JURNAL PENELITIAN STAIN JEMBER
TAHUN 1, NOMOR 1, MARET 2002

APRESIASI PEREMPUAN MUSLIM PASIRJATI TERHADAP PERSOALAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA

(Studi Kasus di Kelurahan Pasirjati, Kecamatan Ujungberung, Kodya Bandung)

M. Khusna Amal

Jurusan Dakwah
Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Jember

ABSTRACT

This research tries to identify the social problems of Pasirjati's Moslem women toward children's health. The choice of Pasirjati's village as the object of the study was based on the reality that Pasirjati as an urban area were highly populated, most of the people are Moslems, the facility of people's health was good available, but they had low appreciation to their children's health. The understanding towards those kind of social problems were carried out using qualitative research methodology. Dahrendorf's *Theory of Conflict* was used to explored the social-gender structure of Pasirjati. The findings showed that; (1) Moslem women's appreciation towards children's health was relatively low; and (2) social-culturally, it was mainly caused by the social construction-gender-bias in which women were totally responsible to the children's health, the low economic factor, and the level of education of social agent (of Moslem women) of Pasirjati was relatively low; they were poor-educated academically.

Kata-kunci: perempuan, konstruksi sosial, dan kesehatan bayi dan balita

Di Indonesia, perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan cukup besar. Pembangunan kesehatan di Indonesia didasarkan atas **Sistem Kesehatan Nasional (SKN)**, yang menegaskan: "...pada dasar-nya kesehatan menyangkut semua segi ke-hidupan, baik di masa lalu, sekarang, mau-pun yang akan datang." Sebagai tujuan pem-bangunan dinyatakan: "...tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dan tujuan nasional." (Koentjaraningrat & Loedin, 1985: viii).

Adapun salah satu komponen kesehatan yang dirasa masih perlu mendapatkan prioritas serius dalam pembangunan kesehatan nasional adalah kesehatan bayi dan anak. Persoalan penanganan kesehatan bayi dan anak dipandang semakin mendesak untuk ditingkatkan terkait dengan realitas pembangunan nasional yang punya tujuan utama menciptakan generasi penerus berkualitas yang merupakan sumber daya manusia yang dapat menjadi modal penunjang suksesnya pembangunan bangsa.

Sementara itu, persoalan gizi dapat dipandang sebagai faktor primer yang mutlak mendapatkan perhatian relevansinya dengan agenda pembangunan kesehatan bayi dan anak. Bila seseorang kekurangan gizi dapat diprediksikan bahwa kesehatannya akan terganggu. Hal ini disebabkan apa yang dikonsumsi tidak memenuhi kebutuhan gizi. Masalah gizi bukan hanya menyang-kut gejala kelaparan dan masalah kurang nutrien kalori dan protein dalam konsumsi makanan (*undernutrition:* ketidakseim-bangan gizi), tetapi juga *overnutrition* (kelebihan gizi) (Kalangie, 1985: 43).

Masalah kekurangan gizi (gizi buruk) sudah muncul di Indonesia sejak lama. Masalah ini merupakan hambatan yang paling besar bagi perbaikan kesehatan di berbagai negara belahan dunia. Kekurangan gizi dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi, penyakit kronis, dan menyebabkan orang tidak mungkin melakukan pekerjaan keras, dan lain-lain. Menurut Foster dan Anderson (1986: 311), kekurangan protein-kalori dalam periode kanak-kanak setelah disapih menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Lebih lanjut menurut Syarief, bila anak yang menderita kekurangan gizi dikhawatirkan dapat mengakibatkan *the lost generation,* karena tidak memiliki daya saing, dan karena kecerdasannya rendah (Bening, edisi 72, Agustus, 1999).

Melihat realitas di atas, dapat dipahami akan arti penting gizi bagi pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak-anak. Pertumbuhan dan perkembangan kesehatan dalam artian fisik, inteligen, mental, dan moral. Seperti yang dikatakan Hurlock (1999: 38-39) bahwa pengertian dan kemampuan kognitif anak dapat meningkat bila otak dan susunan saraf anak telah berkembang dan alat penginderaan --*yang digunakan untuk mengungkap makna*-- harus matang secara fungsional. Otak dan susunan saraf anak dapat berkembang apabila makanan anak pada masa pertumbuhan otak itu memenuhi zat gizi yang diperlukan sebagaimana dikatakan para ahli di atas. Sedangkan, masalah kelebihan gizi akan menimbulkan penyakit seperti penyakit kronis, psikomatik, gangguan jantung dan ginjal, hipertensi, kelebihan berat badan (obesiti) dan penyakit diabetes (Kalangie, 1985: 44).

Persoalan "gizi kurang" yang berkembang di Indonesia bukan lagi perkara baru. Penyakit ini sudah ditemukan sejak tahun 1976 di Kabupaten Gunung Kidul Daerah Istimewa Yogyakarta (Syarief, 1999). Kelompok umur yang banyak menderita gizi kurang banyak disandang kelompok usia satu sampai dua tahun. Ini adalah usia penyapihan (masa peralihan dari "makanan bayi" ke "makanan biasa"). Diketahui pula, pada usia tersebut memang diperlukan banyak zat gizi untuk tumbuh kembang yang optimal (Nanang P. 1993 yang dikutip Sukamti, 1994: 140). Santoso dan Anne Lies Ranti (1999: 71) menyebutkan, anak usia TK (tiga sampai lima tahun) atau balita justru merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Terlepas dari mana yang benar di antara kedua pendapat di atas, kedua kelompok umur tersebut sama rawannya terhadap akibat kekurangan gizi. Anak bayi dan balita mengalami pertumbuhan badan dan juga perkembangan otak yang cukup pesat sehingga membutuhkan zat-zat gizi yang tinggi.

Pihak pemerintah sendiri, dalam menghadapi problema gizi kurang yang melanda bayi dan anak, sudah melakukan langkah-langkah taktis strategis antara lain berupa pencanangan gerakan nasional "sadar gizi" melalui Direktorat Gizi, Departemen Kesehatan RI pada tahun 1950; pada Pelita II (1974), pemerintah telah men-cantumkan gizi dalam Bab tersendiri; realisasi program perbaikan gizi melalui program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPKG) dan penanggulangan

penyakit kekurangan gizi khususnya kekurangan vitamin A, gondok endemik, serta anemia gizi besi; pada Pelita III (1979) program perbaikan gizi ditingkatkan dan diperluas jangkauannya sampai ke desa agar meng-hasilkan dampak nasional. Kegiatan UPGK terus dilipatgandakan cakupannya dengan partisipasi yang lebih nyata dari BKKBN, DEPTAN, DEPAG, peran aktif masyarakat melalui PKK dan LKMD serta dengan pem-bentukan kader-kader di dalam masyarakat itu sendiri (Restirini, 1998: 355).

Namun demikian, usaha-usaha yang dilakukan pemerintah bersama masyarakat dan instansi-instansi terkait dalam melaksanakan pembangunan kesehatan, terutama perbaikan gizi pada bayi dan anak serta masyarakat pada umumnya masih jauh dari harapan. Masih dibutuhkan kontinuitas langkah-langkah praksis-kooperatif dan koordinatif antara pemerintah dan masyarakat untuk secara bersama-sama menindak-lanjuti program peningkatan perbaikan gizi pada bayi dan balita. Sebab, tidak sedikit dari bayi dan anak-anak pada suatu masya-rakat yang belum mendapat perhatian dan sentuhan dari pelaksanaan program pem-bangunan kesehatan secara lebih baik. Eelemen-elemen sosial yang kurang mendapatkan prioritas dalam masalah program pembangunan kesehatan, ke-banyakan mereka yang berada di zona pedalaman, pedesaan, dan daerah-daerah yang jauh dari jangkauan. Dinilai, pelaksanaan pembangunan kesehatan selama ini masih cenderung memprioritaskan daerah-daerah perkotaan dan sekitarnya. Sehingga tidak heran apabila terjadi kesenjangan apresiasi antara masyarakat perdesaan dengan masyarakat perkotaan dalam hal penanganan kesehatan bayi dan balita. Tidak cukup sampai di situ, kesenjangan juga terjadi pada tingkat aktor atau pelaku sosial yang menangani persoalan kesehatan bayi dan anak di mana pihak perempuan/ ibu memiliki beban lebih berat daripada pihak laki-laki. Dengan kata lain, masih terdapat kesenjangan gender dalam proses penanganan kesehatan bayi dan anak. Terkait dengan latar permasalahan tersebut, penelitian ini hendak mengkaji lebih jauh perihal apresiasi perempuan muslim Pasirjati terhadap kesehatan bayi dan anak. Dipilihnya perempuan sebagai subjek kajian karena perempuan selama ini menempati posisi sentral sebagai aktor sosial yang memiliki persinggungan langsung dengan pengasuhan bayi dan anak-anak.

Secara spesifik, kajian mengenai apresiasi perempuan muslim Pasirjati terhadap kesehatan bayi dan anak akan ditempatkan dalam kerangka pengkajian gender dengan menggunakan pendekatan teori konflik sumbangan Dahrendorf. Dalam perspektif gender dikemukakan bahwa terjadinya kesenjangan relasional kekuasaan antara laki-laki dan perempuan bukan diakibatkan karena faktor kodrati atau perbedaan biologis *(nature)*, akan tetapi karena konstruksi sosial budaya yang didominasi kaum laki-laki (Ratna Megawangi, 1999: 102). Dikaitkan dengan pemahaman teori konflik dapat dimengerti apabila munculnya konstruksi sosial bias gender itu diakibatkan, salah satunya, oleh adanya keterbatasan sumber kekuasaan (Garna, 1992: 65-67; Poloma, 1994: 130-146). Dalam hal ini, perempuan tidak memi-liki kemampuan untuk mendapatkan sumber kekuasaan seimbang dengan sumber kekuasaan yang diperoleh laki-laki. Akibat ketimpangan kemampuan antara laki-laki dan perempuan dalam hal akses terhadap sumber kekuasaan lahir kemudian apa yang disebut ketimpangan relasional antara kedua belah pihak. Ketimpangan kerap kali menciptakan penindasan satu kelompok atas kelompok lain dalam kenyataan ini kelompok laki-laki lebih dominan atas kelompok perempuan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mendeskripsikan secara analitis terhadap pokok permasalahan berupa apresiasi perempuan muslim terhadap kesehatan bayi dan anak. Agar sampai pada suatu penggambaran *(description)* dan penjelasan *(analysis)* mendalam mengenai pokok permasalahan penelitian akan ditempuh dengan menggunakan bantuan teknik dan/atau metode kualitatif. Rasionalitas penggunaan metode kualitatif didasarkan kepada tujuan dan maksud penelitian yang berorientasi kepada penggambaran dan penjelasan terhadap pokok permasalahan dengan kompleksitas variabel yang ada. Tentunya, pemahaman yang mendalam mengenai gejala sosial tidak hanya cukup digali dari satu –meminjam istilah John W. Creswell (1994)- "konstruk" (variabel) yang sudah dipastikan sebelumnya, tapi perlu dilakukan langkah semacam eksplorasi mendalam *(grounded)* dari berbagai konstruk terkait dengan fokus masalah kajian yang tidak pernah diperhitungkan secara teoritis sebelumnya tetapi ditemukan di lapangan.

Berdasarkan paradigma metodologi semacam itu, maka perangkat metodologis yang dibutuhkan berupa pengamatan *(observation)*, wawancara mendalam *(depth interview)*, kajian dokumentasi/kepustakaan *(documentation)*, dan tidak cukup hanya dengan mengandalkan alat bantu berupa kuesioner dan uji statistik yang lazim dipakai dalam tradisi penelitian yang bercorak kuantitatif. Teknik pengamatan dan wawancara mendalam dipergunakan untuk mendapatkan data-data primer yang sangat dibutuhkan dalam penelitian. Dalam hal ini data-data primer yang hendak digali antara lain berupa kondisi sosial, ekonomi, pendidikan, dan keagamaan penduduk Pasirjati; realitas kehidupan perempuan muslim Pasirjati dalam konstruk struktur sosial Pasirjati; aktivitas perempuan muslim Pasirjati dalam mengurusi kesehatan bayi dan anak-anak; pandangan perempuan muslim Pasirjati mengenai hak dan kewajiban penanganan kesehatan bayi dan anak; dan data-data primer lain. Sedangkan, teknik dokumentasi dan kepustakaan dipergunakan untuk memperoleh data-data sekunder yang tentunya berguna untuk mendukung kelengkapan penelitian. Data-data sekunder yang dibutuhkan antara lain dokumen monografi Kelurahan; dokumen kependudukan; dan berbagai dokumen/kepustakaan terkait dan memiliki relevansi dengan pokok permasalahan yang dibahas.

Untuk mendapatkan data-data primer yang dimaksud, peneliti membutuhkan beberapa informan/responden. Seperti dimaklumi, kedudukan informan dalam penelitian kualitatif sangat penting. Posisi dan peranan informan dapat dikatakan sebagai "subjek" dan sekaligus "bank data" yang dapat memberikan informasi primer yang dibutuhkan peneliti. Melihat begitu sentralnya posisi dan peranan informan dalam penelitian, maka penetapan informan pun mutlak membutuhkan seleksi yang tidak sembarangan. Dalam konteks ini, penentuan informan disesuaikan dengan berbagai informasi yang dibutuhkan peneliti dengan merujuk kepada kompetensi mereka untuk dapat memberikan informasi mengenai permasalahan yang dikaji. Para ibu yang memiliki bayi dan anak kecil dapat dikategorikan sebagai informan pangkal/kunci. Para aparat pemerintah Kelurahan, tokoh masyarakat dan tokoh agama serta kaum laki-laki secara umum dapat dijadikan sebagai informan pula untuk kelengkapan penggalian data primer secara komprehensif.

Setelah data digali dari para informan dan dokumen/kepustakaan, maka segera dilanjutkan pada tahap analisis data. Secara operasional, teknik analisis data dilakukan melalui tiga tahapan sebagaimana model teknik analisis data yang dikemukakan Miles dan Huberman (1992: 15-20) yaitu: *pertama*, reduksi data sebagai suatu proses pemilihan, penyederhanaan, klasifikasi data

kasar dari hasil penggunaan teknik dan alat pengumpulan data di lapangan; kedua, *kedua,* penyajian data yang merupakan suatu upaya penyusunan sekumpulan informasi menjadi pernyataan; *ketiga,* menarik kesimpulan berdasarkan reduksi, interpretasi dan penyajian data yang telah dilakukan pada tahap sebelumnya. Selaras dengan mekanisme logika pemikiran induktif, maka penarikan kesimpulan akan bertolak dari hal-hal khusus (spesifik) sampai kepada rumusan simpulan yang umum (*general*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pasirjati: Daerah Semi Perkotaan dengan Suasana Pedesaan

Pasirjati dapat dikategorikan sebagai daerah semi perkotaan dengan kondisi sosiologis yang mencuatkan nuansa pedesaan sebagaimana tampak dalam pola kehidupan masyarakat khas pedesaan seperti suasana toleransi, keramahan, kegotong-royongan *(multualaid),* kebersahajaan, dan kebersamaan. Nuansa pedesaan Pasirjati tercermin pula dari sikap sosial masyarakatnya yang begitu toleran dengan sesama warga dan orang lain yang datang dari luar; konstruksi perumahan yang cenderung terbuka tanpa ada dinding-dinding pembatas yang tinggi sebagaimana konstruksi perumahan di perkotaan; perilaku sosialnya yang tampak bersahaja; tingkat kebisingan kerja, mesin transportasi, industrialisasi, dan dinamika kehidupan sosialnya yang berjalan agak lamban. Sepintas lalu *(superficial),* kehidupan sosial masyarakat Pasirjati memberikan nuansa pedesaan transisional daripada perkotaan (Asy'ari, 1993: 21-28).

Secara administratif, Kelurahan Pasirjati masuk wilayah Kecamatan Ujungberung, Kodya Bandung, Propinsi Jawa Barat. Pasirjati berbatasan dengan Desa Cipanjalu (Sebelah Utara), Kelurahan Ujungberung (Sebelah Selatan), Desa Pasirwangi (Sebelah Barat), dan Desa Pesanggrahan (Sebelah Timur). Jarak tempuh ke ibu kota kecamatan sekitar 1 km; jarak ke kota madya 13 km; jarak ke ibu kota propinsi 13 km. Adapun rentang waktu yang diperlukan untuk mencapai ibu kota kecamatan sekitar 0.1 jam; dan ke kota madya kurang lebih 1 jam. Berdasarkan data ini, dapat dimengerti bahwa keberadaan Pasirjati masuk ke dalam kategori daerah yang relatif memiliki kedekatan lokasi dengan pusat ibu kota kecamatan karena hanya berjarak 1 km dengan jarak tempuh tidak sampai memakan waktu satu jam perjalanan.

Kedekatan letak dan lokasi Pasirjati dengan wilayah ibu kota kecamatan memberikan keuntungan tersendiri terhadap masyarakat Pasirjati. Kedekatan letak lokasi Pasirjati telah menjadikan masyarakat daerah ini memiliki intensitas lebih besar dalam persoalan akses informasi dan teknologi, komunikasi dan interaksi, dengan lingkungan sosial kota kecamatan bila dibandingkan dengan masyarakat daerah kecamatan Ujungberung lain yang kebetulan memiliki lokasi jauh dari pusat ibu kota kecamatan. Persoalan kedekatan lokasi daerah Pasirjati dengan pusat ibu kota kecamatan inilah yang menjadikan Pasirjati memiliki status sebagai daerah semi perkotaan. Pada tataran berikutnya, intensitas interaksi masyarakat Pasirjati membawa dampak sosial berupa mobilitas sosial yang relatif tinggi daripada masyarakat daerah lain. Meski, sesungguhnya mobilitas sosial masyarakat Pasirjati dapat dikatakan masih berlangsung secara lamban.

Dilihat dari pertumbuhan penduduk, Pasirjati termasuk salah satu daerah yang mengalami pertumbuhan dan perkembangan sosial cukup pesat. Luas wilayah Pasirjati berkisar 123.432 (ha.) dan dihuni sekitar 7817 jiwa dengan kepala keluarga 1526 KK. Deskripsi jumlah penduduk 7817 jiwa itu apabila dirinci menurut golongan usia dan jenis kelaminnya terdiri dari: 0-12 bulan 109 (L)/ 99 (P); 13 bulan- 4 tahun

338 (L)/ 279 (P); 5-6 tahun 173 (L)/ 174 (P); 7-12 tahun 400 (L)/ 442 (P); 13-15 tahun 275 (L)/ 321 (P); 16-18 tahun 245 (L)/ 236 (P); 19-25 tahun 406 (L)/ 371 (P); 26-35 tahun 609 (L)/ 647 (P); 36-45 tahun 446 (L)/ 505 (P); 46-50 tahun 394 (L)/ 402 (P); 51-60 tahun 391 (L)/ 364 (P); 61-75 tahun 56 (L)/ 51 (P); 76 tahun ke atas 30 (L)/ 36 (P). Jumlah laki-laki keseluruhan 3888 jiwa; dan perempuan 3929 jiwa. Jadi total semuanya 7817 jiwa. Dari data ini, dapat diketahui dengan jelas bahwa jumlah perempuan *(sex ratio)* lebih besar dibandingkan laki-laki. Diperkirakan kepadatan penduduk Pasirjati per-km berkisar 1.23.

Jumlah penduduk yang tergolong besar yang dimiliki Pasirjati sebenarnya memiliki potensi besar bagi proses pembangunan daerah kelurahan. Akan tetapi, realitasnya tidak demikian. Kondisi objektif perkembangan pembangunan daerah kelurahan Pasirjati terkesan biasa-biasa saja. Seperti diungkap di atas, status administratif Pasirjati sebagai daerah semi perkotaan yang lazimnya ditandai dengan pertumbuhan sosial, ekonomi, kesehatan, dan pendidikan sebagai konsekuensi dari proses pelaksanaan pembangunan kelurahan, justru dominan kondisi sosial pedesaannya. Dimungkinkan, kelambanan pertumbuhan sosial dan pelaksanaan pembangunan di Pasirjati dikarenakan jumlah penduduk besar sebagai aset dan aktor pembangunan kurang diimbangi dengan kompetensi pendidikan dan pengetahuan yang memadahi. Menurut informan yang kebetulan bekerja di kantor kelurahan Pasirjati memberikan informasi bahwa rata-rata penduduk Pasirjati itu kurang berpendidikan, karena kebanyakan mereka tamatan Sekolah Dasar (SD).

Struktur Sosial-Ekonomi Penduduk Pasirjati

Secara umum, kondisi sosial-perekonomian penduduk Pasirjati (7817 jiwa) masih cukup memprihatinkan. Sebagian besar penduduk masih mengandalkan pertanian lokal sebagai mata pencaharian pokoknya. Meski harus diakui bahwa tidak sedikit dari penduduk yang sudah mulai menggarap beberapa sektor kehidupan penting seperti sektor peternakan; sektor jasa/perdagangan, dan sektor industri kecil. Tercatat, penduduk yang memiliki tanah sawah sejumlah 115 orang; penyewa/ penggarap 130; dan buruh tani 60 orang. Sedangkan yang mengandalkan industri kecil sebanyak 55 orang; peternakan sejumlah 49 orang; mereka yang berkecimpung dalam sektor jasa dan perdagangan: jasa pemerintahan (pegawai kelurahan 10 orang; guru 155; PNS/ABRI 1758; mantri kesehatan 2; dokter 3; PNS lainnya 1250; pensiunan ABRI 25; pegawai swasta 27500; pegawai BUMN/BUMD 450; pensiunan swasta 60); jasa-jasa lembaga keuangan (perbankan 5 orang); jasa perdagangan (warung 300, kios 50, toko 150); jasa komunikasi dan angkutan (angkutan bermotor 8, angkutan sepeda motor 250), mobil kendaraan umum 15); jasa keterampilan (tukang kayu 70, tukang batu 4, tukang jahit 10, tukang cukur 3); jasa lainnya (listrik, gas dan air 2; jasa persewaan 20). Dari data ini dapat diketahui bahwa telah terjadi semacam transformasi perekonomian dari sektor pertanian menuju sektor jasa dan perdagangan. Seperti terlihat, penduduk yang berkecimpung di dalam sektor jasa dan perdagangan berada pada peringkat pertama dalam hal kuantitas bila dibandingkan dengan sektor pertanian, dan sektor-sektor kehidupan yang lain.

Sementara itu, sepanjang pengamatan peneliti dapat diketahui betapa tingkat mobilitas penduduk Pasirjati sesungguhnya berjalan relatif lamban. Dalam dinamika pertumbuhan penduduk di Pasirjati jumlah antara warga yang keluar daerah 20 (laki-laki) dan 9 (perempuan) dan yang masuk 42 (laki-laki) dan 13 perempuan, justru banyak yang masuk. Pada tataran tertentu,

kenyataan sosial ini mengindikasikan akan ketertarikan para pendatang untuk mendatangi Pasirjati terlepas dikarenakan motivasi ekonomi, politik, agama, sosial dan motif-motif yang lain. Menurut sejumlah informan, ketertarikan para pendatang untuk masuk dan bekerja di Pasirjati itu dikarena-kan tuntutan ekonomi (pertumbuhan sektor-sektor perekonomian yang relatif bagus bila dibandingkan dengan daerah kecamatan Ujungberung yang lain) dan sebagian karena tugas dan kewajiban kepemerintahan/dinas sebagai pelaksana sektor jasa swasta maupun pemerintah seperti PNS, ABRI, BUMN dan lain-lain.

Mobilitas penduduk asli daerah Pasirjati yang rendah memiliki relevansi pula dengan *back ground* sosial-perekonomian penduduk. Dalam data kependudukan dapat diketemukan bahwa kuantitas penduduk (5241) usia kerja yang belum memiliki pekerjaan (pengangguran) lebih besar (2771) dibandingkan dengan jumlah penduduk yang sudah bekerja (2470). Sementara itu, persoalan kualitas angkatan kerja penduduk usia kerja yang sudah bekerja pun tergolong minim sekali. Sebab, penduduk bekerja memiliki basis pendi-dikan tingkat dasar (3292 orang); tamatan SLTP (376 orang); disusul tamatan SLTA (955 orang); tamatan akademi (25 orang); dan lulusan sarjana (121 orang).

Meskipun kondisi pengangguran cukup besar dan tingkat pendidikan penduduk yang relatif rendah, akan tetapi ternyata penduduk Pasirjati rata-rata dapat dikatakan berada pada tingkat atau standar kehidupan sejahtera. Kenyataan demikian ini dapat diungkap dari sensus kependudukan yang dilakukan pemerintah daerah yang telah mengelompokkan status sosial-perekonomian penduduk ke dalam pra keluarga sejahtera sejumlah 52 (1999) dan 18 (2000); keluarga sejahtera I dengan alasan ekonomi 341 (1999) 287 (2000) dan karena alasan ekonomi 675 (19990 dan 974 (2000); keluarga sejahtera II 334 (1999) dan 519 (2000); keluarga sejahtera III 533 (1999) dan 435 (2000) dan keluarga sejahtera plus 188 (1999) dan 76 (2000). Dinamika kesejahteraan masyarakat ternyata naik turun dari waktu ke waktu. Keluarga yang masuk kategori PS mengalami penurunan; KS I mengalami kenaikan; KS II mengalami peningkatan; KS III mengalami penurunan; dan KS III plus mengalami penurunan. Catatan peringkat status sosial-perekonomian penduduk sebagaimana dicatat petugas sensus masih tampak paradoksal dan kontradiktif dengan kenyataan empirik dan objektif yang ada di lapangan. Mayoritas informan masih merasakan kesulitan perekonomian dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Terlebih lagi dengan kondisi krisis ekonomi yang tidak kunjung membaik dari waktu ke waktu.

Posisi Perempuan Muslim Pasirjati Dalam Struktur Sosial

Komposisi sosiologis perempuan Pasirjati menunjukkan kuantitas lebih besar sedikit (3929 orang) dibandingkan dengan laki-laki (3888 orang). Menurut salah satu informan, kebanyakan yang terjun ke dunia perkerjaan maupun aktivitas sosial publik adalah kaum laki-laki. Bagi perempuan yang sudah menikah mereka lebih banyak mengurusi rumah tangga. Sedangkan, bagi yang belum menikah pun tidak banyak terjun ke kancah aktivitas publik. Dalam data monografi desa tidak terungkap dengan jelas perbandingan antara perempuan dan laki-laki dan konstribusi di antara keduanya dalam berbagai aktivitas sosial, ekonomi maupun politik. Namun dari wawancara dengan para informan dapat dipahami apabila keberadaan perempuan masih banyak yang terjun di sektor lingkungan keluarga/domestik. Apabila sebagian dari mereka yang terjun ke sektor dunia publik, itu pun sifatnya sebagai buruh pekerja pabrik dan pertanian. Tidak dapat dipungkiri, rendahnya kuantitas dan kualitas perempuan muslim Pasirjati yang

merambah sektor dunia publik terkait erat dengan problema pendidikan dan pengetahuan perempuan muslim Pasirjati yang rata-rata tamatan SD. Sebagai perbandingan, perempuan yang telah menjadi ibu rumah tangga yang tidak tamat SD (401 orang); tamat SD (702 orang); tamat SLTP (193 orang); tamat SLTA (200 orang); dan tamat perguruan tinggi baru mencapai (23 orang).

Dengan rasio perbandingan semacam di atas, dapat diprediksikan bagaimana perilaku sosial perempuan Pasirjati yang rata-rata muslim dalam kesehariannya berdasarkan standar pendidikan dan tingkat perekonomian keluarga mereka yang relatif rendah. Kondisi pendidikan semacam ini membuat para ibu rumah tangga Pasirjati kurang inovatif dalam melakukan aktivitas-aktivitas sosial yang lebih menantang. Rendahnya pendidikan kaum perempuan muslim menyebabkan mereka memiliki respon sosial yang rendah pula terhadap berbagai problema sosial, termasuk persoalan penanganan kesehatan bayi dan balita. Pada saat bersamaan, mereka banyak berdiam diri (dalam artian pasif) di dalam melihat konstruksi sosial mereka yang sebenarnya kurang mendukung. Hal ini tentunya jauh sekali dari model kehidupan perempuan perkotaan yang memiliki naluri sosial yang cukup dinamis dan kritis. Bagi perempuan muslim Pasirjati suasana kritisisme perkotaan belum tampak menggeliat. Yang ada justru suasana semi pedesaan dan perkampungan. Sementara bagi perempuan yang memiliki status pendidikan tingkat sarjana kurang diketahui aktivitas sosial mereka dalam upaya pemberdayaan kaum perempuan warga masyarakat Pasirjati. Hal ini tercermin dari aktivitas-aktivitas yang tercatat dalam data yang kebanyakan kegiatannya berkisar pengajian ibu-ibu, arisan, dan sedikit sekali yang bersifat edukatif seperti penyuluhan atau pelatihan-pelatihan.

Praktis dalam kehidupan sosial, perempuan Pasirjati tampak kurang dinamis dan progresif dalam melakukan perubahan terhadap konstruksi sosial yang cenderung patriarkis. Kaum ibu-ibu rumah tangga dan para perempuan pada umumnya, lebih banyak terlihat melakukan aktivitas-aktivitas sosial domestik terpaut dengan persoalan keluarga seperti arisan, pengajian ibu-ibu, dan lain-lain, yang semuanya mencerminkan aktivitas feminismenya. Dengan demikian, sebenarnyalah perempuan muslim Pasirjati tidak menyadari sepenuhnya hakekat diri kehidupannya dalam konstruksi sosial yang kurang mendukung karena lebih banyak menguntungkan kelompok laki-laki. Tetapi dengan itu semua, ternyata banyak perempuan Pasirjati yang menikmatinya dan menganggap bukan sebagai bentuk penindasan dan ketimpangan. Hal ini terungkap ketika peneliti melakukan dialog ringan dengan beberapa informan.

Bagi kaum laki-laki pun realitas sosial yang telah berjalan selama ini di wilayah mereka sudah menunjukkan sistem kehidupan sosial yang *given*. Mereka pada umumnya juga tidak merasa membentuk konstruksi sosial yang bias gender. Persoalan peran sosial khususnya dalam masalah penanganan kesehatan bayi dan balita berjalan apa adanya tanpa ada beban di antara masing-masing suami maupun istri. Menurut kelompok laki-laki, rutinitas kerja istri dalam mengurusi kesehatan bayi dan anak-anaknya dianggap sebagai potret kesadaran kaum ibu dalam memenuhi tugas dan kewajibannya.

Tapi tidak semua berpandangan sama. Dari beberapa orang pria yang diajak dialog peneliti mengemukakan bahwa terkadang istri-istri mereka juga mengeluh tentang beban berat yang harus disandangnya, mulai dari memasak, mengurusi kebutuhan anak dan suami, dan bahkan ada yang bekerja membantu kebutuhan ekonomi suaminya. Hal ini menggambarkan sebagian jeritan keprihatinan sosial perempuan muslim Pasirjati dalam

menyikapi kerasnya struktur sosial yang kerap memarginalisasikannya. Tapi mereka sekali lagi tidak memiliki daya upaya yang riil untuk mengurangi beban sosial yang menghimpitnya. Sebagai pelariannya, para wanita menerima semua itu sebagai kodrat yang meski disandangnya meski sebenarnya para ibu rumah tangga merasa semacam ketidakadilan terhadap apa yang mereka sandang. Tetapi dalam menyikap perasaan ketidakadilan tersebut, para ibu rumah tangga dan perempuan Pasirjati secara umum hanya mampu melakukan *silent action* dalam kontradiksinya dengan posisi dan peran yang dimiliki laki-laki. Semuanya dikembalikan kepada kemapanan dan kelaziman struktur sosial-budaya masyarakat Pasirjati yang ada.

Potret Empirik Apresiasi Perempuan Muslim Pasirjati Terhadap Persoalan Kesehatan Bayi dan Balita

Interaksi antara aktor sosial *(social agents)* dengan struktur sosial *(social structure)* akan berimplikasi kepada beberapa kemungkinan. *Pertama*, kemungkinan mun-culnya dominasi/hegemoni aktor sosial ter-hadap struktur sosial jika aktor benar-benar memiliki kemampuan untuk menguasai struktur. *Kedua*, dominasi struktur terhadap aktor dengan catatan posisi struktur lebih kuat daripada posisi aktor. *Ketiga*, ter-jadinya dialektika interaksional dua arah yang seimbang antara aktor dan struktur sehingga tidak ada yang terdomestikasikan.

Adapun interaksi antara perempuan muslim Pasirjati dalam kapasitasnya sebagai aktor/subjek *vis a vis* struktur sosial sebagai realitas objektif belum mengarah kepada terciptanya pola dialektika interaktif antara kedua elemen sosial sebagaimana kon-sekuensi ketiga. Pola interaksi antara dua elemen sosial tampaknya lebih mengarah kepada domestikasi posisi para perempuan muslim oleh struktur sosial masyarakat Pasirjati yang kenyataannya memang lebih mapan dan kuat. Selanjutnya, domestikasi posisi perempuan muslim Pasirjati membawa implikasi berupa ketidakber-dayaan personalitas dan institusionalitas kelompok mereka untuk memainkan peran sosial secara lebih proporsional.

Apabila ditelusuri dari konteks sosial, tersubordinasinya perempuan muslim Pasirjati dalam hal posisi dan peran sosial tidak bisa dilepaskan dari realitas sosial perempuan yang tidak memiliki kecukupan dan kecakapan pendidikan/pengetahuan, dan konstruksi ideologi sosial Pasirjati yang bercorak patriarkhis. Seperti dimaklumi, rata-rata perempuan muslim Pasirjati, terutama kelompok ibu-ibu, hanya tamatan SD dan sedikit sekali yang tamatan SLTP, SLTA, dan apalagi sarjana. Kondisi objektif pendidikan perempuan muslim Pasirjati diperparah oleh kondisi perekonomian keluarga yang tergolong rendah, dan realitas hegemonik ideologi sosial Pasirjati yang dominan patriarkhis. Sebenarnya, kondisi pendidikan/pengetahuan kaum laki-laki hampir sama dengan realitas objektif pendidikan kaum perempuan. Akan tetapi, karena laki-laki memiliki akses lebih besar untuk membentuk konstruksi sosial secara langsung mengakibatkan perempuan tidak memiliki posisi dan peran sebaik apa yang dimiliki laki-laki.

Untuk selanjutnya, ketidakberdayaan perempuan muslim Pasirjati sebagai akibat dari problema pendidikan dan konstruksi ideologi sosial bias gender membawa dampak tersendiri bagi para perempuan dalam berbagai aspek kehidupan sosial seperti dalam hal penanganan masalah kesehatan bayi dan balita. Dalam berbagai dialog yang dilakukan peneliti dengan kaum perempuan terlihat jelas bahwa mereka tidak memiliki banyak pengetahuan dan pengalaman peri-hal pengasuhan, pendidikan dan pe-nanganan kesehatan bayi dan anak-anak mereka. Penanganan mereka terhadap kesehatan bayi dan anak-anaknya

dilakukan terutama ketika ada momen-momen tertentu dari program pemerintah untuk peningkatan kesehatan bayi dan anak-anak seperti imuni-sasi, penimbangan balita lewat posyandu dan berbagai aktivitas lain yang sifatnya insidental. Persoalan penanganan makanan bergizi dan perawatan kesehatan bayi dan anak-anak secara intensif kurang diper-hatikan para perempuan muslim Pasirjati. Di samping, karena keterbatasan pengetahuan dan pendidikan yang mereka miliki, kendala juga muncul dari permasalahan kemampuan ekonomi keluarga mereka yang berada di bawah kategori ketercukupan. Sementara itu, sosialisasi dan kerja sama antara pemerintah kelurahan dengan masyarakat dalam melaksanakan program penanganan kesehatan bayi dan balita belum bisa berjalan secara maksimal. Berbagai prob-lema sosial secam inilah yang turut memfor-mulasi rendahnya kualitas apresiasi perem-puan muslim Pasirjati terhadap penanganan kesehatan bayi dan anak.

Meski realitas objektif apresiasi perempuan muslim Pasirjati tergolong rendah sebagai konsekuensi dari problema pendidikan, pengetahuan dan konstruksi ideologi sosial bias gender yang menghimpit mereka, tetapi secara kuantitatif tidak banyak anak-anak dan bayi mereka yang bermasalah. Terdapat beberapa data objektif yang telah mengungkap permasalahan tersebut. *Pertama*, dokumen kependudukan Pasirjati mencatat perempuan Pasirjati sebanyak 2.123 (1999) dan 2.309 (2000) dengan status kawin 1.958 (1999) dan 2.141 (2000); status janda 145 (1999) dan 151 (2000); sedangkan yang berstatus duda 20 (1999) dan 17 (2000). Dari 2.123 KK, jumlah bayi 96 orang dan jumlah balita 208 orang. Bayi yang lahir hidup sebanyak 93 orang dan yang mati 3 orang. Data ini menunjukkan tingkat perhatian ibu terhadap bayinya dan kesehatan dirinya sewaktu mengandung dimungkinkan sudah tinggi. *Kedua*, data yang mengatakan bahwa ibu hamil mencapai 82 orang; di antara mereka yang mendapatkan pemeriksaan sebanyak 42 orang; mendapatkan suntikan TT2 40 orang. Sementara itu, jumlah bayi mendapat imunisasi 37 orang; bayi 3 bulan mendapat imunisasi 30 orang; bayi 4 bulan mendapat imunisasi campak 143 orang. *Ketiga*, data yang mencatat jumlah balita sebanyak 208 tidak ada sama sekali yang kurang vitamin A, terserang diare/amuba, dan yang kekurangan gizi. Adapun status gizi bayi dan balita: balita ditimbang 208 orang; bayi dan balita kurang berat badan 0; bayi bergizi buruk 0; bayi bergizi kurang 31; dan bayi bergizi baik 177 orang.

PENUTUP DAN KESIMPULAN

Kesimpulan

Dari paparan permasalahan, hasil dan pembahasan penelitian sebagaimana dikemukakan di atas dapat ditarik satu simpulan penting bahwa apresiasi perempuan muslim Pasirjati terhadap persoalan kesehatan bayi dan anak tergolong relatif rendah. Rendahnya apresiasi mereka terkait secara langsung maupun tidak langsung dengan kondisi sosial-perekonomian dan pendidikan yang rendah sehingga menjadikan mereka tidak memiliki kemampuan mengakses informasi, meningkatkan penge-tahuan, dan memenuhi kebutuhan hidup bagi bayi dan anak-anaknya sesuai dengan standar hidup sehat. Sementara itu, aspek ketidaksetaraan gender sebagai akibat kons-truksi sosial masyarakat yang patriarkhis telah menjadikan perempuan muslim Pasirjati sebagai aktor sosial primer yang mengurusi penanganan kesehatan bayi dan anak. Sedangkan, kaum laki-laki kurang memiliki kepekaan terhadap persoalan tersebut. Karena, dalam konstruksi sosial-budaya yang telah diciptakannya, persoalan mengurusi kesehatan bayi dan anak termasuk ke dalam kawasan tugas dan kewajiban perempuan secara *given*.

Saran-saran

Bertolak dari hasil penelitian di atas, maka disarankan agar perempuan muslim Pasirjati lebih pro-aktif melakukan pemberdayaan terhadap diri mereka sendiri sebagai aktor sosial dengan cara meningkatkan pengetahuan dan pendidikan dalam melakukan reformulasi konstruksi sosial Pasirjati. Bagi kaum laki-laki diharapkan juga turut memberikan peluang kebebasan terhadap perempuan muslim Pasirjati dalam proses peningkatan kualitas diri mereka. Demikian halnya dengan apa yang seharusnya dilakukan oleh para pemegang kebijakan di tingkat kelurahan Pasirjati. Keterlibatan semua pihak akan cukup fungsional dalam menyelesaikan berbagai problema sosial kemasyarakatan Pasirjati, termasuk di dalam penanganan kesehatan bayi dan balita. Sehingga konflik laten yang sesungguhnya mewarnai pola hubungan laki-laki dan perempuan dalam akses kekuasaan sosial dapat mengarah kepada penciptaan tata relasi sosial yang konstruktif.

DAFTAR PUSTAKA

Asy'ari, S.I., 1993. *Sosiologi Kota dan Desa.* Surabaya: Usaha Nasional.

Departemen Dalam Negeri republik Indonesia. 1998. *Profil Desa/Kelurahan: Daftar Isian Data Dasar Profil Desa/Kelurahan Pasirjati, Ujungberung, Bandung, Jawa Barat.*

Eckholm, E.P., 1983. *Masalah Kesehatan: Lingkungan Sebagai Sumber Penyakit.* Jakarta: Gramedia.

Foster, G.M. & Anderson B.G.. 1986. *Antropologi Kesehatan.* Terj Priyanti Pakan Suryadarma dan Meutia F. Hatta swasono. Jakarta: UI Press.

Garna, J.K., 1992. *Teori-teori Perubahan Sosial.* Bandung: Program Pascasarjana.

Gilbert, A. & Gugler, J. 1996. *Urbanisasi dan Kemiskinan di Dunia Ketiga.* Yogyakarta: Tiara Wacana.

Hurlock, E.B., 1999. *Perkembangan Anak.* Terj. Child Development. Jakarta: Erlangga.

Koentjaraningrat (ed.). 1985. *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan.* Jakarta: Gramedia.

Kurnaedi, W. K., 1988. "Upaya Penanggulangan Gizi Kurang Pada Anak 1-5 Tahun di RW 01 Desa Bojong Malaka Kemantren Bale Endah Kabupaten Dati II Bandung". *Majalah Kedokteran bandung.* Vol. XX. NO. 03. Bandung: FK. Unpad.

Megawangi, R., 1999. *Membiarkan Berbeda: Sudut Pandang Baru Tentang Relasi Gender.* Bandung: Mizan.

Menno, S. & Alwi, M. 1992. *Antropologi Perkotaan.* Jakarta: Rajawali Press.

Media Indonesia. 1999. "Depkes Kurang Dana Untuk Mengatasi Gizi Buruk Bayi", dalam *Bening: Kliping Kesehatan Layanan Informasi Terseleksi.* Edisi 79. Oktober 1999. Bandung.

Kalangie, N.S. 1985. "Makanan Sebagai Sistem Budaya: Beberapa Pokok Perhatian Antropologi Gizi", dalam Koentjaraningrat (ed.) *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan.* Jakarta: Gramedia.

Poloma, M.M., 1987. *Sosiologi Kontemporer.* Jakarta: Rajawali Press.

Restini. 1988. "Studi Tentang Keterlibatan Petugas Puskesmas Dalam Program Gizi di Yogyakarta". *Berita Kedokteran Masyarakat IV.* Yogyakarta.

Sciortino, R., 1999. *Menuju Kesehatan Madani.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Santoso, S. & Ranti, A.L. 1999. *Kesehatan dan Gizi.* Jakarta: Rineka Cipta.

Soekaryo. 1985. "Ruang Lingkup Profesi Kesehatan Masyarakat dalam Sistem Kesehatan Nasional". *Journal: Kesehatan Masyarakat Indonesia. Edisi 16 (1/2).*

Syarief, H. 1999. "Gizi Buruk Harus Diselesaikan Bersama". Dalam *Bening: Kliping Kesehatan Layanan Informasi Terseleksi. Edisi 72. Agustus 1999.* Bandung.