

BUNGA
RAMPAI
BAHAN
AJAR
BERPERSPEKTIF
GENDER

Unika
SOEGIJAPRANATA

Perempuan

LINTAS DISIPLIN

Editor
Hotmauli Sidabalok
Alberta Rika Pratiwi



Perempuan Lintas Disiplin :

Bunga Rampai Bahan Ajar Berperspektif Gender

Hak Cipta © 2010 pada Penulis

Editor : Hotmauli Sidabalok, Alberta Rika Pratiwi

Desain Cover : Tjahjono Rahardjo, P. Anggara. PS

Penerbit : Penerbitan Universitas Katolik

Soegijapranata Semarang

Jl. Pawiyatan Luhur IV/1 Bendan Duwur

Semarang

Telp. 024-8316142, 8441555 (hunting),

Fax. 024-8415429, 8445265

Email: penerbitan@unika.ac.id

ISBN 978-979-1268-89-9

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak
Sebagian atau seluruh isi tanpa izin
Tertulis dari Penerbit

KATA PENGANTAR

Syukur atas segala rahmat yang diberikan kepada kami, atas anugerah tak ternilai dari Yang Maha Esa karena **Perempuan Lintas Disiplin** dapat diterbitkan. Buku ini merupakan hasil diskusi panjang tentang bagaimana perempuan diwacanakan di berbagai bidang ilmu. Kumpulan tulisan di dalamnya akan menjadi materi pada matakuliah-matakuliah yang mengintegrasikan gender dalam kajiannya. Buku ini juga menjadi bukti begitu besar perhatian Pusat Studi Wanita (PSW) Universitas Katolik Soegijapranata terhadap berbagai persoalan yang bersumber pada pluralisme (keberagaman) yang terjadi di Indonesia, salah satunya adalah masalah gender.

Buku ini dapat diterbitkan atas kerjasama banyak pihak, khususnya Direktorat Akademik, Dirjen Pendidikan Tinggi, Departemen Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI dalam Program Revitalisasi PSW. Pada kesempatan ini kami mengucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada Rektor Unika Soegijapranata yang selalu mendukung program-program di PSW dalam bentuk kebijakan yang berperspektif gender. Terimakasih ini juga disampaikan kepada seluruh penulis yang terlibat dalam penyusunan buku ini.

Semoga dengan terbitnya buku ini dapat menjadi langkah awal untuk terus berkarya dan sebagai kontribusi yang nyata di lingkungan akademis.

Editor

Hotmauli Sidabalok

Alberta Rika Pratiwi

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	iii
Wacana feminis dalam ilmu pengetahuan	vi
Studi gender: sebuah tinjauan sosiologis	
(H. Hermawan Pancasiwi)	1
Pengaruh polapikir patriarki dan ideologi gender dalam perbandingan hukum perdata (Rika Saraswati)	15
Pemeriksaan perkara perceraian yang beorientasi perlindungan hukum terhadap perempuan (Valentinus Suroto).....	27
Hukum perkawinan (Resti Nurhayati)	45
Menimbang hukum pajak yang adil di Indonesia (Hotmauli Sidabalok).....	83
Hukum sebagai diskursus (Donny Danardono)	101
Kepemimpinan wanita (Ch. Trihardjanti N.).....	127
Peran gender dalam <i>family life cycle</i> (daur hidup keluarga) dan peran gender dalam keputusan konsumen (A. Sentotsuciarto).....	141
Texts and images in magazine articles (Angelika Riyandari)	157
The dimensions of meaning (Emilia Nimik Ayardawati)....	171
Ruang publik kota dengan perspektif gender (Paulus Hariyono).....	183
Pendidikan Seksualitas (Suparmi).....	199
Gender dan problematikanya dalam konteks perkawinan	

(Lita Widyo Hastuti).....	221
Konsep kesehatan (Siswanto)	231
Pengenalan ilmu gizi (Ch. Retnaningsih)	249
Permukiman berperspektif gender (A. Girindra Wardhani & VG, Sri Rejeki)	259
Mitigasi dan pengurangan resiko bencana gempa berbasis gender (Retno Susilorini).....	275
Pembentukan ruang: Kegiatan dan pelaku, persyaratan ruang, hubungan ruang, besaran ruang (pelaku, kegiatan, kebutuhan ruang) (VG Sri Rejeki,IM. Tri Hesti Mulyani, Moediartianto,	
A Girindra Wardani)	287

Siswanto

Memahami konsep kesehatan tidak pernah dapat dilepaskan dari pengaruh sejarah dan kemajuan kebudayaan. Sepanjang sejarah makna sehat dan sakit ternyata dipengaruhi oleh peradaban, dan tritmen yang dilakukan juga disesuaikan dengan pemahaman terhadap kesehatan tersebut.

Budaya Barat dan Timur ternyata memiliki perbedaan yang mendasar mengenai konsep sehat-sakit. Perbedaan ini kemudian mempengaruhi sistem pengobatan di kedua kebudayaan. Akibatnya, pandangan mengenai kesehatan mental juga berbeda. Namun dengan kemajuan teknologi dan komunikasi yang membuat relasi antar manusia semakin mengglobal, pertemuan antara kedua budaya ini tidak lagi dapat dihindari sehingga sekarang ini ditemui berbagai cara penanganan kesehatan yang mencoba mengintegrasikan sistem pengobatan antara kedua kebudayaan.

Pengaruh gender juga membawa konsekuensi pada pemahaman dan implikasi yang berbeda dalam dunia kesehatan bagi laki-laki dan perempuan. Berbagai macam gejala gangguan kesehatan baik fisik maupun mental diketahui ternyata bias gender. Ada keluhan-keluhan yang lebih sering muncul di antara laki-laki dan sebaliknya, banyak juga gangguan/sakit yang lebih banyak dialami oleh perempuan. Tolok ukur sehat-sakit juga dipengaruhi oleh peran gender ini.

⁸³ Bahan ajar dalam Mata Kuliah Kesehatan Mental di Fakultas Psikologi

Pengaruh Budaya serta Peran Gender terhadap Konsep Sehat dan Sakit serta Implikasinya terhadap Perilaku

1. Pengertian Kesehatan

Memahami pengertian *health*, yang diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia sebagai "kesehatan" (Echols & Shadily, 1981) tidaklah sederhana seperti yang dibayangkan. Ambillah waktu sejenak untuk menyadari pemahaman Anda sendiri mengenai apa yang dimaksud dengan istilah "sehat" atau "kesehatan" (*health*) itu? Ternyata pengertian mengenai kesehatan akan beragam ungkapannya. Pengertian sehat atau kesehatan menurut dokter mungkin sedikit banyak akan berbeda dengan perawat, fisioterapis, apoteker atau tenaga paramedis lainnya, meskipun mereka bersama-sama mengabdikan pada bidang kesehatan. Namun, sebagian besar orang, bahkan para mahasiswa psikologi sekalipun umumnya mendefinisikan sehat atau kesehatan lebih berfokus pada masalah fisik seperti misalnya bebas dari penyakit dan cacat atau berfungsinya alat-alat tubuh secara penuh sehingga orang dapat melakukan aktifitas sehari-harinya. Kalau diskusi akan dikembangkan lebih dalam lagi cobalah membicarakan konsep dan tolok ukur sehat-sakit ini antara laki-laki dan perempuan. Kemungkinan besar akan dijumpai perbedaan sudut pandang terhadap kesehatan di antara kedua jenis kelamin ini.

Apakah kesehatan pada umumnya bisa dimengerti secara sederhana yaitu sebagai suatu keadaan tidak adanya penyakit? Nampaknya memang demikian. Buku teks klasik, *Harrison's Principles of Internal Medicine* yang memuat kompendium mengenai penyakit, tidak pernah memuat petunjuk-petunjuk untuk memulihkan dan menjaga kesehatan. Buku ini memuat deskripsi bagaimana mengobati penyakit-penyakit tertentu. Sehat dan kesehatan tidak pernah dibahas secara eksplisit sehingga istilah kesehatan bahkan tidak tercantum di dalam indeks buku

tersebut (Joesoef, 1990). Freund (1991) dengan mengutip *the International Dictionary of Medicine and Biology* yang mendefinisikan kesehatan sebagai "suatu kondisi yang dalam keadaan baik dari suatu organisme atau bagiannya, yang dicirikan oleh fungsi yang normal dan tidak adanya penyakit", juga sampai pada kesimpulan mengenai kesehatan sebagai suatu keadaan tidak adanya penyakit sebagai salah satu ciri kalau organisme disebut sehat. Sekali lagi, pemahaman mengenai kesehatan umumnya masih berfokus pada masalah fisik dan bertitik tolak pada masalah ada tidaknya penyakit. Itulah yang menjadi alasan mengapa konsep mengenai penyakit (*illness*) juga menjadi pembahasan. Membicarakan kesehatan tidak lengkap tanpa membahas penyakit karena keduanya merupakan dua sisi dari keping mata uang yang sama.

Kamus lainnya nampaknya mengartikan kesehatan (*health*) mirip dengan pengertian kesehatan seperti yang diungkap oleh Freund tersebut yaitu sebagai 1. *Condition of a person's body or mind*. 2. *State of being well and free from illness* (Hornby, 1989). Namun pada pemahaman terakhir ini, kesehatan juga mulai menyangkut segi lainnya selain fisik, yaitu sudah memasukkan unsur jiwa dan keadaan sejahtera, yang tentunya tidak terlepas dari masalah psikologis.

Pengertian mengenai kesehatan umumnya dimengerti sebagai hal yang bersifat fisik dan kurang memerhatikan hal-hal yang bersifat mental bisa dipahami karena hal-hal fisik lebih mudah diamati karena nampak dalam realita sehingga lebih mudah disadari oleh individu dibanding hal yang bersifat psikis. Selain itu dalam sejarahnya, manusia memang lebih berjuang untuk membebaskan diri dari segala bentuk penyakit-penyakit fisik, karena penyakit fisik sangat jelas sekali memengaruhi kualitas kehidupan dibanding hal-hal yang bersifat psikologis.

2. Pengaruh Budaya dan Peran Gender terhadap Konsep Kesehatan

Namun apakah kita betul-betul dikatakan sehat bila tidak memiliki penyakit (yang telah diketahui)? Atau apakah kesehatan cukup dimengerti sebagai dapat berfungsi individu dengan normal dalam segala kondisi? Apakah yang dimaksud dengan "dalam keadaan baik"? Adakah budaya dan peran gender yang memengaruhi dalam memahami pengertian-pengertian tersebut?

Pengertian kesehatan menurut WHO nampaknya juga mengalami perkembangan menjadi semakin kompleks. WHO mendefinisikan kesehatan sebagai: "... keadaan (status) sehat utuh secara fisik, mental (rohani) dan sosial, dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan ... " (Smet, 1994). Pengertian tersebut menyebabkan kebijakan di bidang kesehatan juga mengalami perubahan. Dulu segala upaya dilakukan dengan tujuan untuk menyembuhkan/mengobati penyakit. Penelitian dan temuan-temuan teknologi diupayakan ke arah penyembuhan. Akibatnya berbagai teknologi modern diketemukan sehingga berbagai macam penyakit dan gangguan lainnya bisa diatasi. Sekarang ini usaha-usaha tersebut mengalami pergeseran. Upaya kesehatan saat ini mengarah kepada usaha pencegahan terhadap kemungkinan menurunnya kualitas hidup individu sehingga kondisi sehat bisa dijaga sedemikian rupa dan penyakit tidak sampai dialami oleh individu. Pergeseran tersebut membuka peluang bagi ilmu-ilmu sosial umumnya dan ilmu-ilmu perilaku khususnya untuk memberikan sumbangan bagi upaya-upaya tersebut. Bidang-bidang baru mulai bermunculan, seperti sosiologi kesehatan, antropologi kesehatan, psikologi kesehatan dan lain-lainnya. Perhatian mengenai kesehatan dalam kaitannya dengan keanekaragaman budaya juga menjadi salah satu bidang kajian yang diminati oleh psikologi lintas budaya (Berry, 1999).

Sebagai perbandingan, bidang psikologi (kepribadian) memang ini mengembangkan pandangan yang baru mengenai apa yang disebut sebagai "kepribadian yang sehat". Pandangan ini berbeda dengan pandangan psikologi yang tradisional dimana psikoanalisa dan behaviorisme), dalam hal cara memandang kodrat manusia. Pada psikologi tradisional, konsep orang sehat kurang lebih mirip dengan konsep mengenai kesehatan seperti yang dikemukakan di atas, yaitu tidak adanya gejala-gejala yang cukup untuk memasukkan individu ke dalam kategori gangguan (kepribadian) tertentu. Atau dengan kata lain, kepribadian sehat bertitik tolak dari apakah individu tersebut berbeda dari mereka yang nyata-nyata terganggu atau tidak. Ditilik dari sudut pandang statistik, kepribadian sehat adalah kepribadian individu umumnya, yang bila digambarkan secara statistik berada di dalam kurve normal. Sedangkan kepribadian yang tidak sehat adalah kepribadian yang berada di luar kurve normal tersebut. Pandangan baru dalam memahami kepribadian yang sehat bukan hanya dari segi apakah pribadi tersebut berfungsi secara normal seperti pada umumnya, namun lebih menekankan pada apakah potensi-potensi yang dimiliki bisa dikembangkan secara optimal ataukah tidak. Oleh karena itu untuk membedakan pengertian sehat yang dipakai oleh umum dengan sehat yang betul-betul sehat, pandangan ini memperkenalkan istilah "adisehat" atau adinormal atau super sehat untuk mengelompokkan orang-orang yang berbeda dari masyarakat umumnya tetapi yang betul-betul mampu mengaktualkan segenap potensi yang dimilikinya (Schultz, 1993).

Pergeseran pemahaman mengenai kesehatan ini juga dipengaruhi oleh perubahan pemahaman mengenai peran gender yang tumbuh di masyarakat. Dulu, perempuan lebih sering menjadi objek dalam dunia kesehatan. Perempuan dikondisikan untuk menerima pasif berbagai bentuk intervensi terhadap

kesehatan diri mereka yang dilakukan oleh dokter yang umumnya laki-laki. Sekarang ini hal-hal tersebut mengantar pergeseran dengan semakin dilibatkannya perempuan sebagai subjek yang perlu dihargai untuk mengambil peran yang lebih aktif dalam menentukan status kesehatan mereka. Kegiatan posyandu yang umumnya dikelola oleh para ibu dan tidak merupakan contoh dilibatkannya perempuan untuk mencapai kondisi sehat yang lebih baik dan realistis.

Tulisan ini akan menguraikan konsep kesehatan yang tumbuh di masyarakat Barat dan Timur, serta peran gender yang juga mewarnainya. Pembahasan mengenai konsep kesehatan ini akan difokuskan pada model-model kesehatan yang muncul. Kemudian juga akan dibahas mengenai pengertian penyakit beserta pengaruh budaya dalam menentukan seseorang dalam kondisi sakit atau tidak. Pembahasan terakhir mengenai implikasi perbedaan konsep kesehatan tersebut dengan perilaku yang dinampakkan.

3. Model-model Kesehatan: antara Model Barat dan Model Timur

Eisenberg (Helman, 1990) memberikan penjelasan bahwa yang dimaksud dengan model adalah cara merekonstruksi realita, memberikan makna kepada fenomena-fenomena atau yang pada dasarnya bersifat khafos. Sekali model telah ditetapkan model tersebut akan bertindak melakukan verifikasi terhadap model itu sendiri dengan cara mengeluarkan/ mengabaikan fenomena yang berada di luar sudut pandang pengguna model tersebut.

Model sangat berguna dalam memahami suatu realita, namun karena sifatnya yang cenderung melakukan simplifikasi

terhadap realita yang sebenarnya kompleks, maka dimungkinkan adanya bermacam-macam model untuk memahami realita yang sama.

Pada bidang kesehatan terdapat dua model utama dalam memahami kesehatan, yaitu model Barat dan model Timur. Kedua model tersebut memang dipengaruhi oleh budaya Barat dan budaya Timur yang memang pada dasarnya memiliki perbedaan besar. Namun di dalam model-model tersebut sendiri terdapat variasi yang disebabkan karena adanya perbedaan budaya di antara kedua model tersebut.

Model kesehatan Barat dapat dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu model biomedis atau juga sering disebut sebagai model medis (Joesoef, 1990; Freund, 1991; Helman, 1990; Tamm, 1993), model psikiatri (Helman, 1990) dan model psikosomatis (Tamm, 1993). Model kesehatan Timur umumnya disebut model kesehatan holistik (Joesoef, 1990) yang menekankan pada keseimbangan (Helman, 1990).

Model biomedis berakar jauh pada pengobatan tradisional Yunani. Pengobatan ini dipengaruhi oleh filosofi Yunani, terutama dari pemikiran Plato dan Aristoteles yang bersifat abstrak, sistematis dan dijalankan dengan rasional dan logis. Konsepsi mengenai dunia pada dasarnya bersifat dualistik sehingga manusia dapat dibedakan menjadi tubuh dan jiwa. Cara pandang yang demikian ini mempengaruhi dunia barat sampai beberapa abad kemudian, yang dapat ditemui kembali jejaknya pada Descartes.

Perkembangan ilmu biologi yang pesat, lebih-lebih dengan diketemukannya virus dan bakteri sebagai sumber terjadinya penyakit, menyebabkan model biomedis ini berkembang dengan sangat pesat dan memengaruhi konsep manusia mengenai kesehatan di Barat. Sejak itu penyakit dan kesehatan semata-mata dihubungkan dengan tubuh saja. Berbagai upaya dilakukan untuk menjadikan tubuh tetap sehat. Semboyan *men sana in corpore*

sano merupakan contoh pandangan yang menekankan dominasi tubuh terhadap kesehatan.

Selain itu, perkembangan ilmu dan teknologi juga memengaruhi cara masyarakat memandang tubuh dan kaitannya dengan kesehatan, yang semakin memperkuat model biomedis ini. Cara memandang tubuh yang pertama adalah apa yang dinamakan sebagai model 'pipa' (Helman, 1990). Model ini memandang tubuh sebagai lubang-lubang atau ruangan-ruangan yang saling berhubungan satu sama lain dengan disambungkan oleh pipa-pipa. Model ini percaya bahwa kesehatan terjadi karena berbagai substansi yang ada di dalam tubuh bisa mengalir dengan lancar ke berbagai bagian tubuh. Penyakit terjadi sebagai akibat adanya hambatan pada pipa yang ada di dalam tubuh. Model kedua memandang tubuh sebagai sebuah mesin. Model ini beranggapan bahwa tubuh memiliki semacam mesin dan memerlukan bahan bakar atau baterai sebagai sumber energi yang dapat diperbarui. Bahan bakar atau baterai itu dibutuhkan agar tubuh dapat bekerja dengan baik. Model mesin ini juga meliputi gagasan bahwa tubuh ibarat bagian-bagian mesin, dapat rusak sehingga perlu diganti.

Model biomedis (Freund, 1991) memiliki asumsi bahwa ada perbedaan yang nyata antara tubuh dan jiwa sehingga penyakit diyakini berada pada suatu bagian tubuh tertentu. Asumsi kedua dari model ini adalah bahwa penyakit dapat direduksi pada gangguan fungsi tubuh entah secara biokimia atau neurofisiologis (*physical reductionism*). Asumsi ketiga adalah keyakinan bahwa setiap penyakit disebabkan oleh suatu agen khusus yang secara potensial dapat diidentifikasi (*specific etiology*). Asumsi keempat adalah melihat tubuh sebagai suatu mesin (sama dengan keterangan sebelumnya). Asumsi kelima adalah konsep bahwa tubuh adalah objek yang perlu diatur dan dikontrol. Asumsi ini merupakan kelanjutan dari asumsi bahwa tubuh adalah suatu mesin yang perlu mendapatkan pemeliharaan.

Model psikiatri (Helman, 1990) sebenarnya masih berkaitan dengan model biomedis. Model ini pada dasarnya masih mendasarkan diri pada pencarian bukti-bukti fisik dari suatu penyakit dan penggunaan *treatment* fisik (obat-obatan atau pembedahan) untuk mengoreksi abnormalitas. Namun pada model ini menunjukkan dengan jelas adanya model-model yang saling bertentangan yang digunakan oleh psikiater yang berbeda untuk menjelaskan gangguan psikosis. Model-model tersebut meliputi: *model organik* yang menekankan pada perubahan fisik dan biokimia di otak; *model psikodinamik* yang berkonsentrasi pada faktor-faktor perkembangan dan pengalaman; *model behavioral* yang menyatakan bahwa psikosis terjadi karena kemungkinan-kemungkinan lingkungan; dan *model sosial* yang menekankan gangguan dalam kerangka performansinya.

Model psikosomatis (Tamm, 1993) merupakan model yang muncul kemudian dikarenakan adanya kekurangan terhadap model biomedis. Model ini dikembangkan oleh Helen Flanders Dunbar sekitar tahun 1930-an. Model ini muncul setelah jurang antara aspek-aspek biologis dan psikologis terjembatani lewat karya Sigmund Freud (ketidaksadaran), Ivan Pavlov (respon terkondisi) dan WB Cannon (reaksi serang dan kabur). Gerakan psikosomatik ini dimulai di Jerman dan Austria pada tahun 1920-an, menyebar ke banyak negara di Eropa kemudian dengan adanya migrasi ke Amerika (seperti Franz Alexander) minat terhadap gangguan psikosomatis ini dibawa juga.

Model psikosomatis ini menyatakan bahwa tidak ada penyakit somatis yang tanpa disebabkan oleh antesenden emosional dan atau sosial. Sebaliknya tidak ada penyakit psikis yang tidak disertai oleh simtom-simtom somatik.

Menurut model psikosomatis ini, penyakit berkembang melalui saling terkait secara berkesinambungan antara faktor fisik dan mental yang saling memperkuat satu sama lain melalui

jaringan yang kompleks. Penyembuhan penyakit diasumsikan terjadi melalui cara yang sama juga.

Berbeda dengan model kesehatan di Barat, model kesehatan Timur umumnya bersifat lebih holistik (Joeseof, 1990). Menurut Capra, holisme dalam dunia kedokteran dapat dibedakan menjadi dua, yaitu dalam arti yang sempit dan dalam arti yang luas. Holisme dalam arti yang sempit melihat organisme manusia sebagai suatu sistem kehidupan yang semua komponennya saling terkait dan saling tergantung. Sedangkan menurut arti yang luas, pandangan holistik menyadari bahwa sistem tersebut merupakan suatu bagian integral dari sistem sistem yang lebih luas, dimana organisme individual berinteraksi terus-menerus dengan lingkungan fisik dan sosialnya, yaitu tetap terpengaruh oleh lingkungan tetapi juga bisa memengaruhi dan mengubah lingkungan tersebut.

4. Pemahaman tentang Penyakit

Istilah penyakit memiliki makna berbeda karena berasal dari kata yang berbeda, yaitu *'illness'* dan penyakit yang berasal dari kata *'disease'*. Istilah *'penyakit'* yang digunakan dalam tulisan ini berasal dari kata *'illness'*, bukan *'disease'*. Cassell (Helman, 1990) menggunakan kata *'illness'* untuk menyatakan apa yang dirasakan oleh pasien ketika dia datang ke dokter dan *'disease'* untuk menyatakan apa yang dibawa si pasien ke rumah setelah dari ruang dokter. Dengan demikian penyakit *'disease'* adalah sesuatu yang dimiliki organ, sedangkan penyakit *'illness'* adalah sesuatu yang dimiliki manusia, yaitu respon subjektif pasien dan segala sesuatu yang meliputinya.

Sejalan dengan pendapat Cassell, Kleinman's (Freund, 1991) mendefinisikan *disease* mengacu pada kondisi biofisik masalah seperti yang dilihat dari perspektif praktisi biomedis. Sebaliknya, *illness* mengacu pada bagaimana orang yang sakit

dan anggota keluarganya atau jaringan sosial yang lebih luas merasakannya, hidup dengan dan bereaksi terhadap simptom-simtom dan ketidakmampuannya.

Kesulitan muncul karena dokter yang dididik dengan sistem pengobatan Barat terlatih pada konsep penyakit dalam pengertian *disease*, sehingga mereka kurang mampu menangani penyakit dalam pengertian *illness*. Atau sebaliknya, penyakit (*disease*) yang sama mungkin diartikan secara sangat berbeda dari dua pasien berlatar belakang budaya yang berbeda dan dalam konteks yang berbeda sehingga mendapatkan *treatment* yang berbeda pula. Misalnya, gejala flu di Barat mendapatkan perhatian yang cukup serius, sedangkan pada negeri kita, flu dianggap merupakan penyakit yang wajar.

Bisa terjadi *disease* terjadi tanpa adanya *illness*. Teknologi kedokteran yang maju memungkinkan untuk mendeteksi adanya penyakit tanpa orang yang bersangkutan menyadari penyakitnya. Hal ini bisa memengaruhi perilaku orang tersebut, misal dalam hal kepatuhan. Bagaimana orang bisa patuh untuk melakukan nasihat dokter, bila dia masih belum merasakan ada yang aneh dengan dirinya?

Sebaliknya bisa terjadi *illness* tanpa adanya *disease*. Pasien merasa adanya sesuatu yang salah dalam kehidupan mereka secara fisik, emosional maupun sosial, namun setelah diperiksa secara fisik tidak ada sesuatu yang salah. Meskipun begitu mereka masih tetap merasa tidak bahagia. Biasanya penyakit seperti ini disebabkan oleh stres kehidupan dan dikategorikan sebagai penyakit psikosomatis.

Pendidikan kedokteran modern yang menekankan pada pencarian dan penanganan *disease* daripada *illness* akhirnya membawa konsekuensi yang luas dalam bidang kehidupan, terutama berkaitan dengan gender. Perempuan misalnya, yang memiliki siklus menstruasi, kehamilan dan lain-lain yang merupakan bagian normal dari ciri biologisnya, oleh dunia medis

modern beserta industri farmasinya dikonstruksikan sebagai "sakit" sehingga memerlukan obat-obatan atau dianggap perlu untuk melakukan kontrol ke dokter secara rutin. Ini yang kemudian disebut sebagai medikalisasi (Helman, 1990; Freud, 1991), yaitu fenomena meluasnya penggunaan upaya medis ke berbagai bidang masalah kehidupan manusia yang sebenarnya tidak perlu. Contoh medikalisasi lainnya, perempuan dikenal mengkonsumsi obat-obatan psikotropik lebih banyak daripada laki-laki untuk mengatasi stres kehidupan mereka. Oleh dokter, perempuan yang tidak bisa mengatasi masalah pribadi maupun sosialnya dianggap sakit sehingga memerlukan pengobatan. Namun pada laki-laki, bila tidak bisa mengatasi persoalan pribadi dan sosial, biasanya mereka lari pada merokok dan minuman keras, dan ini tidak dianggap sebagai sakit.

5. Implikasi perbedaan konsep kesehatan dan penyakit terhadap perilaku

Penyembuh atau orang yang berperan mengobati pasien pada sistem pengobatan Barat dibedakan antara dokter dan psikolog. Dokter bertugas mengobati penyakit-penyakit fisik sedangkan psikolog bertugas mengobati penyakit-penyakit psikis (Joeseof, 1990). Bahkan karena pengaruh pandangan dualisme tubuh dan jiwa ini, hampir-hampir para dokter tidak bersinggungan sama sekali dengan psikolog dan mereka bekerja pada bidang yang sama sekali berbeda. Hal ini berbeda dengan sistem pengobatan di Timur dimana penyembuh biasanya dilakukan oleh tokoh setempat seperti pendeta atau dukun atau imam. Peranan penyembuh di sini bukan hanya penyembuhan dari segi fisik saja tetapi menyeluruh meliputi juga mental, moral dan spiritual.

Untunglah, sekarang ini jurang perbedaan antara dokter dan psikolog mulai terjembatani dengan kemajuan ilmu

pengetahuan yang semakin memberikan kesadaran akan kaitan antara tubuh dan jiwa. Dokter tidak lagi terlalu berorientasi pada pandangan biomedis saja sehingga mulai memperhatikan faktor-faktor subjektif manusiawi dalam proses kesembuhan pasien. Ini juga memberi dampak bagi semakin terbukanya peranan psikologi dan ilmu-ilmu perilaku lainnya untuk masuk dalam dunia kesehatan (fisik) seperti di rumah sakit.

Dulu, perempuan banyak mendominasi peran sebagai penyembuh, bahkan pada masyarakat tradisional seringkali menduduki peran yang penting sebagai *shaman* sehingga mendapatkan tempat yang istimewa dalam struktur masyarakat. Sekarang ini, karena pengaruh medikalisasi, meskipun jumlah perempuan jauh lebih banyak dibanding laki-laki dalam dunia kesehatan, namun yang menduduki prestise yang tinggi dan tentu saja gaji yang jauh lebih besar kebanyakan adalah laki-laki, sedangkan perempuan hanya menjadi pendamping/pembantu, malah sebagai perawat atau pekerja lainnya (Helman, 1990). Gerakan kesetaraan gender yang berkembang sedikit-demi sedikit nampaknya mulai membalikkan keadaan dengan semakin banyaknya dokter perempuan yang mengambil peranan sekarang ini.

Diagnosis. Gangguan yang sama bisa dilaporkan dengan gejala yang berbeda. Depresi misalnya (Matsumoto, 1994) mengutip pendapat Leff yang menyatakan bahwa budaya bermacam-macam dalam membedakan dan mengkomunikasikan terminologi emosional sehingga memengaruhi juga bagaimana mengalami dan mengekspresikan depresi. Marsella menyatakan bahwa depresi gejala utamanya mengambil bentuk atektif dalam budaya dengan orientasi objektif yang kuat (budaya yang menekankan pada individualitas). Pada budaya tersebut perasaan kesepian dan terisolasi akan mendominasi gambaran simtom. Sedangkan simtom somatik seperti sakit kepala akan dominan

dalam budaya subjektif (yang memiliki struktur yang lebih bersifat komunal).

Perempuan mengalami depresi lebih banyak dibanding laki-laki. Ini karena simtom-simtom depresi lebih banyak dialami oleh perempuan. Namun apakah memang depresi lebih banyak terjadi pada perempuan? Mungkinkah laki-laki sebenarnya juga mengalami depresi namun simtomnya muncul berbeda?

Gangguan makan (anoreksia dan bulimia) dilaporkan terjadi pada sembilan perempuan setiap sepuluh kejadian sehingga kasus gangguan makan hampir selalu terjadi pada perempuan. Peranan budaya dan bias gender dalam hal ini dianggap kuat menjadi faktor utama kemunculan gangguan tersebut.

Gangguan disosiasi, terutama kesurupan, lebih banyak dialami oleh perempuan. Pada beberapa tempat sering sekali terjadi kesurupan massal dengan sebagian besar perempuan dan berusia muda yang mengalaminya.

Trimen. Pengobatan sistem Barat bertumpu pada pemberian obat (antibiotik) atau bahkan pembedahan pada bagian-bagian tubuh yang sakit namun pada pengobatan di Tibet pembedahan dihindari karena bertentangan dengan ajaran Buddha.

Plasebo pada pengobatan Barat memiliki konotasi yang negatif (Benson & Proctor, 2000) sehingga seringkali dicoba untuk dihilangkan atau diminimalkan pengaruhnya oleh dunia kedokteran Barat. Namun di Timur (Tibet) plasebo dianggap hal yang positif dan menjadi bagian yang integral dalam sistem pengobatan.

Relasi dokter-pasien pada sistem pengobatan Barat bercirikan mekanistik, impersonal dan reduksionistik. Dokter mengambil sikap lebih tahu dari pasien, superior serta penentu keputusan. Sedangkan pasien mengambil sikap pasif serta diharapkan menuruti apa yang dimau oleh dokter. Hubungan antar mereka biasanya bersifat dingin, dokter berpusat pada hanya menangani sumber sakitnya saja. Hubungan ini pun

tercermin lewat desain bangunan rumah sakit yang menempatkan pasien pada kontrol yang rendah dan diharapkan bersikap pasif (Veitch & Arkkelin, 1995). Sedangkan pada sistem pengobatan Timur dokter menunjukkan keterlibatan intim dengan pasien sehingga memperlihatkan kepedulian mereka terhadap pasien sebagai individu. Mereka mau meluangkan waktu untuk mengobrol dan mencari tahu keadaan fisik pribadi pasien tanpa menempatkan prosedur antiseptik laboratorium atau pihak ketiga di tengah-tengah hubungan dokter-pasien.

Berkaitan dengan kesehatan mental perempuan, lebih dari 20% perempuan yang datang ke rumah sakit di negara-negara berkembang mengalami gangguan depresi dan kecemasan namun mereka tidak dikenali sehingga tidak tertangani dengan benar. Ini disebabkan karena komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien perempuan bersifat sangat otoriter sehingga mengakibatkan para perempuan menutup diri dari membicarakan tekanan-tekanan emosi dan psikologis yang dialami, apalagi seringkali tekanan tersebut mendapatkan stigma yang negatif. Ini menyebabkan petugas kesehatan cenderung melakukan bias gender dalam melakukan diagnosis sehingga seringkali membuat para perempuan ini mengalami penangunan yang berlebihan atau sebaliknya kurang tertangani (WHO, t).

Rangkuman:

Sejarah kesehatan mencatat ternyata konsep sehat tidak jelas, lebih banyak ditemui konsep tentang sakit. Ini membuat pemahaman tentang sehat dan kesehatan juga mengalami kerancuan. Batasan tentang kesehatan yang tidak jelas mengakibatkan manusia tidak memiliki pegangan yang baku untuk mencapai derajat kesehatan yang harus dicapai.

Ada perbedaan antara model kesehatan Barat dengan model kesehatan Timur. Barat memandang kesehatan bersifat dualistik melihat tubuh manusia seperti mesin dan dipengaruhi

oleh dominasi medis. Sedangkan Timur lebih bersifat holistik, melihat kesehatan secara menyeluruh, saling terkait sehingga ini juga memengaruhi cara-cara penanganan terhadap penyakit.

Peran gender juga memengaruhi konsep kesehatan. Medikalisasi membuat perempuan seringkali dirugikan karena konsep sehat-sakit dan penanganannya menjadi bias gender. Lebih banyak perempuan yang dilaporkan sebagai sakit dibanding laki-laki serta banyak jabatan penting dan gaji yang lebih besar dimiliki oleh laki-laki dibanding perempuan.

Tugas:

- Diskusikan dalam kelompok, individu yang cacat termasuk sehat atau tidak? Mengapa?
- Carilah bahan-bahan atau sumber-sumber yang mengintegrasikan model kesehatan Barat dan Timur.
- Cari dan diskusikan kasus-kasus kesehatan mental yang berurusan pada peran gender, diskusikan penjelasan yang normatif terhadap kasus-kasus tersebut dan cari penjelasan yang lebih berwawasan pada kesadaran gender sehingga didapatkan pemahaman yang lebih komprehensif terhadap kasus tersebut.

Kepustakaan

Benson, H. & Proctor, W., 2000, *Dasar-dasar Respon Relaksasi*. Bandung: Penerbit Kaifa.

Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., Dasen, P.R., 1999. *Psikologi Lintas Budaya: Riset dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.

Echols, J.M. & Shadily, H., 1981. *Kamus Inggris Indonesia*. Jakarta: PT Gramedia.

Freund, P.E.S. & Mc Guire, M.B., 1991. *Health, Illness, and the Social Body: A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Helman, C.G., 1990. *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Second edition. London: Wright.

Hornby, A.S., 1994. *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. Oxford University Press.

Joesoef, D., 1990. Profesi, Moral dan Etos Kerja di Dunia Kedokteran dalam *Dua Renungan tentang Manusia, Masyarakat dan Alam Semesta*. Jakarta: Centre for Strategic and International Studies.

Matsumoto, D., 1994. *People: Psychology from a Cultural Perspective*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

Schultz, D., 1993. *Psikologi Pertumbuhan: Model-model Keperibadian Sehat*. Yogyakarta: Penerbit Kamisius

Smet, B., 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia Widiasarana Indonesia.

Tamm, ME: Models of health and disease. *British Journal of Medical Psychology* 1993; 66, 213-228.

Veitch, R. & Arkkelin, D., 1995. *Environmental Psychology: An Interdisciplinary Perspective*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

WHO, tt., *Gender and women's mental health*.
http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/18/11/2010

PENGENALAN ILMU GIZI⁸⁴

Ch. Retnaningsih

Pentingnya mempelajari ilmu gizi dan manfaatnya

Ilmu gizi adalah ilmu yang membahas tentang makanan dan komponen penyusunnya serta hubungan antara zat gizi terhadap kesehatan dan kehidupan, termasuk pencernaan, ekskresi sistem makanan dan metabolisme. Bila dikaji lebih mendalam ilmu gizi memiliki ruang lingkup yang cukup luas mulai dari cara produksi pangan (agronomi dan peternakan), perubahan-perubahan yang terjadi pada tahap paska panen mulai dari penyediaan pangan, distribusi dan pengolahan pangan, konsumsi makanan dan cara-cara pemanfaatan makanan oleh tubuh dalam keadaan sehat maupun sakit. Dengan demikian ilmu gizi sangat erat kaitannya dengan ilmu-ilmu agronomi, peternakan, ilmu pangan, mikrobiologi, biokimia, biologi molekular dan kedokteran. Selain itu juga ilmu gizi juga berkaitan dengan ilmu-ilmu sosial seperti ekonomi, psikologi, sosiologi dan antropologi, karena berhubungan dengan konsumsi makanan yang banyak dipengaruhi oleh kebiasaan makan, perilaku makan, dan kondisi ekonomi seseorang (Almatzler, 2002)

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi yang baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Dengan demikian bila hal tersebut tidak memadai maka akan timbul yang disebut

⁸⁴ Bahan ajar dalam pertemuan ke 2 Kuliah Ilmu Gizi di Fakultas Teknologi Pangan