

# FENOMENA SOSIAL DISPARITAS JENDER RISKESDAS 2007 (Gender Disparity Phenomena in Riskesdas 2007)

Siti Isfandari<sup>1</sup>, Lamria Pangaribuan<sup>2</sup>, dan Dina Bisara Lolong<sup>2</sup>

Naskah masuk: 9 September 2013, Review 1: 17 September 2013, Review 2: 17 September 2013, Naskah layak terbit: 30 Desember 2013

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Menurut Riskesdas 2007, umur Harapan Hidup (UHH) tinggi, morbiditas perempuan juga tinggi berdasarkan Riskesdas 2007 membutuhkan penjelasan. Perbedaan pola penyakit dan kesehatan perempuan dan lelaki dipengaruhi oleh faktor biologi, dan sosial, termasuk ketidak berdayaan, akses dan keterbatasan peran. **Metode:** Tulisan menggunakan perspektif jender untuk menganalisis fenomena dalam laporan Riskesdas 2007. Digunakan dua hipotesa jender dan kesehatan, keterpaparan terhadap risiko kematian yang dikembangkan oleh Lois Verbrugge dan sub-ordinasi perempuan yang dikembangkan oleh Amartya Sen untuk menjelaskan perbedaan morbiditas perempuan dan lelaki dalam laporan Riskesdas 2007. **Hasil:** Kesetaraan status gizi dan akses terhadap layanan kesehatan balita perempuan dan lelaki dalam laporan Riskesdas 2007 membuktikan tidak ada ketimpangan jender di Indonesia. Lelaki Indonesia lebih tinggi terpapar pada risiko kematian terutama merokok dan kecelakaan, sedangkan perempuan Indonesia lebih banyak melakukan perilaku pro sehat. Namun lebih tingginya morbiditas dan mortalitas perempuan pada penyakit diare membutuhkan penelitian lebih lanjut. **Kesimpulan:** Status kesehatan dalam laporan Riskesdas 2007 menunjukkan tidak ada ketimpangan jender di Indonesia. Lebih tingginya keterpaparan lelaki terhadap faktor risiko kematian menyebabkan lebih tingginya kematian lelaki yang ditunjukkan dengan lebih rendahnya UHH lelaki Indonesia. **Rekomendasi:** Informasi kajian dapat dimanfaatkan untuk penyusunan program intervensi agar lelaki Indonesia, berperilaku pro sehat dan promosi kesehatan harus menekankan pada perlunya lelaki melakukan perilaku kesehatan serta mengurangi perilaku risiko terpapar kematian.

**Kata kunci:** morbiditas, mortalitas, umur harapan hidup, jender, Indonesia

## ABSTRACT

**Background:** The contradictory evidence of greater life expectancy among Indonesian female while our 2007 National Health Report, Riskesdas 2007 showed that female leads male almost in all morbidity needs explanation. Differences in health and illness patterns of men and women are attributable both to sex, or biology, and to gender, that is social factors such as powerlessness, access to resources, and constrained roles. **Methods:** The paper use gender perspective to analyse phenomena from the Riskesdas 2007 report. Two gender related hypotheses, one with risk factors exposure approach developed by Lois Verbrugge, and the other on female sub-ordination developed by Amartya Sen were applied to explain the health phenomena between female and male health as shown in the Riskesdas 2007 report. **Results:** Equal nutritional status between under-five female and male and equal access to health service in the Riskesdas 2007 report provides evidence of no gender inequality in Indonesia. Indonesian males are indeed more exposed to death relate drisk behavior, especially smoking and accidents, while Indonesian female engaged in more pro healthy behavior. But higher female morbidity and mortality related to diaorrhea demands more study exploration. **Conclusion:** Health status in Riskesdas 2007 shows no gender inequality in Indonesia. Higher exposure to death related risk behavior lead to higher mortality in Indonesia male, which reflects in the lower life expectancy in Indonesian male. **Recommendation:** Indonesian males should be more engaged in pro healthy behavior to increase their life expectancy and health promotion should be targeted to reduce death related risk behavior.

**Key words:** morbidity, mortality, life expectancy, gender, Indonesia

---

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara 23 A, Jakarta. Alamat Korespondensi: isfandari\_24@yahoo.com

<sup>2</sup> Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

## PENDAHULUAN

Usia harapan hidup (UHH) perempuan di Indonesia (73,38 tahun) lebih tinggi dibanding lelaki (68,26 tahun). Fenomena ini menunjukkan lebih tingginya angka kematian lelaki. Namun konsistennya perbedaan lebih tingginya morbiditas perempuan walaupun kecil dalam Riskesdas 2007, menimbulkan keingintahuan fenomena di baliknya. Perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki tidak semata hanya disebabkan perbedaan biologis, namun perbedaan perilaku yang dipengaruhi faktor sosial budaya. Analisis jender terhadap kesehatan melihat perbedaan kesehatan perempuan dan lelaki berdasarkan tinjauan faktor biologis, sosial budaya termasuk di dalamnya ekonomi, akses, perilaku.

Penggunaan kerangka jender banyak dilakukan dalam kesehatan reproduksi, infeksi menular seksual dan HIV/AIDS, yang menunjukkan perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki disebabkan oleh lebih tingginya preferensi anak lelaki, subordinasi perempuan, dominasi lelaki. Analisis gender dalam penyakit menular mendapatkan lebih tingginya mobilitas lelaki merupakan salah satu risiko lebih tingginya prevalensi TB. Selain bidang kesehatan reproduksi, belum banyak digunakan analisis sudut pandang jender dalam kesehatan di Indonesia.

Analisa jender dalam kesehatan penting dilakukan untuk menjelaskan perbedaan status kesehatan yang tidak dapat dijelaskan hanya berdasarkan faktor biologis. Kesehatan tidak terlepas dari faktor sosial dan ekonomi yang dipengaruhi kondisi politik dan budaya masyarakat. (Vlassoff C, 2007). Diperlukan pemahaman konsep jender dan jenis kelamin agar lebih memahami kesehatan, penyakit dan status kesehatan. Belum ada analisa menggunakan kerangka jender untuk menjelaskan perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki dalam Riskesdas 2007. Pemahaman/interpretasi jender terhadap data Riskesdas 2007 memperkaya masukan bagi penyusun kebijakan dalam merancang program kesehatan.

Tulisan ini bertujuan mengulas fenomena sosial rendahnya status kesehatan perempuan dalam laporan Riskesdas 2007 menggunakan perspektif gender. Tulisan memfokuskan pada aspek jender dalam kesehatan dan tidak menganalisis data Riskesdas 2007.

## METODE

Menganalisis data sekunder Laporan Riskesdas 2007 berdasarkan kerangka jender, dengan fokus atau penekanan pada fenomena jender. Informasi penyakit dan kondisi kesehatan digunakan sebagai bukti ada tidaknya fenomena perbedaan jender. Sudut pandang jender digunakan untuk menganalisis atau mengulas fenomena sosial perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki dalam laporan Riskesdas 2007. Perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki tidak semata disebabkan oleh perbedaan jenis kelamin, namun juga oleh perbedaan perlakuan sosial yang mereka peroleh karena menjadi perempuan atau menjadi lelaki. Pertama disajikan informasi status gizi, penyakit menular, penyakit tidak menular termasuk distres emosional, disabilitas dan kecelakaan laporan Riskesdas 2007 berdasarkan jenis kelamin untuk melihat adanya fenomena gender.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Status gizi

Tabel 1 menunjukkan secara umum balita perempuan memiliki status gizi lebih baik pada indikator gizi. Berdasarkan berat badan menurut umur, prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita lelaki 1,4% lebih banyak dibanding balita perempuan. Prevalensi gizi baik balita perempuan hampir 2% lebih tinggi dibandingkan balita lelaki. Fenomena yang sama juga terlihat berdasarkan tinggi badan menurut umur, prevalensi gizi normal balita perempuan lebih tinggi 2% dibanding balita lelaki. Lebih baiknya status gizi balita perempuan juga terlihat menggunakan pengukuran berat badan menurut tinggi badan.

Status gizi balita berdasarkan data Riskesdas 2007 tidak menunjukkan adanya ketimpangan jender. Proporsi anak lelaki dengan gizi buruk dan sangat buruk kronis lebih buruk dibanding perempuan (37,7% vs 35,8%). Pola hampir serupa terlihat untuk golongan usia sekolah. Proporsi perempuan dengan status gizi akut buruk lebih kecil dibanding lelaki.

Informasi status gizi Riskesdas 2007 menyiratkan tidak ada perbedaan perlakuan pemberian makanan sehat pada anak perempuan dan lelaki, berbeda dengan fenomena yang di negara berkembang lain terutama di Asia Selatan (Osmani & Sen, 2003). Tampaknya nilai lelaki lebih tinggi sebagai penerus

**Tabel 1.** Status Gizi Balita, Riskesdas 2007

Status Kesehatan Balita		
Status Gizi	Perempuan	Lelaki
<b>Balita</b>		
<b>BB/U</b>		
Gizi buruk	5,0	5,8
Gizi kurang	12,7	13,3
Gizi baik	78,2	76,3
<b>TB/U</b>		
Sangat pendek	17,9	19,6
Pendek	17,9	18,1
Normal	64,2	62,3
<b>BB/TB</b>		
Sangat kurus	5,8	6,6
Kurus	7,3	7,6
Normal	75,1	73,2

trah keluarga di sebagian besar budaya di Indonesia diterapkan secara bijaksana oleh masyarakat. Relatif lebih baiknya status gizi balita perempuan dapat menjadi salah satu faktor lebih tingginya UHH perempuan di Indonesia.

**Penyakit, Kecelakaan, Disabilitas**

Berdasarkan diagnosa, data Riskesdas 2007 memperlihatkan prevalensi DBD, ISPA, pneumonia, campak dan hepatitis relatif hampir sama antara perempuan dan lelaki. Kemungkinan penyakit tersebut cepat mendapatkan penanganan medis, karena lebih banyak diderita oleh anak-anak. Informasi ini mendukung fenomena status gizi, tidak ada perbedaan perlakuan memberikan pelayanan kesehatan bagi perempuan dan lelaki di Indonesia. Berbeda dengan penelitian di Asia Selatan, yang menunjukkan anak perempuan mendapat pelayanan kesehatan dalam keadaan lebih parah dibanding anak lelaki (Pandey, dkk, 2002).

Perbedaan lebih nyata terlihat pada prevalensi Malaria, TB dan Tifoid pada lelaki, sedangkan prevalensi perempuan pada penyakit diare lebih tinggi dibanding lelaki. Lebih tingginya prevalensi penyakit Malaria, tifoid dan TB pada lelaki terkait dengan mobilitas dan aktivitas lelaki yang meningkatkan keterpaparan terhadap risiko penyakit. (Rathgeber E, Vlassoff C, 1993). Sedangkan lebih tingginya prevalensi diare pada perempuan diduga terkait dengan keterpaparan terhadap risiko penyakit

**Tabel 2.** Prevalensi Penyakit menular menurut jenis kelamin, Riskesdas 2007

Status kesehatan	Perempuan	Lelaki
Penyakit menular		
DBD	0,19	0,21
Malaria	1,26	1,55
ISPA	8,04	8,06
Pneumonia	0,66	0,67
TB	0,35	0,44
Campak	0,70	0,67
Tifoid	0,80	0,90
Hepatitis	0,20	0,20
Diare	5,20	5,00

diare karena kedekatan dalam merawat anak. Juga keterpaparan terhadap risiko dari makanan, termasuk mempersiapkan makanan, lupa mencuci tangan setelah membersihkan bayi atau memegang sayuran. Studi mengenai lebih tingginya diare di kalangan balita perempuan menunjukkan pada ketimpangan gender di Asia Selatan, karena balita perempuan terlambat dibawa dan mendapat penanganan di fasilitas kesehatan (Pandey, dkk, 2002). Fenomena diare di Indonesia membutuhkan eksplorasi lebih lanjut, karena berdasarkan status gizi anak balita dan penyakit anak balita lainnya, tidak menunjukkan adanya ketimpangan gender di Indonesia.

Berdasarkan diagnosa, data Riskesdas 2007 untuk kategori dewasa, usia 10 tahun ke atas, secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit tidak menular perempuan lebih tinggi dibanding lelaki, kecuali stroke dan asma. Lebih tingginya prevalensi penyakit sendi, diabetes dan distress emosional pada perempuan, sesuai dengan hasil penelitian di beberapa negara (Verbrugge, 1985). Perempuan lebih rentan terhadap penyakit sendi karena struktur tulang dan asupan kalsium yang banyak hilang saat hamil dan melahirkan, serta cenderung memiliki berat badan lebih dibanding lelaki. Tingginya penyakit diabetes menurut hasil laboratorium dapat disebabkan oleh obesitas dan aspek psikologis. Penelitian menunjukkan perempuan dan lelaki berbeda dalam menyikapi penyakit diabetes, perempuan lebih apatis dan tidak taat pengobatan, sedang lelaki menyikapinya dengan lebih rajin melakukan aktivitas fisik (La Greca AM dkk, 1993). Lebih tingginya distress emosional

perempuan sesuai dengan hasil penelitian di negara lain. Faktor hormonal, serta beban ganda yang di emban mendukung ekonomi keluarga dan sebagai penanggung jawab keberlangsungan keluarga menjadi beberapa penyebabnya (Vlassof C, 2007; Popay dkk, 1993). Lebih tingginya penyakit stroke lelaki, dan lebih tingginya hipertensi perempuan mendukung hipotesis Verbrugge bahwa perempuan lebih peduli dan tanggap pada gejala sejak dini, sehingga lebih banyak prevalensi perempuan dengan diagnosis hipertensi. Sedangkan lelaki lebih lambat memeriksakan dirinya, sehingga terdeteksi dalam level yang lebih parah, dengan akibat prevalensi stroke lebih tinggi pada lelaki.

Tabel 4 menunjukkan prevalensi lelaki lebih tinggi pada kejadian kecelakaan dan cedera. Hampir 10 di antara 100 lelaki mengalami cedera dalam satu tahun sebelum Riskesdas 2007, sedangkan prevalensi perempuan lebih kecil, 6 dari 100. Satu dari 3 lelaki mengalami kecelakaan darat, sedangkan perempuan lebih kecil yaitu 1 di antara 5. Lebih tingginya prevalensi disabilitas perempuan menurut Riskesdas 2007 sesuai dengan hasil penelitian lain, disebabkan oleh lebih rentannya tulang perempuan, obesitas, dan lebih banyak dialami oleh perempuan usia lanjut, yang lebih tinggi proporsinya dibanding lelaki, karena memiliki UHH lebih tinggi (Strauss J, dkk, 1993).

Tabel 5 memperlihatkan lelaki lebih tinggi persentase pada hampir semua perilaku non pro sehat, kecuali aktivitas fisik. Sedangkan perempuan lebih unggul dalam perilaku pro sehat yang diwakili

**Tabel 3.** Prevalensi Penyakit Tidak Menular menurut Jenis Kelamin, Riskesdas 2007

Penyakit tidak menular	Perempuan	Lelaki
Obesitas sentral	29,0	7,7
Obesitas umum	23,8	13,9
Penyakit sendi	15,1	12,7
Hipertensi	8,6	5,8
Stroke	5,8	6,1
Asma	1,9	1,9
Jantung	1,0	0,8
Diabetes	0,7	0,7
Diabetes TGT*	11,5	8,7
Total DM*	6,4	4,9
Distress emosional	14,0	9,0

\* = dilakukan di daerah perkotaan

oleh perilaku cuci tangan benar. Hal ini mendukung hipotesis Verbrugge perempuan lebih tanggap terhadap perilaku pro sehat, sedangkan lelaki lebih tinggi pada perilaku berisiko terpapar kematian seperti merokok, alkohol, dan kecelakaan. Asumsi Verbrugge bahwa lelaki mempunyai risiko kecelakaan lebih tinggi dibanding perempuan didukung data Riskesdas 2007, ditunjukkan dari jenis cedera yang dialami dan jenis kecelakaan. Lebih tingginya perilaku pro sehat aktivitas fisik lelaki dapat menjelaskan lebih rendahnya obesitas dan DM dalam Riskesdas 2007.

### Mortalitas dan Morbiditas

Tabel 6 menunjukkan keterkaitan penyakit penyebab kematian yang diperoleh dari studi penyebab kematian di 15 kabupaten kota dengan morbiditas Riskesdas 2007. Secara umum terlihat keterkaitan antara morbiditas dengan mortalitas antara lelaki dan perempuan. Morbiditas juga merupakan penyebab kematian. Hal ini mendukung asumsi Verbrugge lelaki memiliki prevalensi lebih tinggi pada penyakit fatal. Lebih tingginya morbiditas stroke, TB, pneumoni

**Tabel 4.** Proporsi Jenis Kecelakaan, Cedera dan Disabilitas menurut Jenis Kelamin, Riskesdas 2007

Cedera, Kecelakaan dan Disabilitas		
Jenis Kecelakaan	Perempuan	Lelaki
Cedera	6,0	9,2
Kecelakaan darat	19,3	30,4
Cedera kepala	11,9	14,1
Patah tulang	3,5	5,1
Disabilitas	21,5	17,4

**Tabel 5.** Prevalensi Perilaku Risiko menurut Jenis Kelamin, Riskesdas 2007

Perilaku risiko		
	Perempuan	Lelaki
Merokok tiap hari	3,0	45,8
Perokok saat dilakukan RKD 2007	4,4	55,7
Kurang makan buah sayur	93,7	93,5
Minum alkohol 12 bulan terakhir	0,7	8,8
Minum alkohol 1 bulan terakhir	0,4	5,8
Kurang aktivitas fisik	54,4	41,4
Perilaku cuci tangan benar	27,8	18,4

dan typhoid juga merupakan lebih tingginya proporsi kematian yang disebabkan oleh penyakit tersebut pada lelaki. Sedangkan lebih tingginya morbiditas diare dan diabetes pada perempuan sejalan dengan lebih tingginya proporsi kematian perempuan pada kedua penyakit tersebut.

Lebih tingginya morbiditas hipertensi dan penyakit jantung pada perempuan berlawanan dengan lebih tingginya proporsi kematian lelaki karena hipertensi dan penyakit jantung dapat disebabkan karena perempuan lebih waspada terhadap gejala tingkat ringan, sehingga hipertensi dan penyakit jantung dapat tertangani, sedangkan lelaki mendapat penanganan hipertensi dan penyakit jantung dalam fase yang lebih lanjut sehingga berujung pada kematian yang lebih tinggi. Kontradiksi lebih tingginya morbiditas hipertensi dan penyakit jantung perempuan yang lebih tinggi dengan mortalitas lelaki karena penyakit jantung dan hipertensi yang lebih tinggi mendukung penjelasan bahwa lebih tingginya kesadaran perempuan terhadap tubuhnya sehingga terdeteksi di fasilitas kesehatan lebih awal dan waspada terhadap gejala.

Proporsi kematian lelaki lebih tinggi pada penyakit dengan risiko perilaku merokok, alkohol, mendukung asumsi Verbrugge yang menyatakan lelaki lebih terpapar pada kondisi penyebab kematian. Sementara perempuan lebih tinggi pada prevalensi penyakit DM yang bersifat kronis non fatal dan disabilitas. Sedangkan lebih tingginya mortalitas dan morbiditas perempuan karena penyakit diare membutuhkan studi lebih lanjut. Sebagian besar penelitian diare memfokuskan pada Balita, sedangkan morbiditas dan kematian karena diare di Indonesia juga terjadi pada kelompok golongan usia diatas 14 tahun.

### Fenomena Disparitas Jender

Jender bukan jenis kelamin, namun fenomena sosial sebagai akibat perbedaan jenis kelamin. Jender adalah peran dan hubungan, sifat kepribadian, sikap, perilaku, nilai, kekuasaan dan pengaruh relatif yang diberikan masyarakat kepada kedua jenis kelamin (Vlassoff C, 2007). Jenis kelamin merupakan perbedaan biologis, sedangkan jender merupakan perbedaan sosial. Menurut perspektif jender sifat perempuan dan lelaki tidak terjadi sejak lahir, namun diadopsi dari budaya. Perbedaan jender merupakan perbedaan peran dalam kehidupan sesuai dengan budaya dan nilai yang berlaku di masyarakat (Williams & Best, 1990; Golombok & Fivush, 1994; Street dkk., 1995). Jender bersifat dinamis sesuai dengan perubahan budaya. Jender tidak berada dalam tingkat perorangan, namun dalam tingkat transaksi sosial (Courtenay WH, 2000). Karakteristik jender adalah interpretasi masyarakat secara umum diyakini sebagai sifat atau kodrat perempuan dan lelaki. (Kimmel, 1995).

Ketimpangan jender terhadap kesehatan banyak dibahas terkait HIV/AIDS dan penyakit infeksi menular seksual, serta kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) (Magnus JA, 2004; Vlassof C, 2007; Mamahit ERS, 2002; Ehrhardt AA, 2009). Dalam area tersebut terlihat jelas dominasi kekuasaan dan ekonomi lelaki terhadap perempuan, namun belum banyak dibahas ketimpangan jender terhadap penyakit non seksual.

Hasil Riskesdas 2007 dalam tabel 1 menunjukkan berdasarkan status gizi tidak terjadi ketimpangan jender di Indonesia. Berbeda dengan fenomena di Asia Selatan dengan preferensi anak lelaki kuat sehingga mengorbankan anak perempuan

**Tabel 6.** Penyebab Kematian dan Morbiditas menurut Jenis Kelamin, Riskesdas 2007

Penyakit	Penyebab kematian		Morbiditas		
	RKD 2007	COD		Riskesdas 2007	
		Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki
Stroke	15,4	49,5	50,5	5,8	6,1
TB	7,5	36,8	63,2	0,35	0,44
Penyakit hipertensi	6,8	48,8	51,2	8,6	5,8
Diabetes mellitus	5,7	53,4	46,6	11,5	8,7
Penyakit jantung iskemik	5,1	40,5	59,5	1,0	0,8
Pneumonia	3,8	47,0	53,0	0,66	0,67
Diarea	3,5	54,6	45,4	5,20	5,00
Typhoid	1,6	48,7	51,3	0,80	0,90

(Sen, 2001; Fikree & Pasha, 2004). Walaupun beberapa budaya di Indonesia memiliki preferensi lelaki, namun hal tersebut tidak sampai mengorbankan anak perempuan. Peran pemerintah dalam mempromosikan anak perempuan dan lelaki mempunyai nilai yang sama sangat mendukung hal ini. Bahkan Riskesdas 2007 menunjukkan status gizi anak perempuan sedikit lebih baik dibandingkan anak lelaki.

Asumsi terjadinya disparitas jender dalam status kesehatan disebabkan oleh lebih tingginya keterpaparan lelaki terhadap faktor risiko (Verbrugge, 1985; Courtenay WH, 2000) didukung beberapa hasil Riskesdas 2007 dalam tabel 2, 3, 4, dan 5. Lebih tingginya prevalensi beberapa penyakit menular, penyakit tidak menular pada lelaki disebabkan keterpaparan lelaki terhadap perilaku risiko. Bertolak belakangnya perilaku mencuci tangan pada perempuan dengan morbiditas dan mortalitas disebabkan diare memerlukan kajian lebih lanjut aspek terkait fenomena ini. Penelitian di Bangladesh dan India mendapatkan lebih tingginya kematian balita perempuan disebabkan mereka mendapatkan pelayanan medis dalam fase sangat terlambat, dipengaruhi oleh preferensi anak lelaki. Fenomena yang sama terjadi pula di Indonesia belum memperoleh kejelasan sehingga membutuhkan studi lebih lanjut. Sedangkan hipotesa mengenai kewaspadaan perempuan terhadap gejala penyakit sejak dini (Verbrugge, 1985) ditunjukkan dari indikator lebih tingginya prevalensi hipertensi dan penyakit jantung pada perempuan dalam tabel 3 yang diperoleh dari pertanyaan apakah sedang minum obat, atau pernah di diagnosa. Lebih tingginya kematian karena penyakit tersebut serta lebih tingginya stroke di kalangan lelaki yang ditunjukkan dalam tabel 6, dapat disebabkan lelaki kurang memperhatikan gejala hipertensi yang dirasakan, sehingga ditangani dalam fase terlambat.

Lelaki memiliki proporsi kematian lebih tinggi dibanding perempuan pada 6 dari 8 penyebab kematian, termasuk di mana morbiditas perempuan lebih tinggi. Hal ini dapat menjadi salah satu penyebab lebih tingginya UHH perempuan di Indonesia. Sedangkan proporsi kematian perempuan lebih tinggi untuk penyakit DM dan Diare, sejalan dengan morbiditas mereka. Studi menunjukkan perempuan DM menyikapi kondisi tersebut berbeda dengan lelaki. Kondisi psikologis perempuan sangat menentukan hal ini. Faktor psikologis memiliki kontribusi terhadap kejadian DM (Cohen BE, 2010). Perempuan lebih

depresi, apatis, tidak taat pengobatan, berbeda dengan lelaki yang menyikapi dengan melakukan lebih banyak aktivitas fisik untuk mengontrol penyakit tersebut. Perbedaan ini dapat berujung pada lebih tingginya proporsi kematian DM pada perempuan. Fakta mengenai kebiasaan cuci tangan pada perempuan yang baik, namun disertai dengan tingginya morbiditas dan mortalitas diare belum mendapat kejelasan sehingga memerlukan studi lebih lanjut. Jika terdapat fenomena sosial di belakangnya, akan sangat membantu meminimalisasi morbiditas dan mortalitas diare.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Analisis menggunakan kerangka atau sudut pandang jender dapat menjelaskan fenomena lebih tingginya UHH dan morbiditas perempuan dibanding lelaki di Indonesia. Lebih tingginya keterpaparan lelaki terhadap risiko kematian, kecelakaan, merokok, memeriksakan diri dalam fase terlambat yang berujung pada lebih tingginya kematian lelaki menyebabkan lebih tingginya UHH perempuan. Sedangkan perhatian perempuan terhadap kesehatan, beban ganda yang dihadapi sebagai pekerja dan mengurus rumah tangga, obesitas, kurang melakukan aktivitas fisik berujung pada lebih tingginya disabilitas, distres emosional dan hipertensi perempuan.

### Saran

Tingginya morbiditas dan mortalitas lelaki karena lebih tingginya keterpaparan terhadap faktor risiko kematian dapat dijadikan masukan bagi pengembangan program pencegahan keterpaparan terhadap faktor risiko, sedangkan aspek psikologis yang menyebabkan perempuan memiliki morbiditas dan mortalitas DM dapat dijadikan penyusunan program konsultasi psikologis bagi penderita DM khususnya serta pengembangan program pelayanan DM pada umumnya. Kajian jender terhadap hasil Riskesdas 2007 dapat membantu penyusunan dan pengembangan program intervensi. Keterlibatan lelaki dalam perilaku berisiko kematian menyebabkan lebih rendahnya UHH lelaki, karena perilaku risiko kematian banyak dikaitkan dengan *image* kejantanan. Hasil kajian dapat dimanfaatkan agar dalam melakukan pengembangan program intervensi, selain menggunakan kerangka biomedis, pengembang

program kesehatan juga menggunakan kerangka sosiologis termasuk jender. Diperlukan studi lebih lanjut untuk menemukan jawaban fenomena lebih tingginya morbiditas dan mortalitas Diare pada perempuan di Indonesia.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Saya ucapkan terima kasih kepada Kaba dan Litbangkes DR. dr. Trihono M.Sc. yang telah memberikan penugasan untuk mengkaji laporan Riskesdas 2007 berdasarkan kerangka jender. Penugasan ini sangat membuka wawasan saya melihat fenomena kesehatan dari sudut pandang baru.

### DAFTAR PUSTAKA

- Cohen BE, Panguluri P, Naa B, and Whooley MA. 2010. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Res.*; 175(1-2): 133–137. doi:10.1016/j.psychres.2009.02.004
- 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.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Laporan Nasional Riskesdas 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Draft laporan studi penyebab kematian di 15 kabupaten/kota, 2011.
- Ehrhardt AA, Sharif Sawires S, McGovern T, Peacock D, and Mark Weston M. 2009. Gender, Empowerment, and Health: What Is It? How Does It Work? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 51 (Suppl 3): 96–S105. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181aafd54
- Fikree FF & Pasha O. 2004. Role of gender in health disparity: the South Asian context *BMJ* vol 328 (3).
- Kimmel, M, 1995. *Manhood in America: A Cultural History*. Free Press. New York.
- Magnus JH, Greene ME, and Kishor S, 2004. *Infectious Disease and Gender*. *Emerg Infect Dis*, 10 (11).
- Mamahit ERS, 2002. *Perempuan-perempuan Kramat Tunggak*. Gramedia. Jakarta.
- La Greca AM, Swales T, Klemp S, Madigan S, Skyler J, 1995. Adolescents with diabetes: gender differences in psychosocial functioning and glycemic control. *Child Health Care*. 1995;24:61–78.
- Pandey A, Sengupta PG, Mondal SK, Gupta DN, Manna B, Ghosh S, Sur D, and Bhattacharya SK. 2002. Gender Differences in Healthcare-seeking during Common Illnesses in a Rural Community of West Bengal, India. *J health popul nutr*, Dec; 20 (4): 306-311.
- Popay J, Bartley M, Owen C. 1993. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Soc Sci Med*; 36: 21–32. [PubMed]
- Rathgeber E, Vlassoff C. 1993. Gender and tropical diseases: a new research focus. *Soc Sci Med*, 1993; 37: 513–20. [PubMed]
- Sen A. 2001. When misogyny become a health problem: The many faces of gender inequality. *The new republic*, 17 September 2001.
- Siddiq Osmania S, Sen A. 2003. The hidden penalties of gender inequality: fetal origins of ill-health. *Economics and Human Biology* 1, 105–121.
- Strauss J, Gertler O, Rahman O, Fox K. 1993. Gender and life-cycle differentials in the patterns and determinants of adult health. *J Hum Resour*; 28: 791–837.
- Street S, Kimmel EB, Kromrey JD. 1995. Revisiting university student gender role perceptions. *Sex Roles*, 33 (3/4), 183–201.
- Verbrugge LM, 1985. Gender and Health : An update on hypotheses and evidence. *Journal of health and social behavior* vol. 26 no. 3, 156–182. Available at <http://links.jstor.org>
- Vlassoff C, 2007. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*, March; 25 (1): 47–61.
- Williams JE, Best DL. 1990. *Measuring Sex Stereotypes: A Multination Study*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.