

# **KETIMPANGAN JENDER DALAM AKSES PELAYANAN KESEHATAN RUMAH TANGGA PETANI PEDESAAN: KASUS DUA DESA DI KABUPATEN TEGAL, JAWA TENGAH**

**JOKO MARIYONO<sup>1)</sup>, APRI KUNTARININGSIH<sup>2)</sup>, ENNY SUSWATI<sup>3)</sup>**

1) Research Associate for Socio-economics, ACIAR-AVRDC IDM Chilli Project, Tegal  
Jalan Slamet 51, Tegal, Jawa Tengah

Email: [mrjoko28@yahoo.com](mailto:mrjoko28@yahoo.com)

2) Mahasiswi Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Pancasakti-Tegal

Email: [aprikunt@yahoo.com](mailto:aprikunt@yahoo.com)

3) Fakultas Kedokteran, Universitas Jember

Email: [enny\\_suswati@yahoo.com](mailto:enny_suswati@yahoo.com)

## **ABSTRACT**

The role of woman in rural and agricultural development is very important because more than a half of work in agriculture and rural areas is carried out by woman labors. Consequently, the women ought to have equity in right with men to get health services. But, there is a strong hypothesis that women have less access to health services than men because of social and cultural factors in rural areas. This study aims to examine the gender disparity and discrimination of health. The disparity is measured using concentration curve and concentration index, whereas the discrimination is approached using microeconomic theory of consumption. The results of indicate that there is a small difference in health disparity between women and men; even women get more portion than men. This is because women have specific characteristics in terms of health problem, in which men do not have.

*Key Words: Health Disparity, Health Discrimination, Concentration Index*

## **ABSTRAK**

Peran kaum wanita dalam pembangunan pertanian dan pedesaan sangat penting karena lebih dari separuh pekerjaan di bidang pertanian dan daerah pedesaan dikerjakan oleh tenaga kerja wanita. Konsekuensinya kaum wanita seharusnya mempunyai hak yang sama dengan kaum pria dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Tetapi, ada dugaan kuat bahwa kaum wanita mempunyai akses pelayanan kesehatan yang lebih rendah daripada kaum pria, karena faktor-faktor sosial budaya pedesaan. Kajian ini bertujuan menguji ketimpangan jender dan diskriminasi kesehatan. Ketimpangan diukur dengan menggunakan kurva konsentrasi dan indeks konsentrasi, sedangkan diskriminasi didekati dengan teori konsumsi mikroekonomi. Hasilnya menunjukkan ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kaum wanita dan pria cukup kecil, bahkan kaum wanita mendapatkan proporsi yang lebih besar. Hal ini karena kaum wanita mempunyai karakteristik yang spesifik dalam hal kesehatan, sedangkan kaum pria tidak punya.

*Kata Kunci: Ketimpangan Kesehatan, Diskriminasi Kesehatan, Indeks Konsentrasi*

## **PENDAHULUAN**

Sektor pedesaan dan pertanian mempunyai peranan yang penting dalam mendukung perekonomian, baik di tingkat regional maupun nasional. Hal ini terlihat dari peran pedesaan dan pertanian sebagai penyedia bahan pangan. Besar kecilnya peranan suatu kawasan pedesaan sangat ditentukan oleh produktivitas dari penduduk desa itu sendiri. Hukum

ekonomi mendalilkan bahwa semakin tinggi produktivitas tenaga kerja di suatu tempat mengindikasikan semakin makmur tempat tersebut (Bendavid, 1974). Salah satu faktor penting yang mempengaruhi produktivitas adalah kondisi kesehatan di pedesaan tersebut. Seperti diungkapkan oleh Antle dan Capalbo (1994) bahwa produktivitas sumberdaya manusia di bidang pertanian sangat dipengaruhi oleh keadaan kesehatan para petani, yaitu produktivitas petani akan tinggi jika keadaan kesehatannya sangat baik.

Peran pedesaan dan pertanian sebagai penyangga perokonomian tidak lepas dari sumbangan kerja wanita. Hasil survai yang dilakukan oleh Kingsley (1998) menyebutkan bahwa lebih dari 50% tenaga kerja dalam bidang pertanian di Indonesia dikerjakan oleh tenaga wanita. Tentunya sumbangan tenaga kerja ini sudah lebih dari cukup. Kodrat sebagai wanita yaitu mulai dari hamil, melahirkan, menyusui dan merawat anak, seharusnya tidak cukup adil jika mendapat porsi pekerjaan yang melebihi porsi pekerjaan pria.

Menurut Lilja et al. (1998), isu jender terjadi karena kondisi sosial budaya setempat yang memposisikan wanita ke dalam kondisi yang tidak menguntungkan. Dengan posisi yang tidak menguntungkan tersebut produktivitas wanita menjadi lebih rendah dibandingkan dengan pria. Atas dasar perbedaan ini maka hak-hak wanita menjadi lebih sedikit dibandingkan dengan pria. Sebagai contoh, Mariyono (1998) menyebutkan bahwa hak wanita dalam memperoleh pendidikan dan latihan pertanian yang lebih rendah dibandingkan pria. Jika dilihat dari produktivitasnya Lilja et al. (1998) menunjukkan bahwa produktivitas tenaga kerja wanita tidak berbeda jika mereka dibebaskan dari mengurus anak dan rumah tangga. Tetapi karena sosial budaya setempat mengharuskan wanita untuk mengurus rumah tangga dan merawat anak, maka waktu yang tersedia untuk bekerja menjadi lebih sedikit sehingga produktivitasnya menjadi lebih rendah.

## **PERUMUSAN MASALAH DAN TUJUAN**

Mengingat kondisi sosial budaya setempat masih memposisikan wanita ke dalam kondisi yang tidak menguntungkan, maka terjadi diskriminasi dalam memperoleh hak-hak wanita termasuk hak dalam memperoleh kesehatan. Dalam budaya Jawa, masih melekat anggapan yang kuat bahwa wanita sebagai “kanca wingking” (Jawa: teman yang bekerja di dapur), yang mempunyai implikasi bahwa wanita diperankan di belakang atau hanya bekerja di dapur. Dugaan kuat yang terjadi sehubungan dengan anggapan tersebut adalah wanita menjadi dinomer-duakan dalam memperoleh hak yang seharusnya sama dengan pria, termasuk hak dalam mendapat kesehatan yang layak.

Selanjutnya, mengingat keterlibatan wanita dalam pekerjaan hampir sama dengan pria, diduga keadaan ini juga telah mengabaikan pentingnya kesehatan. Hal ini terjadi karena

kesadaran masyarakat desa yang masih rendah terhadap kesehatan, serta sudah menjadi kodratnya bahwa wanita harus mengalami hamil-melahirkan-menyusui dan merawat anak, sehingga tidak perlu mendapat perhatian yang istimewa.

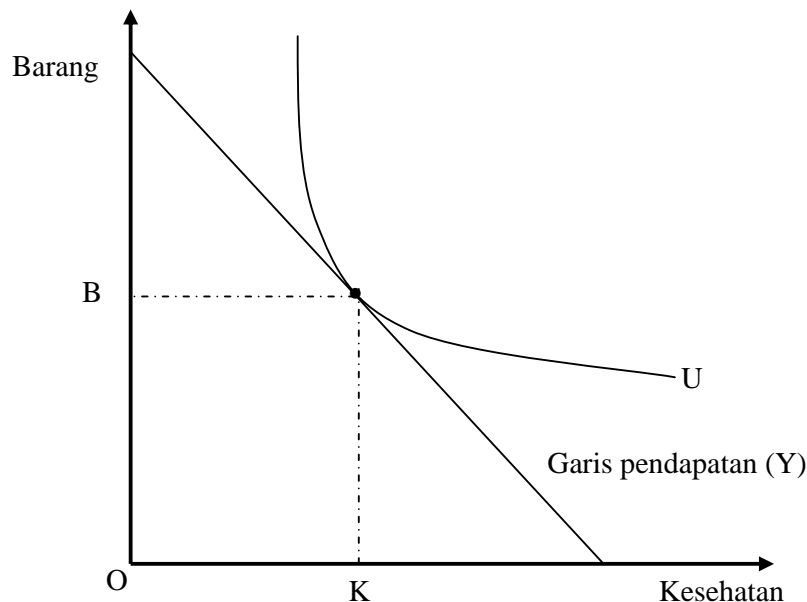
Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan distribusi kesehatan umum dan kesehatan wanita, mengidentifikasi kesamarataan antara wanita dan pria dalam memperoleh akses kesehatan di pedesaan dan mengidentifikasi distribusi kesehatan wanita berdasarkan tingkat pendapatan keluarga.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pemerintah daerah sebagai dasar kebijakan dalam rangka usaha peningkatan kesehatan masyarakat pada umumnya dan kesehatan wanita pada khususnya. Seperti diketahui bahwa kualitas generasi yang akan datang sangat ditentukan oleh keadaan kesehatan anak sejak berada dalam kandungan.

## METODA PENELITIAN

### Dasar Teori

Kerangka teori yang mendasari penelitian ini adalah teori konsumsi dan ekonomi kesejahteraan menurut Pindyck dan Rubinfeld (1998). Untuk mencapai kesejahteraan tertentu individu akan mengkonsumsi sejumlah barang dan jasa, yang dalam hal ini konsumsi jasa ditekankan dalam bentuk pelayanan kesehatan. Secara grafis kerangka teori konsumsi diperlihatkan pada Gambar 1.



Gambar 1. Kurva kepuasan konsumsi barang dan kesehatan

Gambar 1 menjelaskan bahwa kepuasan seseorang ( $U$ ) ditentukan oleh konsumsi kesehatan ( $K$ ) dan konsumsi barang ( $B$ ) yang dibatasi oleh garis pendapatan ( $Y$ ). Dalam hal ini  $U$  merupakan fungsi yang cembung terhadap titik  $O$ , kontinyu dan dapat di-deferensial-kan dua kali. Menurut Silberberg dan Suen (2000) penjelasan tersebut secara matematis dapat di tulis sebagai berikut:

$$\text{Max}U(B, K) \text{ dengan kendala } Y = H \cdot B + C \cdot K \quad (1)$$

yang dengan metoda Lagrang dapat diformulasikan sebagai:

$$\text{Max}L = U(B, K) - \lambda(Y - H \cdot B - C \cdot K) \quad (2)$$

di mana  $H$  adalah harga komposit barang,  $C$  biaya pelayanan kesehatan, dan  $\lambda$  disebut pengali Lagrang. Syarat yang diperlukan untuk maksimisasi adalah turunan pertama terhadap  $B$ ,  $K$  dan  $\lambda$  harus sama dengan nol, yaitu:

$$\frac{\partial L}{\partial B} = \frac{\partial U(B, K)}{\partial B} - \lambda H = 0 \quad (2A)$$

$$\frac{\partial L}{\partial K} = \frac{\partial U(B, K)}{\partial K} - \lambda C = 0 \quad (2B)$$

$$\frac{\partial L}{\partial \lambda} = Y - H \cdot B - C \cdot K = 0 \quad (2C)$$

Jika tiga persamaan (2A) (2B) dan (2C) diselesaikan, akan diperoleh fungsi permintaan pelayanan kesehatan, yang dapat diformulasikan sebagai:

$$K = f(Y, C, H) \quad (3)$$

Persamaan (3) diartikan bahwa banyaknya jumlah pelayanan kesehatan dalam satu keluarga dipengaruhi oleh tingkat pendapatan, harga barang konsumsi dan biaya pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pendapatan dan biaya pelayanan kesehatan akan juga berpengaruh terhadap jumlah pelayanan kesehatan yang diminta.

Jika pendapatan meningkat, maka garis pendapatan akan bergeser ke kanan sehingga jumlah barang dan kesehatan meningkat. Meningkatnya konsumsi barang dan kesehatan berimplikasi pada meningkatnya kesejahteraan individu tersebut. Jadi dalam hal ini konsumsi kesehatan ditentukan oleh besarnya tingkat pendapatan. Oleh karena itu faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pendapatan juga akan mempengaruhi konsumsi kesehatan. Faktor tersebut antara lain biaya jasa kesehatan dan jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan serta jumlah tanggungan keluarga. Faktor lainnya yang mempengaruhi konsumsi kesehatan sangat banyak, terutama yang berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi, dan budaya seperti tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman dan kebiasaan.

Besar kecilnya kekayaan dapat mempengaruhi konsumsi kesehatan. Misalnya pada masyarakat yang berpendapatan rendah, akan mencukupi kebutuhan barang lebih dulu,

setelah kebutuhan akan barang tercukupi akan mengkonsumsi kesehatan. Faktor yang berpengaruh langsung terhadap pendapatan, misalnya biaya yang terkait dengan jasa pelayanan kesehatan, menjadikan biaya jasa pelayanan kesehatan naik. Keadaan ini menurunkan konsumsi kesehatan, karena dengan naiknya biaya kesehatan akan menurunkan pendapatan relatif, yaitu pendapatan tetap sementara biaya kesehatan naik.

Faktor sosial dan budaya akan mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap pentingnya kesehatan. Sebagai contoh faktor tingkat pendidikan dan pengetahuan mempengaruhi nilai pentingnya kesehatan. Masyarakat yang berpendidikan lebih tinggi menganggap penting nilai kesehatan, sehingga akan mengkonsumsi jasa kesehatan lebih banyak dibandingkan masyarakat yang pendidikan dan pengetahuannya lebih rendah. Faktor budaya setempat juga sangat menentukan konsumsi kesehatan. Sebagai contoh perbedaan tingkat konsumsi berdasarkan perbedaan jenis kelamin (*gender*). Budaya masyarakat yang memposisikan perbedaan gender ke dalam stratifikasi yang berbeda akan berpengaruh terhadap hak, termasuk hak dalam memperoleh jasa kesehatan. Berdasarkan penjelasan di atas, maka fungsi permintaan pelayanan kesehatan menjadi:

$$K = f(Y, C, H, \theta) \quad (4)$$

di mana  $\theta$  mewakili faktor-faktor sosial dan karakteristik keluarga.

### **Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan selama tiga bulan, pada bulan Bulan November 2004 sampai dengan Februari 2005. Penelitian dilakukan di Desa Bojong dan Desa Buniwah Kecamatan Bojong, Kabupaten Tegal. Lokasi ini dipilih atas dasar pertimbangan bahwa desa tersebut merupakan desa yang mempunyai perekonomian berbasis usaha tani yang dilakukan sangat intensif yang banyak melibatkan wanita tani. Pertanian yang sangat intensif seperti ini telah terbukti menimbulkan masalah kesehatan yang serius (Kishi et al., 1993; Pawukir dan Mariyono, 2002). Di Afrika, hal yang sama telah dikemukakan oleh Nachi (1999) dan Gerken et al. (2001), bahwa telah terjadi gangguan kesehatan di daerah pertanian yang intensif.

### **Subyek dan Jenis Penelitian**

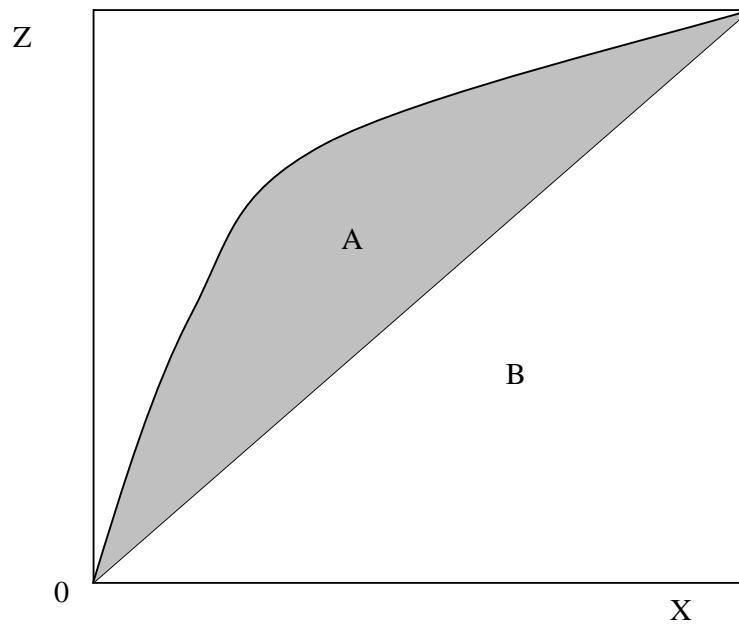
Penelitian ini menggunakan rumah tangga petani sebagai subyek. Disebut subyek karena petani yang mengungkapkan kejadian-kejadian yang berhubungan dengan kehidupan sosial-ekonomi dan kesehatan yang dialami sehari-hari. Peneliti tidak pernah memberi masukan, atau perlakuan (*treatments*) yang dapat mempengaruhi kehidupan sosial-ekonomi mereka. Data dikumpulkan dari responden secara langsung melalui wawancara. Wawancara dilakukan secara informal dengan mendatangi petani yang sedang bekerja di sawah. Jumlah

responden sebanyak 60 orang, dengan komposisi 30 petani pria, dan 30 petani wanita yang tersebar di dua desa. Jumlah ini secara statistik dianggap dapat mewakili keadaan, mengingat dalam analisis statistik sampel sebanyak lebih dari 30 sudah dianggap besar (Wooldridge, 2000). Hasil wawancara di catat dalam buku. Setiap responden dicatat dalam buku yang terpisah. Untuk mendukung hasil wawancara dilakukan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*=FGD) untuk memperoleh gambaran kualitatif; dan dilakukan cek ulang di tempat pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas dan Bidan Praktek.

Penelitian ini termasuk tipe *explanatory research*, yaitu penelitian yang menyoroti hubungan antara variabel penelitian dan menguji hipotesis yang telah dirumuskan sebelumnya. Uraian dalam penelitian ini mengandung deskripsi, sehingga sebagai penelitian relasional, titik beratnya terletak pada penjelasan hubungan antar variabel yang diteliti (Singarimbun, 1983). *Explanatory research* dapat dilakukan karena pengetahuan tentang permasalahan yang dihadapi sudah cukup tersedia. Oleh karena itu penelitian jenis ini akan menentukan sifat dan hubungan antara satu atau lebih gejala atau variabel terikat dengan satu atau lebih variabel bebas (Tan, 1994).

### **Model Analisis**

Analisis data dilakukan dengan dua pendekatan yaitu pendekatan deskriptif dan pendekatan statistik-ekonometrik. Analisis secara deskriptif menggunakan kurva konsentrasi dan penghitungan indeks konsentrasi yang digunakan oleh Wagstaff, et al. (1999). Kurva konsentrasi ini menggambarkan distribusi pelayanan kesehatan pada berbagai tingkat kekayaan yang berbeda. Jika jumlah kumulatif kekayaan dinyatakan dengan X, dan pelayanan kesehatan dinyatakan dengan Z, maka kurva konsentrasi dapat dilihat pada Gambar 2. Daerah yang diarsir menunjukkan besarnya disparitas kesehatan. Semakin luas daerah yang diarsir, disparitas kesehatan semakin tinggi, demikian juga sebaliknya. Jika kurva konsentrasi berimpit dengan diagonal, maka telah terjadi kesamarataan antara pria dan wanita dalam memperoleh akses kesehatan.



Gambar 2. Kurva konsentrasi

Analisis dilanjutkan dengan menghitung indeks konsentrasi yaitu ratio luas daerah yang diarsir (A) terhadap luas di bawah kurva konsentrasi (A+B). Dengan demikian indeks konsentrasi akan berada pada nilai antara 1 dan 2. Jika indeks konsentrasi mendekati 2, maka terjadi disparitas yang sangat tinggi. Indeks konsentrasi dapat dihitung dengan menggunakan rumus:

$$IK = \sum_{i=1}^n (X_i - X_{i-1})(Z_i + Z_{i-1}) \quad (5)$$

di mana  $IK$ : indeks konsentrasi  
 $X_i$ : proporsi kumulatif jumlah populasi, dengan  $i = 0, \dots, n$ , dan  $X_0 = 0, X_n = 1$   
 $Z_i$ : proporsi kumulatif besarnya pengeluaran untuk kesehatan, dengan  $i = 0, \dots, n$ , dan  $Z_0 = 0, Z_n = 1$

Sedangkan secara statistik-ekonometrik analisis dilakukan dengan membangun model regresi berganda untuk mengetahui hubungan antara variabel-variabel yang diteliti (Gujarati, 2003). Model regresi berganda menggambarkan proporsi pendapatan yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dirumuskan sebagai berikut:

$$K = \delta_0 + \delta_1 KY + \delta_2 JAR + \delta_3 JAK + \delta_4 US + \delta_5 PY + \delta_6 SEK + \delta_7 WNT + \mathcal{G} \quad (6)$$

di mana

*K*: porsi kekayaan yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan

*KY*: tingkat kekayaan

*SEK*: tingkat pendidikan

*JAR*: jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan

*JAK*: jumlah anggota keluarga

*US*: usia yang diwawancarai

*PY*: penyakit yang diderita

*WNT*: jenis kelamin wanita

$\delta_i$  untuk  $i=0, 1, 2, \dots, 6$  koefisien yang diestimasi

$\theta$  error terms, yang mewakili faktor-faktor yang tidak dimasukkan dalam analisis

Jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan digunakan sebagai pendekatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena ongkos untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di desa relatif sama. Metoda pendekatan ini disebut pendekatan biaya perjalanan (Grafton, 2004).

### **Definisi dan Pengukuran Variabel**

Ada dua jenis variabel dalam penelitian ini, yaitu variabel terikat dan variabel bebas. Variabel terikat berupa akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Variabel ini diukur dengan proporsi jumlah biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan kepala keluarga dan istrinya, baik di PUSKESMAS, Bidan praktek, Mantri Kesehatan maupun pengobatan tradisional, dalam satu bulan terakhir saat diwawancarai.

Variabel bebas terdiri atas: tingkat kekayaan yang diukur dengan luas lahan pertanian yang dimiliki dan digarap; jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan yang diukur dengan kilometer; tingkat pendidikan yang diukur dengan lamanya memperoleh pendidikan formal; jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan; usia kepala keluarga dan istrinya; penyakit yang diderita pada saat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibedakan atas penyakit umum (flu dan gejalanya) dan penyakit yang berhubungan dengan kewanitaan; dan jenis kelamin yang memperoleh pelayanan kesehatan.

### **Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini ada dua. Pertama, terdapat ketimpangan yang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan antara pria dan wanita. Dalam hal ini, indeks konsentrasi kelompok sampel wanita lebih besar daripada indeks konsentrasi pria, yang ditulis:

$$K_w > K_p$$

di mana  $K_w$  indeks konsentrasi untuk wanita dan  $K_p$  indeks konsentrasi untuk pria.

Kedua, faktor-faktor sosial-ekonomi berpengaruh terhadap proporsi pengeluaran kesehatan. Secara formal, hipotesis tersebut ditulis:



$H_0: \delta_i = 0$ , untuk  $i=1, 2, \dots, 6$

$H_1$ : salah satu  $\delta_i$  tidak sama dengan nol

$H_0$  ditolak jika nilai t-hitung lebih besar dari pada nilai t-kritis pada tingkat kepercayaan 10%.

Nilai t-hitung dirumuskan sebagai:

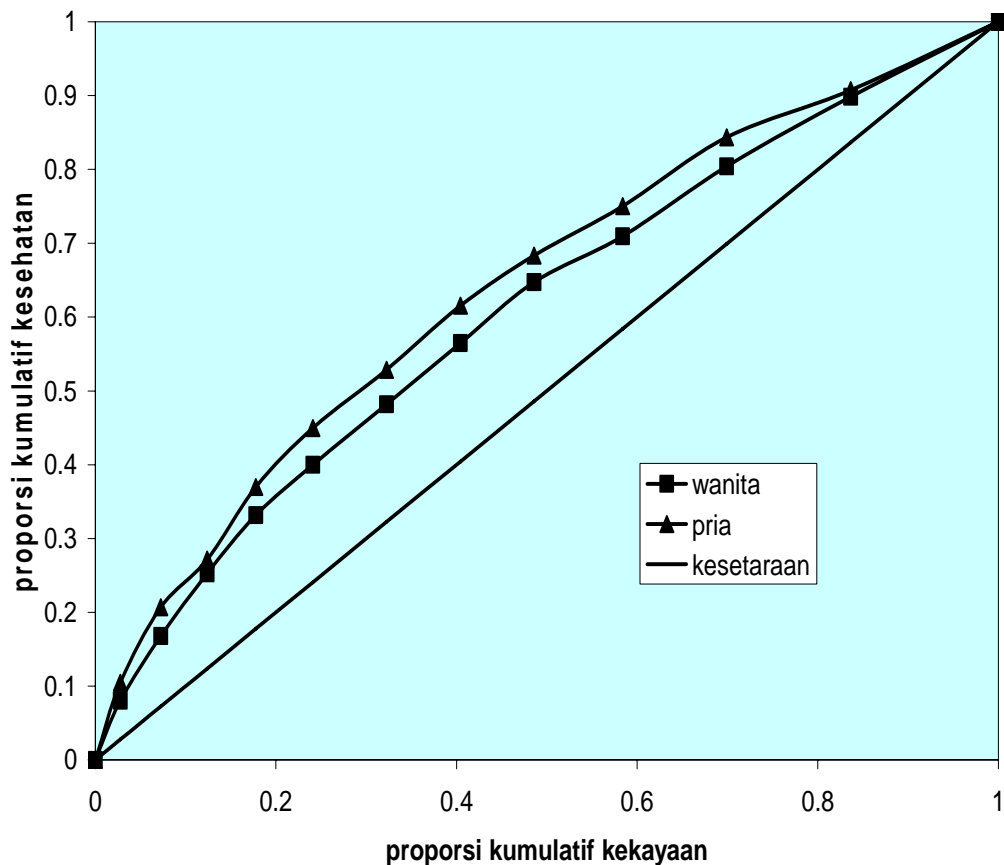
$$t_{hit} = \frac{\hat{\beta}_i}{se(\beta_i)}$$

di mana  $\hat{\beta}_i$ : hasil estimasi dari sampel

$se(\hat{\beta}_i)$ : kesalahan standar

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Kurva konsentrasi pria dan wanita dapat dilihat pada Gambar 3, dan fungsi permintaan pelayanan kesehatan dapat dilihat pada Tabel 1.



Gambar 3. Hasil estimasi kurva konsentrasi

Terlihat pada Gambar 3 bahwa tidak terdapat perbedaan yang besar antara disparitas pria dan wanita dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Bahkan, kurva konsentrasi untuk

wanita lebih dekat dengan garis kesetaraan. Ini berarti bahwa wanita lebih memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih adil dibandingkan dengan pria. Artinya, dengan tingkat pendapatan/kekayaan yang berbeda, wanita lebih mendapat perhatian. Hal ini didukung dengan indeks konsentrasi pelayanan kesehatan untuk wanita sebesar 1,22; sedangkan untuk pria sebesar 1,28.

Keadaan ini merupakan gejala yang penting, mengingat kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi produktivitas tenaga kerja. Karena sekitar 50% kegiatan sosial ekonomi pertanian di pedesaan dikerjakan oleh tenaga kerja wanita, maka diharapkan dapat meningkatkan produktivitas dan pada akhirnya dapat meningkatkan kesejahteraan. Dikatakan bahwa kualitas hidup dan kebahagiaan masyarakat di suatu wilayah dapat ditingkatkan dengan memperbaiki kesetaraan jender (Mookerjee dan Beron, 2005) dan kesehatan masyarakat (Gerdtham dan Johannesson, 2001). Lebih lanjut, pembangunan ekonomi pedesaan dapat dipacu melalui peningkatan kondisi kesehatan masyarakat (Webber, 2002; Bloom et al., 2004) dan meningkatkan kesetaraan jender (Mutume, 2001).

Meningkatnya kesetaraan jender juga dapat membantu mengentaskan kemiskinan. Mutume, (2001) menegaskan bahwa masyarakat yang mendiskriminasi berdasarkan jender mengindikasikan tingkat kemiskinan yang lebih tinggi, pertumbuhan ekonomi yang rendah, tata-pamong yang kurang baik dan kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan masyarakat yang mensetarakan jender.

Dari segi analisis ekonomi, Tabel 1 menunjukkan hasil estimasi fungsi permintaan pelayanan kesehatan. Terlihat bahwa jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan berpengaruh negatif terhadap jumlah pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dipahami karena semakin jauh tempat tinggal dari tempat pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Ini telah sesuai dengan teori permintaan yang dikemukakan oleh Nicholson (2003), yaitu jika barang yang diminta semakin mahal, maka jumlah barang yang dibeli akan semakin sedikit.

Tabel 1. Fungsi permintaan pelayanan kesehatan rumah tangga

Variabel bebas	Koefisien	Kesalahan baku	t	P>t
Konstanta	18.2787	5.5717	3.28	0.001
Kekayaan	0.6615	2.8128	0.24	0.815
Jarak	-1.8141	0.8936	-2.03	0.045
Jumlah anggota	0.2117	0.5247	0.40	0.687
Usia	0.0632	0.0738	0.86	0.394
Penyakit	0.8276	2.0485	0.40	0.687
Pendidikan	-0.7883	0.7345	-1.07	0.286
Wanita	1.3116	1.2864	1.02	0.310
R <sup>2</sup>	0.63			
Jumlah sampel	60			

Keterangan: variabel terikat: proporsi pengeluaran untuk kesehatan

Tingkat kekayaan secara statistik tidak berpengaruh nyata terhadap permintaan pelayanan kesehatan. Ini terjadi karena variasi kekayaan petani di desa sangat kecil. Namun ada kecenderungan bahwa keluarga yang lebih kaya lebih banyak melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Keadaan ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan bukanlah barang inferior karena meningkatnya tingkat kekayaan suatu rumah tangga tidak menyebabkan permintaan pelayanan kesehatan turun. Masyarakat pedesaan telah menempatkan faktor kesehatan sebagai jasa yang penting.

Demikian juga faktor-faktor yang lain, secara statistik tidak berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan di desa karena variasinya kecil. Usia dan penyakit cenderung meningkatkan pelayanan kesehatan. Gejala ini wajar karena semakin tua seseorang, kondisikesehatannya semakin menurun sehingga cenderung lebih banyak melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Demikian juga semakin banyak jenis penyakit/gangguan kesehatan yang diderita oleh masyarakat, akan meningkat pula akses pelayanan kesehatan. Ada satu hal yang mungkin agak kurang masuk akal, yaitu tingkat pendidikan cenderung menurunkan akses pelayanan kesehatan. Secara normatif, semakin tinggi tingkat pendidikannya, seharusnya masyarakat lebih mengangadap penting faktor kesehatan. Salah satu alasan mengapa hal ini terjadi adalah rata-rata tingkat pendidikan di pedesaan masih rendah, sehingga dengan tingkat pendidikan tersebut masyarakat belum tergugah bahwa faktor kesehatan adalah penting. Untuk mengantisipasi gejala tersebut, diperlukan penyuluhan khusus di bidang kesehatan masyarakat.

Satu hal yang menarik untuk diperhatikan adalah wanita lebih cenderung banyak melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pengamatan di lapangan memang menunjukkan bahwa yang mengunjungi tempat pelayanan kesehatan adalah kaum wanita. Ada dua hal yang menjadi penyebab. Pertama, gangguan kesehatan kaum wanita lebih banyak dari pada pria, terutama yang berhubungan dengan masalah kewanitaan. Kedua, wanita biasanya mengunjungi tempat pelayanan kesehatan karena mengantar anaknya, dan pada saat yang bersamaan mereka juga sekaligus mendapatkan pelayanan kesehatan. Keadaan ini yang menyebabkan, mengapa wanita lebih banyak mengakses tempat pelayanan kesehatan.

Kondisi di atas sangatlah menggembirakan, mengingat selama ini ada dugaan bahwa wanita di pedesaan selalu dinomor-duakan karena faktor sosial budaya. Tetapi dugaan tersebut tidak terbukti untuk dua desa tempat penelitian. Seiring dengan tutunan emansipasi wanita yang diperjuangkan di Indonesia dan persamaan gender yang sedang dipropagandakan secara global, baik di perkotaan dan pedesaan, sudah selayaknya, para ibu di pedesaan mendapat hak yang sederajat dengan kaum pria dalam hal mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi ini dapat menjadi contoh yang baik bagi desa-desa lain, baik di Jawa

maupun luar Jawa, di mana terjadi ketimpangan sosial dan budaya yang cukup tinggi yang menyebabkan wanita menjadi orang nomor dua setelah pria. Masa depan bangsa, yang tergantung pada generasi mendatang akan ditentukan oleh kondisi para ibu yang melahirkan, karena ibu-ibu yang sehatlah akan menghasilkan keturunan yang sehat pula.

## **KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN**

### **Kesimpulan**

Kesetaraan derajat wanita dalam sosial-ekonomi menjadi sangat penting karena dalam pembangunan pertanian dan pedesaan wanita menyumbangkan lebih dari 50% pekerjaan yang ada. Kajian ini menolak dugaan sementara bahwa wanita dinomer-duakan, karena hasil analisis menunjukkan bahwa kaum wanita di pedesaan memperoleh hak yang sederajat dengan kaum pria dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan. Bahkan wanita lebih banyak melakukan akses pelayanan kesehatan karena kewanitaannya. Satu hal yang menggembirakan adalah kaum wanita memperoleh keadilan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kaum pria jika tingkat kekayaan keluarga berbeda. Dengan kata lain, semakin kaya suatu keluarga, wanita (ibu) lebih banyak mendapat perhatian dalam hal kesehatan. Faktor kesehatan bukan merupakan barang inferior, karena semakin tinggi tingkat kekayaan akan meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor lain yang cenderung meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah usia dan banyaknya gangguan kesehatan yang diderita. Faktor pendidikan cenderung menurunkan akses pelayanan kesehatan adalah hal yang harus disikapi dengan bijak melalui penyuluhan kesehatan.

### **Implikasi Kebijakan**

Sudah selayaknya wanita mendapat kesetaraan dalam berbagai hal, termasuk hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tentunya sangatlah tidak adil jika kaum wanita dinomer-duakan, meskipun faktor sosial budaya di pedesaan memposisikan wanita pada kondisi yang kurang menguntungkan. Untuk desa-desa lain di mana terdapat usaha-tani yang intensif hendaknya mensuri-auladani kondisi tersebut di mana wanita mempunyai hak yang sama atas pelayanan kesehatan. Mengingat sampel penelitian ini masih kecil dan hanya di dua desa, akan lebih bermakna jika penelitian dilakukan dengan skala yang lebih besar. Ini merupakan tantangan bagi penulis, karena penelitian yang lebih besar memerlukan waktu, biaya dan tenaga yang lebih banyak. Saran-saran yang dapat disampaikan dari penelitian ini adalah mempertahankan kondisi sosial budaya setempat yang telah memposisikan wanita setara dengan pria.

## DAFTAR PUSTAKA

- Antle, M. J. dan Capalbo M. S., 1994. Pesticides, Produktivity, and Farmer Health: Implication of Regulatory Policy in Agricultural Research. *American Journal of Agricultural Economics*, 76: 598-602.
- Bendavid, A. 1974. *Regional Economic Analysis for Practitioners*. Praeger Publisher, New York.
- Bloom, D., Canning, D. and Sevolla, J., 2004. 'The effect of health on economic growth: a production function approach'. *World Development*, 32 (1): 1-13.
- Gerdtham, U-G dan Johannesson, M., 2001. 'The relationship between happiness, health, and socioeconomic factors: results based on Swedish microdata'. *Journal of Socio-Economics*, 30: 553-557.
- Gerken, A., Suglo, J. dan Braun, M., 2001. *Pesticides Use and Policies in Ghana: An Economic and Institutional Analysis of Current Practice and Factors Influencing Pesticide Use*. A Publication of the Pesticide Policy Project, 10
- Grafton, R.Q., Adamowicz, W., Dupont, D., Nelson, H., Hill, R.J. dan Renzetti, S., 2004. *The Economics of the Environment and Natural Resources*. Carlton: Blackwell Publishing.
- Gujarati, D., 2003. *Basic Econometrics*. Prentice Hall, Singapore
- Kingsley, M. A., 1998. *Analisis Gender dalam Pertanian*. Pogram Nasional PHT, Jakarta.
- Kishi, M.; Hirschhorn, N.; Djajadisastra., M.; Saterlle. N. L.; Strowman, S.; dan Dilts, R., 1995. Relationship of pesticide spraying to signs and symptoms in Indonesian farmers. *Scand. J. Work Environ. Health*, Vol 21: 124-133.
- Lilja, N.; Randolph, T. F.; dan Diallo, A., 1998. Estimating Gender Differences in Agricultural Productivity: Biases due to Omission of Gender Influenced Variables and Endogeneity of Regressors. Selected Paper Submitted to American Agricultural Economics Association Annual Meeting, 1998, Utah.
- Mariyono, J., 1998. *Laporan Pendataan Nasional SLPHT oleh Sekretariat PHT Pusat*, Jakarta. Pogram Nasional PHT, Jakarta.
- Mookerjee, R. dan Beron, K., 2005. 'Gender, religion and happiness'. *Journal of Socio-Economics*, 34: 674-685.
- Mutume, G., 2001. Gender discrimination not good for growth. *Third World Network*. <http://www.twinside.org.sg/title/gender.htm> (18 Feb 2007).
- Nhachi, C. F. B. 1999. Toxicology of Pesticides and the Occupational Hazards of Pesticide Use and Handling in Zimbabwe, In: Mudimu, G. D.; Waibel, H., Fleischer, G. (eds.): *Pesticide Policies in Zimbabwe, Status and Implications for Change*. Pesticide Policy Project Publication Series, Special Issue, No. 1: 125-140
- Nicholson, W., 2003. *Microeconomics: Basic Principle and Extenssion*. The Dryden Press, Chicago.
- Pawukir, E. S. dan Mariyono, J., 2002. 'Hubungan antara Penggunaan Pestisida dan Dampak Kesehatan: Studi Kasus di Dataran Tinggi Alahan Panjang Sumatera Barat. *Jurnal Manusia dan Lingkungan*, IX (3):126-136.
- Pindyck, R. S. dan Rubinfeld, D. L., 1998. *Microeconomics*. Prentice Hall International, Inc. Upper Sadle River, New Jersey
- Silberberg, E., dan Suen, W., 2000. *The Structure of Economics: a Mathematical Analysis*. McGraw-Hill, Boston.

- Singarimbun, M., 1983. Tipe, Metode, dan Proses Penelitian. Dalam: Singarimbun, M. dan Effendi, S. (Eds). *Metode Penelitian Survei*. LP3ES Jakarta. 1-11
- Tan, M. G., 1994. Masalah Perencanaan Penelitian. Dalam: Koentjara-ningrat (Ed), *Metode-metode Penelitian Masyarakat*. Ed. III. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 14-43
- Wagstaff, A.; Doorslaer, E. van; dan Watanabe, N., 2000. On Decomposing the Cause of Health Sector Inequalities with an Application to Malnutrition Inequalities in Vietnam. World Bank, Washington DC.
- Webber, D.J., 2002. 'Policies to stimulate growth: should we invest in health or education?' *Applied Economics*, 34: 1633-1643.
- Wooldridge, J.M., 2000. *Intruductory Econometrics: A Modern Approach*. South-Western College Publishing, Australia.