

Interaksi Pemerintah dan Masyarakat Dalam Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk di Kota Surabaya: Kajian Biopolitik

Nurul Maulina*

ABSTRAK

Biopolitik ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan populasi melalui tindakan-tindakan politik. Bentuk-bentuk pengaturan kesehatan yang dilakukan pemerintah melalui normalisasi dan pendisiplinan tubuh populasi sejalan dengan tatanan kesehatan universal. Intervensi tersebut menentukan keadaan biologis populasi dan kultur masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung. Masalah gizi buruk bukan hanya masalah kesehatan yang timbul hanya di daerah pedesaan dan wilayah terpencil. Nyatanya, kota besar seperti Surabaya tidak luput dari gizi buruk. Gizi buruk sering dikaitkan dengan ketidakmampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan pangan yang bergizi akibat kemiskinan dan adanya infeksi. Gizi buruk harus ditangani secara serius karena menyangkut kualitas hidup masyarakat. Desentralisasi dianggap sebagai modal politik pemerintah untuk memperbaiki dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat lewat berbagai program, namun prevalensi penderita gizi buruk masih juga tinggi. Gizi buruk ternyata tidak hanya disebabkan oleh masalah kemiskinan, kekurangan pangan, dan infeksi saja. Aspek kultural juga turut mempengaruhi terjadinya gizi buruk lewat pengetahuan tentang kesehatan dan makanan dalam konteks budaya setempat. Pengetahuan budaya ini tidak sesuai dengan prinsip dalam biopolitik, sehingga menyebabkan penanganan gizi buruk yang dilakukan oleh pemerintah belum mencapai hasil yang memuaskan. Penelitian ini membahas tentang bagaimana implementasi regulasi Pemerintah Kota terhadap penanggulangan gizi buruk di Surabaya dan bagaimana pemahaman masyarakat yang menderita gizi buruk tentang gizi dan gizi buruk. Dengan menggunakan pendekatan biopolitik, penelitian kualitatif ini mendeskripsikan implementasi program penanggulangan gizi buruk yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Surabaya dan penyebab kurang berhasilnya kebijakan kesehatan ditinjau dari aspek sosio-kultural masyarakat setempat.

Kata kunci: gizi buruk, biopolitik, kebijakan kesehatan

ABSTRACT

Biopolitics is intended to improve the health of the population through political actions. Forms of government health regulations through normalization and body disciplining are in line with the universal health order. These interventions determine the biological state of the population and culture of the people, either directly or indirectly. Malnutrition problem doesn't only appear in rural and remote areas. In fact, large cities such as Surabaya were not spared from malnutrition. Malnutrition is often associated with the inability of the community to meet the need of nutritious food due to poverty and the presence of infection. Malnutrition should be handled seriously because it is related to the community's quality of life. Decentralization is considered as the political means to refine and improve the health of the community through various programs, but the prevalence of malnutrition is still high. Malnutrition was not only caused by poverty, lack of food, and infection alone. Cultural aspects also affect the occurrence of malnutrition through knowledge about health and food in the context of the local culture. This cultural knowledge is not in accordance with the principles of biopolitics, causing malnutrition treatment by government to not achieve satisfactory results yet. This study discusses how the implementation of Municipal Government regulations on countermeasure attempts of malnutrition in Surabaya is done and the understanding of malnutrition suffering community regarding nutrition and malnutrition. By using biopolitics approach, this qualitative research is to describe the implementation of malnutrition prevention programs that have been implemented by the Municipal Government of Surabaya and the causes of less successful health policies in terms of socio-cultural aspect of the local community.

Keywords: malnutrition, biopolitics, health regulations

* Mahasiswa S1 Ilmu Politik FISIP Universitas Airlangga, email: nmaulinar@gmail.com

I. PENDAHULUAN

Gizi merupakan salah satu faktor penentu kualitas sumber daya manusia suatu bangsa. Gizi diperlukan untuk membentuk manusia menjadi sehat, cerdas, kuat, dan tangguh. Dalam hal ini pemenuhan terhadap gizi yang baik harus tetap menjadi *mind-stream* pembangunan nasional. Keadaan gizi masyarakat yang buruk akan menghambat tercapainya tujuan pembangunan.

Masalah gizi erat kaitannya dengan ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan yang sesuai dengan standar kesehatan akibat kemiskinan. Permasalahan gizi buruk tidak hanya menimpa masyarakat di daerah perdesaan saja, namun juga daerah perkotaan, seperti Surabaya. Perkembangan Surabaya selalu dijadikan alasan bagi perpindahan penduduk dari berbagai wilayah di luar Surabaya dengan tujuan tinggal dan menetap. Surabaya selalu dianggap mampu membawa kesejahteraan dan kesuksesan secara finansial. Sayangnya, laju urbanisasi di Surabaya tidak dibarengi dengan kemampuan kota untuk menyediakan lapangan pekerjaan yang layak. Urbanisasi sejak lama telah menimbulkan menimbulkan banyak permasalahan di Surabaya, terutama masalah kemiskinan. Sebanyak 171,21 ribu warga miskin terkonsentrasi di Kota Surabaya pada tahun 2009 dan sebanyak 195,6 ribu orang di tahun 2010 (BPS Provinsi Jawa Timur, 2010: 231).

Penghasilan yang kurang dan tingginya harga bahan pangan membuat masyarakat miskin hanya sanggup untuk memenuhi kebutuhan akan pangan pokok sebagai sumber energi dan menerapkan prinsip makan asal kenyang. Hal ini menyebabkan mereka kurang memperhatikan nutrisi dan nilai gizi yang terkandung dalam bahan makanan yang mereka konsumsi. Pada tahun 2011, jumlah penderita gizi buruk di Surabaya mencapai 2.500 balita, sementara sampai bulan Februari tahun 2012, sebanyak 1.027 balita mengidap penyakit gizi buruk (http://www.surabayakita.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3992&title=gizi-buruk-dinkes-sediakan-dana-rp-1-m&catid=58:pendidikan-a-kesehatan&Itemid=48 diakses tanggal 12 Mei 2012).

Penderita gizi buruk di Surabaya tersebar di pinggiran wilayah kota. Jumlah gizi

buruk terbanyak terdapat di wilayah administrasi Surabaya Utara, salah satunya adalah Kecamatan Kenjeran. Di Kecamatan Kenjeran sebagian besar penduduknya berasal dari Madura dan setiap tahunnya memiliki temuan kasus gizi buruk lebih banyak dibandingkan dengan kecamatan lain di Surabaya (<http://www.republika.co.id/berita/nasional/jawa-timur/12/10/15/mbxhib-kasus-gizi-buruk-di-surabaya-masih-tinggi> diakses tanggal 12 Mei 2012).

Pemerintah dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah ini secara politik. Sejak tahun 2000, penerapan program-program yang mendukung MDGs ini telah mulai dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan daerah. Dalam konteks Surabaya, pemerintah kota lewat Dinas Kesehatan Kota Surabaya memiliki tugas penting untuk mengentaskan kasus gizi buruk melalui program-program pemberdayaan dan optimalisasi fungsi Posyandu, kegiatan pendampingan, dan pemberian makanan tambahan untuk meningkatkan status gizi. Meskipun telah mengalami tren penurunan, namun jumlah penderita gizi buruk di Surabaya masih tergolong tinggi.

Selama ini penelitian yang telah dilakukan hanya melihat permasalahan kesehatan dan gizi buruk hanya dilihat sebagai masalah teknis bidang kesehatan. Kesehatan dan gizi tidak dilihat sebagai masalah yang sifatnya politis. Kesehatan dan gizi telah lama menjadi komoditas politik pemerintah dan oleh karenanya tidak pernah lepas dari tindakan dan refleksi politik pemerintah. Pemerintah merupakan aktor kunci dalam upaya pengentasan gizi buruk melalui kebijakan dan program kesehatan, disamping peran aktor dalam masyarakat.

Penelitian ini merupakan replikasi penelitian tentang gizi buruk terdahulu yang dilaksanakan di Kabupaten Belu, Nusa Tenggara Timur.¹ Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana intervensi pemerintah dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, terutama gizi buruk dalam konteks wilayah perkotaan. Surabaya dan Belu merupakan dua wilayah yang memiliki karakteristik yang berbeda. Surabaya sebagai kota besar dan pusat industri selalu mendapatkan perhatian dari Pemerintah Pusat, sedangkan Belu merupakan wilayah yang kurang memiliki sarana yang memadai dan

akses yang sulit terhadap fasilitas kesehatan. Meskipun terbilang jauh lebih maju dibandingkan dengan Belu, penderita gizi buruk di Surabaya tetap juga tinggi.

Penelitian ini membahas bagaimana implementasi regulasi Pemerintah terhadap penanggulangan gizi buruk di Kota Surabaya dan bagaimana pemahaman masyarakat yang menderita penyakit gizi buruk di Surabaya mengenai gizi dan gizi buruk. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji intervensi Pemerintah Kota di bidang kesehatan khususnya dalam menangani gizi buruk dan interaksi antara pemerintah dan masyarakat dalam implementasi program penanganan gizi buruk di Surabaya. Sedangkan manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini secara akademis adalah untuk menambah wawasan dalam memahami bagaimana keputusan pemerintah dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat. Secara praktis, penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi bagi pengambil keputusan bahwa penyebab gizi buruk tidak hanya terkait masalah medis, tetapi sosial budaya masyarakat.

II. PEMBAHASAN

Aspek Biopolitik Penanggulangan Gizi Buruk Foucault menempatkan aspek biologis manusia dalam tatanan politik dan melihat manusia sebagai makhluk hidup bukan sebagai subjek hukum. Manusia tidak lagi hanya dipandang sebagai subjek hukum melainkan sebagai makhluk hidup. Kehidupan manusia memberi peluang terhadap masuknya kekuasaan sampai pada tubuh. Tujuannya adalah untuk mengamankan stabilitas biologis populasi secara optimal. Biopolitik merupakan suatu bentuk campur tangan pemerintah untuk menciptakan keteraturan, disiplin, stabilitas, dan produktivitas masyarakat. Bentuk-bentuk pengaturan dan intervensi kesehatan yang dilakukan pemerintah adalah melalui pembentukan lembaga-lembaga kesehatan modern yang sejalan dengan tatanan kesehatan universal (Aminah & Koesbardjati, 2012).

Biopolitik sebenarnya merupakan gabungan dari dua konsep yang berkaitan dengan eksistensi manusia yang digagas oleh Foucault, yaitu biopower dan anatomo-politik. Biopower adalah konsep yang secara umum mengaitkan kehidupan dan mekanismenya ke dalam kalkulasi eksplisit dan pembuatan pengetahuan dan kekuasaan (*power-knowl-*

edge) sebagai agen untuk transformasi kehidupan manusia. Biopower menganggap dan memperlakukan manusia sebagai makhluk hidup, tidak lagi sebagai subjek hukum atau politik. Dalam biopower, eksistensi biologis manusia merupakan target dari strategi kontrol dan intervensi politik. Sedangkan anatomo politik. Anatomo politik merupakan konsep yang berkaitan dengan strategi politik yang secara kolektif menganggap manusia sebagai spesies. Anatomo politik untuk tubuh manusia agar lebih produktif dan patuh. Konsep ini erat kaitannya dengan masalah biologis populasi, misalnya: menurunkan tingkat mortalitas dan morbiditas, mengatur tingkat kelahiran, dan meningkatkan harapan hidup rata-rata (Elbe, 2005).

Biopolitik merupakan perpaduan dua ilmu yang berbeda, yakni kedokteran dan ilmu sosial (politik kesehatan dan pedagogi). Keduanya menjadi alat pemerintah untuk mengatur kehidupan setiap orang. Masyarakat diatur dalam sebuah wacana dimana pengetahuan tentang kesehatan diproduksi oleh para aktor kesehatan melalui normalisasi, dimana norma cenderung lebih ditaati daripada hukum. Pengetahuan ini kemudian diterapkan dalam tatanan kesehatan modern melalui regulasi kesehatan oleh lembaga negara yang memiliki kekuasaan legal. Kontrol terhadap individu kemudian tidak hanya pada tingkat kesadaran atau ideologi tetapi juga melalui tubuh mereka sendiri. Sehingga dalam hal ini tubuh menjadi realitas politik, sedangkan ilmu kedokteran berfungsi sebagai strategi politik. Tujuannya adalah untuk membentuk individu-individu yang taat pada norma-norma yang dihasilkan oleh pengetahuan kedokteran. Negara menggunakan kekuasaannya untuk memerintah, mendisiplinkan, mengawasi kesehatan, dan mengusahakan kesejahteraan penduduk dengan memberikan jaminan sosial. Kontrol terhadap penduduk tidak hanya dilakukan oleh negara dan aparatnya saja, melainkan juga oleh kekuasaan yang bersifat lokal (Haryatmoko, 2002).

Untuk menjamin kesejahteraan penduduk, maka diperlukan konsep *governmentality* agar negara dapat memenuhi hak-hak warga negaranya, termasuk jaminan kesehatan. Dalam konsep *governmentality*, fokus politik pemerintah bukan pada tindakan memerintah dalam artian klasik, namun telah

berubah fokus pada upaya pemerintah untuk mewujudkan perbaikan kondisi masyarakat dan meningkatkan kesejahteraan mereka. *Governmentality* merupakan teknik yang digunakan pemerintah untuk mengatur perilaku orang lain, yang lebih sering dilakukan dengan menggunakan kalkulasi rasional daripada legitimasi dan kedaulatan yang dimiliki oleh pemerintah. Melalui cara ini pemerintah dapat mengatur perilaku individu sekaligus mempengaruhi tindakan apa yang akan dilakukan, sehingga individu-individu tersebut dapat mengatur diri sendiri (Aminah & Koesbardjati, 2012).

Secara teknis, mekanisme biopolitik bekerja melalui anjuran-anjuran rasional untuk melakukan tindakan tertentu, meskipun demikian bentuk larangan sebenarnya masih tetap ada dalam biopolitik. Hanya saja kesan larangan yang kaku diperhalus dengan perintah dan kewajiban yang positif dan sikap yang dipaksakan secara terperinci dengan memberikan gambaran yang jelas tentang manfaat dari tindakan tersebut. Misalnya anjuran untuk makan makanan yang bergizi seimbang dan bervariasi serta secara rutin memeriksakan balita ke Posyandu setiap bulan adalah untuk keuntungan balita dan orang tuanya, sekaligus berguna untuk mengontrol dan mengawasi keadaan gizi dan kesehatan penduduk (Haryatmoko, 2002).

Biopolitik dijalankan melalui regulasi kesehatan yang dilakukan oleh sebuah lembaga atas otoritas negara untuk menciptakan kebaikan bagi semua warga negara. Dalam hal ini otoritas tersebut dimiliki oleh Departemen Kesehatan RI. Regulasi diwujudkan dalam bentuk tatanan kesehatan yang modern berdasarkan pengetahuan kedokteran seperti dibangunnya rumah sakit, Puskesmas, klinik, laboratorium, dsb. Semua proses kehidupan dan penyakit diatur dalam regulasi yang dibentuk oleh pemerintah untuk melindungi eksistensi manusia. Segala sesuatu yang mengancam eksistensi manusia harus dikendalikan secara politik, termasuk masalah penyakit dan keadaan gizi populasi.

Masalah gizi buruk dapat menyebabkan eksistensi manusia terancam. Kekurangan gizi dapat meningkatkan tingkat morbiditas dan mortalitas, terutama untuk golongan rawan seperti balita, ibu hamil, dan ibu menyusui. Keadaan gizi sangat mempengaruhi

pertumbuhan fisik dan mental, terutama untuk balita dan anak-anak. Dalam jangka panjang, masalah gizi buruk yang tidak tertangani akan menyebabkan negara kehilangan generasi penerus bangsa yang berkualitas.

Pemerintah meregulasi kesehatan populasi melalui PERMENKES RI Nomor: 226/MENKES/PER/XI/2011 tentang Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS diwujudkan dalam bentuk norma-norma berperilaku agar mengarah pada orientasi hidup sehat. Melalui PHBS masyarakat dituntun untuk berperilaku sesuai dengan anjuran ilmu kedokteran. PHBS berisi berbagai bentuk perilaku yang diperlukan untuk dapat hidup sehat dan produktif. Perilaku-perilaku tersebut harus diterapkan diberbagai tatanan kehidupan, antara lain: tatanan keluarga, masyarakat, tempat pendidikan, tempat kerja, dan fasilitas kesehatan. Pencapaian PHBS merupakan tolak ukur utama keberhasilan regulasi kesehatan pemerintah karena dalam PHBS telah diatur berbagai perilaku yang harus dilakukan di seluruh tatanan hidup masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi. Untuk mencegah dan menangani gizi buruk, maka perilaku yang harus dipraktekkan adalah mengonsumsi makanan yang beragam dan seimbang, meminum tablet penambah darah selama hamil, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang balita secara rutin di Posyandu, dan memeriksakan diri ke Puskesmas/rumah sakit apabila sakit.

Untuk meregulasi pola makan masyarakat, pemerintah menggulirkan wacana "Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS)". Wacana ini menggantikan regulasi lama pemerintah yang populer dengan sebutan "Empat Sehat Lima Sempurna (4S 5S)". PUGS sebenarnya tidak benar-benar menggantikan 4S 5S karena pokok anjuran yang diberikan tidak terlalu berbeda, hanya saja PUGS lebih menyempurnakan 4S 5S sesuai dengan ilmu kedokteran yang semakin berkembang di bidang nutrisional. Dimana kebutuhan gizi manusia tidak lagi hanya ditentukan dari jumlah kategori unsur gizi yang harus dikonsumsi tetapi juga memperhatikan golongan usia, jenis kelamin, kondisi fisik, dan aktivitas fisik yang dilakukan (Koran Warta Unair, 2012).

Governmentality yang dijalankan pemerintah adalah untuk mengatur perilaku masyarakat. Pemerintah memberikan kalkulasi rasional tentang manfaat dan/atau akibat yang

akan ditimbulkan dari sebuah perilaku, dengan gambaran seperti itu individu dapat mempertimbangkan dampak yang akan diterima sebelum melakukan sebuah tindakan tertentu. *Governmentality* dapat dianggap berhasil apabila setiap orang dapat mengatur dirinya sendiri. Interaksi yang terjadi antara Pemerintah Kota Surabaya dengan masyarakat dalam *governmentality* nampaknya belum memberikan hasil yang menggembirakan. Dalam bidang kesehatan, terutama nutrisi masih banyak ditemui kasus gizi buruk. Akar permasalahan yang menjadi penghambat keberhasilan biopolitik adalah perbedaan konsepsi sehat-sakit yang dipakai oleh pemerintah dan masyarakat. Selama ini pemerintah mengadopsi konsep dari sistem pengetahuan kedokteran modern, sedangkan masyarakat masih mengenal konsepsi sehat-sakit menurut budaya mereka.

Dalam menjalankan biopolitiknya, pemerintah menggunakan pengetahuan ilmu kedokteran sebagai pedoman dalam menentukan kondisi gizi buruk melalui Kementerian Kesehatan RI. Gizi buruk dimaknai sebagai keadaan kurang sehat yang menyebabkan kekurangan energi protein dan nutrisi mikro (seperti vitamin dan mineral) dalam jangka waktu yang lama akibat kurangnya asupan makanan yang memadai dan adanya infeksi. Gizi buruk ditandai dengan berat badan per tinggi badan (BB/TB) sangat rendah yakni dibawah -3 SD dari standar normal. Gejala klinis yang ditunjukkan oleh penderita diantaranya adalah tubuh kurus, pendek, mata sayu, wajah membulat dan sembab, perut yang buncit, rambut kemerahan seperti warna jagung dan mudah dicabut tanpa menimbulkan rasa sakit, ruam pada kulit, dan mudah terkena infeksi. Dilihat dari perilakunya, anak dengan gizi buruk akan cenderung apatis, rewel, dan sensitif terhadap orang asing.

Penyebab gizi buruk secara langsung adalah kurangnya asupan makanan, pola asuh yang salah, keadaan fisik, dan infeksi. Gizi buruk merupakan masalah kesehatan yang kompleks, jarang sekali terjadi kasus gizi buruk dengan penyebab tunggal, misalnya infeksi saja. Selalu ada faktor lain yang menjadi pemicu terjadinya gizi buruk. Kurangnya asupan makanan yang dikonsumsi oleh anak biasanya disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh yang salah dari orang tua akibat kurangnya pengetahuan orang tua.

Masyarakat di Kecamatan Kenjeran sebagian besar merupakan warga pendatang yang berasal dari Pulau Madura. Sebagian besar dari mereka bekerja pada sektor-sektor informal, seperti kuli bangunan, tukang loak, pemulung, tukang becak, dan buruh pabrik. Sebagian besar penghasilan mereka dialokasikan untuk konsumsi pangan pokok, berupa beras, sisanya baru digunakan untuk memenuhi kebutuhan lain seperti sewa rumah. Rendahnya pengetahuan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya prevalensi gizi buruk di Surabaya. Orang tua yang tidak memiliki pendidikan yang layak umumnya tidak mengetahui bagaimana cara merawat anak yang baik dan benar. Sebagian besar penduduk di Kecamatan Kenjeran memiliki pendidikan rendah. Kebanyakan adalah lulusan SD dan tamatan pondok pesantren setara dengan SMP.

Biopolitik tercermin dari besarnya upaya pemerintah dalam membangun masyarakat yang sehat melalui program-program kesehatan modern untuk mencegah dan menangani gizi buruk. Dalam konteks Surabaya, Pemerintah Kota tidak henti-hentinya mengkampanyekan berbagai program sesuai dengan arahan Pemerintah Pusat dalam Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk. Program-program tersebut adalah Pemberian Makanan Tambahan (PMT), Pendampingan Keluarga Balita Gizi Buruk, Operasi Timbang Serentak, TFC dan CFC, Pelacakan Balita Gizi Buruk, Gerakan Masyarakat Sadar Gizi, Kegiatan Distribusi Suplemen Gizi, Kelompok Ibu Pintar, dan Lokakarya Audit Gizi Buruk. Semua program ini diselenggarakan melalui kegiatan Posyandu dan Puskesmas yang tersebar di seluruh wilayah Kota Surabaya untuk menangani permasalahan gizi masyarakat. Sosialisasi regulasi dan program kesehatan pemerintah dibantu peran aktor dari masyarakat, yakni kader-kader Posyandu dan PAUD.

Penanganan kasus gizi buruk selama ini sering mengalami kendala dari aspek partisipasi masyarakat. Masyarakat dianggap kurang aktif dalam memeriksakan kesehatan anak akibat ketidaktahuan mereka tentang gizi dan penyakit gizi buruk. Masyarakat selama ini tidak mengenal dengan baik apa yang dimaksud dengan gizi buruk, apakah yang anaknya menderita gizi buruk atau tidak karena konsepsi

sehat dan sakit yang mereka anut berbeda dengan konsep sehat yang diberlakukan pemerintah dan aktor-aktor kesehatan. Dalam hal ini yang mengetahui dengan pasti apakah seseorang menderita kekurangan gizi adalah petugas kesehatan.

Manusia tidak dapat dilepaskan dari hakikatnya sebagai makhluk kultural. Setiap pengetahuan dan perilaku masyarakat tidak dapat dilepaskan dari pengaruh budaya setempat, termasuk dalam bidang kesehatan. Menurut Foster dan Anderson, sistem kesehatan adalah salah satu hasil bentukan subsistem sosial budaya, medis, dan lingkungan. Sistem kesehatan merupakan salah satu strategi yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan dan ancaman penyakit yang didasari oleh kepercayaan yang dibangun oleh budaya. Sehingga kondisi seseorang dapat disebut sehat atau sakit apabila sesuai dengan konteks budaya tersebut (Foster & Anderson, 1986).

Demikian halnya juga dengan masyarakat Madura yang tinggal di Kecamatan Kenjeran. Mereka masih mengikuti pemahaman sehat-sakit menurut budaya Madura. Masyarakat Madura menganggap sakit adalah kondisi dimana seseorang tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari, lemah, dan hanya dapat berbaring di tempat tidur. Penyakit dipahami sebagai sesuatu yang berasal dari luar tubuh manusia yang menimbulkan kemunduran kesehatan. Penyakit bisa disebabkan oleh pergantian cuaca, makanan, dan gangguan dari makhluk halus. Pemahaman-pemahaman ini merupakan hasil konstruksi dari budaya masyarakat Madura.

Penyakit dipahami sebagai sesuatu yang berasal dari luar tubuh manusia sehingga menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan. Anak yang menderita gizi buruk tidak mengalami gangguan dari luar tubuh mereka. Anak yang kedapatan mengalami keterlambatan pertumbuhan misalnya, badan yang kurus dan pendek, dianggap sebagai dampak dari faktor genetika. Apabila orang tua memiliki bentuk tubuh yang kurus dan pendek, maka sifat ini akan menurun kepada anaknya. Orang yang sedang sakit dikaitkan dengan ketidakmampuannya melakukan kegiatannya sehari-hari, terlihat lemah, dan tidak dapat beranjak dari tempat tidur. Masyarakat Madura melihat anak yang menderita gizi buruk masih dapat melakukan

aktivitasnya seperti bermain seperti biasa.

Konstruksi budaya mengenai penyakit juga berdampak pada cara masyarakat mendiagnosis gejala penyakit yang muncul pada tubuh dan pengobatan yang akan dilakukan. Gejala yang ditunjukkan oleh perilaku rewel dan demam pada anak penderita gizi buruk dianggap sebagai penyakit *sawanen*. Anak yang terkena *sawanen* dianggap terkena penyakit karena mendapat gangguan dari luar tubuh si anak, dalam konteks ini gangguan tersebut berasal dari makhluk halus. Pengobatan dilakukan secara tradisional dengan melalui doa Kyai dan membawa anak pada tukang pijat.

Budaya menentukan mana yang disebut makanan, komponen makanan, dan waktu yang diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Masyarakat kemudian hanya mengonsumsi makanan yang dikenalnya saja, akibatnya sangat sulit untuk meyakinkan orang untuk menyesuaikan makanan tradisionalnya demi kepentingan gizi yang baik. Selain itu kebudayaan juga mendikte kapan mereka lapar dan apa yang harus dimakan untuk memuaskan rasa lapar mereka (Foster & Anderson, 1986).

Konstruksi budaya Madura terdapat makanan berupa tabu makanan dan tradisi *lotek*. Masyarakat meyakini bahwa makanan tertentu dapat menimbulkan penyakit bagi tubuh anak, seperti telur menyebabkan bisulan, ayam mengakibatkan gatal-gatal, ikan menyebabkan cacingan, dan santan yang panas bagi perut. Masyarakat juga hanya mengonsumsi makanan yang mereka kenal dan tidak mau mengkreasikan bahan-bahan makanan yang tersedia menjadi makanan baru. Akibatnya anak menjadi tidak mau makan karena menu makanan yang monoton dan membosankan. Dalam jangka panjang anak akan menderita gizi buruk karena kurang asupan makanan yang beragam. Tradisi budaya *lotek* adalah memberikan bayi makanan pendamping ASI dibawah umur 6 bulan berupa nasi dan pisang yang dilumat. Bayi yang sering menangis dianggap sedang lapar dan minta diberi makanan yang mengeyangkan karena ASI saja belum cukup. *Lotek* menyebabkan kerusakan pada sistem pencernaan bayi dan memicu terjadinya infeksi yang mengakibatkan anak menderita gizi buruk.

Masyarakat Madura juga memiliki kepercayaan bahwa setiap anak membawa takdirnya sendiri. Mereka meyakini bahwa

apapun yang terjadi pada anak adalah kehendak Tuhan, termasuk hidup-mati, sehat-sakit, dan kaya-miskin anak. Kepercayaan ini kemudian berpengaruh terhadap pola pengasuhan anak yang cenderung membiarkan anak. Anak tidak dipandang sebagai sebuah investasi orang tua di dunia, sehingga kesehatan anak bukanlah yang utama. Anak yang meninggal saat masih kecil bukan dianggap sebagai musibah, menurut mereka anak tersebut kelak justru akan menolong orang tuanya di akhirat. Hal ini mengakibatkan orang tua mengesampingkan pemenuhan pangan yang bergizi untuk anak, meskipun sebagian besar masyarakat Madura yang berada di kawasan Kecamatan Kenjeran memiliki penghasilan yang cukup. Mereka justru berlomba-lomba mengalokasikan pendapatannya untuk membeli barang berharga, seperti: emas, kendaraan bermotor, dan barang elektronik untuk alasan prestis. Semakin banyak barang-barang berharga, maka semakin tinggi pula pamor mereka sebagai orang kaya. Hal tersebut dinilai jauh lebih berguna daripada mengeluarkan banyak biaya untuk makanan bergizi.

Budaya Kemiskinan Sebagai Akar Permasalahan. Selama ini kemiskinan selalu disebut sebagai penyebab utama terjadi kasus gizi buruk di Kota Surabaya. Kemiskinan selalu dikaitkan dengan ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi seluruh kebutuhan untuk hidup layak akibat kurangnya penghasilan. Hal ini kemudian berdampak pada pengurangan alokasi penghasilan untuk kegiatan konsumsi pangan yang bergizi. Kemiskinan juga ditengarai sebagai penyebab dari rendahnya pengetahuan orang tua terhadap pola asuh anak yang baik dan benar. Ketidakadaan biaya membuat orang tua tidak dapat memberikan pendidikan yang tinggi pada anak, sehingga ketika dewasa, anak tidak bisa memberikan pengasuhan yang benar pada anaknya karena kurangnya pengetahuan yang dimiliki.

Kemiskinan nyatanya bukan menjadi faktor tunggal yang menjadi faktor terjadinya kasus gizi buruk secara tidak langsung. Budaya ternyata memiliki peran penting dalam melanggengkan kemiskinan. Inilah yang kemudian menghambat laju perbaikan gizi yang dilakukan pemerintah melalui biopolitiknya.

Oscar Lewis memperlihatkan bahwa kemiskinan bukanlah semata-mata berupa kekurangan dalam ukuran ekonomi, tetapi juga

melibatkan kekurangan dalam ukuran kebudayaan dan psikologi. Corak ini kemudian diwariskan dari generasi orang tua kepada anak-anak melalui proses sosialisasi, sehingga jika dilihat dalam perspektif Lewis, kebudayaan kemiskinan itu tetap lestari. Budaya kemiskinan merupakan bentuk adaptasi mereka terhadap kondisi yang serba kekurangan, sehingga mendorong sikap pasrah menerima nasib dan mengharapkan bantuan dari orang lain (Suparlan, 1995).

Masyarakat Madura di Kecamatan Kenjeran tetap mempertahankan budaya kemiskinan yang ada di daerah asal, meskipun telah lama menetap di Surabaya yang memiliki pertumbuhan ekonomi tinggi dan kemajuan di berbagai bidang. Mereka seakan enggan untuk diajak beranjak menuju kehidupan yang lebih baik, termasuk dalam hal kesehatan. Nilai-nilai budaya yang melanggengkan kemiskinan terus diwariskan melalui sosialisasi terhadap anak-anak dan generasi selanjutnya.

Beberapa bentuk perilaku yang ditunjuk oleh Oscar Lewis sebagai ciri-ciri utama kebudayaan kemiskinan. Ciri-ciri tersebut menyangkut perilaku individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Jika diamati dengan seksama, ciri-ciri budaya kemiskinan yang disebutkan oleh Lewis juga melekat pada masyarakat Madura di Kecamatan Kenjeran. Adapun ciri-cirinya sebagai berikut:

1. Masyarakat Madura di Kecamatan Kenjeran sangat jarang memanfaatkan lembaga utama masyarakat, dalam bidang kesehatan seperti rumah sakit dan Puskesmas. Apabila ada keluarga yang sakit, mereka lebih suka menangani penyakit sendiri dengan membeli obat-obatan seadanya yang dapat dengan mudah diperoleh di warung atau datang kepada Kyai sebagai penyembuh tradisional mereka. Di bidang pendidikan, mereka tidak tertarik melanjutkan pendidikan formal meskipun sudah banyak bantuan dari pemerintah seperti BOS. Di Bidang ekonomi, mereka jarang memanfaatkan koperasi dan bank, serta tidak bergabung dalam organisasi sosial-politik.
2. Masyarakat Madura di Kecamatan Kenjeran umumnya mengakui bahwa nilai-nilai yang ada pada kelas menengah juga ada dalam diri mereka. Namun apa yang mereka katakan sering kali tidak sama dengan apa yang mereka perbuat.

3. Tinggal bergerombol di pemukiman yang sempit dan kumuh.
4. Masyarakat memiliki kanak-kanak yang singkat karena harus bekerja dan menikah di usia belia. Anak-anak juga kurang mendapat pengasuhan orang tuanya karena sibuk bekerja dan pola pembiaran yang dilakukan oleh orang tua karena kepercayaan bahwa hidup anak telah digariskan Tuhan. Apapun yang terjadi pada anak adalah nasibnya, termasuk urusan hidup-mati dan sehat-sakitnya anak.
5. Kuatnya perasaan rendah diri membuat mereka merasa dirinya tidak berharga, tidak berdaya, ketergantungan, dan orientasi sempit pada tingkat individu. Hal ini diakibatkan karena ekonomi yang sulit, pendidikan yang rendah, dan sikap pasrah pada keadaan.

Biopolitik Dalam Konteks Desentralisasi

Di era otonomi daerah seperti sekarang ini, kesehatan merupakan salah satu bidang yang terdesentralisasi. Otonomi daerah merupakan sebuah modal politik untuk mendorong percepatan kesejahteraan masyarakat lokal, termasuk melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Melalui desentralisasi, pemerintah daerah diharapkan bisa lebih peka terhadap aspirasi konstituennya lewat pelayanan kesehatan yang menjangkau seluruh golongan populasi.

Masih tingginya angka penderita gizi buruk di Kota Surabaya merupakan tanda belum berhasilnya biopolitik yang dijalankan Pemerintah Kota melalui desentralisasi kesehatan. Faktor yang menyebabkan kurangnya keberhasilan tersebut adalah, sbb:

1. Desentralisasi yang dijalankan Pemerintah Kota masih dalam bentuk transfer administratif. Rondinelli dan Cheema menekankan bahwa desentralisasi sebagai transfer kewenangan politik, tidak hanya kewenangan administratif. Kewenangan politik Pemerintah Kota dalam hal ini adalah menyesuaikan kebijakan yang datang dari Pusat dengan konteks sosial budaya setempat dalam penanggulangan gizi buruk. Pemerintah Kota kurang dapat membaca tradisi budaya lokal masyarakat, termasuk pengetahuan kesehatan yang dibangun atas dasar aspek lokalitas. Pemerintah Kota hanya mengimitasi instruksi umum yang diberikan Pemerintah Pusat secara

mutlak tanpa memperhatikan konteks pelaksanaan kebijakan. Pemerintah Kota hanya menekankan penanggulangan gizi buruk pada aspek penyebab langsung seperti kemiskinan, kurang asupan makanan, dan infeksi.

2. Kurangnya sosialisasi untuk mengubah budaya kemiskinan. Kader Posyandu dan PAUD selama ini kurang maksimal karena kurangnya kemampuan dan pengetahuan kader di bidang kesehatan dan gizi. Kader juga enggan melakukan sosialisasi akibat tunjangan yang diperoleh terlalu kecil dan tidak sebanding dengan tugas berat yang dilakukan. Pemerintah Kota seharusnya memperkuat kebijakan dengan membentuk kader-kader yang berkualitas melalui pelatihan berkala untuk semua kader. Tujuannya adaah untuk menambah dan memperbarui pengetahuan kader tentang kesehatan dan gizi sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Selain itu, Pemerintah Kota juga harus memberikan tunjangan yang layak agar kader lebih bertanggungjawab dalam melaksanakan tugasnya.

III. PENUTUP

Biopolitik menempatkan aspek biologis manusia dalam perspektif politik untuk mengoptimalkan kesehatan dan produktivitas populasi melalui normalisasi dan pendisiplinan. Pemerintah melalui Kementerian RI meregulasi perilaku masyarakat lewat PHBS dan PUGS agar mengarah pada orientasi hidup sehat dan aktif. Sosialisasi regulasi dan program-program kesehatan pemerintah dibantu oleh peran kader Posyandu dan PAUD.

Dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat biopolitik berkaitan dengan biofisik dan biokultural manusia. Pemerintah harus mempertimbangkan aspek kultural disamping aspek biologis manusia. Manusia adalah makhluk kultural, nilai-nilai dari kebudayaan dalam masyarakat mempengaruhi cara berpikir dan bertindak. Sehingga berbicara tentang masyarakat tentu tidak lepas dari masalah kulturalnya. Kedua hal ini tentu tidak dapat dipisahkan dalam proses politik untuk menentukan kebijakan publik di bidang kesehatan.

Gizi buruk tidak hanya disebabkan oleh faktor medis dan kemiskinan. Faktor budaya

juga turut menyebabkan gizi buruk secara tidak langsung. Masyarakat Madura di Kota Surabaya yang mengidap penyakit gizi buruk masih mempertahankan pengetahuan, nilai, dan kebiasaan yang dibangun dalam konteks lokalitas. Konstruksi budaya terlihat pada konsepsi masyarakat Madura tentang sakit, penyakit, dan makanan. Hasil konstruksi budaya ini tidak sejalan dengan prinsip biopolitik yang menggunakan pengetahuan kedokteran sebagai pedoman. Meskipun sudah lama menetap di Surabaya, masyarakat Madura di Surabaya tidak mau meninggalkan kebudayaan kemiskinannya. Hal ini menyebabkan penanganan gizi buruk belum maksimal.

Biopolitik yang dijalankan Pemerintah Kota Surabaya selama ini masih belum menyentuh akar permasalahan penyebab gizi buruk. Pemerintah Kota hanya fokus pada penyebab langsung gizi buruk sesuai dengan arahan Pemerintah Pusat dalam Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Gizi Buruk, seperti kurangnya asupan makanan, pola asuh yang salah, dan infeksi. Desentralisasi yang dilaksanakan pemerintah hanya sekedar transfer administratif, dalam hal ini Pemerintah Kota hanya mengimitasi arahan dari pusat tanpa melakukan kontekstualisasi kebijakan dengan konteks setempat. Sosialisasi regulasi dan program pemerintah belum dapat mengubah budaya masyarakat karena belum maksimalnya kinerja kader Posyandu dan PAUD. Hal ini disebabkan karena kader merasa tunjangan yang diberikan Pemerintah Kota tidak sesuai dengan tugas berat yang harus dilakukan kader dan kurangnya pengetahuan kader tentang kesehatan dan gizi akibat minimnya pelatihan.

Pemerintah Kota perlu memperkuat kebijakan di bidang kesehatan dengan melakukan kontekstualisasi arahan Pusat dengan konteks budaya lokal dalam pembuatan kebijakan dan program-program. Pemerintah Kota juga harus membekali kader dengan pengetahuan dan kemampuan yang memadai tentang kesehatan dan gizi melalui pelatihan berkala untuk semua kader dan memberikan tunjangan yang layak sesuai dengan beban kerja kader.

Daftar Pustaka

- Almatsier, S. 2001, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Aminah, S. & Koesbardiati, T. 2012, *Biopolitik dan Kesehatan*, (Belum diterbitkan).
- BPS, 2010, *Statistik Indonesia 2010*, BPS, Jakarta.
- _____, 2011, *Statistik Indonesia 2011*, BPS, Jakarta.
- BPS Provinsi Jawa Timur, 2010, *Data Makro Sosial dan Ekonomi Jawa Timur*, BPS, Surabaya.
- Foster, G.M. & Anderson, B. G. 1986, *Antropologi Kesehatan*, UI Press, Jakarta.
- Grindle, M. S. 1980, *Politics and Policy Implementation in The Third World*, Princeton University, New Jersey.
- Harold L. & Kaplan, A. 1970. *Power and Society*. Yale University Press, New Heaven.
- Horison, L. 2007, *Metodologi Penelitian Politik*, Kencana Perdana Media Group, Jakarta.
- Jakti, D. K . 1986, *Kemiskinan di Indonesia*, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Marsh, D. & Stoker, G. 2002, *Teori dan Metode dalam Ilmu Politik*, Nusa Media, Bandung.
- Peters, B. G. 1993, *American Public Policy*, Chatam House, New Jersey.
- Pryer, J. & Crook, N. 1998, *Cities of Hunger: Urban Malnutrition in Developing Countries*, Oxfarm, Oxford.
- Rondinelli, D. A. & Cheema, G. S. 1988, *Decentralization and Development, Policy Implementation in Developing Countries*, Sage Publication, California.
- Strauss, A. & Corbin, J. M. 1990, *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technique*, Sage Publication, Newbury Park.

Suparlan, P. 1995, *Kemiskinan di Perkotaan*:

- Bacaan Untuk Antropologi Perkotaan*, Yayasan Obor, Jakarta.
- Suyanto, B. 1995, *Perangkap Kemiskinan: Problem dan Strategi Pengentasannya*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Suyanto, B. & Sudarso (eds) 2003, *Penyusunan Indeks Kemiskinan Manusia di Kota Surabaya*, Bappeko, Surabaya.
- Jurnal Ilmiah:
- Astika, K. S. 2010, 'Budaya Kemiskinan di Masyarakat: Tinjauan Kondisi Kemiskinan dan Kesadaran Budaya Miskin di Masyarakat', Jurnal Ilmiah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, vol. I, no. 01.
- Elbe, S. 2005, 'AIDS, Security, Biopolitics', Sage, vol 19, no. 4.
- Haryatmoko, 2002, 'Kekuasaan Melahirkan Anti Kekuasaan: Menelanjangi Mekanisme dan Teknik Kekuasaan Bersama Foucault', BASIS, Januari-Februari.
- Jacob, T. 1997, 'Biopolitik dan Ketahanan Nasional', Jurnal Ketahanan Nasional, vol. II, no. 1.
- Meter, D. V. & Horn, V. C. 1975, 'The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework, Administration and Society', Sage, vol. 6, no. 4, Februari.
- Surat Kabar:
- "Siapkan Rp 1M untuk Gizi Buruk". Jawa Pos, 16 Februari 2012.
- "Sosialisasi Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS): Susu Bukan Lagi Penyempurna, Olahraga Mutlak Ada". Koran Warta Unair No 79 Tahun VIII Edisi April 2012.
- "Serius Tangani Kematian Ibu dan Anak!". Kompas, 12 November 2012.
- Thesis:
- Utomo, B. 2004, *Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk di Kabupaten Sampang Tahun 2003*. Thesis Jurusan Administrasi Negara Universitas Airlangga.
- Website:
- <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//123456789/1223/3/KMK920-0802-G.pdf> tanggal 23 Mei 2012 (17.22 WIB)
- http://www.unicef.org/indonesia/id/media_12592.html diakses tanggal 23 Mei 2012 (17.05 WIB)
- http://www.surabayakita.com/index.php?option=com_content&view=article&id=3992&catid=58:pendidikan-kesehatan&Itemid=48 diakses tanggal 12 Mei 2012 (9.07 WIB)
- <http://www.surabayapost.co.id/makara-83824248512576-14002488862> diakses tanggal 27 September 2012 (21.49 WIB)
- <http://www.bappenas.go.id/get-file-server/node/10655/> tanggal 28 September 2012 (0.21 WIB)
- http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._ADMINISTRASI_PENDIDIKAN/196210011991021-YOYON_BAHTIAR_IRIANTO/Konsep_Desentralisasi.pdf tanggal 02 November 2012 (09.21 WIB)
- <http://www.beritasatu.com/kesehatan/26743-kasus-gizi-buruk-indonesia-masuk-lima-besar.html> diakses tanggal 15 November 2012 (11.45 WIB)
- <http://gizi.depkes.go.id/artikel/laporan-kasus-gizi-buruk-2010-menurun/> diakses tanggal 15 November 2012 (13.16 WIB).
- <http://giziburuk.wordpress.com/2011/03/01/penyebab-malnutrisi/> diakses tanggal 15 November 2012 (14.33 WIB)

<http://www.promkes.depkes.go.id/index.php/mediaroom/pedoman-dan-buku?download=22:laporan-kinerja-1-tahun-2011> tanggal 29 November 2012 (12.31 WIB)

<http://www.promkes.depkes.go.id/index.php/mediaroom/pedoman-dan-buku?download=28:phbs> diakses tanggal 29 November 2012 (12.27 WIB)

<http://www.dinkes-tts.web.id/bank-data/categori/9-spm-2008.html?download=13:permenkes-no-741-tentang-spm-2008> diakses tanggal 02 Desember 2012 (0.19 WIB)

(Footnotes)

- 1 Penelitian ini dilaksanakan oleh Siti Aminah dan Toetik Koesbardjati pada tahun 2009. Penelitian ini mengkaji tentang kaitan antara biopolitik yang dijalankan Pemerintah Daerah dan aspek sosio-kultural masyarakat Kabupaten Belu, NTT, dalam bidang kesehatan terutama masalah gizi buruk.