

**PENGGUNAAN KONTRASEPSI HORMONAL DAN DISTRESS EMOSIONAL
SEBAGAI KONTRIBUTOR HIPERTENSI PEREMPUAN INDONESIA :
TINJAUAN PERSPEKTIF JENDER**

Siti Isfandari*

Pusat Humaniora Pemberdayaan dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat
Jl. Percetakan Negara No. 23 Jakarta 10560 Indonesia
pjtmakasar@gmail.com ; isfandari_24@yahoo.com

***HORMONAL CONTRACEPTIVE USE AND EMOSIONAL DISTRESS AS RISK FOR
INDONESIAN FEMALE HYPERTENSION : GENDER PERSPECTIVE***

Abstract

Contrary to the common assumption that pre-menopause women are protected from hypertension by estrogen, blood pressure measurement Riskesdas 2007 showed that the hypertension prevalence of women begin to catch up that of male on the age of 35 years. This article intends to discuss the increasing of hypertension prevalence among women using gender perspective on government policy of family planning program which place women as central target and inequality on social economy which could lead to emotional distress as risk for early hypertension. Conducting theoretical review of gender and health, gender and hypertension, risk factor of hypertension. Then performing situational analysis of Indonesian data from 2010 Population Census, 2007 and 2010 Riskesdas report. The next step is to analyse the Indonesian situation from the data using the teoretical perspectives to explain the Indonesian female early hypertension phenomena. In addition to the common risk factors, hormonal contraceptive use and emotional distress could trigger hypertension. The prevalence of hormonal contraceptive use is around 30 – 40% among female 10 – 29 years. Female education and working status as proxy for social economy is relatively lower than male which could lead to emotional distress then hypertension. Indonesian female hypertension phenomena could be influenced by government policy on family planning program which place women as central target and inequality toward resources for women which lead to emotional distress. Recommendation To conduct regular monitoring on the impact of hormonal contraceptive use and to provide non pharmlological intervention on hypertension management in addition to the pharmlological intervention.

Keywords : contraception, hypertension, emotional distress, gender, Indoneisa

Abstrak

Berbeda dengan teori yang menyatakan prevalensi hipertensi perempuan lebih rendah pada usia pre menopause karena perlindungan hormon estrogen, hasil pengukuran hipertensi Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi hipertensi perempuan mulai menyusul lelaki pada usia 35 tahun. Artikel bertujuan membahas peningkatan prevalensi hipertensi perempuan menggunakan sudut pandang jender menekankan pada kebijakan program keluarga berencana yang menempatkan perempuan sebagai target serta ketimpangan sosial ekonomi yang dapat menyebabkan distress emosional berdampak pada kejadian hipertensi dini pada perempuan. Melakukan kajian teori tentang jender dan kesehatan, jender dan hipertensi, dan faktor risiko hipertensi. Selanjutnya melakukan analisis situasi berdasarkan laporan Riskesdas 2007, 2010 dan Sensus Penduduk (SP) 2010. Kemudian dilakukan analisis situasi berdasarkan data menggunakan perspektif jender untuk menjelaskan kejadian hipertensi dini perempuan Indonesia. Selain faktor risiko utama, kejadian hipertensi dapat dipengaruhi oleh penggunaan kontrasepsi

hormonal dan distress emosional. Tiga hingga empat dari sepuluh perempuan Indonesia usia 10 - 29 tahun menggunakan kontrasepsi hormonal. Pendidikan dan status pekerjaan perempuan sebagai proksi keadaan sosial ekonomi lebih rendah dibanding lelaki. Hal ini dapat menyebabkan distress emosional menuju hipertensi. Fenomena hipertensi perempuan Indonesia dapat disebabkan oleh kebijakan KB pemerintah yang menjadikan perempuan sebagai target utama dan ketimpangan perempuan terhadap akses sumberdaya yang menyebabkan distress emosional. Pemantauan teratur dilakukan terhadap penggunaan kontrasepsi hormonal dan memberikan intervensi non farmakologis untuk penanganan hipertensi sebagai pelengkap intervensi farmakologi.

Kata kunci : kontrasepsi, hipertensi, distress emosional, jender, Indonesia

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan faktor risiko terbesar kejadian penyakit kardiovaskular.¹ Sesuai dengan teori medis, berdasarkan pengukuran hasil Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi hipertensi perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki pada usia muda. Namun prevalensi hipertensi perempuan mulai lebih tinggi dari lelaki saat mendekati usia 35 tahun. Menurut teori medis, estrogen melindungi perempuan terhadap hipertensi.² Pelindung perempuan terhadap hipertensi lenyap saat menopause, karena tidak adanya estrogen. Meningkatnya prevalensi hipertensi pada perempuan Indonesia mulai saat mendekati usia 35 menimbulkan pertanyaan, karena pada usia tersebut perempuan masih memiliki estrogen. Sudut pandang lain diperlukan dalam mengkaji fenomena tersebut.

Jender merupakan faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Jender dibuktikan berpengaruh terhadap penanganan diare di Bangladesh, perilaku sehat, lebih tingginya kematian lelaki karena kecelakaan, lebih tingginya prevalensi diabetes pada perempuan, lebih tingginya prevalensi malaria lelaki.³ Jender merupakan peran sosial yang melekat pada lelaki dan perempuan yang dapat berubah seiring dengan perubahan jaman. Pada lima dekade lalu, lelaki berperan sebagai pencari nafkah dan perempuan sangat jarang melakukannya. Sejak dekade perang dunia ke 2, perempuan mulai memasuki lapangan kerja untuk membantu kelangsungan hidup keluarga. Saat ini perempuan bekerja merupakan fenomena yang umum, selain berkontribusi untuk rumah tangga, juga meningkatkan kemandirian. Lebih dekatnya perempuan dengan akses ekonomi

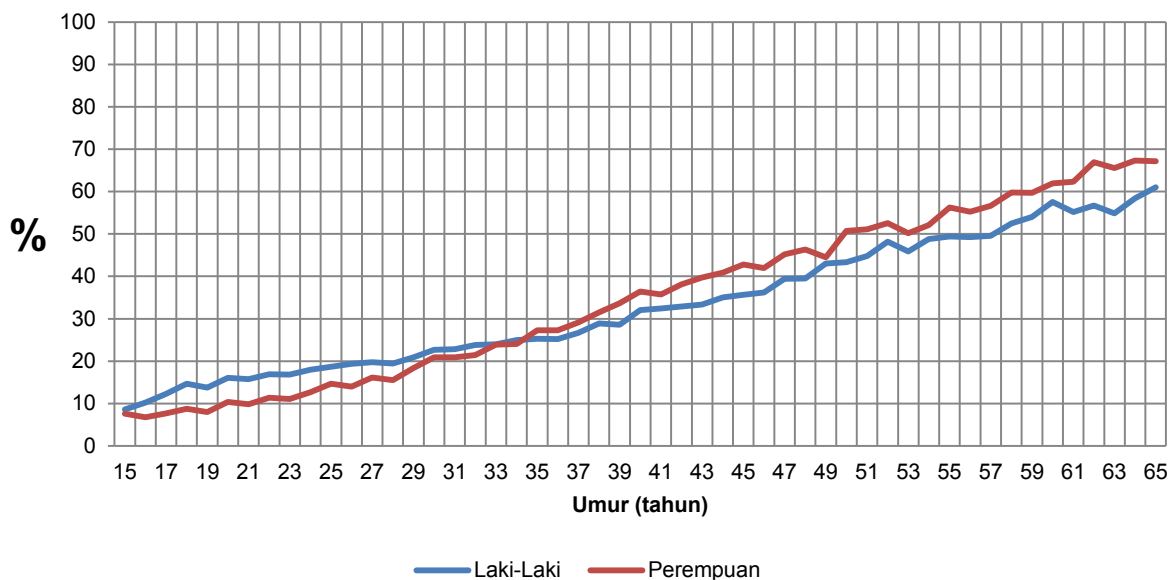
ternyata meningkatkan status kesehatan mereka.⁴ Jenis kelamin merupakan karakteristik biologis yang menetap. Jender dan jenis kelamin saling berinteraksi. Melahirkan hanya dapat dilakukan oleh perempuan, namun mengasuh, membesarkan dan mendidik anak dapat dilakukan oleh perempuan dan lelaki, seperti halnya mencari nafkah.

Kesehatan dipengaruhi oleh struktur sosial dan cara hidup perempuan dan lelaki. Pemahaman jender dibutuhkan agar lebih mengerti perilaku sehat dan pengalaman sakit perempuan dan lelaki dalam konteks sosial. Interaksi jender dan jenis kelamin dalam kesehatan sangat erat. Di banyak negara di dunia, umur harapan hidup (UHH) perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki, namun tidak disertai dengan lebih baiknya status kesehatan perempuan. Data Riskesdas 2007 mendukung fenomena ini. Umur harapan hidup perempuan Indonesia lebih tinggi, namun prevalensi sebagian besar penyakit dan disabilitas juga lebih tinggi. Di negara dengan UHH perempuan lebih rendah yang sebagian besar terjadi di negara sedang berkembang, ditengarai adanya preferensi lelaki sehingga merugikan perempuan.⁵ Ketidak berdayaan perempuan secara ekonomi di Afrika meningkatkan risiko terhadap HIV/AIDS. Di negara dengan UHH perempuan lebih tinggi yang merupakan fenomena umum di negara maju, disebabkan karena lebih tingginya paparan lelaki terhadap faktor risiko kematian, seperti merokok, kecelakaan, bunuh diri dan risiko kerja.⁶ Jika lelaki dapat mengendalikan perilaku berisiko yang dilakukannya, maka diproyeksikan UHH lelaki akan lebih tinggi. Hal ini disebabkan perempuan lebih berisiko terhadap penyakit yang sulit disembuhkan. Prevalensi berbagai jenis

kanker lebih tinggi pada perempuan, juga penyakit terkait kehamilan dan kelahiran. Ditambah dengan semakin tingginya perilaku risiko dilakukan perempuan, terutama merokok.⁷ Merokok, kurang aktivitas fisik, obesitas, konsumsi garam diketahui sebagai faktor risiko utama hipertensi⁸. Kulkani menjelaskan patofisiologi kontribusi distress emosional terhadap hipertensi.⁹ Sedangkan kontrasepsi hormonal diketahui berpengaruh terhadap peningkatan berat badan, dan kanker, serta mempengaruhi keadaan fisiologis dan psikologis perempuan. Penelitian mengenai dampak kontrasepsi hormonal terhadap hipertensi masih sangat terbatas. Sedangkan program KB lebih menargetkan perempuan

menggunakan kontrasepsi mengatur kehamilan untuk mengendalikan jumlah penduduk.

Tulisan bertujuan melakukan kajian terhadap fenomena kenaikan prevalensi hipertensi perempuan Indonesia secara dini menggunakan kerangka jender, menekankan pada kebijakan program KB yang menempatkan perempuan sebagai target, serta ketimpangan sosial ekonomi yang dapat memicu distress emosional sebagai faktor risiko hipertensi dini perempuan. Hasil kajian diharapkan memperkaya pemahaman mengenai hipertensi dan sebagai masukan awal penanganan hipertensi perempuan Indonesia. Artikel mengulas keterkaitan jender dengan kejadian hipertensi perempuan Indonesia



Gambar 1. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran menurut jenis kelamin dan kelompok umur, Riskesdas 2007

BAHAN DAN METODE

Kajian dilakukan beberapa tahap. Pertama dilakukan kajian literatur faktor risiko hipertensi. Selanjutnya dilakukan perbandingan pola faktor risiko hipertensi menurut jenis kelamin dalam laporan Riskesdas 2007. Tahap berikutnya dilakukan pembahasan fenomena hipertensi perempuan hasil Riskesdas 2007 menurut kerangka jender.

Jender didefinisikan sebagai dimensi sosial femininitas dan maskulinitas yang tampak dari cara individu berperilaku sehat.¹⁰ Verbrugge,⁶ menyatakan faktor psikologis

merupakan salah satu faktor pembeda perilaku perempuan dan lelaki. Oleh karenanya distress emosional menjadi salah satu poin pembahasan. Penggolongan distress emosional berdasarkan jawaban terhadap 20 pernyataan *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), dan dikategorikan mengalami distress emosional jika memiliki skor ≥ 6 .¹¹ Distress emosional merupakan situasi ketidak mampuan seseorang menangani tekanan yang dialami. Manifestasi distress emosional berjenjang dari level ringan hingga berat dengan menunjukkan perilaku menyimpang, seperti agresif, pasif atau menyendiri. Tekanan dapat berasal dari pekerjaan, keluarga, atau teman dan

beban pelajaran di sekolah.⁹

Informasi hipertensi menurut umur dan jenis kelamin diperoleh dari laporan kajian analisis kebijakan menggunakan pendekatan *life cycle*.

HASIL

Pola faktor risiko hipertensi menurut jenis kelamin Determinan distress emosional Secara tidak langsung stress dapat menyebabkan hipertensi. Peningkatan tekanan darah berulang dan stimulasi sistem saraf penghasil hormon menyempit pembuluh darah yang diakibatkan oleh stress dapat menyebabkan distress emosional yang berdampak pada hipertensi.⁹ Faktor yang mempengaruhi tekanan darah melalui stress adalah tekanan pekerjaan, lingkungan sosial dan distress emosional.

Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi distress emosional perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki pada setiap kelompok umur (Tabel 1). Selisih prevalensi distress perempuan dan lelaki semakin lebar sejak usia 35 tahun.¹² Teori jender menyatakan keterbatasan perempuan dibandingkan lelaki terhadap akses ekonomi dan sumber daya berperan pada kejadian distress emosional.³ Distress emosional pada perempuan dengan akses lebih baik terhadap sumber daya lebih rendah dibandingkan yang tanpa akses.

Tabel 2 menunjukkan pada penduduk berusia 15 tahun atau lebih, proporsi perempuan bekerja penuh lebih kecil dibandingkan lelaki, sedangkan perempuan bekerja paruh waktu lebih tinggi. Informasi ini menunjukkan lelaki memiliki akses ekonomi lebih baik dibanding perempuan. Kondisi ini merupakan salah satu kontributor lebih rendahnya distress emosional lelaki dibandingkan perempuan

Perilaku risiko hipertensi

Konsumsi alkohol, aktivitas fisik dan obesitas berkontribusi terhadap kejadian hipertensi. *The Women's Health Initiative Observational Study* (WHI-OS) melaporkan prevalensi hipertensi di kalangan bukan peminum alkohol lebih tinggi dibandingkan peminum sedang dan peminum berat (46% pada bukan peminum vs 32% pada peminum sedang, dan 36% pada peminum berat). Aktivitas fisik teratur

mengurangi risiko hipertensi dibandingkan dengan tanpa aktivitas fisik atau aktivitas fisik berat (45% pada non pelaku, sedang atau berat vs. 31% pada ≥ 4 sesi atau lebih per minggu). Sedangkan berat badan ideal mengurangi risiko hipertensi (48% pada BMI >27.3 vs. 29% pada BMI <27.3)¹⁴

Tabel 1. Prevalensi distress emosional menurut umur dan jenis kelamin, Riskesdas 2007

Umur (tahun)	Distress emosional	
	Lelaki	Perempuan
15-24	6.7	10.8
25-34	7.1	10.7
35-44	7.5	12.2
45-54	9.0	15.0
55-64	12.3	19.4
65-74	18.3	26.8
75+	28.3	38.0
Semua umur	14,0	9,0

Tabel 2. Jumlah penduduk menurut status pekerjaan dan jenis kelamin¹³

	Perempuan	Lelaki
Pekerjaan paruh waktu	16 656 774	16 146 167
Pekerjaan seminggu lalu	41 435 830	65 969 742

Tabel 3. Prevalensi faktor risiko menurut jenis kelamin, Riskesdas 2007

	Risiko	
	Perempuan	Lelaki
Obesitas sentral	29,0	7,7
Obesitas umum	23,8	13,9
Merokok tiap hari	3,0	45,8
Kurang makan buah sayur	93,7	93,5
Minum alkohol 1 bulan terakhir	0,4	5,8
Kurang aktivitas fisik	54,4	41,4

Tabel 4. Proporsi perempuan berdasarkan penggunaan metode KB menurut umur Riskesdas 2010

Umur (tahun)	Jenis kontrasepsi			
	Pil	Susuk	Suntik	Kondom
10 – 14	4,4	0,0	21,5	0,0
15 – 19	9,9	0,8	32,7	0,4
20 – 24	11,6	1,0	42,5	0,6
25 – 29	13,6	1,3	40,4	0,9
30 – 34	14,3	1,9	37,5	1,2
35 – 39	14,9	1,8	33,8	1,6
40 – 44	12,9	1,4	25,5	1,3
45 – 49	8,1	0,8	14,3	0,9

Kecuali merokok, prevalensi faktor risiko hipertensi perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki. Berdasarkan laporan Riskesdas 2007, prevalensi obesitas, kurang aktivitas fisik, distress emosional dalam 1 bulan terakhir serta kurang konsumsi serat lebih tinggi pada perempuan. Walaupun harus diteliti lebih lanjut, lebih kecilnya prevalensi konsumsi alkohol pada perempuan dapat menjadi salah satu kontributor hipertensi.

Penggunaan kontrasepsi

The Nurses' Health Study melaporkan pengguna kontrasepsi oral memiliki peningkatan risiko hipertensi ($rr=1.8$; 95% CI, 1.5–2.3) dibandingkan yang tidak pernah menggunakan.¹⁴

Berdasarkan laporan Riskesdas 2010 kontrasepsi hormonal merupakan metode tertinggi yang dipilih oleh perempuan Indonesia. Selain menunjukkan pola penggunaan metode kontrasepsi, tabel 4 menunjukkan tanggung jawab pelaksanaan KB di Indonesia sangat bergantung pada perempuan, ditunjukkan dengan kecilnya proporsi penggunaan kondom.¹⁵

PEMBAHASAN

Analisis jender merupakan satu cara mengulas fenomena kesehatan berdasarkan determinan sosial, karena kesehatan individu dan populasi tidak hanya disebabkan oleh faktor biologi. Pendapatan, ketimpangan penghasilan, hubungan sosial memiliki asosiasi dengan kesehatan dan kesakitan. Penggunaan kerangka jender bermanfaat untuk memahami dampak interaksi peran sosial lelaki dan perempuan terhadap kesehatan. Perspektif jender mulai digunakan karena di sebagian besar negara, perempuan memiliki keterbatasan akses dan kontrol terhadap sumber daya dan tubuhnya dibandingkan lelaki. Di negara sedang berkembang, hal ini mengakibatkan status kesehatan perempuan tidak sebaik lelaki.³

Ulasan menggunakan SP 2010 untuk informasi kondisi sosial perempuan Indonesia. Walaupun fenomena kesehatan yang dibahas terjadi pada 2007, namun penggunaan informasi SP 2010 cukup relevan, karena tidak terjadi perubahan sosial yang besar dalam waktu 3 tahun, sehingga informasi SP 2010 dapat digunakan

sebagai proksi keadaan sosial perempuan Indonesia tahun 2007. Informasi metode kontrasepsi dari Riskesdas 2010 juga cukup relevan, karena tidak terjadi perubahan besar program KB dalam 3 tahun, sehingga informasi yang diperoleh dalam Riskesdas 2010 dapat digunakan sebagai proksi penggunaan metode kontrasepsi tahun 2007 level nasional.

Prevalensi hipertensi perempuan Indonesia pada usia pertengahan 34-35 tahun mulai menyusul hipertensi lelaki. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian lain yang melaporkan adanya keterkaitan kejadian hipertensi dengan penggunaan kontrasepsi hormonal.¹⁴ Literatur menyatakan penggunaan kontrasepsi hormonal berpengaruh terhadap kejadian hipertensi.^{16,17} Lubianca^{18,19} mengevaluasi 171 perempuan dengan hipertensi, dan hasil penelitiannya menunjukkan terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan pada penghentian penggunaan kontrasepsi hormonal. Penelitian di Korea menunjukkan penggunaan kontrasepsi oral meningkatkan tekanan darah.²⁰ Beberapa penelitian di Indonesia memperoleh hasil terdapat pengaruh penggunaan kontrasepsi hormonal terhadap tekanan darah,²¹ penggunaan pil KB selama 12 tahun terus menerus,²²⁻²⁴ dan penggunaan KB suntik^{25,26}.

Informasi SP 2010 dan Riskesdas 2010 menunjukkan proporsi usia pertama pernikahan tertinggi terjadi dalam kelompok umur 16 -24 tahun. Sedangkan penggunaan kontrasepsi hormonal sejak golongan usia muda hingga 34 tahun berkisar antara 30% sampai 40%. Penggunaan kontrasepsi hormonal pada dalam jangka waktu lama dapat berdampak pada peningkatan tekanan darah, seperti ditunjukkan dalam hasil pengukuran hipertensi riskesdas 2007.

Keterkaitan antara hipertensi dengan distress emosional dapat diterangkan menggunakan model biopsikososial bahwa terdapat keterkaitan antara lingkungan, kepribadian, stress dan respon fisiologis. Ketidakmampuan penyesuaian dapat menimbulkan distress emosional yang mempengaruhi reaksi fisiologis sistem imunitas dan kelenjar endokrin sehingga dapat menimbulkan kejadian hipertensi.^{27,28} Stress dapat merupakan salah satu kontributor peningkatan tekanan darah.

Adanya satu faktor risiko disertai faktor yang menimbulkan stress dapat melipat gandakan dampak terhadap tekanan darah.⁹ Individu dengan reaktivitas terhadap stressor rentan terhadap hipertensi.²⁹ Ketidakmampuan menghadapi stress mengakibatkan timbulnya distress emosional. Kondisi ini berkontribusi terhadap kejadian hipertensi.²⁷

Penelitian di negara industri secara konsisten menunjukkan perempuan memiliki *rate* kecemasan dan depresi lebih tinggi. Kenyataan bahwa lelaki lebih memiliki kontrol dan akses terhadap sumber daya merupakan salah satu faktor. Walaupun perempuan memiliki akses terhadap sumber daya lebih baik, belum tentu mengurangi *rate* kecemasan dan depresi mereka. Vlassof,³ berpendapat perempuan dan lelaki memiliki pengalaman berbeda terhadap posisi dan kedudukan sosial yang dimiliki. Penelitian di USA mendapatkan perempuan dengan tanggung jawab keluarga memiliki distress emosi lebih tinggi. Perbedaan peran ekonomi perempuan dan lelaki mempengaruhi kesehatan.³

Hubungan distress emosional, jender dan status ekonomi sangat jelas dari penelitian di Korea.³ Perempuan memiliki insiden kesehatan mental buruk dua kali lebih tinggi, dan masalah mental meningkat sejalan dengan penurunan pendapatan. Bahkan dalam pekerjaan tidak aman yaitu pekerjaan sementara tanpa jaminan asuransi dan gaji teratur, lelaki memiliki posisi lebih baik di lapangan konstruksi atau industri. Sedangkan perempuan bekerja di sektor unskilled. Pendapatan perempuan 40% lebih rendah, dan hanya 10% memperoleh bonus. Selain bekerja, perempuan juga memiliki tanggung jawab keluarga. Distress emosional pada golongan pekerja tidak aman lebih tinggi. Data menunjukkan lebih banyak perempuan yang melaporkan depresi dan keinginan bunuh diri berada dalam kategori ini.³

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi distress emosional pada perempuan usia 15 tahun keatas selalu lebih tinggi dibandingkan lelaki dapat menjadi salah satu kontributor terjadinya kejadian hipertensi perempuan lebih dini. Keterbatasan terhadap akses sumber daya merupakan salah satu risiko timbulnya distress emosional, SP 2010 menunjukkan tingkat pendidikan dan akses

pekerjaan dengan penghasilan perempuan lebih rendah dibanding lelaki.

Jender berperan terhadap kejadian hipertensi pada perempuan Indonesia ditengarai melalui pernikahan, ketidakberdayaan ekonomi, pendidikan rendah, beban ganda dan distress psikologis. Keterbatasan akses ekonomi, ketergantungan ekonomi yang disertai tanggung jawab rumah tangga dan keterbatasan menjangkau akses di luar rumah tangga meningkatkan risiko distress emosional pada perempuan. Kejadian hipertensi dapat disebabkan oleh determinan sosial melalui implementasi kebijakan pemerintah yang menekankan keberhasilan program KB pada perempuan. Penggunaan kontrasepsi hormonal dalam jangka waktu lama sejak usia relatif muda. Sehingga saat memasuki usia pertengahan 35 tahun, dapat terjadi peningkatan prevalensi hipertensi lebih tinggi dibanding lelaki. Didukung oleh relatif lebih rendahnya akses perempuan terhadap sumberdaya ekonomi meningkatkan risiko kejadian hipertensi melalui distress emosional. Namun peran faktor risiko utama hipertensi yang telah dikenal diantaranya obesitas, aktivitas fisik, pola makan dan merokok tetap penting. Kecuali merokok, laporan Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi perempuan lebih tinggi dibanding lelaki, maka program pengendalian faktor risiko utama hipertensi perempuan yang telah berjalan berada dalam jalur yang tepat.

Adanya bukti dari hasil penelitian di Indonesia dan di negara lain bahwa penggunaan kontrasepsi hormonal mempengaruhi hipertensi perempuan dapat memiliki implikasi kebijakan cukup besar. Sampai saat ini perempuan menjadi target indikator keberhasilan program kesehatan dan KB di Indonesia Penurunan angka kelahiran, kematian bayi balita dan kematian ibu melalui penggunaan alat kontrasepsi terutama ditargetkan pada kelompok perempuan. Berdasarkan hasil kajian ini, diharapkan penggunaan metode kontrasepsi non hormonal lebih ditingkatkan.

Karena distress emosional juga berkontribusi terhadap hipertensi, penanganan farmakologis, bermacam penanganan non farmakologis mengatasi stress ternyata efektif menurunkan tekanan darah dan kejadian hipertensi, diantaranya meditasi, akupresur, terapi biofeedback dan musik.⁹

KESIMPULAN

Kajian menunjukkan kejadian hipertensi perempuan di Indonesia dapat dipengaruhi oleh determinan sosial kebijakan program kesehatan dan KB dan keterbatasan akses sumberdaya yang menimbulkan distress emosional. Fenomena kejadian hipertensi perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki pada usia 35 tahun dapat disebabkan oleh penggunaan kontrasepsi hormonal sejak usia muda disertai dengan keterbatasan akses sumber daya yang meningkatkan distress emosional. Kondisi sosial tersebut disertai faktor risiko utama dapat berkontribusi terhadap kejadian hipertensi lebih dini pada perempuan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih saya berikan kepada Bapak Kabadan Dr. dr Trihono yang memberi penugasan untuk melakukan kajian terhadap fenomena kejadian hipertensi berdasarkan sudut pandang jender. Penugasan tersebut membuka cakrawala untuk melihat fenomena kesehatan dari sudut pandang jender dan faktor sosial.

DAFTAR RUJUKAN

1. Kaplan N M. 1989. Importance of coronary heart disease risk factors in the management of hypertension: An overview. *American Journal of Medicine*, 86 (Suppl. 1B)
2. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. 2011. Hormonal Contraception and Cardiovascular System. *Arq Bras Cardiol*;96(4):e81-e89
3. Vlassoff C. 2007. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*, March; 25(1): 47-61.
4. Phillips SD. 2005. Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health*, 4:11 doi:10.1186/1475-9276-4-11
5. Sen A. 2001. When misogyny become a health problem: The many faces of gender inequality. *The new republic*, 17 September 2001
6. Verbrugge LM. 1985. *Gender and Health : An update on hypotheses and evidence*. *Journal of health and social behavior* vol 26 no 3, 156 – 182. Diakses dari <http://links.jstor.org>
7. DesMeules M, Manuel D and Cho R. 2004. Mortality: life and health expectancy of Canadian women. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1):S9 doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S9
8. Pradono J. 2013. Faktor determinan terjadinya hipertensi dan implikasi pada program intervensi. Disertasi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
9. Kulkarni S, O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS. 1998. Stress and hypertension. *WMJ*. Dec;97(11):34-8.
10. Courtenay Will H. 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, vol 50, 1385 - 1401
11. WHO. 1994. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. Geneva.
12. Kementrian Kesehatan, 2009, *Laporan Nasional Riskesdas 2007*
13. Badan Pusat Statistik. 2011. *Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia*
14. Suzanne Oparil, S; Andrew P. Miller AP. 2005. Gender and Blood Pressure. *The journal of clinical hypertension* vol. 7 no. 5 ; 300 - 9
15. Kementrian Kesehatan. 2011. *Laporan Riskesdas 2010*
16. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre casecontrol study. *Lancet*. 1995; 346 (8990): 1575-82.
17. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet*. 1995; 346 (8990): 1582-8.
18. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. 2003. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*. ; 67 (1): 19-24.
19. Lubianca JN, Moreira LB, Gus M, Fuchs FD. 2005. Stopping oral contraceptives:

- an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *J Hum Hypertens.*; 19 (6): 451-5.
20. Park H and Kim K. 2013. Associations between oral contraceptive use and risks of hypertension and prehypertension in a cross-sectional study of Korean women. *BMC Women's Health* ; 13:39. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/39>
 21. Fadillah. 2011. Perbandingan pengaruh kontrasepsi hormonal oral, suntik dan implant terhadap perubahan tekanan dara pada akseptor KB di Puskesmas Jalan Emas kabupaten Tangerang periode Desember 2011. www.library.upnvj.ac.id/pdf/.../Abstrak.pdf.pdf
 22. Sugiharto A. 2007. Faktor-faktor risiko hipertensi pada masyarakat (studi kasus di Kabupaten Karanganyar). Program Studi Magister Epidemiologi Program Pasca Sarjana UNDIP Semarang. eprints.undip.ac.id/16523/1/Aris_Sugiharto.pdf.
 23. Nur afni. 2005. Gambaran efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal pada Ibi-ibu usia 20-35 tahun di kecamatan jelai kabupaten Sukamara Kalimantan Tengah. Skripsi. [Eprints.undip.ac.id/5394/](http://eprints.undip.ac.id/5394/)
 24. Handini kurniawati. 2010. Hubungan pemakaian kontrasepsi pil kb kombinasi dengan Tekanan darah tinggi pada wanita pasangan usia subur di Puskesmas kecamatan Grogol Petamburan kota administrasi Jakarta Barat. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20303381-T%2030827-Hubungan%20pemakaian-full%20text.pdf>.
 25. Runiari n, ketut kusmarjathi nk. 2013. Hubungan antara lama pemakaian kontrasepsi suntikan progestin (depoprovera) dengan tekanan darah pada akseptor kb di Puskesmas ii Denpasar Selatan. Program studi ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/6121/4612>.
 26. Aurora H, Nooryanto M, Cahyani R. 2010. Hubungan lama pemakaian kontrasepsi hormonal suntikan depo provera, umur, dan peningkatan berat badan dengan peningkatan tekanan darah pada akseptor di Puskesmas krengan selatan kota Surabaya. Universitas Brawidjaya Malang. http://old.fk.ub.ac.id/artikel/id/filedownload/kebidanan/MAJALAH_Riski%20Cahyani_105070601111002.pdf.
 27. Jorgensen RS, Johnson BT, Kolodziej ME, and Schreer GE. 1996, Elevated Blood Pressure and Personality: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* Vol. 120, No. 2, 293-320.
 28. World Health Organization. 2000. Mental health : new understanding, new hope. The world health report. Geneve
 29. Matthews, KA., Katholi, CR., McCreath H., et al. 2004. Blood Pressure Reactivity to Psychological Stress Predicts Hypertension in the CARDIA Study. *Circulation.*;110:74-78