

KETIMPANGAN KESEHATAN SEBAGAI PRAKTIK SOSIAL: KAJIAN SOSIOLOGI KRITIS PIERRE BOURDIEU TERHADAP MASYARAKAT PESISIR DI ERA POSTMODERN***HEALTH INEQUALITY AS A SOCIAL PRACTICE: A CRITICAL SOCIOLOGICAL STUDY OF PIERRE BOURDIEU ON COASTAL COMMUNITIES IN THE POSTMODERN ERA***

Muhammad Khaerul Nur¹
Universitas Indonesia Timur¹
email:
muhammadkhaerulnur@gmail.com

Syamsu A Kamaruddin²
Universitas Negeri Makassar,²
email:
syamsu.k@unm.ac.id

Arlin Adam³
Universitas Mega Buana Palopo²
email:
arlin.adam73@gmail.com

IJI Publication
p-ISSN: 2774-1907
e-ISSN: 2774-1915
Vol. 6, No. 1, pp. 91-96
Nopember 2025

 Unit Publikasi Ilmiah Intelektual Madani Indonesia

Abstrak: Ketimpangan kesehatan adalah masalah sosial yang semakin meningkat di era postmodern, terutama di kalangan masyarakat miskin perkotaan, termasuk masyarakat pesisir. Perubahan dalam sistem kesehatan, yang ditandai oleh dominasi pasar, perbedaan layanan, dan komodifikasi kesehatan, telah menciptakan struktur pelayanan yang tidak setara. Hal ini mengakibatkan masyarakat pesisir mengalami keterbatasan akses, layanan berkualitas rendah, dan diskriminasi dalam interaksi dengan institusi kesehatan. Ketimpangan ini bukan hanya masalah perilaku individu atau fasilitas, tetapi merupakan praktik sosial yang dipengaruhi oleh struktur sosial dan relasi kekuasaan. Artikel ini bertujuan menganalisis ketimpangan kesehatan di masyarakat pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar melalui teori praktik Pierre Bourdieu. Fokusnya adalah pada pembentukan habitus kesehatan, pengaruh distribusi modal ekonomi, budaya, sosial, dan simbolik terhadap akses dan pemaknaan layanan kesehatan, serta peran kekerasan simbolik dalam pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain sosiologi kritis, mengumpulkan data dari literatur sosiologi kesehatan, penelitian sebelumnya, dan dokumen kebijakan kesehatan. Analisis dilakukan secara teoretis-interpretatif dengan langkah-langkah analisis medan kesehatan, habitus kesehatan, distribusi modal, dan identifikasi kekerasan simbolik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi kesehatan yang hanya fokus pada perubahan perilaku individu tidak efektif tanpa transformasi struktur medan kesehatan. Upaya mengurangi ketimpangan harus melibatkan redistribusi modal, perubahan relasi simbolik dalam pelayanan kesehatan, dan pengakuan praktik kesehatan komunitas sebagai bagian dari realitas sosial.

Kata kunci: **Ketimpangan Kesehatan; Masyarakat Pesisir; Sosiologi Kritis; Pierre Bourdieu; Postmodernisme.**

Abstrack: *Health inequality is a growing social problem in the postmodern era, especially among urban poor communities, including coastal communities. Changes in the health system, characterized by market dominance, service disparities, and the commodification of health, have created unequal service structures. This has resulted in coastal communities experiencing limited access, poor-quality services, and discrimination in their interactions with health institutions. This inequality is not only a matter of individual behavior or facilities, but a social practice influenced by social structures and power relations. This article aims to analyze health inequalities in the coastal communities of Tallo District, Makassar City, through Pierre Bourdieu's theory of practice. The focus is on the formation of health habitus, the influence of the distribution of economic, cultural, social, and symbolic capital on access to and interpretation of health services, and the role of symbolic violence in health services. This study uses a qualitative approach with a critical sociology design, collecting data from health sociology literature, previous research, and health policy documents. The analysis is conducted theoretically and interpretively with steps of health field analysis, health habitus, capital distribution, and identification of symbolic violence. The results of the study show that health interventions that focus solely on changing individual behavior are ineffective without transforming the structure of the health field. Efforts to reduce inequality must involve the redistribution of capital, changes in symbolic relations in health services, and recognition of community health practices as part of social reality.*

Keywords: **Health Inequality; Coastal Communities; Critical Sociology; Pierre Bourdieu; Postmodernism.**

PENDAHULUAN

Ketimpangan kesehatan merupakan salah satu isu krusial dalam kajian pembangunan sosial dan kebijakan publik,

terutama di negara berkembang dengan struktur sosial yang timpang. Berbagai indikator kesehatan menunjukkan bahwa capaian pembangunan kesehatan belum

dinikmati secara merata oleh seluruh kelompok masyarakat. Ketimpangan tersebut tidak hanya tercermin dalam perbedaan status kesehatan antarwilayah dan kelas sosial, tetapi juga dalam akses, kualitas layanan, serta cara kelompok sosial tertentu diperlakukan dalam sistem kesehatan. Dalam konteks perkotaan Indonesia, masyarakat pesisir menjadi salah satu kelompok yang paling rentan mengalami ketimpangan kesehatan akibat akumulasi kerentanan ekonomi, ekologis, dan sosial.

Pada era postmodem, sistem kesehatan mengalami transformasi fundamental yang ditandai oleh menguatnya logika pasar, diferensiasi layanan, privatisasi fasilitas kesehatan, serta komodifikasi kesehatan. Kesehatan tidak lagi semata dipahami sebagai hak sosial yang dijamin negara, tetapi juga sebagai komoditas yang dapat diperjualbelikan melalui mekanisme pasar. Kondisi ini menciptakan medan kesehatan yang hierarkis, di mana akses terhadap layanan berkualitas sangat ditentukan oleh kepemilikan modal ekonomi, budaya, dan simbolik. Akibatnya, kelompok masyarakat miskin perkotaan, termasuk komunitas pesisir, sering kali terpinggirkan dalam sistem kesehatan yang semakin kompetitif dan berorientasi profit.

Berbagai penelitian sebelumnya mengenai ketimpangan kesehatan umumnya berangkat dari perspektif determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*) yang menekankan pengaruh faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan, dan kebijakan terhadap status kesehatan masyarakat (Navarro, 2009; Solar & Irwin, 2010). Studi-studi tersebut secara signifikan memperkaya pemahaman tentang hubungan antara struktur sosial dan ketimpangan kesehatan. Namun, sebagian besar kajian masih bersifat struktural-makro dan kurang menggali bagaimana ketimpangan tersebut direproduksi dalam praktik keseharian, relasi simbolik, serta pengalaman subjektif kelompok masyarakat yang terpinggirkan.

Di sisi lain, pendekatan perilaku (*behavioral approach*) yang dominan dalam kebijakan kesehatan kerap memposisikan masalah kesehatan sebagai akibat dari pilihan dan gaya hidup individu, seperti kurangnya kesadaran, rendahnya disiplin, atau minimnya pengetahuan kesehatan. Pendekatan ini berisiko menimbulkan bias moral dan menyalahkan korban (*victim blaming*), karena mengabaikan konteks sosial yang membentuk pilihan dan praktik kesehatan masyarakat miskin. Kritik terhadap pendekatan individualistik ini telah disampaikan dalam kajian sosiologi kesehatan kritis yang menegaskan bahwa praktik kesehatan tidak dapat dilepaskan dari relasi kekuasaan, struktur kelas, dan distribusi modal dalam masyarakat (Scambler, 2012; Townsend et al., 1988).

Dalam konteks tersebut, teori praktik Pierre Bourdieu menawarkan kerangka analisis yang relevan dan kritis untuk memahami ketimpangan kesehatan sebagai praktik sosial. Konsep habitus, modal (ekonomi, budaya, sosial, dan simbolik), medan, serta kekerasan simbolik memungkinkan analisis yang lebih mendalam mengenai bagaimana ketimpangan kesehatan diproduksi, dinormalisasi, dan direproduksi melalui interaksi sehari-hari antara warga dan sistem kesehatan (Bourdieu, 1977; 1986; 1990). Meski teori Bourdieu telah banyak digunakan dalam kajian pendidikan dan budaya, pemanfaatannya dalam studi ketimpangan kesehatan masyarakat pesisir di Indonesia masih relatif terbatas.

Kebaruan artikel ini terletak pada upaya memposisikan ketimpangan kesehatan bukan sekadar sebagai persoalan akses atau perilaku, melainkan sebagai hasil dari praktik sosial yang terbentuk melalui relasi antara habitus kesehatan warga pesisir, distribusi modal, dan struktur medan kesehatan di era postmodem.

Berdasarkan uraian tersebut, tujuan kajian ini adalah menganalisis ketimpangan kesehatan pada masyarakat pesisir Kecamatan

Tallo Kota Makassar melalui kerangka teori praktik Pierre Bourdieu, menguraikan bagaimana distribusi modal dan pembentukan habitus kesehatan memengaruhi praktik kesehatan warga pesisir, serta mengidentifikasi bentuk-bentuk kekerasan simbolik yang muncul dalam interaksi antara masyarakat pesisir dan sistem pelayanan kesehatan.

Kajian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoretis bagi pengembangan sosiologi kesehatan kritis, sekaligus menjadi dasar bagi perumusan kebijakan kesehatan yang lebih sensitif terhadap struktur sosial dan keadilan sosial.

METODE ANALISIS

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain kajian sosiologi kritis. Pendekatan ini dipilih karena ketimpangan kesehatan dalam artikel ini dipahami bukan sebagai persoalan medis atau perilaku individual, melainkan sebagai praktik sosial yang terbentuk melalui relasi struktur sosial, distribusi modal, dan kekuasaan simbolik. Oleh karena itu, analisis difokuskan pada pemaknaan, praktik, dan reproduksi ketimpangan kesehatan dalam kehidupan masyarakat pesisir di era postmodern.

1) Pendekatan Teoretis dan Kerangka Analisis

Analisis penelitian ini berlandaskan pada teori praktik Pierre Bourdieu sebagai kerangka utama. Empat konsep kunci Bourdieu digunakan secara operasional dalam analisis, yaitu:

a) Medan (field)

Digunakan untuk menganalisis sistem kesehatan sebagai arena sosial yang terstruktur oleh relasi kekuasaan antara negara, pasar, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

b) Habitus

Digunakan untuk memahami pola disposisi dan praktik kesehatan masyarakat pesisir yang terbentuk melalui

pengalaman hidup dalam kondisi kemiskinan dan keterbatasan akses.

c) Modal (ekonomi, budaya, sosial, dan simbolik)

Digunakan untuk menganalisis diferensiasi akses, kualitas layanan, dan posisi tawar masyarakat pesisir dalam sistem kesehatan.

d) Kekerasan simbolik

Digunakan untuk mengidentifikasi mekanisme dominasi halus dalam praktik pelayanan dan wacana kesehatan yang menormalisasi ketimpangan.

Keempat konsep ini digunakan secara integratif untuk membaca ketimpangan kesehatan sebagai praktik sosial yang direproduksi dalam konteks postmodern.

2) Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini bersifat kualitatif non-empiris langsung, dengan sumber data berupa:

- Literatur ilmiah yang relevan dengan: (1) Sosiologi kesehatan, ketimpangan kesehatan, masyarakat pesisir, teori Pierre Bourdieu; (2) Hasil penelitian terdahulu yang mengkaji: kemiskinan perkotaan, akses layanan kesehatan, praktik kesehatan masyarakat pesisir di Indonesia;
- Dokumen kebijakan publik, meliputi: kebijakan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan, laporan kesehatan masyarakat perkotaan;

Unit analisis penelitian ini adalah praktik kesehatan masyarakat pesisir, yang mencakup pola akses layanan, cara memaknai kesehatan, serta interaksi warga dengan institusi kesehatan.

3) Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data dikumpulkan melalui penelusuran literatur secara sistematis dan tematik, dengan tahapan: a) Mengidentifikasi literatur kunci yang relevan dengan fokus kajian dan kerangka teori, b) Menyeleksi sumber berdasarkan relevansi konseptual dan konteks masyarakat pesisir, c) Mengelompokkan

data ke dalam tema-tema awal, seperti: struktur sistem kesehatan, praktik kesehatan masyarakat pesisir, relasi kekuasaan dalam pelayanan kesehatan.

Seluruh data yang terpilih kemudian diorganisasikan dalam matriks tematik untuk memudahkan proses analisis teoretis.

4) Tahapan Analisis Data

Analisis dilakukan secara bertahap dan sistematis sebagai berikut:

a) Analisis Medan Kesehatan

Memetakan struktur sistem kesehatan di era postmodern, termasuk aktor dominan, mekanisme pasar, dan posisi struktural masyarakat pesisir di dalamnya.

b) Analisis Habitus Kesehatan

Menafsirkan bagaimana pengalaman sosial, ekonomi, dan kultural masyarakat pesisir membentuk disposisi dan praktik kesehatan sehari-hari.

c) Analisis Distribusi Modal

Menganalisis pengaruh modal ekonomi, budaya, sosial, dan simbolik terhadap akses, kualitas layanan, dan pengalaman kesehatan masyarakat pesisir.

d) Analisis Kekerasan Simbolik

Mengidentifikasi bentuk-bentuk dominasi simbolik dalam praktik pelayanan dan wacana kesehatan yang mereproduksi ketimpangan.

e) Sintesis Teoretis

Mengintegrasikan seluruh hasil analisis ke dalam kerangka teori praktik Bourdieu untuk menjelaskan ketimpangan kesehatan sebagai praktik sosial yang bersifat struktural dan berkelanjutan.

5) Keabsahan Analisis

Keabsahan analisis dijaga melalui: a) konsistensi penggunaan teori sebagai alat analisis, b) keterkaitan logis antara judul, tujuan, metode, dan pembahasan, c) triangulasi sumber literatur untuk menghindari bias interpretasi.

PEMBAHASAN

Medan Kesehatan dan Reproduksi Ketimpangan Struktural

Dalam perspektif Pierre Bourdieu, medan (*field*) dipahami sebagai arena relasi sosial yang di dalamnya aktor-aktor berjuang memperebutkan sumber daya dan posisi dengan modal yang tidak seimbang. Medan kesehatan di era postmodern tidak bersifat netral, melainkan terstruktur secara hierarkis oleh logika pasar, kebijakan negara, dan kepentingan profesional medis. Pada konteks perkotaan, medan kesehatan terbagi ke dalam lapisan fasilitas premium (rumah sakit swasta), fasilitas menengah, dan layanan publik dasar seperti puskesmas.

Masyarakat pesisir secara struktural berada pada posisi subkordinat dalam medan tersebut. Meskipun secara geografis ada yang dekat dengan pusat kota dan fasilitas kesehatan, keterbatasan modal ekonomi dan budaya menempatkan mereka pada segmen paling bawah dari medan kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa akses kesehatan tidak semata ditentukan oleh kedekatan spasial, tetapi oleh posisi sosial dalam struktur medan. Dengan kata lain, ketimpangan kesehatan direproduksi bukan karena ketidadaan fasilitas, melainkan karena distribusi modal yang timpang dalam medan kesehatan.

Analisis ini memperkuat argumen Bourdieu (1990) bahwa struktur medan menentukan kemungkinan tindakan (*possible actions*) aktor. Warga pesisir tidak memiliki kapasitas yang setara untuk memilih layanan kesehatan karena medan kesehatan telah tersusun sedemikian rupa sehingga hanya menguntungkan aktor bermodal besar. Dengan demikian, ketimpangan kesehatan merupakan hasil relasi struktural, bukan akibat kegagalan individu.

Habitus Kesehatan sebagai Produk Adaptasi Struktural

Habitus kesehatan masyarakat pesisir tidak dapat dipahami sebagai sekadar pola

perilaku individual, melainkan sebagai hasil internalisasi pengalaman hidup dalam kondisi kemiskinan struktural. Dalam teori Bourdieu, habitus terbentuk melalui proses historis yang panjang dan bekerja secara tidak sadar dalam membimbing praktik sehari-hari. Praktik seperti swamedikasi, penundaan berobat, dan ketergantungan pada obat warung merupakan ekspresi dari habitus yang rasional dalam konteks keterbatasan struktural.

Berbeda dengan pendekatan perilaku yang menilai praktik tersebut sebagai bentuk ketidaktahuan atau kelalaian, analisis sosiologi kritis menunjukkan bahwa habitus kesehatan warga pesisir merupakan bentuk adaptasi terhadap pengalaman eksklusi dari sistem kesehatan formal. Pengalaman antrean panjang, bahasa medis yang tidak komunikatif, serta perlakuan diskriminatif membentuk disposisi untuk menghindari fasilitas kesehatan formal kecuali dalam kondisi darurat.

Dengan demikian, habitus kesehatan berfungsi sebagai mekanisme reproduksi ketimpangan. Habitus yang terbentuk dalam kondisi subordinasi cenderung mereproduksi posisi subordinat tersebut lintas generasi. Hal ini sejalan dengan argumen Bourdieu (1977) bahwa habitus tidak hanya merefleksikan struktur sosial, tetapi juga berkontribusi pada keberlanjutan struktur tersebut.

Distribusi Modal dan Diferensiasi Akses Kesehatan

Distribusi modal menjadi faktor kunci dalam menentukan posisi warga pesisir dalam medan kesehatan. Modal ekonomi secara langsung membatasi kemampuan warga untuk mengakses layanan kesehatan yang cepat dan berkualitas. Keputusan berobat sering kali harus dinegosiasikan dengan kebutuhan dasar lain, seperti pangan dan tempat tinggal, sehingga kesehatan tidak menjadi prioritas utama.

Modal budaya, khususnya literasi Kesehatan berperan dalam menentukan

kemampuan warga memahami prosedur medis, sistem rujukan, dan bahasa kesehatan formal. Rendahnya modal budaya tidak bersifat alamiah, melainkan merupakan produk dari ketimpangan pendidikan dan eksklusi simbolik yang telah berlangsung lama. Akibatnya, warga pesisir sering berada dalam posisi inferior dalam interaksi dengan tenaga kesehatan.

Modal sosial berfungsi sebagai mekanisme substitusi atas keterbatasan modal ekonomi dan budaya. Jaringan keluarga, tetangga, dan komunitas lokal menjadi sumber informasi dan dukungan kesehatan alternatif. Namun, modal sosial ini bersifat ambivalen: di satu sisi memperkuat solidaritas komunitas, tetapi di sisi lain dapat mereproduksi praktik kesehatan yang tidak selalu sesuai dengan standar medis formal.

Modal simbolik menjadi dimensi yang paling halus namun paling menentukan. Identitas sebagai "orang kampung nelayan" atau "pasien BPJS" membawa stigma tertentu yang memengaruhi cara warga diperlakukan dalam sistem kesehatan. Stigma ini memperlemah posisi tawar warga dan memperkuat ketimpangan dalam relasi pelayanan kesehatan.

Kekerasan Simbolik dalam Praktik dan Wacana Kesehatan

Kekerasan simbolik merupakan mekanisme utama yang membuat ketimpangan kesehatan tampak alamiah dan dapat diterima. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kekerasan simbolik muncul melalui bahasa medis yang eksklusif, diferensiasi perlakuan antara pasien umum dan pasien BPJS, serta penilaian moral terhadap praktik kesehatan warga pesisir.

Labelisasi warga pesisir sebagai "kurang peduli kesehatan" merupakan bentuk kekerasan simbolik karena mengalihkan perhatian dari kegagalan struktural menuju kesalahan individu. Wacana ini tidak hanya dilegitimasi oleh tenaga kesehatan, tetapi juga

diinternalisasi oleh warga sendiri, sehingga ketimpangan tidak lagi dipertanyakan. Seperti ditegaskan Bourdieu (1998), kekerasan simbolik bekerja paling efektif ketika pihak yang didominasi turut menerima logika dominasi tersebut sebagai sesuatu yang wajar.

Dalam konteks ini, kebijakan kesehatan yang bersifat teknokratis dan berbasis indikator kuantitatif berpotensi memperkuat kekerasan simbolik jika tidak disertai sensitivitas terhadap konteks sosial dan budaya komunitas miskin perkotaan.

KESIMPULAN

Berdasarkan analisis di atas, ketimpangan kesehatan pada masyarakat pesisir dapat dipahami sebagai praktik sosial yang terbentuk dari interaksi antara medan kesehatan yang hierarkis, distribusi modal yang timpang, habitus kesehatan yang adaptif, serta kekerasan simbolik yang terinstitusionalisasi. Ketimpangan tidak bersifat insidental, melainkan terstruktur dan direproduksi secara sistematis melalui praktik sehari-hari dan kebijakan kesehatan. Kajian ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan yang berfokus pada perubahan perilaku individu tidak akan efektif tanpa transformasi struktur medan kesehatan. Upaya pengurangan ketimpangan harus diarahkan pada redistribusi modal, perubahan relasi simbolik dalam pelayanan kesehatan, serta pengakuan terhadap praktik kesehatan komunitas sebagai bagian dari realitas sosial yang sah.

REFERENSI

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (2004). *Science of Science and Reflexivity*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: Can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577–604.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Scambler, G. (2007). Social structure and health-related stigma. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 288–295.

Navarro, V. (2007). Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health. *International Journal of Health Services*, 37(1), 1–10.

Waitzkin, H. (2011). *Medicine and Public Health at the End of Empire*. Boulder: Paradigm Publishers.

Farmer, P. (2004). Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1486–1496.

P., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, 3(10), e449.

Wacquant, L. (2008). *Urban Outcasts: A Comparative Sociology of Advanced Marginality*. Cambridge: Polity Press.

Baum, F., Freeman, T., Sanders, D., Labonté, R., & Lawless, A. (2016). What will it take to reduce health inequalities? *Health Promotion International*, 31(1), 1–13.