

**PENANGGULANGAN GIZI BURUK DI ERA DESENTRALISASI:
PEMERINTAH DAERAH HARUS JADI PEMAIN
Toto Suharto¹**

¹Ketua Persagi DPC Sleman DIY

ABSTRAK

PENDAHULUAN

Munculnya kejadian gizi buruk beberapa waktu yang lalu cukup mengejutkan ketika pertumbuhan ekonomi bangsa ini sudah mulai membaik sejak ditimpa musibah krisis moneter. Media massa seringkali menyoroti sosok menteri kesehatan sebagai orang yang paling bertanggung jawab terhadap masalah tersebut. Mengapa menteri kesehatan? Bukankah sekarang sudah terjadi perubahan paradigma? Mengapa orang daerah tidak angkat bicara? Apa makna desentralisasi bagi orang daerah? Apa peran pemda? Bagaimana dengan keberadaan SKPG? Sederet pertanyaan pun muncul.

Dilihat dari usianya, desentralisasi di Indonesia tergolong masih balita, baru empat tahun, sehingga beberapa kajianpun seringkali melontarkan kritik terhadap pemerintah pusat terutama komitmen seputar pelimpahan wewenang ke daerah. Sebut saja kebijakan penanganan keluarga miskin melalui PT Askes, perizinan rumah sakit, diterbitkannya standar pelayanan minimal yang disinyalir oleh sebagian pihak sebagai gejala re-sentralisasi. Walaupun demikian, Kepala Unit Desentralisasi Departemen Kesehatan Drs. Dwijo Suseno, Apt. di beberapa seminar nasional menegaskan bahwa pemerintah pusat tetap akan menempatkan desentralisasi sebagai prioritas. Oleh karena itu tinggal bagaimana daerah merespon. Dalam penanggulangan gizi buruk, pemerintah daerah harus menjadi aktor-intelektualnya, bagaimana mencegahnya, mau diapakan kasus tersebut dan sebagainya. Ironisnya, munculnya kasus gizi buruk seringkali dianggap aib, sehingga cenderung untuk ditutup-tutupi. Hal tersebut justru menjadi preseden buruk bagi upaya penanganan lanjut yang pada akhirnya balita ditemukan sudah dalam keadaan parah.

KEGAGALAN MANAJEMEN

Masalah koordinasi lintas sektoral turut menjadi penyebab, SKPG keberadaannya menjadi tidak efektif, selain itu sistem informasi gizi di posyandu tidak berjalan. Untuk menggairahkan kembali, pemerintah pusat meluncurkan program revitalisasi posyandu dan SKPG edisi ke-2. Kegagalan berikutnya adalah minimnya respon pemerintah daerah dan *stakeholders* terkait dalam mengantisipasi kejadian gizi buruk. Jika saja pemda mampu mengoptimalkan DKP (dewan ketahanan pangan) termasuk pokja SKPG mungkin kasus-kasus kekurangan pangan dan gizi dapat dicegah sedini mungkin. Satu hal yang menjadi kurang berfungsinya lembaga ini adalah belum dapat mewadahi dan mensinkronkan kegiatan antar sektor. Kegiatan masih bersifat sektoral yang berjalan sendiri-sendiri. Pembagian tugas antar sektor dan antar tingkatan administrasi telah dituangkan dalam Inpres No. 8/1999 tentang Gerakan Nasional Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi, namun demikian kenyataan di lapangan sulit diterapkan karena masih muncul ego sektor.

Upaya pengentasan kemiskinan menjadi bagian yang tak terpisahkan dengan program perbaikan gizi. Adanya *sharing* anggaran antara pusat dan daerah akan memperkuat posisi pemda dalam mengalokasikan anggaran untuk keluarga miskin, karena kemiskinan merupakan akar penyebab terjadinya gizi buruk. Dalam kenyataannya kegiatan penanggulangan masalah gizi belum sepenuhnya menyentuh sasaran keluarga miskin, bahkan kegiatan yang dituangkan melalui DASK (dokumen anggaran satuan kerja) masih didominasi oleh belanja aparatur. Sudah saatnya pemerintah mengubah paradigma dengan memperhatikan masalah ini dengan serius, bahkan berupaya untuk menghilangkan atau memperkecil faktor penyebab yang menjadikan kualitas penduduk rendah. Karena perbaikan gizi masyarakat tidak akan merubah keadaan gizi penduduk jika tidak disertai dengan upaya pengentasan kemiskinan termasuk meningkatkan pendidikan.

Data menunjukkan bahwa ada hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Semakin kecil pendapatan, semakin tinggi persentase anak yang kekurangan gizi. Kurang gizi juga berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya pendidikan dan produktivitas. Sukirman, dalam pidato pengukuhan guru besar IPB mengatakan bahwa kemiskinan merupakan penghambat keluarga untuk memperoleh akses terhadap faktor penyebab gizi buruk, tetapi untuk mencegahnya tidak harus menunggu berhasilnya pembangunan ekonomi sampai masalah kemiskinan dituntaskan. Pembangunan ekonomi rakyat dan penanggulangan kemiskinan memakan waktu lama.

Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa diperlukan waktu lebih dari 20 tahun untuk mengurangi penduduk miskin dari 40% (1976) menjadi 11% (1996). Data empirik dari dunia menunjukkan bahwa program perbaikan gizi dapat dilakukan tanpa harus menunggu rakyat menjadi makmur, tetapi menjadi bagian yang eksplisit dari program pembangunan untuk memakmurkan rakyat.

Kita juga perlu mengevaluasi intervensi program yang dilakukan selama ini. Pemecahan masalah gizi buruk dengan menggunakan paradigma *input* yang mengedepankan aspek konsumsi pangan, menurut Prof. Soekirman tidak akan optimal. Paradigma input sering melupakan faktor lain seperti air bersih, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan dasar. Oleh karena itu paradigma baru yang disebutnya sebagai paradigma *outcome* dinilai lebih tepat karena mengedepankan indikator kesejahteraan.

Perlu kita ketahui bersama bahwa membiarkan tidak berkurangnya kelaparan, masalah gizi dan kemiskinan adalah melanggar hak asasi manusia. Keterlibatan *stakeholders* seperti dinas kesehatan, DPR, bupati ataupun camat dalam memecahkan masalah gizi membawa dampak yang luar biasa dalam rangka memberi perhatian pada keluarga yang menderita kurang gizi terlebih dari keluarga miskin. Upaya pencegahan terhadap masalah gizi buruk merupakan bentuk investasi karena berkaitan dengan SDM di masa datang. Seringkali kita hanya menjadi “pemadam kebakaran” sehingga intervensi yang diberikan berupa intervensi jangka pendek dan bukan sebagai pencegah kebakaran yang menekankan pada upaya jangka panjang.

BAGAIMANA SEBAIKNYA PERAN PEMERINTAH

Tugas pemerintah menurut Osborne dan Gaebler (1997) sebagai katalisator dan fasilitator, yang berkewajiban membantu masyarakat dan semua potensi untuk memperkuat infrastruktur. Dalam konteks *good governance*, peran pemerintah di sektor kesehatan adalah: 1) regulator, 2) pemberi dana, dan 3) pelaksana kegiatan (Kovner, 1995). Jelas disini bahwa pemerintah termasuk pemerintah kabupaten/ kota harus melindungi masyarakatnya dengan membuat seperangkat aturan, mengalokasikan anggaran dan melaksanakan kegiatan.

Dalam *Public Interest Theory*, pemerintah berkewajiban memberikan pelayanan untuk memenuhi kepentingan masyarakat secara umum. Pemilihan kebijakan ditujukan untuk peningkatan efisiensi dan pemerataan keadilan. Kepentingan umum terpenuhi ketika pemerintah dapat memperbaiki kegagalan dengan mengalokasikan sumber daya secara efisien (Santerre & Neun, 1996). Dengan melihat peran pemerintah dalam sektor kesehatan, dinas-dinas terkait yang tergabung dalam SKPG berfungsi melindungi penduduk miskin dengan mengalokasikan anggaran bagi mereka. Dalam Undang-undang nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dinyatakan bahwa pemerintah wajib memenuhi hak-hak anak, yaitu tentang kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangannya serta perlindungan demi kepentingan terbaik anak. Seluruh komponen bangsa (pemerintah, legislatif, swasta dan masyarakat) bertanggung jawab dalam pemenuhan hak-hak tersebut.

Setiap komunitas masyarakat beradab pastilah merasa berkewajiban mengurus anggota masyarakatnya yang miskin. Di Amerika, sudah menjadi rahasia umum bahwa tidak ada seorang pun harus meninggal karena dia tidak mampu mendapatkan operasi atau obat-obatan yang dibutuhkan untuk menyembuhkan penyakitnya. Sebuah negara yang menyediakan pelayanan kesehatan sebagai *public good* seperti halnya menyediakan air bersih, secara otomatis menyediakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin. Dalam sistem pluralistik, dimana pendapatan individu mempengaruhi akses masyarakat terhadap sistem yang berlaku, sangat dibutuhkan mekanisme yang eksplisit untuk melindungi masyarakat yang tidak mampu.

Newbrander, Collins & Gilson (2001) menyatakan bahwa pemerintah harus punya target dalam rangka mendekatkan pelayanan kepada orang miskin. Pentargetan kegiatan mengacu pada pemusatan sumber daya untuk program-program sosial kepada mereka yang sangat membutuhkan. Dalam bidang kesehatan, hal ini berarti memusatkan sumber daya kepada mereka yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan. Contohnya, melokasikan dana untuk melindungi anak-anak terhadap penyakit. Pentargetan mengacu pada mekanisme yang menjamin golongan rawan. Pentargetan diterapkan untuk menjamin kaum miskin agar dapat mempunyai akses untuk pelayanan kesehatan. Selain itu, pentargetan juga membantu untuk: a) Meminimalkan penyelewengan, dimana kaum miskin tidak mendapatkan *exemptions*, b) Meminimalkan kebocoran dimana kaum non-miskin menikmati bantuan yang ditujukan bagi kaum miskin, c) Mencegah perbedaan kualitas pelayanan antara kaum miskin dan kaum non-miskin, d) Menentukan pentargetan mana yang lebih efektif, pentargetan karakteristik atau langsung.

Tugas utama pemerintah terkait penduduk miskin menurut Getzen (1997) adalah: 1) Memelihara hukum dan perangkatnya, 2) Menyediakan pelayanan yang bersifat “*public good*”, 3)

Memperbaiki kegagalan pasar dan 4) Pemerataan pendapatan. Bank Dunia (1997) menekankan peranan pemerintah dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar terutama sebagai pemberi pembiayaan dan pemberi pelayanan. Untuk mengatasi kegagalan pasar, pemerintah menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup dan penyediaan jaminan sosial. Peran minimal pemerintah dalam penyediaan pelayanan publik seperti pertahanan, tata hukum dan perundangan dan kesehatan masyarakat. Selain itu pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi dan melindungi orang miskin serta mengatasi bencana.

Menurut Dwiyanto (2004), ada beberapa indikator untuk melihat kepedulian pemerintah kabupaten/kota terhadap pemberdayaan penduduk miskin. Pertama, keberadaan peraturan daerah (perda) yang mengatur mengenai penyelenggaraan program pemberdayaan penduduk miskin. Keberadaan peraturan daerah sangat penting karena memberi landasan hukum yang kuat bagi pemerintah dan *stakeholder* untuk mengembangkan program pemberdayaan penduduk miskin. Kedua, kemauan pemerintah kabupaten/ kota menggunakan dana yang ada dibawah kendalanya untuk membiayai program-program pemberdayaan penduduk miskin.

UPAYA APA YANG DAPAT DILAKUKAN

Paling tidak ada tiga hal pokok yang dapat diungkapkan di sini. Pertama, peran bupati dalam mengkoordinasikan kegiatan antar sektor, kedua, tersedianya alokasi anggaran pemda untuk keluarga miskin dan ketiga, sistem informasi yang baik di lapangan.

Koordinasi antar sektor

Keterlibatan pimpinan wilayah seperti bupati/ wali kota atau camat dalam mengkoordinasikan kegiatan antar sektor merupakan jalan terbaik yang ditempuh. Tanpa adanya jalinan kerjasama antar sektor mustahil masalah gizi dapat teratasi, karena masalah gizi merupakan masalah kompleks yang penyebabnya saling mempengaruhi. Dahulu penanganan masalah gizi lebih banyak oleh sektor kesehatan. Padahal masalah gizi bukan hanya disebabkan oleh masalah kesehatan saja, sehingga kasus-kasus kekurangan gizi masih selalu muncul karena akar masalahnya sendiri belum diatasi secara tuntas.

Bupati/ wali kota punya tangan untuk memberdayakan DKP (Dewan Ketahanan Pangan) termasuk didalamnya SKPG. Kalau ini dilakukan, mungkin masalah gizi dapat ditekan. Rendahnya mekanisme koordinasi mengakibatkan kegiatan yang ada di masing-masing sektor berjalan sendiri-sendiri.

Marahnya Gubernur NTB terhadap dua bupati yang tidak hadir pada rapat koordinasi dengan Menko Kesra beberapa waktu yang lalu sangat beralasan. Ini cermin dari rendahnya respon bupati, seolah masalah gizi tidak menyangkut masalah politik, sehingga cukup diwakili stafnya. Berbeda ketika SKPG masih berperan penting di NTB dimana salah satu bupatinya diundang untuk mempresentasikan keberhasilan SKPG pada konferensi gizi internasional di Bangkok pada tahun 1987.

Alokasi Anggaran Pemda

Faktor kedua yang turut berperan adalah kurangnya perhatian pemerintah daerah terhadap keluarga miskin. Hal ini dapat diamati dari anggaran pemda yang masih didominasi untuk belanja aparatur dan sangat sedikit yang dialokasikan untuk keluarga miskin. Hasil penelitian di 6 kota (Jakarta, Surabaya, Bandung, Jogjakarta, Batam dan Kupang) belanja aparatur mencapai 50-60 %.

Di era desentralisasi, kebijakan fiskal diharapkan lebih berpihak pada masyarakat miskin serta mengkaji kembali pola belanja antar dan di dalam sektor untuk melihat siapa yang lebih diuntungkan. Kenyataan dilapangan hanya sedikit anggaran yang dapat dinikmati oleh orang miskin. Keadilan dalam penyediaan anggaran untuk publik ini menjadi indikator kemampuan pemerintah daerah menggunakan kewenangannya untuk menyelenggarakan program-program yang ditujukan untuk mengatasi persoalan kemiskinan. Dalam surat edaran Mendagri No. 903/2004 bahwa pada tahun 2005, sasaran program pemerintah difokuskan kepada menurunkan tingkat kemiskinan dan peningkatan kesehatan masyarakat. Strategi penanggulangan kemiskinan menurut Dwiyanto (2003) haruslah menganut paham pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan cara menciptakan peluang seluas-luasnya. Selain itu penduduk miskin diposisikan sebagai subjek dalam proses perencanaan dan pelaksanaan program.

Perbaikan sistem informasi di lapangan

Saat ini aktifitas posyandu mengalami penurunan jika dibanding tahun 90-an. Monotonnya kegiatan posyandu membuat kebosanan baik dirasakan kader maupun masyarakat. Anak jarang menimbang dan posyandupun sering tutup. Sebagai akibatnya adalah pertumbuhan dan perkembangan anak tidak terpantau secara rutin.

Jaringan informasi antara kader posyandu dan puskesmas merupakan hal penting untuk menemukan dan menindaklanjuti kasus-kasus kekurangan gizi di lapangan. Jika saja partisipasi masyarakat baik, pertumbuhan anak dapat dipantau dan puskesmas proaktif pasti masalah gizi tidak ditemukan dalam keadaan parah, karena kasus marasmus, kwashiorkor atau gabungan keduanya tidak muncul secara tiba-tiba, tetapi berlangsung lama.

Di tingkat puskesmas, kegiatan PHN, laporan W2 dan penyelidikan epidemiologi sangat menunjang terhadap penanggulangan masalah gizi. Namun demikian kegiatan tersebut belum maksimal karena adanya tugas rangkap oleh pemegang program. Laporan W2 sendiri jarang mencantumkan kasus-kasus kekurangan gizi, karena koordinasi di tingkat puskesmaspun belum berjalan baik.

PENUTUP

Masalah gizi tidak akan teratasi dengan tuntas jika tidak melibatkan sektor lain yang terkait, karena masalah gizi disebabkan oleh banyak faktor. Oleh karena itu perlu kerja sama baik lintas program maupun lintas sektoral. Di sini Pemda punya peran yang sangat penting guna mengkoordinasikan sektor terkait dan mengalokasikan anggaran yang cukup bagi keluarga miskin. Mengingat pentingnya kerja sama lintas sektor, departemen kesehatan menempatkannya sebagai salah satu isu strategis untuk mencapai Indonesia sehat 2010.

RUJUKAN

1. Depkes RI. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk*. 2005.
2. Dwiyanto, Agus.dkk. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM. 2003.
3. Dwiyanto, Agus. *Krisis ekonomi, Kemiskinan dan Otonomi daerah: Membangun Tata Pemerintahan Yang Baik*. Makalah. Disampaikan pada kuliah perdana mahasiswa baru IKM UGM tahun akademik 2004/2005. 2004.
4. Getzen, Thomas E. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. John Wiley & Sons, Inc. New York. 1997.
5. Kovner, A.R. *Health Care Delivery in the United States*. Springer Publishing. 1995.
6. Newbrander, Collins & Gilson. *User Fees for Health Services: Guidelines for Protecting the Poor*. Management Sciences for Health. Boston. 2001.
7. Osborne & Gaebler *Reinventing Government*. 1997.
8. Santerre, Rexford E. & Neun, Stephen P., *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Times Mirror Highest Education Group. Inc. company. USA.
9. Soekirman. *Perlu Paradigma Baru untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia*. www.gizi.net. 17 Nopember 2004.
10. Surat Edaran Mendagri No. 903/2004.