

Pancasila dan Isu Kesehatan

Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebutuhan asasi (mendasar) bagi manusia. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting agar manusia dapat bertahan hidup dan melakukan aktivitas. Kesehatan sangat berperan dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat, maka upaya kesehatan dilaksanakan sebaik-baiknya di setiap negara. Indonesia merupakan negara kepulauan yang memiliki kekayaan dan keindahan alam, sebagian besar wilayahnya terdiri dari daerah perairan. Jumlah penduduk Indonesia berdasarkan sensus penduduk pada tahun 2010 adalah 237,641,326 jiwa. Masyarakat Indonesia sangat beragam, hal ini dibuktikan dengan beraneka ragam suku bangsa, budaya, agama, dan adat istiadat (tradisi). Masing-masing daerah di Indonesia memiliki karakteristik yang berbeda-beda, ditinjau dari segi kesehatan masalah kesehatan di Indonesia juga sangat beragam, bahkan masalah kesehatan masing-masing daerah satu dengan yang lainnya bisa sangat berbeda.

Salah satu masalah kesehatan yang tersebar di berbagai daerah adalah masalah kesehatan gizi. Perkembangan masalah gizi di Indonesia semakin kompleks saat ini, selain masih menghadapi masalah kekurangan gizi, masalah kelebihan gizi juga menjadi persoalan yang harus kita tangani dengan serius. Hasil Riskesdas dari tahun 2007 ke tahun 2013 menunjukkan fakta yang memprihatinkan dimana *underweight* meningkat dari 18,4% menjadi 19,6%, *stunting* juga meningkat dari 36,8% menjadi 37,2%, sementara *wasting* (kurus) menurun dari 13,6% menjadi 12,1%. Riskesdas 2010 dan 2013 menunjukkan bahwa kelahiran dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) <2500 gram menurun dari 11,1% menjadi 10,2%. Tidak hanya terjadi pada usia balita, prevalensi obesitas yang meningkat juga terjadi di usia dewasa. Terbukti dari perkembangan prevalensi obesitas sentral (lingkar perut >90 cm untuk laki-laki dan >80 cm untuk perempuan) tahun 2007 ke tahun 2013 antar provinsi. Untuk tahun 2013, tertinggi di Provinsi DKI Jakarta (39,7%) yaitu 2,5 kali lipat dibanding prevalensi terendah di Provinsi NTT (15,2%). Prevalensi obesitas sentral naik di semua provinsi, namun laju kenaikan juga bervariasi, tertinggi di Provinsi DKI Jakarta, Maluku dan

Sumatera Selatan. Mencermati hal tersebut, pendidikan gizi seimbang yang proaktif serta PHBS menjadi suatu kewajiban yang harus dilaksanakan di masyarakat¹. Salah satu penyakit menular yang juga akan mengganggu status gizi masyarakat adalah penyakit infeksi yaitu Tuberkulosis. Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui *droplet* orang yang telah terinfeksi basil tuberkulosis. Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberkulosis dapat diukur dengan *Case Notification Rate* (CNR), prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberkulosis pada suatu titik waktu tertentu), dan mortalitas/kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberkulosis dalam jangka waktu tertentu). Pada tahun 2014 ditemukan jumlah kasus baru BTA+ sebanyak 176.677 kasus, menurun bila dibandingkan kasus baru BTA+ yang ditemukan tahun 2013 yang sebesar 196.310 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus baru BTA+ di tiga provinsi tersebut sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia². Dua permasalahan diatas menunjukkan di Indonesia masalah kesehatan sangat beragam, untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan strategi dan kerjasama lintas sektor.

Di dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Masyarakat tahun 2015-2019 disebutkan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya³.

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat

¹ Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, Jakarta, 2015, hlm. 10-12.

² Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia (2014, Jakarta)*, 2015, hlm. 133.

³ Kementerian Kesehatan RI, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, *op. cit.*, hlm. 5.

Formatted: Font: 10 pt, Italic

Formatted: Indent: First line: 1,25 cm, Line spacing: single

Formatted: Font: Cambria, Indonesian (Indonesia)

Formatted: Colorful List - Accent 11, Justified, Indent: First line: 1,25 cm

Formatted: Font: 10 pt, Italic

Formatted: Indent: First line: 1,25 cm, Line spacing: single

Formatted: Indonesian (Indonesia)

melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya⁴.

Kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah, dalam Undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menjamin hak setiap individu di bidang kesehatan. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan pelayanan, ketersediaan akses baik itu informasi dan fasilitas, ketersediaan sumber daya yang setara, dan mengupayakan kelayakan dan keterjangkauan di bidang kesehatan. Melalui sistem jaminan sosial nasional pemerintah menjamin kesehatan bagi setiap warganya, hal tersebut sesuai dengan amanat Pancasila⁵.

Pancasila merupakan ideologi dasar negara Indonesia, jati diri bangsa Indonesia dan alat pemersatu bangsa Indonesia. Pancasila sebagai falsafah dan cita-cita moral bangsa Indonesia merupakan tujuan membangun moral yang diwujudkan dan diterapkan dalam kehidupan keseharian. Pancasila memberikan pengaruh terhadap

⁴ [Ibid., hlm. 6. Kementerian Kesehatan RI, 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta. hlm?](#)

⁵ [Mauk & Schmidt \(2004\). *Spiritual care and nursing practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins. Hlm? Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Bab V. Pasal 36.](#)

Formatted: Indent: First line: 1,25 cm, Line spacing: single

Formatted: Indent: First line: 1,25 cm, Space After: 10 pt, Line spacing: single, No bullets or numbering

Formatted: Font: 10 pt, Italic

Formatted: Indonesian (Indonesia)

Formatted: Space After: 0 pt, Line spacing: single

bangsa dan negara Indonesia, bangsa Indonesia memiliki keragaman agama, suku, adat istiadat, bahasa daerah, kebiasaan serta budaya yang berbeda. Setiap daerah atau suku yang ada di Indonesia memiliki moral tersendiri yang berbeda-beda dan penerapan moral tersebut hanya pada lingkungan tertentu. Dengan keanekaragaman yang ada pada bangsa Indonesia tidak membuat suatu perbedaan yang semakin mencolok, perbedaan tersebut semakin mempererat persaudaraan dengan menjunjung tinggi nilai dan norma Pancasila yang menyatukan keberagaman yang ada di Indonesia.

Pembahasan

Bangsa Indonesia menjadikan Pancasila sebagai pandangan hidup, pedoman dalam pada sila pertama Pancasila bangsa Indonesia adalah sila Ketuhanan Yang Maha Esa merupakan keyakinan adanya Tuhan yang berarti mempercayai dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Ketuhanan Yang Maha Esa merupakan sumber pokok nilai kehidupan bangsa Indonesia. Negara menjamin kebebasan setiap orang memeluk agamanya dan setiap warga wajib memeluk agama sesuai kepercayaan mereka masing-masing. Berhubungan dengan Tuhan merupakan kebutuhan masing-masing individu, tidak boleh ada pihak yang menghalangi dan menghambat kebutuhan itu. Berhubungan dengan Tuhan merupakan kebutuhan spiritual bagi manusia. Kesehatan spiritual meliputi hubungan dengan Tuhan dilihat dari religius atau tidak religiusnya seseorang yang dimanifestasikan dengan berdoa, mempelajari agama, bersatu dengan alam, berpartisipasi dalam komunitas keagamaan/tempat ibadah⁶. Spiritual merupakan salah satu indikator sehat, menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 pasal 1 ayat 1 mengenai kesehatan, dikatakan sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi⁷.

Adapun keunggulan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual ataupun pendekatannya dalam suatu jajak pendapat ditemukan bukti bahwa faktor keimanan memiliki pengaruh yang luas dan kuat terhadap kesehatan. Mereka menemukan bahwa faktor spiritual terlibat dalam peningkatan kemungkinan tambahnya usia harapan

⁶ Kristen L. Mauk dan Nola A. Schmidt, *Spiritual care and nursing practice*, (USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004), hlm. 4.

⁷ Republik Indonesia. *Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Bab I. Pasal 1*.

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Indent: First line: 1,25 cm, Line spacing: single

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria, Italic

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria, Indonesian (Indonesia)

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Font: Cambria

Formatted: Indonesian (Indonesia)

hidup, penurunan pemakaian alkohol, rokok dan obat penurun kecemasan, depresi dan kemarahan, penurunan tekanan darah, dan perbaikan kualitas hidup bagi pasien kanker serta penyakit jantung⁸. Berbagai penelitian tentang hubungan antara komitmen beragama dan kesehatan menunjukkan adanya hubungan yang bermakna di antara kelompok yang menjalankan ibadah keagamaan dan kesehatan⁹. Secara umum dapat dikemukakan dalam studi komprehensif dari 200 penelitian epidemiologi diperoleh kesimpulan bahwa terdapat hubungan positif antara agama dan kesehatan¹⁰.

Sila Kemanusiaan yang adil dan beradab merupakan suatu sikap atau perbuatan manusia yang berdasarkan hati nurani dengan perlakuan sesuai bagaimana mestinya. Perlakuan yang diberikan haruslah sesuai dengan harkat dan martabatnya, sebagai makhluk Tuhan yang sama derajatnya dan sama atas hak serta kewajiban. Kemanusiaan yang adil dan beradab memang seharusnya sudah dirasakan secara merata oleh masyarakat Indonesia utamanya dibidang kesehatan, namun sampai saat ini masih banyak ditemukan masalah kesehatan yang berkaitan dengan kemanusiaan yang adil beradab, dimana masih banyak masalah kesehatan yang di dominasi masyarakat miskin. Berikut adalah gambaran masalah kesehatan berkaitan dengan sila kedua.

Masalah kemiskinan sampai saat ini masih menjadi masalah penting. Secara kuantitas jumlah penduduk miskin bertambah, dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung oleh pemerintah. Tahun 2014 pemerintah harus memberikan uang premium jaminan kesehatan sebanyak 86,4 juta orang miskin dan mendekati miskin. Data BPS menunjukkan bahwa ternyata selama tahun 2013 telah terjadi kenaikan indeks kedalaman kemiskinan dari 1,75% menjadi 1,89% dan indeks keparahan kemiskinan dari 0,43% menjadi 0,48%. Hal ini berarti tingkat kemiskinan penduduk Indonesia semakin parah, sebab semakin menjauhi garis kemiskinan, dan ketimpangan pengeluaran penduduk antara yang miskin dan yang tidak miskin pun semakin melebar¹¹.

⁸ Imam Musbikin, *Rahasia Shalat Bagi Penyembuhan dan Psikis: Terapi Religius*, (Yogyakarta: Mitra Pustaka, 2003) hlm. 40.

⁹ Dadang Hawari, *Al Qur'an ; Ilmu Kedokteran Jiwa Dan Kesehatan Jiwa* (Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1998) hlm. 18.

¹⁰ Imam Musbikin, *loc. cit.*

¹¹ Kementerian Kesehatan RI. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, *op. cit.* hlm. 28.

- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Italic
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Indonesian (Indonesia)
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Italic
- Formatted: Font: Cambria, Italic
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Indonesian (Indonesia)
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Italic
- Formatted: Font: Cambria
- Formatted: Font: Cambria, Indonesian (Indonesia)
- Formatted: Indonesian (Indonesia)

Secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan¹².

Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2013. Proporsi bayi lahir pendek, terendah di Provinsi Bali (9,6%) dan tertinggi di Provinsi NTT (28,7%) atau tiga kali lipat dibandingkan yang terendah. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, antara lain adalah keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita >4 kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir). Keteraturan penimbangan balita terendah di Provinsi Sumatera Utara (hanya 12,5%) dan tertinggi 6 kali lipat di Provinsi DI Yogyakarta (79,0%). Ini menunjukkan kesenjangan aktivitas Posyandu antar provinsi yang lebar. Dibandingkan tahun 2007, kesenjangan ini lebih lebar, ini berarti selain aktivitas Posyandu makin menurun, variasi antar provinsi juga semakin lebar¹³.

Kesetaraan gender di Indonesia masih rendah dibandingkan dengan negara-negara lain. Kualitas SDM perempuan harus tetap perlu ditingkatkan, terutama dalam hal: 1) perempuan akan menjadi mitra kerja aktif bagi laki-laki dalam mengatasi masalah-masalah sosial, ekonomi, dan politik; dan 2) perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Indeks Pemberdayaan Gender (IPG) Indonesia telah meningkat dari 63,94 pada tahun 2004 menjadi 68,52 pada tahun 2012. Peningkatan IPG tersebut pada hakikatnya disebabkan oleh peningkatan dari beberapa indikator komponen IPG, yaitu kesehatan, pendidikan, dan kelayakan hidup¹⁴.

Kualitas Pelayanan Kesehatan. Dari sisi kesiapan pelayanan, data berdasarkan Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa pencapaiannya belum memuaskan. Jumlah admisi

¹² *Ibid.*, hlm. 28-29.

¹³ *Ibid.*, hlm. 29.

¹⁴ *Ibid.*, hlm. 30.

pasien RS per 10.000 penduduk baru mencapai 1,9%. Rata-rata *Bed Occupancy Rate* (BOR) RS baru 65%. RS Kabupaten/ Kota yang mampu PONEK baru mencapai 25% dan kesiapan pelayanan PONEK di RS pemerintah baru mencapai 86%. Kemampuan Rumah Sakit dalam transfusi darah secara umum masih rendah (kesiapan rata-rata 55%), terutama komponen kecukupan persediaan darah (41% RS Pemerintah dan 13% RS Swasta). Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas baru mencapai 71%, pelayanan PONEK 62%, dan pelayanan penyakit tidak menular baru mencapai 79%. Kekurangsiapan tersebut terutama karena kurangnya fasilitas yang tersedia; kurang lengkapnya obat, sarana, dan alat kesehatan; kurangnya tenaga kesehatan; dan belum memadainya kualitas pelayanan. Di Puskesmas, kesiapan peralatan dasar memang cukup tinggi (84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosis ternyata masih rendah (61%). Di antara kemampuan menegakkan diagnosis yang rendah tersebut adalah tes kehamilan (47%), tes glukosa urine (47%), dan tes glukosa darah (54%). Hanya 24% Puskesmas yang mampu melaksanakan seluruh komponen diagnosis¹⁵.

Dewasa ini kasus pemerkosaan marak terjadi di masyarakat khususnya di Indonesia. Bukan hanya di kota-kota besar tetapi juga terjadi di pedesaan dan yang menjadi korban bukan hanya perempuan-perempuan muda saja, tetapi juga perempuan-perempuan yang sudah lanjut usia (lansia), bukan hanya perempuan-perempuan yang memakai pakaian seksi, sampai kelihatan pinggan dan pusarnya, tetapi juga perempuan-perempuan yang berkerudung, bukan hanya gadis remaja tetapi juga anak di bawah lima tahun (balita) yang belum mengenal seks menjadi korban perkosaan. Pelaku bukan hanya laki-laki muda tetapi juga laki-laki yang sudah lanjut usia (lansia) bahkan tidak jarang seorang kakek, seorang paman, ayah tiri bahkan ayah kandung yang dipercayai dan dikenal korban yang seharusnya melindungi korban. Tindakan pemerkosaan terjadi secara spontan. Biasanya pelaku pemerkosa sudah mempunyai niat dan dilakukan tergantung kesempatan. Bukan hanya terjadi di tempat sepi. Kebanyakan kasus perkosaan terjadi di tempat yang aman termasuk di rumah, tempat kerja atau sekolah. Dalam kaitannya dengan nilai-nilai Pancasila kasus pemerkosaan sudah menyimpang dari sila kesatu yang berbunyi Ketuhanan Yang Maha Esa dan sila kedua yang berbunyi Kemanusiaan Yang Adil dan Beradab. Tindakan pemerkosaan sudah jelas menyimpang dari sila pertama karena melanggar norma-

¹⁵ *Ibid.*, [hlm. 18](#)

norma yang diajarkan dalam ajaran agama. Selain itu pemerkosaan juga menyimpang dari sila kedua karena pemerkosaan adalah suatu tindakan yang tidak berperikemanusiaan dan melanggar Hak Asasi Manusia (HAM) pada pasal 28 I Ayat (1) Hak untuk hidup, hak untuk tidak disiksa, hak kemerdekaan pikiran dan hati nurani, hak beragama, hak untuk tidak diperbudak, hak untuk diakui sebagai pribadi dihadapan hukum, dan hak untuk tidak dituntut atas dasar hukum yang berlaku surut adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apapun.

Pemerintah telah menerbitkan peraturan pemerintah pengganti undang-undang (Perppu) kekerasan seksual terhadap anak. Hukuman tambahan antara lain dibeber yang akan diberikan kepada pelaku tertentu. Perppu nomor 1 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas UU Nomor 2 tahun 2002 tentang perlindungan anak ditandatangani presiden menyusul sejumlah kasus tindakan kekerasan seksual terhadap anak-anak belakangan ini. Perpu ini dimaksudkan untuk kegentingan yang diakibatkan terjadinya kekerasan seksual terhadap anak yang semakin meningkat secara signifikan.

Untuk mengatasi kesenjangan masalah kesehatan, pemerintah Indonesia memberlakukan kebijakan-kebijakan untuk mengentaskan masalah kesehatan. Pemberlakuan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk menuju Jaminan Kesehatan Nasional ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Dengan adanya BPJS Kesehatan masyarakat dapat memeriksakan kesehatan dan pengobatan kepada pelayanan kesehatan tanpa harus takut membayar fasilitas kesehatan yang mahal, sehingga setiap orang mendapatkan perlakuan sama pada pelayanan kesehatan. Peserta BPJS terdiri dari PBI dan non PBI, PBI merupakan penerima bantuan iuran dari pemerintah dengan kategori orang fakir miskin dan orang tidak mampu. Pada kelompok ini tidak perlu membayar premi setiap bulannya, sedangkan non PBI merupakan peserta yang tidak tergolong dalam fakir miskin dan orang tidak mampu, secara finansial peserta non PBI ini kelompok ekonomi menengah keatas yang mampu membayar premi setiap bulan sesuai kelas perawatan yang didaftarkan. Peserta PBI maupun non PBI mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan kesehatan, yang membedakan hanya kelas perawatan saja. Diberlakukannya JKN ini jelas menuntut dilakukannya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan.

Pengendalian beban anggaran negara yang diperlukan dalam JKN memerlukan dukungan dari upaya kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Perkembangan kepesertaan JKN ternyata cukup baik. Sampai awal September 2014, jumlah peserta telah mencapai 127.763.851 orang (105,1% dari target). Namun penambahan peserta yang cepat ini tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, sehingga terjadi antrean panjang yang bila tidak segera diatasi, kualitas pelayanan bisa turun¹⁶.

Selain itu pemerintah juga memberlakukan Undang-Undang Tentang Desa. Pada bulan Januari 2014 telah disahkan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. Sejak ditetapkan terdapat 77.548 desa mendapatkan dana desa setiap tahunnya dengan besaran Rp 1 Miliar. Dana tersebut dapat digunakan untuk mendanai kegiatan pembangunan desa, pemberdayaan, pemerintahan desa dan kemasyarakatan. Dana desa sangat besar untuk mendanai pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, dengan adanya pemberdayaan masyarakat dan pendanaan yang cukup harapannya dapat mengurangi masalah kesehatan dengan membentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Dengan adanya UKBM akan lebih banyak usaha promotif dan preventif yang ada di masyarakat, sehingga peranan UKBM dapat membantu dalam mengatasi masalah kesehatan.

Upaya untuk mencegah masalah kesehatan diperlukan kerjasama lintas sektor, dalam hal ini perlu persatuan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Persatuan merupakan modal dasar negara dengan sifat-sifat dan keadaan Negara harus sesuai dengan hakikat satu dalam arti mutlak tidak terbagi dan terpisahkan dari yang lain. Persatuan Indonesia dalam era modern disebut nasionalisme. Nasionalisme adalah memiliki perasaan satu sebagai suatu bangsa, satu dengan seluruh warga yang ada dalam masyarakat. Oleh karena itu rasa satu yang demikian kuatnya, maka dari pada timbul rasa cinta bangsa dan tanah air. Persatuan bertujuan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa serta mewujudkan perdamaian dunia yang abadi.

Semangat persatuan dibutuhkan untuk bersatu padu mengatasi masalah kesehatan, masalah kesehatan jiwa di Indonesia sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. Data dari Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental

¹⁶ *Ibid.*, [hlm.](#) 30.

emosional (gejala-gejala depresi dan ansietas), sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas. Hal ini berarti lebih dari 14 juta jiwa menderita gangguan mental emosional di Indonesia. Sedangkan untuk gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis, prevalensinya adalah 1,7 per 1000 penduduk. Ini berarti lebih dari 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat (psikosis). Angka pemasungan pada orang dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3% atau sekitar 57.000 kasus gangguan jiwa yang mengalami pemasungan¹⁷.

Gangguan jiwa dan penyalahgunaan Napza juga berkaitan dengan masalah perilaku yang membahayakan diri, seperti bunuh diri. Berdasarkan laporan dari Mabes Polri pada tahun 2012 ditemukan bahwa angka bunuh diri sekitar 0.5 % dari 100.000 populasi, yang berarti ada sekitar 1.170 kasus bunuh diri yang dilaporkan dalam satu tahun. Prioritas untuk kesehatan jiwa adalah mengembangkan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) yang ujung tombaknya adalah Puskesmas dan bekerja bersama masyarakat, mencegah meningkatnya gangguan jiwa masyarakat¹⁸.

Persatuan Indonesia merupakan sila ketiga dari Pancasila, sila dapat diamalkan dengan melaksanakan kepentingan negara sebagai kepentingan bersama di atas kepentingan pribadi dan golongan. Dalam hal ini perlu adanya partisipasi masyarakat untuk kepentingan bersama bangsa Indonesia dalam konteks kesehatan. Pada dasarnya kesehatan bukan hanya menjadi tanggung jawab yang harus dipikul oleh pemerintah atau instansi kesehatan saja, tetapi juga merupakan tanggung jawab masyarakat bahkan tanggung jawab setiap orang. Dengan berpartisipasi masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat harapannya masalah kesehatan di Indonesia dapat segera teratasi, utamanya untuk masyarakat yang jauh dari akses pelayanan kesehatan dan kurangnya sosialisasi mengenai kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan dapat dilaksanakan melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). UKBM merupakan salah satu wujud pemberdayaan masyarakat, yang tumbuh dari masyarakat, dikelola oleh masyarakat, dan untuk kepentingan masyarakat dalam upaya menanggulangi permasalahan kesehatan yang dihadapi dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki masyarakat setempat. UKBM adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, diharapkan dapat berkembang ke arah

¹⁷ *Ibid.*, [hlm.](#) 16

¹⁸ *Ibid.*, hlm. 17.

bentuk yang ideal, yakni: bentuk yang mandiri, ditopang oleh kemampuan pengorganisasian, serta pendanaan oleh masyarakat. Harapannya dengan UKBM, masyarakat dapat memicu untuk membentuk UKBM baru seperti Posyandu Asta (Posyandu Asuhan Tokoh Agama), Pos Obat Desa (POD), Kelompok Peminat Kesejahteraan Ibu dan Anak (KPKIA), Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja), Poskestren (Pos Kesehatan Pesantren), Pusikes (Pusat Informasi Kesehatan), Upaya Kesehatan Masjid, Pemberantasan Penyakit Menular dengan Pendekatan PKMD (P2M PKMD), Penyehatan Lingkungan Pemukiman dengan Pendekatan PKMD (PLP PKMD) dan lain sebagainya. UKBM saat ini yang sudah banyak menyebar dimasyarakat adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu),

Kerakyatan yang di pimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan perwakilan merupakan sila keempat Pancasila, sila ini dapat dimaknai bahwa asas demokrasi bersumber pada nilai-nilai kehidupan yang berakar dalam budaya bangsa Indonesia. Wujud demokrasi sebagai paham kedaulatan rakyat, yang bersumber pada nilai kebersamaan, kekeluargaan dan gotong royong. Dalam sila keempat mengandung keyakinan atas nilai kebenaran dan keadilan dalam menegakkan kehidupan yang bebas adil dan sejahtera.

Perwujudan sila keempat dalam lingkup kesehatan dapat dilihat dalam peran masyarakat dalam berpartisipasi pengelolaan dana desa dibidang kesehatan. Alokasi dana desa sudah berjalan mulai awal tahun 2014, besaran alokasi dana desa sebesar 1 miliar rupiah setiap desa dalam kurun waktu satu tahun. Alokasi dana tersebut dinaungi oleh Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. Perlu musyawarah bersama untuk menentukan pengalokasian ini untuk kegiatan-kegiatan yang ada desa, terutama dalam bidang kesehatan. Partisipasi masyarakat dapat dilibatkan dalam pembuatan program yang akan dilaksanakan, selain itu partisipasi masyarakat juga harus dilibatkan dalam mengidentifikasi masalah dan potensi yang ada di masyarakat, hal ini bertujuan supaya program yang dibuat sesuai dengan kondisi yang masalah harus diselesaikan dari perspektif masyarakat.

Ada tiga alasan utama partisipasi masyarakat di dalam pembangunan yang mempunyai sifat sangat penting, yaitu 1) Partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi dan sikap masyarakat setempat, yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal. 2) Masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika dilibatkan

dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui seluk beluk proyek tersebut. 3) Timbul anggapan bahwa merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat sendiri¹⁹.

Berdasarkan sistem dan mekanisme partisipasi, membedakan partisipasi atas 4 jenis: *Participation in decision making* adalah partisipasi masyarakat dalam proses pembuatan keputusan dan kebijakan organisasi. Partisipasi dalam bentuk ini berupa pemberian kesempatan kepada masyarakat dalam mengemukakan pendapatnya untuk menilai suatu rencana atau program yang akan ditetapkan. Masyarakat juga diberikan kesempatan untuk menilai suatu keputusan atau kebijaksanaan yang sedang berjalan. Partisipasi dalam pembuatan keputusan adalah proses dimana prioritas-prioritas pembangunan dipilih dan dituangkan dalam bentuk program yang disesuaikan dengan kepentingan masyarakat. *Participation in implementation* adalah partisipasi atau keikutsertaan masyarakat dalam kegiatan operasional pembangunan berdasarkan program yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan program pembangunan, bentuk partisipasi masyarakat dapat dilihat dari jumlah (banyaknya) yang aktif dalam berpartisipasi, bentuk-bentuk yang dipartisipasikan misalnya tenaga, bahan, uang, semuanya atau sebagian-sebagian, partisipasi langsung atau tidak langsung, semangat berpartisipasi, sekali-sekali atau berulang-ulang. *Participation in benefit* adalah partisipasi masyarakat dalam menikmati atau memanfaatkan hasil-hasil pembangunan yang dicapai dalam pelaksanaan pembangunan. Pemerataan kesejahteraan dan fasilitas, pemerataan usaha dan pendapatan, ikut menikmati atau menggunakan hasil-hasil pembangunan (jalan, jembatan, gedung, air minum dan berbagai sarana serta prasarana sosial) adalah bentuk dari partisipasi dalam menikmati dan memanfaatkan hasil-hasil pembangunan. *Participation in evaluation* adalah partisipasi masyarakat dalam bentuk keikutsertaan menilai serta mengawasi kegiatan pembangunan serta hasil-hasilnya. Penilaian ini dilakukan secara langsung, misalnya dengan ikut serta dalam mengawasi dan menilai atau secara tidak langsung, misalnya memberikan saran-saran, kritikan atau protes²⁰.

¹⁹ Diana Conyers, *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga, Suatu Pengantar*, diterjemahkan oleh Susetiawan (Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 1994), hlm. 154-155.

²⁰ John, M. Cohen dan Norman Thomas Uphoff, *Rural Development Participation* (New York: Cornell University, 1997), hlm. 56-58.

Partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan seperti rapat masih sangat kurang, dan yang aktif mengikuti setiap rapat adalah staf-staf desa, anggota Badan Permusyawaratan Desa (BPD), kepala dusun dan diikuti beberapa masyarakat, namun masyarakat yang datang itu-itu saja dalam setiap rapat. sehingga keputusan dalam perencanaan pembangunan tersebut dibuat oleh yang menghadiri rapat perencanaan tersebut. Dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan juga masih kurang. Hal ini dilihat dari masyarakat yang ikut bekerja dan yang aktif dalam pelaksanaan pembangunan tersebut adalah staf-staf Desa. Serta partisipasi masyarakat dalam pemanfaatan juga tidak maksimal dan hasil dari pembangunan tersebut digunakan untuk kepentingan masyarakat secara umum di setiap dusun. Namun berdasarkan penelitian di lapangan program alokasi dana desa tersebut masih berjalan lancar ditangani oleh kepala desa dan ketua badan permusyawaratan desa (BPD) dan anggota-anggotanya serta staf desa²¹.

Keadilan sosial merupakan keadilan yang berlaku dalam masyarakat di berbagai bidang kehidupan termasuk kesehatan. Keadilan sosial menjamin setiap warga negara diperlakukan dengan adil dalam bidang hukum, ekonomi, budaya, sosial, kedudukan masyarakat serta kesehatan. Nilai vital dalam sila kelima adalah mewujudkan kemajuan yang merata dan berkeadilan sosial, dalam makna untuk menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Sila kelima ini mengandung perbuatan-perbuatan yang luhur yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan gotong-royong.

Budaya gotong royong sudah ada pada masyarakat Indonesia, dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan prinsip gotong royong, dimana gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui

²¹ Novia, *Partisipasi Masyarakat Dalam Pemanfaatan Program Alokasi Dana Desa: Studi Di Desa Semongan Kecamatan Noyan Kabupaten Sanggau* (Pontianak: Universitas Tanjungpura, 2015), hlm. 15.

prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia²².

Kesimpulan

Dengan adanya Pancasila dapat mempersatukan keberagaman suku bangsa, budaya, agama, dan adat istiadat (tradisi) yang berbeda-beda menjadi satu. Melalui pengamalan butir-butir Pancasila bisa menjadikan modal dasar dalam penerapan program kesehatan. Pemberlakuan Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan cerminan dari penerapan Pancasila, melalui penerapan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan merupakan upaya pemerintah untuk menjamin kesehatan setiap warga Indonesia. Partisipasi masyarakat dalam program ini sangat penting, dimana dalam penerapan BPJS Kesehatan ini menerapkan prinsip gotong royong. Gotong royong ini sudah menjadi budaya di masyarakat Indonesia, bagi peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Partisipasi masyarakat dalam kesehatan dapat diterapkan dalam ikut berpartisipasi dalam pengelolaan melalui pembuatan keputusan, penerapan, pemanfaatan program dan evaluasi dana desa, dimana dalam dana desa tersebut dapat digunakan dalam upaya kesehatan dengan membentuk program-program kesehatan atau membentuk swadaya masyarakat. Melalui swadaya masyarakat dapat membentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat seperti Posyandu Lansia, Pemberantasan Penyakit Menular dengan Pendekatan PKMD (P2M PKMD) dll. Dalam penyusunan dan penerapan program kesehatan harus memperhatikan sosial budaya masyarakat dan nilai-nilai yang ada pada setiap daerah, supaya program dapat diterapkan sesuai dengan karakteristik masyarakat.

Daftar Pustaka

- 1) Cohen, J. M. dan Uphoff, N. T. 1997. *Rural Development Participation*. New York: Cornell University.
- 2) Conyers, D. 1994. *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga, Suatu Pengantar*. diterjemahkan oleh Susetiawan. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

²² [Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.](#)

- 3) Hawari, D. 1998. *Al Qur'an : Ilmu Kedokteran Jiwa Dan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa.
- 4) Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta.
- 5) Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta.
- 6) Mauk, K. L. dan Schmidt, N. A. 2004. *Spiritual care and nursing practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins.*
- 7) Musbikin, I. 2003. *Rahasia Shalat Bagi Penyembuhan dan Psikis: Terapi Religius*. Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- 8) Novia, 2015. *Partisipasi Masyarakat Dalam Pemanfaatan Program Alokasi Dana Desa: Studi Di Desa Semongan Kecamatan Noyan Kabupaten Sanggau*. Pontianak: Universitas Tanjungpura.
- 9) Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 10) Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Formatted: Font: Cambria, 12 pt

Formatted: Font: Cambria, 12 pt, Italic

Formatted: Font: Cambria, 12 pt

Formatted: Indent: Left: 0 cm, Hanging: 0,75 cm