinerja Produksi Pertanian Studi Kasus: Kabupaten Karawang Dan Subang,” *Jurnal Perencanaan Wilayah Dan Kota* 24 (2013): 207–8.

Kepercayaan	Dorongan/perasaan positif untuk berbuat baik kepada orang lain dengan atau tanpa mengharapkan balasan. Dipengaruhi oleh pengetahuan/pengalaman terhadap orang lain dan keyakinan akan adanya goodwill dalam diri setiap individu	Hubungan kekerabatan yang erat satu sama lain
		Ketiadaan akan perasaan trauma terhadap orang lain
		Kemauan untuk meminjamkan uang kepada orang lain
		Keberadaan suatu perasaan aman untuk menitipkan suatu amanah kepada orang lain
Kerjasama	Kemauan dan kemampuan untuk bergerak bersama mencapai tujuan bersama secara kooperatif dan menjadi bagian dari kelompok, bukan terpisah atau saling berkompetisi	Kesadaran akan adanya tujuan yang perlu dicapai bersama
		Keterbukaan terhadap kondisi satu sama lain
		Kesediaan untuk bertukar informasi/pengalaman satu sama lain
		Pemahaman akan perannya di dalam kelompok
		Kemampuan untuk menjaga komitmen di dalam kelompok
Saling peduli	Perhatian terhadap keadaan sekitar dan diwujudkan kedalam bentuk tingkah laku	Pengetahuan tentang keadaan kerabat di sekitarnya yang sedang mengalami kesulitan
		Kenginan yang kuat untuk membantu meringankan beban orang lain
Hubungan timbal balik	Hubungan saling membalas kebaikan satu sama lain	Adanya balasan terhadap suatu kebaikan seseorang, baik berupa hal yang sama maupun berbeda secara suka rela
		Adanya komunikasi dua arah antara pihak-pihak yang berkomunikasi dan berlangsung tanpa tekanan

Kepercayaan dan norma dalam modal sosial dianggap sebagai komponen sangat penting karena menopang hubungan relasi sosial yang ada. Dalam hal ini dapat diartikan jika tidak ada kepercayaan, maka hubungan relasi sosial yang ada tidak dapat dikatakan sebagai modal sosial. Candland sebagaimana dikutip oleh Rofik dan Asyhabuddin, menyimpulkan bahwa agama bisa menjadi modal sosial.¹⁴ Setelah meneliti empat organisasi keagamaan di Indonesia (NU), Pakistan (Jemaati Islam), Sri Lanka (Lanka

¹⁴Rofik and Asyhabuddin, "Nilai-Nilai Dasar Islam Sebagai Modal Sosial Dalam Pengembangan Masyarakat," *Jurnal Aplikasi Ilmu-Ilmu Agama* VI (2005): 181.

Jathika Servodaya Shramadana Sangamaya), dan Thailand (Santi Asok), menyimpulkan bahwa pernyataan Putnam yang menyebut bahwa sebuah masyarakat keagamaan tidak bisa menjadi masyarakat sipil, atau dengan kata lain agama tidak mungkin menjadi modal social, adalah salah. Iman, menurutnya, bisa menjadi modal social. Komunitas kaum yang beriman tidak perlu berulang kali harus berinteraksi secara langsung untuk dapat membangun rasa saling percaya satu sama lain. Sebagai seorang muslim kata-katanya adalah jaminannya, karena apapun yang dia pikir, katakana dan perbuat diketahui oleh Allah dan akan dimintai pertanggungjawaban pada hari kiamat. Ada beberapa ajaran agama dipandang mampu menumbuhkan rasa saling percaya (*trust*) di antara sesama muslim. Seperti *ummah wāhidah*, *ukhuwwah*, *ta'awun*, *ihsan*, kepemimpinan.¹⁵

Pembangunan Kesehatan di Ponorogo

Pemerintah melalui kementerian Kesehatan berijtihad mewujudkan kesehatan masyarakat dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Program Indonesia Sehat ini dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Untuk melaksanakan Program Indonesia Sehat diperlukan pendekatan keluarga, yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga. Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sejalan dengan tujuan *maqasid shariah*. Di mana program ini bertujuan untuk:

1. Meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar;
2. Mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota; melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan;
3. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional;
4. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

¹⁵Rofik and Asyhabuddin, 182.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga terdiri atas 4 (empat) area prioritas yang meliputi: a) penurunan angka kematian ibu dan bayi; b) penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*); c) penanggulangan penyakit menular; dan d. penanggulangan penyakit tidak menular.

Dalam rangka penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, ditetapkan 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga sebagai berikut: a) keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); b) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; c) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; d) bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif; e) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; f) penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar; g) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; h) penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan; i) anggota keluarga tidak ada yang merokok; j) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); k) keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan l) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Pemerintah Daerah dapat menetapkan indikator tambahan selain indikator utama sebagaimana dimaksud tersebut sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah masing-masing.

Menurut Pita Nurhayani, Kepala Puskesmas Siman, Angka Kematian Ibu (AKI) di Ponorogo naik pada tahun 2016-2017. Data dari Profil Kesehatan Kabupaten Ponorogo menunjukkan bahwa AKI mengalami peningkatan yaitu sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup (12 ibu meninggal). Sebelumnya di tahun 2015 hanya 92 per 100.000 kelahiran hidup (10 ibu meninggal). Hal ini disebabkan karena keterlambatan diagnose, keterlambatan merujuk dan keterlambatan mendapatkan pelayanan yang adekuat serta karena adanya penyakit penyerta yang memperparah kondisi ibu hamil sampai dengan meninggal. Nurhayani menambahkan, tidak jarang ibu dengan penyakit jantung masih hamil kembali di usia rawan. Padahal secara medis kehamilan di usia tua sangat beresiko pada kelainan bahkan kematian. Ia menyebut, di desa Ngabar ada kasus ibu hamil resiko tinggi di usia 47 tahun. Menurut Lusy, bidan desa, rasa malu ibu Siti menyebabkan ia tidak pernah mau memeriksakan diri ke puskesmas dan bidan.

Selain kasus kesehatan ibu, kasus penyakit TBC juga menjadi perhatian tersendiri. Menurut Dwi Sylva, perawat di puskesmas Siman, mengatakan secara umum banyak warga yang cenderung menganggap sepele sakit batuk. Padahal rata-rata mereka sakit batuk sudah lebih dari satu bulan. Selama ini, mereka menganggap batuk itu penyakit biasa, dan dapat diobati cukup dengan membeli obat batuk bebas di apotek atau warung. Saat melakukan skrining dan uji dahak di laboratorium, barulah diketahui,

mereka menderita TBC. Selain penyakit di atas, indikator keluarga sehat adalah tidak adanya perokok di dalam keluarga tersebut. Dwi mengatakan, ini persoalan yang paling susah dikendalikan. Meski pemerintah melakukan larangan merokok, faktanya rokok dijual bebas. Dan setiap orang dapat membeli rokok di warung atau toko.

Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di desa, Dwi sangat terbantu dengan adanya kader kesehatan. Di Desa Ngabar misalnya, terdapat kader posyandu balita, kader lansia, kader posbindu, kader juru pengamatan jentik (jumantik). Kader posyandu balita bertugas melakukan pendaftaran, pencatatan, penimbangan bayi dan balita. Posyandu lansia bertugas secara rutin dalam membantu petugas kesehatan pasien lansia. Sedangkan kader jumantik bertugas membantu pendataan dan pemeriksaan jentik nyamuk di rumah penduduk sekitar wilayah desa. Posbindu adalah pos pembinaan terpadu, para kader yang membina dan mendata penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes mellitus, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung. Banyak sekali faktor resiko terkena PTM seperti merokok, pola makan tidak sehat dan seimbang, kurang olahraga dan kekurangan gizi selama 1000 hari pertama.

Dona, selaku kader jumantik mengatakan, masih banyak warga yang tidak peduli tentang kebersihan lingkungan. Hal ini dapat memicu adanya nyamuk DBD. Pada bulan September dan Oktober, ada 8 orang desa Ngabar yang terkena DBD dan semuanya telah dirawat di rumah sakit. Ketika memeriksa bak kamar mandi warga didapati telur nyamuk cukup banyak. Menurutnya, warga sering kali tidak menguras air tampungan di bak dan membiarkan genangan air. Ia bersama Lusy kemudian melakukan sosialisasi DBD melalui pengajian di rumah warga dan kunjungan ke rumah penderita DBD. Hal ini diamini oleh Zakiyah, seorang warga yang anaknya opname terkena DBD. Ia mengatakan, kegiatan pengecekan diadakan hanya pada saat terjadi kasus DBD. Sosialisasi DBD maupun kegiatan kesehatan memang masih minim. Kegiatan sosialisasi akan dilakukan jika ada laporan dari warga. Memang diakui, kondisi semacam ini menurut Dwi disebabkan jumlah petugas kesehatan dan kader kesehatan masih belum memadai. Selain itu, kesadaran warga akan kebersihan juga masih rendah. Meski demikian, keduanya mengatakan bahwa adanya komunikasi dan kerjasama antara petugas kesehatan, warga masyarakat dan kader kesehatan dapat memperbaiki masalah pembangunan kesehatan warga. Hal ini diakui oleh Puji, selama ini ia merasa sangat diuntungkan dengan kegiatan cek kesehatan oleh petugas puskesmas di desa. Ia secara rutin mengikuti cek darah dan cek tensi di balai desa. Ia dan ibu-ibu lain di RT-nya tergabung dalam grup WhatsApp juga secara rutin saling mengingatkan jadwal cek

kesehatan dan sering membagi ilmu (*sharing*) topik kesehatan melalui grup WA.

Menurut pengakuan Puji, semua ibu hamil di desa sudah melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Baik di bidan desa maupun di rumah sakit. Yang menjadi masalah cukup mengkhawatirkan menurutnya adalah pernah ada kasus ibu melahirkan bayi terlilit ari-ari. Sehingga bidan segera merujuk ke rumah sakit dengan bantuan mobil warga. Untuk kasus seperti ini, menurut Puji, sebenarnya ibu hamil harus bersedia cek rutin USG.

Untuk masalah rokok, selama ini Puji melihat hampir semua bapak-bapak dan pemuda desa merokok. Ia sendiri enggan menegur warga merokok di setiap kegiatan RT, kegiatan desa maupun kegiatan umum. Karena hal semacam ini sudah menjadi tradisi di desa. Meski ada poster larangan merokok di puskesmas, warga tetap saja merokok.

Terkait program kesehatan pendekatan keluarga, menurut Nurhayani, Permenkes mengatur penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga dilaksanakan oleh puskesmas. Penyelenggaraan Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga dilaksanakan untuk memperkuat fungsi puskesmas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di tingkat pertama di wilayah kerjanya. Pelaksanaan program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga di tingkat puskesmas dilakukan melalui kegiatan antara lain: 1) melakukan pendataan kesehatan seluruh anggota keluarga; 2) membuat dan mengelola pangkalan data puskesmas; 3) menganalisis merumuskan intervensi masalah kesehatan dan menyusun rencana puskesmas; 4) melaksanakan kunjungan rumah dalam upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif; 5) melaksanakan pelayanan kesehatan (dalam dan luar gedung) melalui pendekatan siklus hidup 6) melaksanakan sistem informasi dan pelaporan puskesmas.

Ia mengakui keterbatasan jumlah SDM tenaga kesehatan memang menjadi persoalan serius dalam upaya penyelenggaraan program Indonesia sehat dan pemberdayaan masyarakat. Namun meski demikian, ia merasa sangat terbantu dengan adanya kepercayaan dan partisipasi dari warga masyarakat dan pesantren dalam berbagai bentuk kegiatan kesehatan desa. Seperti dalam kegiatan di bulan Agustus sampai Oktober 2018 antara lain penyuluhan tentang penyakit TB di Pondok Gontor, kegiatan sosialisasi anti anemia pada remaja putrid di pesantren Wali Songo Ngabar, imunisasi difteri, pertemuan lintas sektoral (linsek) dalam rangka penguatan forum linsek dalam hal pembentukan posbindu. Pertemuan ini dihadiri oleh Camat Siman, seluruh Lurah, ibu Ketua tim penggerak PKK desa, dan 3 kader posbindu. Dari 10 desa di wilayah kerja (wilker) UPT Puskesmas Siman,

sisia 1 desa yang belum membentuk posbindu, dan desa tersebut bulan depan ada pembukaan posbindu, ini berarti di tahun 2018 ini 10 desa sudah membentuk posbindu. Dalam pertemuan ini dibahas mengenai kendala kendala yang ada dalam posbindu berikut rencana tindak lanjutnya. Dan dalam acara tersebut, juga diadakan demonstrasi pengukuran lingkar perut bagi pak Camat dan pak Lurah (lingkar perut laki-laki normal dibawah 90 cm). Di akhir acara diadakan senam asah otak bersama untuk merefresh pikiran.

Kegiatan selanjutnya Posyandu Lansia & Posbindu Sekar Arum desa Sekaran Kec. Siman. Meliputi pemeriksaan kesehatan berkala, penimbangan dan pengukuran tekanan darah, dan dilanjutkan dengan senam “anti stroke” yang kali ini dipandu oleh bidan Wiwid Haidar Pras. Penyuluhan tentang penyakit HIV/AIDS kepada masyarakat, khususnya ibu-ibu jama’ah Yasin di wilayah kerja UPT Puskesmas Siman. Selain itu, pelaksanaan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) di desa Sawuh dan desa Sekaran wilayah kerja UPT Puskesmas Siman. Kegiatan MMD ini merupakan salah satu sarana untuk merumuskan berbagai masalah kesehatan yang ditemukan di masyarakat dan bersama-sama dengan perangkat desa beserta kader kesehatan dan tokoh masyarakat dalam menentukan solusi serta tindak lanjut atas permasalahan kesehatan yang ada di Masyarakat tersebut.

Agenda rutin selanjutnya adalah posyandu lansia Ngudi Rahayu dan dilanjutkan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa) bersama Puskesmas Siman. Aktivitas berikutnya adalah pertemuan dengan kelompok Posyandu lansia Pangudi Saras Desa Beton diadakan senam terapi untuk melatih konsentrasi dan mempererat silaturahmi antar anggota.

Pertemuan guru SD, SMP, SMA sederajat di wilayah kerja UPT Puskesmas Siman, dalam rangka pembinaan UKS, kesehatan olahraga, UKGS, dan Kawasan Tanpa Rokok. Kegiatan dilanjutkan penyuluhan pada masyarakat tentang penyakit Hepatitis dan diare, Kesehatan Reproduksi Remaja, dan Penyakit HIV/AIDS di Posbindu Handayani. Bahkan adanya fasilitas kesehatan seperti ambulance yang dimiliki pesantren, menurut Nurhayani, juga merupakan dukungan tersendiri bagi tercapainya pembangunan kesehatan.

KH Moh Ihsan, selaku kyai dan tokoh agama menyatakan dukungan pada program kesehatan masyarakat dan santri. Tidak kurang dari 2500 orang santri sedang belajar di Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar harus memiliki pola hidup yang sehat agar bisa belajar dengan baik. Di Pondok juga diberikan menu sehat bagi santri dalam jadwal makan santri selama tiga kali sehari. Dari tim kesehatan Surabaya dan puskesmas Siman cukup sering datang berkunjung ke pesantren untuk memonitor perilaku hidup

sehat santri. Bahkan mereka sangat tertarik dengan dapur masak *Ngabar Food* yang bersih, ruang makan santri yang luas dan juga meninjau kantin santri. Senada dengan Kyai Ihsan, Soeran selaku Kepala Desa Ngabar menegaskan bahwa kegiatan kesehatan di desa berjalan dengan baik, karena kedua pihak, baik dari puskesmas dan warga saling membutuhkan. Masyarakat secara umum sudah memiliki kesadaran kesehatan cukup baik, hanya masalah utama adalah pada perilaku merokok. Apalagi warga enggan menegur perokok di tempat umum. Padahal perilaku tersebut jelas membahayakan bagi perokok aktif dan perokok pasif, misal bagi ibu hamil dan bayi. Soeran mengharapkan, warga memiliki kesadaran mengurangi rokok dan melokalisir perokok di area tertentu. Selama ini diakuinya ia belum melihat ada pamflet bahaya merokok dan dampaknya bagi kesehatan di area umum, seperti di balai desa, di sekolah, di pesantren.

Pembangunan Kesehatan: Kritik dan Kontribusi

Seluruh program kesehatan berbasis keluarga yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan bersama-sama masyarakat memiliki tujuan yang sama, yaitu tercapainya derajat kesehatan masyarakat lebih baik dalam hal program Keluarga Berencana (KB), Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Modal sosial (*social capital*) sebagai salah satu aspek sosial merupakan pondasi sosiologis masyarakat, yang mampu memfasilitasi masyarakat untuk bekerja sama dan berinteraksi dalam upaya memperoleh manfaat bersama (*mutual benefit*). Modal sosial ini mencerminkan lokalitas yang ditunjukkan melalui bagaimana masyarakat merespon eksternalitas dari luar komunitas mereka, yaitu hadirnya paramedis.

Nilai-nilai modal sosial secara kuat dipertahankan oleh masyarakat dan petugas kesehatan. Hal ini tercermin dari kesediaan masyarakat untuk berpartisipasi tanpa paksaan, adanya hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan masyarakat, kerjasama yang intensif melalui kehadiran langsung maupun komunikasi melalui *gadget*. Juga keterbukaan dan kesediaan untuk saling bertukar informasi melalui musyawarah rembuk

desa, didukung dengan nilai saling peduli melalui kegiatan informal seperti kunjung sakit “*ndungakne dan ngendangi*”

Para ahli Pengembangan Masyarakat, seperti Paul Hendersen dan Charles H. Zastrow memang mengkritik bahwa inisiatif biasanya berasal dari fasilitator, baik dari pemerintahan maupun non-pemerintahan di luar masyarakat yang bersangkutan. Keaktifan masyarakat merupakan suatu *output* dari program pengembangan masyarakat yang diinisiasi oleh kalangan luar tersebut. Kritik semacam ini menempatkan posisi seolah-olah masyarakat hanya menjadi obyek pembangunan kesehatan, dan bukan subyek. Untuk itu menempatkan masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan menjadi niscaya. Perubahan persepsi para aparatur kepada kedudukan masyarakat mutlak dilakukan. Masyarakat bukan saja sebagai sumber energi, tetapi harus diperlakukan sebagai sumber informasi. Informasi yang dimiliki masyarakat tersebut merupakan aset berharga bagi keberhasilan pembangunan kesehatan.

Zakiah selaku warga menegaskan mendukung program kegiatan kunjung keluarga oleh puskesmas. Bagi warga yang sudah tua dan tidak bisa datang ke kegiatan posyandu lansia di balai desa, kegiatan kunjung rumah sangat bagus terus diterapkan. Warga sangat terbantu dengan kehadiran tenaga kesehatan yang datang ke rumah. Meski selama ini menurutnya memang program ini belum sepenuhnya berjalan. Dwi menyambut baik program pemerintah pendekatan keluarga ini, sebab pendataan profil kesehatan keluarga memudahkannya bertugas dalam upaya promotif dan preventif. Selain itu ia menegaskan, dengan memanfaatkan data informasi dari profil kesehatan keluarga, ia sebagai tenaga kesehatan memiliki jadwal rutin berkunjung. Seperti saat kunjungan pada keluarga HIV. Ia menjelaskan kepada keluarga lain yang tinggal bersama penderita HIV untuk tidak lagi mengucilkan penderita, serta tidak perlu takut tertular saat salaman atau makan bersama.

Untuk program kesehatan ibu hamil, Dwi mengatakan hampir tidak ada kendala berarti. Sebab di wilayah kerjanya hanya ada satu kasus hamil resiko tinggi dan dengan pantauan kunjungan rutin, ibu tersebut telah melahirkan dengan selamat. Dwi juga menegaskan kasus kematian ibu melahirkan yang terjadi di Ponorogo disebabkan karena keterlambatan diagnosa, keterlambatan merujuk dan keterlambatan mendapatkan pelayanan yang adekuat serta karena adanya penyakit penyerta yang memperparah kondisi ibu hamil sampai dengan meninggal. Untuk mengatasi persoalan tersebut, menurut Dwi tentu membutuhkan kesadaran holistik seluruh anggota keluarga, termasuk mengoptimalkan kembali program suami siaga dan desa siaga.

Dwi berharap jumlah tenaga kesehatan dan kader kesehatan di wilayah kerjanya bertambah, karena tantangan penyakit semakin beragam dan perilaku hidup bersih masyarakat belum membudaya. Selain itu, diakuinya upaya promotif keluarga tanpa ada rokok nampaknya tidak mendapat dukungan yang memadai. Hambatan utamanya adalah pada persepsi masyarakat bahwa merokok adalah kebutuhan dan kebiasaan turun-temurun yang sejak dulu telah dilakukan oleh orang tua.

Kegiatan keagamaan di masyarakat sebenarnya merupakan sarana penting bagi kedua belah pihak untuk saling belajar tentang kesehatan. Pengajian di tingkat RT desa biasanya lebih banyak diisi dengan penjelasan ayat tentang takwa, sabar, dan syukur. Padahal ayat, hadis, kaidah fiqh yang mendukung kesehatan begitu melimpah, namun tidak banyak dimanfaatkan untuk promotif kesehatan. Untuk itu, penanaman nilai kesehatan berbasis agama patut dipertimbangkan, karena prinsip agama sangat selaras dengan kesehatan. Hal ini tercermin dari definisi sehat menurut UU Kesehatan Nomor 36 tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

PENUTUP

Kesimpulan

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa masyarakat bersama-sama petugas kesehatan saling mempertahankan nilai kerjasama dan tolong-menolong. Adanya nilai *trust* nampak dari keterlibatan masyarakat dan petugas kesehatan dalam semua kegiatan posyandu, posbindu, musyawarah desa, dan kunjungan rumah, misalnya pada pasien HIV dan ODF (*open defacation free*) atau larangan buang air besar sembarangan. Modal sosial semacam ini tentu akan mendorong keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia.

DAFTAR RUJUKAN

- Anggita, Tiara. "Dukungan Modal Sosial Dalam Kolektivitas Usaha Tani Untuk Mendukung Kinerja Produksi Pertanian Studi Kasus: Kabupaten Karawang Dan Subang." *Jurnal Perencanaan Wilayah Dan Kota* 24 (2013).
- Faedlulloh, Dodi. "Modal Sosial Dalam Gerakan Koperasi Social Capital In The Cooperative Movement." *Ijpa-The Indonesian Journal Of Public Administration* 2 (2015).
- I, Kawachi. "Commentary: Social Capital and Health: Making The Connections One Step at A Time." *International Journal of Epidemiology* 35 (2006).
- Latifah, Emmy. "Harmonisasi Kebijakan Pengentasan Kemiskinan Di Indonesia Yang Berorientasi Pada Millennium Development Goals." *Jurnal Dinamika Hukum* 11 (2011).
- Maula, Bani Syarif. "Kajian Al-Ahwal Al-Syakhsiyah Dengan Pendekatan Maqasid Al-Shari'Ah." *Al-Manahij* 8 (2014).
- Maulidia, Rohmah. *Kontribusi Pesantren Pada MDGs: Penguatan Edukasi Isu Krusial Kesehatan Reproduksi Dan Safe Motherhood*. Surabaya: Imtiyaz, 2015.
- Mawardi, Ahmad Imam. "Fiqh Aqalliyat: Pergeseran Makna Fiqh Dan Usul Fiqh." *Asy-Syir'ah Jurnal Ilmu Syari'ah Dan Hukum* 48 (2014).
- Ponorogo, Dinas Kesehatan Kabupaten. *Profil Kesehatan Tahun 2014*. ponorogo: Dinkes, 2015.
- Rofik, and Asyhabuddin. "Nilai-Nilai Dasar Islam Sebagai Modal Sosial Dalam Pengembangan Masyarakat." *Jurnal Aplikasi Ilmu-Ilmu Agama* VI (2005).
- Setyawati, Gita, and Meredian Alam. "Modal Sosial Dan Pemilihan Dukun Dalam Proses Persalinan: Apakah Relevan." *Makara Jurnal Kesehatan* 14 (2010).
- Sulistiyastuti, Dyah Ratih. "Pembangunan Pendidikan Dan MDGs Di Indonesia Sebuah Refleksi Kritis." *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 2007.

Syahra, Rusydi. "Modal Sosial: Konsep Dan Aplikasi." *Jurnal Masyarakat Dan Budaya*, 5 (2003).

Utomo, Budi. "Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan Di Indonesia." Makalah Disajikan Dalam Lokakarya Pembangunan Bangsa Dan Negara Indonesia : Pembangunan Desa Dan Daerah Pesisir Pada Era Milenium III. Depok, 2007.

Yusdani. *Peranan Kepentingan Umum Dalam Reaktualisasi Hukum: Kajian Konsep Hukum Islam Najmuddin at-Tufi*. Yogyakarta: UII Press, 2000.