

# PERAN LAKI-LAKI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN PENCEGAHAN KEKERASAN

Oleh

**Sindung Haryanto<sup>\*)</sup>, Teuku Fahmi<sup>\*)</sup>**

*\*) Staf Pengajar Jurusan Sosiologi FISIP Universitas Lampung*

---

## ABSTRACT

*The purpose of this study was to determine the differences in the level of participation of men in reproductive health and the prevention of violence between rural areas and urban areas. This study uses a combined approach of quantitative and qualitative approaches was carried out gradually. This research was conducted in two rural communities / villages where each representing urban and rural area types. The number of samples involved in this study of 160 people who overall are male-headed households in the study area. The results showed: (1) related to the output variable (effect), there is a difference between the proportion of the value of a variable, that is, the conclusion of a research aspects (eg on a stand regarding the relationship of men and women) could not be made public, but should be seen each variable; (2) acts of domestic violence is still quite prevalent both in the intervention and non-intervention; (3) on reproductive health-related behaviors / AIDS HIV is generally not significant differences between types of urban and rural regions.*

***Keywords: Role, reproductive health, prevention of violence***

---

## PENDAHULUAN

Indonesia sebagai negara berkembang masih menghadapi banyak persoalan yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat dan kesetaraan gender. Persoalan-persoalan tersebut antara lain adalah tingginya angka kematian ibu, tingginya kasus-kasus kekerasan (KDRT), dan masih rendahnya angka partisipasi laki-laki dalam KB. Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi baru lahir (AKN) 19 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan kesepakatan global (Millenium Develoment Goals/MDG's 2000) pada tahun 2015, diharapkan angka kematian ibu menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102 dan angka kematian bayi menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 23.

Gambaran lain juga menunjukkan keikutsertaan pria dalam ber-KB di Indonesia masih sangat rendah yaitu 5,1%. Dalam kontek ini, keikutsertaan pria dalam ber-KB di Indonesia masih sangat rendah jika dibandingkan dengan negara-negara lain seperti

Bangladesh, Pakistan, dan Nepal. Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya partisipasi pria dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi antara lain: pengetahuan, sikap dan praktek serta kebutuhan klien, faktor lingkungan: sosial, budaya masyarakat dan keluarga/isteri, keterbatasan informasi dan aksesibilitas terhadap layanan kontrasepsi pria, keterbatasan jenis kontrasepsi pria, dan lain lain. Peningkatan partisipasi pria dalam KB dan Kesehatan Reproduksi menjadi penting disebabkan pria adalah partner dalam reproduksi dan seksual, bertanggung jawab secara sosial dan ekonomi, dan pria secara nyata terlibat dalam fertilitas dan mereka mempunyai peranan yang penting dalam memutuskan kontrasepsi yang akan dipakainya atau digunakan istrinya.

Upaya-upaya untuk mengatasi berbagai persoalan di atas selama ini masih berpusat (bertumpu) pada perempuan seperti misalnya untuk menurunkan angka kematian ibu diluncurkan program “Gerakan Sayang Ibu”, pemberian pil zat besi untuk mengatasi anemia, dan juga secara umum program KB yang lebih banyak ditujukan kepada perempuan. Upaya tersebut alih-alih dapat mengatasi masalah, melainkan justru meningkatkan kesenjangan gender di masyarakat. Laki-laki hampir tidak pernah diikutsertakan dalam mengatasi berbagai persoalan tersebut. Hal itu disebabkan akar persoalan tersebut sebenarnya adalah pola relasi jender yang tidak setara. Oleh karena itu, pelibatan laki-laki menjadi strategi penting dalam meningkatkan SRHR (*Sexual and Reproductive Health Rights*) dan MCH (*Maternal and Child Health*), menurunkan kekerasan berbasis gender, dan membangun hubungan antar laki-laki dan perempuan yang lebih saling menghormati. Namun demikian upaya-upaya untuk mengatasi berbagai masalah tersebut menghadapi tantangan berupa norma-norma budaya dan gender kaku, dan tiadanya kuasa untuk mengambil keputusan secara menyeluruh. Oleh karena hal ini, banyak perempuan dan remaja putri mengalami hasil kesehatan ibu (MH), dan SRHR yang buruk, HIV/AIDS dan kekerasan berbasis Gender.

Penelitian ini menelusuri hubungan antara beberapa variabel (*gender empowerment measure, parenting, HIV-AIDS, karakteristik sosio-demografi, variabel kesejahteraan, dan media exposure*) yang berkaitan dengan peran serta laki-laki baik dalam kesehatan reproduksi maupun pencegahan kekerasan. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi kontribusi positif bagi perkembangan ilmu sosial humaniora yang terkait aspek etnisitas dan multikulturalisme serta hubungannya dengan peran laki-laki dalam kesehatan reproduksi dan pencegahan kekerasan.

## TINJAUAN PUSTAKA

### Relasi Gender

Gender merupakan prinsip kehidupan sosial yang powerfull. Gender merupakan sistem praktik sosial multilevel yang menghasilkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan, dan melahirkan ketimpangan atas dasar perbedaan tersebut. Gender beroperasi pada tingkat individual, interaksional dan institusional (kelembagaan) (Wharton, 2005). Budaya patriarkhi yang berlaku universal, menempatkan perempuan pada posisi subordinat dan mengerjakan pekerjaan-pekerjaan domestik, sementara laki-laki berada pada posisi dominan yang melakukan pekerjaan publik. Pola pembagian seperti ini tidak hanya berlaku pada negara-negara sedang berkembang, melainkan juga terjadi pada negara maju. Sebagai contoh, studi yang dilakukan Breitenbach & Wasoff (2007), menunjukkan bahwa pengasuhan masih berbasis gender, dimana tanggungjawab terbesar berada di pihak

perempuan baik yang berkarir pada dunia kerja upahan maupun sektor informal yang tidak berupah. Pada umumnya persyaratan pengasuhan anak meningkat, tetapi pola persyaratan bervariasi dan kompleks di Skotlandia. Studi yang dilakukan Sharpe et al. (2002) juga menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak menggunakan jadwal kerja alternatif untuk mengurangi konflik keluarga berkait pekerjaan keluarga, sementara itu laki-laki lebih banyak menggunakan jadwal alternatif tersebut untuk meningkatkan produktivitas personalnya.

Ketimpangan gender lebih banyak merugikan perempuan, dan secara tidak langsung merupakan kerugian bagi masyarakat keseluruhan. Studi yang dilakukan Carpenter (2002), menunjukkan bahwa peredaan gender berhubungan dengan perbedaan kekuasaan yang selanjutnya menghasilkan pola interpretasi khusus subordinasi gender. Laki-laki dan perempuan misalnya cenderung berbeda pandangannya tentang virginitas. Studi yang dilakukan Coleman, et al. (2008) menemukan bahwa laki-laki mempunyai perbedaan sikapnya terhadap aborsi. Studi-studi lain juga menunjukkan adanya perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam berbagai hal seperti: perilaku sosial yang berkaitan dengan kesehatan (de Visser & Smith, 2006), pola preferensi pasangannya (Fisman, et al., 2006), pola adaptasi sebagai respon terhadap perubahan ekonomi politik (Overa, 2007) dan juga seksualitas (Heise, et al., 1995).

Relasi gender memiliki perbedaan karakteristik antar budaya/masyarakat oleh karena hal itu berkaitan dengan cara bagaimana masyarakat mengkonstruksikan peran dan stereotype labeling baik yang ditujukan pada laki-laki maupun perempuan. Dalam konteks Indonesia, studi yang dilakukan Robinson (2009) menunjukkan bahwa struktur gender berbeda antar pulau oleh karena hal itu berhubungan dengan kekerabatan bilateral dan cara dimana Islam (yang merupakan agama terbesar) mengakomodasi struktur gender.

### **Kekerasan Berbasis Gender**

Kekerasan berbasis gender (*gender-based violence*=GBV) adalah kekerasan yang terjadi antara laki-laki dan perempuan, dimana perempuan pada umumnya menjadi korban. Kekerasan berbasis gender berasal dari ketimpangan hubungan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan. Kekerasan secara spesifik menimpa perempuan karena ia perempuan, atau efek dari posisi yang kurang menguntungkan sebagai perempuan. Kekerasan terhadap perempuan mempunyai kesamaan di banyak masyarakat, dimana kelelakian (*manhood*) secara kultural didefinisikan berhubungan dengan dominasi dan kehormatan laki-laki. Dalam konteks dimana “menjadi laki-laki” yang didalamnya meliputi sikap agresifitas, represi dan selalu ingin berkuasa, maka seseorang menjadi laki-laki yang berorientasi pada kekerasan dan menganggap bahwa menjadi laki-laki demikian adalah “normal” (Connell, 1985; Heise, 1998). Laki-laki berbuat kasar karena ingin dihormati sebagai laki-laki dan bermartabat (Flinck and Paavilainen, 2008). Kekerasan paling banyak dilakukan oleh pasangan intim sebagai respon terhadap ketidakpuasan terhadap hubungan dengan pasangannya. Efeknya antara lain transmisi kekerasan antar generasi (Langhinrichsen-Rohling, 2005).

Terdapat sejumlah faktor yang berkaitan dengan kekerasan berbasis gender. Studi yang dilakukan Shoemaker and Williams (1987) menemukan bahwa faktor-faktor demografi dan residensial lebih menjelaskan perbedaan toleransi kekerasan dan pengalaman kekerasan daripada latar belakang etnik. Temuan ini menguatkan bahwa pengaruh etnisitas terhadap kekerasan adalah kecil dan tidak langsung. Sementara studi yang dilakukan Harris (1995) dengan membandingkan antara etnik Anglo dan Hispanik menemukan bahwa

perilaku agresi dipengaruhi oleh faktor-faktor kultural. Faktor-faktor lain yang diperhitungkan misalnya kontrol suami yang mempunyai korelasi positif terhadap kekerasan fisik dan psikis (Eng, et.al., 2010), agama (Ellison, et al., 2007; Yick, 2008).

## **Kesehatan Reproduksi**

Bila mengacu pada konferensi internasional mengenai penduduk dan pembangunan di Kairo tahun 1994, batasan tentang kesehatan reproduksi mencakup konsep “seksualitas” dan “hak-hak” yang berkaitan dengan keluarga berencana, kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan perempuan, pencegahan dan penanganan infertilitas, manajemen dan pencegahan aborsi beserta konsekuensinya. Di Indonesia saat ini, disepakati ada empat komponen prioritas kesehatan reproduksi, yaitu: 1) kesehatan ibu dan bayi baru lahir, 2) keluarga berencana, 3) kespro remaja dan 4) PMS dan HIV-AIDS.

Middleberg (2004), gender menjadi faktor dominan dalam kesehatan reproduksi. Hal itu berkaitan dengan kompleksitas pembuatan keputusan keluarga dalam kesehatan reproduksi yang bersumber dari perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan. Faktor-faktor lain telah diperhitungkan oleh banyak peneliti. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi tersebut antara lain: pengetahuan tentang kesehatan reproduksi (Biney, 2011), romantisme dan identitas gender (Ugoji, 2011), konsep diri (Ugoji, 2013), pendidikan dan usia perkawinan (Alam, 2012), usia perkawinan dan pendapatan (Kuunibe, 2012), tingkat kesadaran dan kesehatan (Jumar et al., 2012), sensitivitas budaya dan tabu (Roudi-Fahimi & Ashford, 2008), kebebasan ekonomi, sikap terhadap kekerasan domestik, larangan dari pasangan dan pembuatan keputusan (Corron, 2013).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan gabungan pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif. Namun demikian, kedua pendekatan ini mendapat porsi yang berbeda, dimana pendekatan kualitatif merupakan penunjang pendekatan kuantitatif (*dominant-less dominant design of mixed-methodology*). Penelitian ini dilakukan di dua komunitas desa/kelurahan dimana masing-masing mewakili tipe wilayah perdesaan (*rural*) dan tipe wilayah perkotaan (*urban*). Desa yang mewakili wilayah rural dipilih Desa Sedampah Indah, Kecamatan Balik Bukit, Kabupaten Lampung Barat dan desa/kelurahan yang mewakili tipe wilayah perkotaan dipilih kelurahan Bumi Waras, Kecamatan Bumi Waras, Bandar Lampung. Jumlah sampel yang terlibat dalam penelitian ini mencapai 160 orang yang secara keseluruhan merupakan laki-laki yang menjadi kepala rumahtangga pada wilayah penelitian. Adapun penentuan sampel dilakukan melalui metode *cluster random sampling*. Selanjutnya, pemilihan responden di dua desa/kelurahan tersebut akan dilakukan secara random, yaitu dengan menempatkan petugas pengumpul data di tengah-tengah wilayah desa/kelurahan untuk memilih secara random rumah-rumah yang akan dikunjunginya. Data yang telah dikumpulkan dari lapangan yang berasal dari pendekatan kuantitatif (kuesioner) diolah baik secara manual maupun menggunakan bantuan program pengolahan data SPSS PC+. Untuk mendeskripsikan masing-masing variabel penelitian, dilakukan dengan analisis tabel distribusi (tunggal), sedangkan untuk melihat hubungan-hubungan antar variabel dilakukan dengan analisis tabulasi silang

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Responden yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah 160 orang yang terdiri dari 80 orang dari Kelurahan Bumi Waras, Kecamatan Bumi Waras, Kota Bandar Lampung yang merupakan representasi wilayah *urban* dan 80 orang berasal dari Desa Sedampah Indah, Kecamatan Balik Bukit, Kabupaten Lampung Barat yang merupakan representasi wilayah *rural*. Keseluruhan responden merupakan laki-laki yang sudah menikah dan masih berhubungan dengan pasangannya. Berikut rincian karakteristik sosio demografi responden.

**Tabel 1. Karakteristik Sosio Demografi Responden**

Karakteristik	Sedampah Indah	Bumi Waras
<b>Umur</b>		
a. Rata-rata	28	25
b. Standar Deviasi	9,4	8,7
c. Max	37	36
d. Min	17	21
<b>Jumlah Anak Kandung</b>		
a. 0	4	6
b. 1	9	13
c. 2	45	48
d. 3	19	13
e. > 3	3	0
<b>Pekerjaan Pokok</b>		
a. Petani	56	0
b. Buruh	17	54
c. Dagang	5	16
d. PNS	1	3
e. Wiraswasta	1	7

Sumber: Data Primer, 2014.

Dilihat dari tingkat pendidikan responden, terdapat perbedaan cukup signifikan antara dua kelompok yakni antara wilayah perdesaan dan perkotaan. Sebagian responden yang berasal dari wilayah perdesaan berpendidikan SD dan hanya ada 14 orang berpendidikan SMP, 9 orang berpendidikan SMA dan 2 orang berpendidikan perguruan tinggi. Sebagian besar responden yang berasal dari daerah perdesaan bermatapencarian sebagai petani dan buruh sementara responden yang berasal dari daerah perkotaan bermatapencarian sebagai buruh. Bila ditelusuri berdasarkan tingkat penghasilan kedua kelompok responden tidak memiliki perbedaan nyata, yakni sebagian besar responden berpenghasilan di bawah 1 juta rupiah perbulan. Sehubungan dengan aspek keterpaparan media, didapatkan pola yang sangat mirip antar kelompok responden yang berasal dari daerah perdesaan dan perkotaan. Mayoritas responden (antara 75% sampai 95%) menonton TV setiap hari dan hampir separuh responden tidak pernah membaca koran.

### Peran Laki-laki dalam Kesehatan Reproduksi

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang rendah serta sikap dan perilaku kesehatan yang kurang mendukung menjadi tantangan bagi upaya untuk meningkatkan

keterlibatan laki-laki dalam kesehatan reproduksi. Studi yang dilakukan Kululanga, et al. (2012) menunjukkan bahwa keterlibatan laki-laki dalam fasilitas kesehatan terfragmentasi dan berhubungan terutama dengan kelahiran pertama, konseling dan tes HIV pasangan. Berdasarkan hasil tersebut diperlukan dukungan bagi integrasi keterlibatan laki-laki masyarakat bawah ke dalam program kesehatan anak dan ibu yang ada dan penyediaan layanan pemeliharaan kesehatan ibu berbasis gender.

**Tabel 2. Sikap dan Perilaku Responden Terkait Kesehatan Reproduksi/HIV-AIDS**

Aspek Sikap dan Perilaku		Sedampah Indah	Bumi Waras
Bagaimana hubungan seks Anda dgn pasangan?	Sangat Memuaskan	28	29
	Memuaskan	50	46
	Tidak Memuaskan	2	4
	Sangat Tidak memuaskan	0	1
Memakai kondom saat berhubungan seks dalam setahun ini	Tidak pernah	74	68
	Kadang	5	12
	Hampir selalu	1	0
	Selalu	0	0
Dengan berapa orang berhubungan seks dalam setahun terakhir	1 orang	76	67
	2-3 orang	4	12
	4-10 orang	0	1
	>20 orang	0	0
	Tidak dengan seorangpun	0	0
Pernah diberitau menderita IMS		4	9
Pernah berhubungan seks dengan PSK	PSK Perempuan	7	13
	PSK Laki-laki	0	0
	PSK Waria	0	1
Pernah berhubungan seks dengan PSK < 18 th		9	17
Pernah memaksa perempuan bukan istri untuk berhubungan seks	Sekali	3	8
	Beberapa kali	11	15
	Tidak pernah	66	57
Jenis kelamin yang menarik secara seksual	Laki-laki	1	2
	Perempuan	77	74
	Waria	2	3
	Tidak Yakin	0	1

Sumber: Analisis data primer, 2014,

Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa beberapa responden mempunyai sikap dan perilaku kesehatan reproduksi yang beresiko seperti misalnya kebiasaan melakukan hubungan seksual dengan PSK. Prevalensi yang memiliki pasangan seksual lebih dari 1 orang dalam setahun ini terlihat lebih tinggi di daerah perkotaan. Hal ini tentu tidak terlepas dari keberadaan lokalisasi yang dapat “diakses” secara lebih mudah di daerah perkotaan daripada perdesaan. Sekalipun prevalensi kebiasaan beresiko tersebut masih kecil akan tetapi berpotensi menularkan penyakit IMS (Infeksi Menular Seksual) bagi pasangannya termasuk HIV dan AIDS.

Perilaku kesehatan reproduksi yang beresiko tersebut tidak diiringi dengan perilaku mencari pelayanan kesehatan. Kebanyakan responden masih merasa enggan untuk mencari layanan kesehatan. Nampaknya terdapat banyak hambatan yang menghalangi laki-laki mencari layanan kesehatan. Kesimpulan ini sejalan dengan yang ditemukan Malcher (2009) yang menyatakan bahwa penyediaan layanan harus memperhatikan kebutuhan laki-laki khusus. Sementara itu Katz, et al. (2007), menyatakan bahwa terdapat banyak bukti yang menegaskan adanya hambatan bagi kelompok orang tua dalam mengakses layanan. Beberapa hambatan tersebut dialami oleh semua orangtua dan beberapa hambatan lain hanya dihadapi kelompok orangtua atau individu tertentu di masyarakat. Beberapa orangtua bahkan resisten terhadap layanan atau tidak mengetahui keberadaan layanan yang tersedia.

Persoalan kesehatan reproduksi termasuk dalam hal ini adalah keterlibatan laki-laki dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit kesehatan reproduksi dalam konteks masyarakat patriarkhal dipandang hanya sebagai “urusan” perempuan. Keterlibatan laki-laki dalam berbagai persoalan tersebut masih sangat minimal, sementara persoalan tersebut lebih banyak “bersumber” dari laki-laki terutama perilaku kesehatan reproduksi yang beresiko. Oleh karena itu pelibatan laki-laki menjadi kebutuhan mendesak. Pentingnya edukasi bagi laki-laki untuk meningkatkan peran mereka dalam kesehatan reproduksi juga dikonfirmasi oleh Nasreen (2012). Studinya menunjukkan bahwa pesan-pesan promosi kesehatan yang kuno (seperti apa itu diare, mengapa bayi mengalami hal itu dan apa yang harus dilakukan untuk mencegah, pentingnya pemeriksaan ante natal minimal sebanyak 4 kali dsb) ternyata lebih baik daripada pesan-pesan yang lebih baru (seperti pentingnya penyiapan kelahiran dan pengasuhan bayi). Studinya juga memperoleh bukti bahwa laki-laki dapat belajar dan memperbaiki kesadarannya. Dengan memperbaiki intervensi komunikasi, kesadaran kritis laki-laki dapat dibangun, yakni laki-laki yang sadar terhadap apa yang dapat dilakukan untuk memperbaiki kesehatan ibu dan anak khususnya dalam hubungannya dengan perawatan bayi yang baru lahir dan pengasuhan postpartum.

Keterlibatan laki-laki dalam kesehatan reproduksi yang masih minimal ternyata juga berbanding lurus dengan rendahnya keterlibatan mereka dalam pekerjaan atau urusan rumahtangga (domestik). Penelitian ini menunjukkan bahwa laki-laki yang terlibat dalam pekerjaan-pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci pakaian, mengasuh anak dan sebagainya masih terbatas hanya berkisar antara 10-20%. Keterlibatan laki-laki dalam pekerjaan rumah tangga yang masih rendah ini tidak terlepas dari masih kuatnya budaya patriarkhi di masyarakat. Pekerjaan-pekerjaan domestik dalam konteks budaya patriarkhi lagi-lagi dipandang sebagai urusan perempuan. Kewajiban utama laki-laki hanyalah mencari nafkah (*bread winner*) dan tidak berurusan dengan pekerjaan domestik.

### **Peran Laki-Laki dalam Pencegahan Kekerasan**

Literatur menyebutkan bahwa pengalaman masa kecil, misalnya trauma kekerasan masa kanak-kanak, juga berhubungan dengan sikap dan perilaku pengasuhan anak yang berbeda berdasarkan gender. Studi ini juga menggali berbagai variabel yang berhubungan dengan pengalaman masa kecil. Data hasil penelitian ini secara umum menunjukkan pola yang hampir sama antara daerah perdesaan dan perkotaan. Mayoritas responden (sekitar 95%) menyatakan setuju atau sangat setuju bahwa ‘ayah kandung mereka memperlakukan ibu mereka dengan baik’ dan bahwa ‘ibu kandung mereka memperlakukan ayah kandung mereka dengan baik.’

**Tabel 3. Trauma Masa Kecil dan Kondisi Umum Saat Ini**

Aspek Trauma dan Kondisi Umum		Sedampah Indah	Bumi Waras
Sebelum umur 18 th saya tidak cukup makan	Tidak pernah	72	65
	Kadang	7	12
	Sering	1	3
Sebelum umur 18 saya melihat/ mendengar ibu saya dipukuli	Tidak pernah	66	59
	Kadang	13	17
	Sering	1	4
Sebelum 18 th, pantat/kelamin saya disentuh-sentuh	Tidak pernah	73	67
	Kadang	5	8
	Sering	2	5
Sebelum 18 tahun, saya dimaki atau dihina oleh anggota keluarga	Tidak pernah	35	33
	Kadang	28	22
	Sering	17	25
Sebelum 18 th, saya dipukuli di rumah dengan sabuk tongkat	Tidak pernah	57	44
	Kadang	13	19
	Sering	10	17
Sebelum 18 th, saya berhubungan seks karena dipaksa	Tidak pernah	68	65
	Kadang	9	8
	Sering	3	7
Sebelum 18 th, saya dipukul/ dihukum fisik oleh guru/kepsek	Tidak pernah	64	57
	Kadang	14	15
	Sering	2	8
Kondisi kesehatan secara umum	Sangat Bagus	67	54
	Bagus	6	16
	Lumayan	5	9
	Buruk	2	1
Pernah mencoba bunuh diri		3	6
Dlm 4 minggu terakhir berpikir bunuh diri		3	5
Saya puas dengan hidup saya	Sangat Setuju	64	65
	Setuju	12	8
	Tidak setuju	2	3
	Sangat tidak setuju	2	4

Sumber: Analisis data primer, 2014.

Beberapa studi terdahulu menemukan hubungan antara trauma kekerasan masa kanak-kanak dengan praktek-praktek pengasuhan anak yang berbeda berdasarkan gender. Informasi mengenai trauma masa kanak-kanak tersebut juga digali dalam studi ini. Secara umum tabel 3, menunjukkan bahwa persentase responden yang mengalami trauma-trauma kekerasan tertentu pada masa kanak-kanak tidak terlalu besar kecuali untuk trauma berupa hukuman di sekolah. Sebagaimana variabel-variabel karaktersitik demografi di depan, umumnya tidak terdapat perbedaan pola antara kelompok intervensi dan non-intervensi. Perbedaan yang ada umumnya terjadi antar tipe responden.

Dalam hubungannya dalam keluarga, seperti istri, tindakan kekerasan dimungkinkan terjadi. Ada tiga macam bentuk ekspresi kemarahan laki-laki yang berkonflik dengan perempuan istrinya, yaitu pertama, melakukan tindak kekerasan kepada istri. Biasanya tindak kekerasan yang banyak dan umum terjadi adalah tindakan kekerasan psikis, seperti membentak dan marah dengan kata-kata dan ucapan yang merendahkan, sikap dan perilaku

yang tidak mengenakan, dan tindakan lainnya seperti membanting pintu, memecahkan piring, dan melempar benda lainnya. Kedua, tindak kekerasan fisik. Tindak kekerasan dalam bentuk fisik saat ini tidak banyak terjadi pada pasangan generasi muda, akan tetapi pada pasangan generasi yang sudah tua, tindak kekerasan fisik masih banyak terjadi.

Trauma masa kecil merupakan variabel perancu terhadap tindak kekerasan berbasis gender dalam lingkup rumah tangga. Selain itu juga terdapat variabel perancu lain yakni sikap terkait hubungan laki-laki dan perempuan. Dalam penelitian ini, sikap tersebut menunjukkan pola relasi gender yang bias masih kuat berakar di masyarakat, seperti yang terlihat dalam Tabel 4, Tindakan-tindakan kekerasan baik fisik maupun mental masih cukup prevalen baik pada komunitas perdesaan maupun komunitas perkotaan. Sebagaimana pola variabel-variabel perancu maupun variabel keluaran di atas, terlihat tidak adanya perbedaan yang mencolok antara responden di daerah perdesaan dan perkotaan. Persentase responden baik yang tinggal di daerah perdesaan maupun perkotaan yang pernah, kadang atau sering 'memaki' pasangannya terlihat cukup tinggi (berkisar pada angka 28 sampai 35%). Pola yang sama terlihat untuk perilaku 'mengancam akan menyakiti'.

Sehubungan dengan kekerasan terhadap perempuan, sudah ada hukum yang melindungi perempuan, namun hukum tersebut belum selalu didukung dengan perangkat yang memadai. Belum ada data yang robust mengenai kekerasan terhadap perempuan, namun beberapa bukti menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan di Indonesia masih cukup banyak. Berdasarkan budaya yang ada, kekerasan terhadap perempuan dan kekerasan dalam rumah tangga dianggap sebagai urusan pribadi sehingga jarang dilaporkan.

Tingginya prevalensi tindak kekerasan yang dilakukan laki-laki terhadap pasangannya menunjukkan relasi gender yang tidak setara di masyarakat selain masih kentalnya budaya patriarki baik di lingkungan masyarakat perdesaan maupun perkotaan. Jika pelaku kekerasan kebanyakan adalah laki-laki, maka menjadi sangat logis jika upaya penanggulangan atau pencegahan tindak kekerasan dimulai dari laki-laki. Secara teoritik menurut Flood (2013) terdapat penjelasan yang powerful dari kaum feminis terhadap peningkatan peran laki-laki dalam mengakhiri kekerasan terhadap perempuan. Pertama dan paling penting, upaya untuk mencegah kekerasan terhadap perempuan harus diarahkan kepada laki-laki oleh karena kebanyakan pelaku kekerasan adalah laki-laki. Jadi untuk membuat kemajuan terhadap eliminasi kekerasan terhadap perempuan, dibutuhkan upaya merubah laki-laki baik sikap, perilaku, identitas dan hubungan-hubungan sosialnya. Kedua, konstruksi maskulinitas berperan penting dalam membentuk kekerasan terhadap perempuan baik pada level individual, keluarga dan komunitas serta masyarakat secara keseluruhan. Sikap maskulinitas merupakan salah satu faktor, selain dominasi laki-laki itu sendiri. Dominasi laki-laki dalam pembuatan keputusan dalam keluarga adalah faktor prediktor terkuat terhadap kekerasan terhadap perempuan.

Pelibatan laki-laki dalam pencegahan kekerasan meliputi: a) usaha menyesuaikan pada kondisi sosial ekonomi laki-laki dan komunitas termasuk konten yang relevan secara kultural, b) diarahkan pada pengurangan kekerasan dan ketimpangan gender, c) menuliskan kembali teks-teks dan sumber daya lokal lainnya dalam mempromosikan kesetaraan gender dan non kekerasan, d) lebih sensitif terhadap budaya setempat dalam melibatkan komunitas laki-laki dan pemimpin agama, e) mendasarkan pada pengalaman laki-laki dalam perubahan dinamika gender di keluarga, dan terakhir memperbaiki akses laki-laki terhadap layanan yang ada (tersedia) (Flood, 2013).

**Tabel 4. Tindakan Kekerasan dalam Rumah Tangga**

Jenis Tindakan KDRT		Sedampah Indah	Bumi Waras
Pernah memaki pasangan	Tidak pernah	51	47
	Sekali	12	17
	Beberapa kali	12	13
	Sering	5	3
Merendahkan atau menghina pasangan di depan orang lain	Tidak pernah	55	51
	Sekali	25	28
	Beberapa kali	0	1
	Sering	0	0
Mengancam akan menyakiti	Tidak pernah	57	54
	Sekali	22	26
	Beberapa kali	1	0
	Sering	0	0
Melarang pasangan bekerja	Tidak pernah	56	60
	Sekali	12	15
	Beberapa kali	9	5
	Sering	3	0
Mengusir pasangan dari rumah	Tidak pernah	78	79
	Sekali	2	1
	Beberapa kali	0	0
	Sering	0	0
Menampar pasangan	Tidak pernah	74	70
	Sekali	6	9
	Beberapa kali	0	1
	Sering	0	0
Menendang, menyeret, memukuli, mencekik dsb	Tidak pernah	79	77
	Sekali	1	3
	Beberapa kali	0	0
	Sering	0	0

Sumber: Analisis data primer, 2014.

Upaya melibatkan laki-laki dalam mencegah dan atau mengakhiri kekerasan merupakan tantangan berat, oleh karena secara kultural hal itu melawan “ arus utama ” budaya yang berkembang selain harus merubah *mind set* “kekerasan sebagai instrumen dominasi laki-laki” menjadi “kekerasan justru menambah persoalan”. Rekonstruksi maskulinitas juga menjadi penting sehingga laki-laki mempunyai kesadaran kritis baru bahwa lelaki yang sejati adalah lelaki yang peduli (terutama terhadap pasangan dan keluarganya). Selama ini terdapat nilai maskulinitas yang hanya berorientasi bahwa pekerjaan domestik adalah urusan perempuan dan tugas utama laki-laki hanyalah mencari uang (urusan finansial). Perubahan-perubahan tersebut memerlukan upaya ekstra keras. Menurut Hill & Hill (1990), peningkatan investasi paternal laki-laki dalam pengasuhan anak misalnya membutuhkan penguatan motivasi ayah atau diperlukan upaya pemaksaan.

Studi yang dilakukan Morrell & Jewkes (2011) menunjukkan bahwa rekonfigurasi identitas dan nilai-nilai maskulinitas diperlukan untuk mencapai perubahan yang lebih luas. Laki-laki yang menekankan dimensi emosional dalam pengasuhan anak secara umum menunjukkan sikap kesetaraan gender yang lebih baik. Fokus upaya merubah laki-laki melalui pengasuhan anak harus menjamin berlangsungnya hubungan kesetaraan gender

berupa promosi hak-hak asasi, empati dan keterlibatan emosional. Dalam hal ini pengasuhan tidak hanya sebagai kewajiban.

**Tabel 5. Relasi Intim: Pengambilan Keputusan dan Pembagian Pekerjaan Rumah**

Aspek Relasi Intim		Sedapmah Indah	Bumi Waras
Keputusan terkait kesehatan keluarga	Anda sendiri	6	4
	Istri/pasangan	19	15
	Anda berdua	55	61
	Orang lain	0	0
Keputusan terkait membeli barang mahal	Anda sendiri	17	19
	Istri/pasangan	4	3
	Anda berdua	59	47
	Orang lain	0	1
Memasak dan menyiapkan makanan	Saya semua	2	3
	Biasanya saya	1	7
	Sama rata	10	7
	Biasanya pasangan	42	39
	Pasangan saja	25	24
	Tidak satupun	0	0
Mengurus anak	Saya semua	0	2
	Biasanya saya	0	1
	Sama rata	52	63
	Biasanya pasangan	14	7
	Pasangan saja	4	7
	Tidak satupun	0	0
Seberapa sering bertengkar	Hampir tidak pernah	14	17
	Kadang	64	58
	Sering	2	5
Saya sangat marah jika istri meminta saya pakai kondom	Sangat setuju	4	0
	Setuju	30	41
	Tidak Setuju	46	39
Saya yg menentukan dg siapa dia boleh bergaul	Sangat setuju	3	2
	Setuju	25	19
	Tidak setuju	42	49

Sumber: Analisis data primer, 2014.

Hasil penelitian ini pengasuhan anak kebanyakan menjadi tanggung jawab bersama antara suami dan istri. Pengasuhan anak umumnya dilakukan secara fleksibel mengikuti alur kegiatan harian antara suami dan istri. Hal ini tidak terlepas dari kegiatan mencari nafkah untuk sebagian responden yang merupakan pekerjaan petani di daerah perdesaan dan buruh tidak tetap di daerah perkotaan. Selain itu keterlibatan keluarga besar seperti kakek, nenek dan sanak kerabat dekat juga cukup signifikan dalam pengasuhan anak. Peran pengasuhan anak yang dibagi antara suami dan isteri juga seiring dengan pola pembuatan keputusan penting dalam keluarga seperti misalnya soal pendidikan dan masa depan anak serta pembelian barang-barang mahal. Dalam hal ini tidak terlihat dominasi laki-laki, akan tetapi dalam aspek lain, dominasi tersebut nampak jelas seperti misalnya dalam hal seksualitas (pemakaian kondom) dan keputusan pergaulan isteri. Tingginya frekuensi pertengkaran antara suami-isteri juga mengisyaratkan dominasi laki-laki terhadap perempuan. Pada tabel

5 diatas disajikan data mengenai relasi intim antara suami isteri untuk konteks pengambilan keputusan dan pembagian pekerjaan rumah.

Lebih lanjut, Thapar-Björkert (2009) mengungkapkan bahwa perjuangan melawan kekerasan berbasis gender yang berkelanjutan, dibutuhkan usaha yang lebih terencana dari sekedar “pengarusutamaan gender” (yang menekankan pendekatan yang hanya berpusat pada perempuan saja) menjadi upaya “pengarusutamaan laki-laki”. Oleh karena itu dibutuhkan ruang politik bagi inisiatif laki-laki, dan perlakukan laki-laki sebagai agen perubahan, sebagai partisipan dalam reformasi dan aliansi potensial dalam menciptakan kesetaraan gender. Salah satu tujuan perjuangan melawan kekerasan berbasis gender adalah untuk menciptakan model baru pemberdayaan perempuan, sehingga dibutuhkan model baru maskulinitas bukan melalui dominasi terhadap perempuan melainkan melalui kolaborasi. Tujuan kesetaraan gender bukan berarti melemahkan laki-laki melainkan melibatkan laki-laki dalam kerangka membangun hirarkhi kekuasaan yang lebih adil. Meskipun demikian masih terdapat keragaman dalam upaya tersebut. Di Inggris misalnya, masih terdapat keraguan untuk melibatkan laki-laki dalam melawan kekerasan. Sementara itu, di Swedia sudah tumbuh inisiatif positif dari laki-laki untuk melawan kekerasan.

## KESIMPULAN

Terkait variabel keluaran (dampak), terdapat perbedaan nilai proporsi antar variabel. Artinya, kesimpulan mengenai suatu aspek penelitian (misalnya mengenai sikap terkait hubungan laki-laki dan perempuan) tidak bisa dibuat secara umum, namun harus dilihat per variabel. Mayoritas responden setuju bahwa ‘tugas utama perempuan adalah memasak’ dan ‘perempuan harus tahan kekerasan agar keluarga utuh.’ Di lain pihak mayoritas responden setuju bahwa ‘laki-laki dan perempuan punya hak yang sama untuk memutuskan kontrasepsi,’ ‘semua orang harus diperlakukan sama,’ dan ‘laki-laki harus ikut berbagi pekerjaan rumah.’

Tindakan-tindakan kekerasan dalam rumah tangga masih cukup prevalen baik pada kelompok intervensi dan non-intervensi. Sekitar 28% sampai 35% responden mengaku kadang atau sering ‘memaki pasangan.’ Ini juga terjadi pada perilaku ‘mengancam akan menyakiti’. Mengenai perilaku terkait kesehatan reproduksi/HIV AIDS secara umum tidak terlihat perbedaan mencolok antara daerah perdesaan dan perkotaan. Perbedaan yang lumayan besar hanya terlihat pada perilaku ‘melakukan hubungan seksual dengan PSK.’

## SARAN

Peningkatan keterlibatan laki-laki baik dalam kesehatan reproduksi dan pencegahan kekerasan diperlukan strategi khusus dengan mengedepankan aspek sosio budaya komunitas yang menjadi daerah intervensi program. Selain itu, program tersebut perlu menekankan aspek edukasi bagi laki-laki, oleh karena rendahnya partisipasi laki-laki dalam kedua hal tersebut lebih banyak disebabkan kurangnya pengetahuan terutama mengenai bahaya atau resiko penyakit kelamin dan dampak yang ditimbulkan akibat kekerasan yang dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alam, Md. Rashed. 2012. Impact of Socio-Economic, Demographic and Health Related Factors on Reproductive Health Behavior among Ever Married Rural Women: A Study from Bogra Sadar Upazila, Bangladesh. *Journal of Social Sciences Research*. 1(2):69-77.
- Biney, Adriana AE. 2011. Exploring Contraceptive Knowledge and Use among Women Experiencing Induced Abortion in the Greater Accra Region, Ghana. *African Journal of Reproductive Health*. 15(1):37-46.
- Breitenbach, Esther and Fran Wasoff. 2007. *A Gender Audit of Statistics: Comparing the Position of Women and Men in Scotland*. Edinburg: Scottish Executive Social Research.
- Carpenter, Laura M. 2002. Gender and The Meaning and Experience of Virginity Loss in the Contemporary United States. *Gender & Society*. 16(3):345-365.
- Coleman, Priscilla K., Vincent M. Rue, Maria Spence, Catherine T. Coyle. 2008. Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(1):77-91.
- Connell, R. W. 1985. 'Masculinity, violence and war'. In Patton, P. & Poole, R. (Eds). *War/masculinity*. Sydney: Intervention Publications.
- Corron, Meghan, Ilene S. Speizer, Jean-Christophe Fotso, Akinsewa Akiode, Abdulmumin Saad, Lisa Calhoun, and Laili Irani. 2013. The Role of Gender Empowerment on Reproductive Health Outcomes in Urban Nigeria. *Matern Child Health Journal*.
- de Visser, Richard and Jonathan A. Smith. 2006. Mister In-between A Case Study of Masculine Identity and Health-related Behaviour. *Journal of Health Psychology*. 11(5): 685–695.
- Ellison, Christopher G., Jenny A. Trinitapoli, Kristin L. Anderson, and Byron R. Johnson. 2007. Race/Ethnicity, Religious Involvement, and Domestic Violence. *Violence Against Women*. 13(11): 1094-1112.
- Eng, Sothy, Yingli Li, Miriam Mulsow, Judith Fischer. 2010. Domestic Violence against Women in Cambodia: Husband's Control, Frequency of Spousal Discussion, and Domestic Violence Reported by Cambodian Women. *J Fam Viol*. 25:237–246.
- Fisman, Raymond, Sheena S. Iyengar, Emir Kamenica, Itamar Simonson. 2006. Gender Differences In Mate Selection: Evidence From A Speed Dating Experiment. *The Quarterly Journal of Economics*. May: 673-697.
- Flinck, Aune and Eija Paavilainen. 2008. Violent Behavior of Men in Their Intimate Relationships, as They Experience It. *American Journal of Men's Health*. 2(3): 244-253.
- Flood, Michael. 2013. Engaging Men from Diverse Backgrounds in Preventing Men's Violence Against Women. *Stand Up! National Conference on Eliminating All Forms of Violence Against CaLD Women*. April 29-30, Canberra.
- Harris, Marry B. 1995. Effects of Frustration Justification on Hostile Aggression. *Aggressive Behavior*. 21:359-369.
- Heise, Lori, Kristen Moore and Nahid Toubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health: a focus on Research*. New York: The Population Council.
- Heise, L. L. 1998. 'Violence against women: An integrated, ecological framework'. *Violence Against Women*, 4(3): 23-30.

- Hill, Elizabeth M. & Hill, M. Anne. 1990. Gender Differences in Child Care and Work: An Interdisciplinary Perspective. *The Journal of Behavioral Economics*. 19 (1): 81-101.
- Jumar, Ubalde T., Idago, Charina Mei S, Caceres, Raymart M, Llena, Arianne Kate E, Mallillin, Jean Arleen C, Quiroz, Jovy R. 2012. Reproductive Health and Level of Awareness and Wellness Among Selected Schools in Metro Manila: A Correlational Study. *Health and the Environment Journal*. 3(2): 74-85.
- Katz, Ilan, La Planca, Vincent & Hunter, Sarah. 2007. *Barriers to inclusion and successful engagement of parents in mainstream services*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kululanga, Lucy I.; Sunby, Johanne; Malata, Address & Chirwa, Ellen. 2012. Male Involvement in Maternity Health Care in Malawi. *African Journal Reproductive Health*. 16(1):145-157.
- Kuunibe, Naasegnibe, Paul Kwame Nkegbe, and Yazeed Abdul Mumin. 2012. Utilization of Reproductive Health Services in Ghana. *Developing Country Studies*. 2(8):104-109.
- Langhinrichsen-Rohling, Jennifer. 2005. Top 10 Greatest “Hits” Important Findings and Future Directions for Intimate Partner Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence*. 20; 108-118.
- Malcher, Greg. 2009. Engaging men in health care. *Australian Family Physician* 38(3):92-95.
- Middleberg, Maurice I. 2004. *Promoting Reproductive Security In Developing Countries*. New York-Boston-Dordrecht-London-Moscow: Kluwer Academic Publishers.
- Morrell, Robert and Rachel Jewkes. 2011. Carework and caring: A path to gender equitable practices among men in South Africa? *International Journal for Equity in Health*. 10(17):1-10.
- Nasreen, Hashima E., Margaret Leppard, Mahfuz Al Mamun, Masuma Billah, Sabuj Kanti Mistry, Mosiur Rahman and Peter Nicholls. 2012. Men’s knowledge and awareness of maternal, neonatal and child health care in rural Bangladesh: a comparative cross sectional study. *Reproductive Health*. 9(18): 1-9.
- Overa, Ragnhild. 2007. When men do women’s work: structural adjustment, unemployment and changing gender relations in the informal economy of Accra, Ghana. *Journal of Modern African Studies*. 45(4):539–563.
- Robinson, Kathryn. 2009. *Gender, Islam and Democracy in Indonesia*. London and New York: Routledge.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh and Lori Ashford. 2008. *Sexual & Reproductive Health in the Middle East and North Africa*. Washington: Population Reference Bureau.
- Sharpe, Deanna, Joan M. Hermsen, and Jodi Billings. 2002. Gender Differences in Use of Alternative Full-Time Work Arrangements by Married Workers. *Family and Consumer Sciences Research Journal*. 31(1):78-111.
- Shoemaker, Donald J. and J. Sherwood Williams. 1987. The Subculture of Violence and Ethnicity. *Journal of Criminal Justice*. 15:461-472.
- Thapar- Björkert, Suruchi. 2009. Conversations across Borders: Men and Honour Related Violence in U.K. and Sweden. *Norma (Nordic Journal for Masculinity Studies)*. 4(1): 46–65.
- Ugoji, Florence Ngozi. 2011. Romanticism and Gender Identity as Predictors of Sexual Behaviours among Undergraduate Students in a Nigerian University. *Journal of Social Science*. 26(2): 147-152.

- Ugoji, Florence Ngozi. 2013. Investigating the Reproductive Health Knowledge, Self-Concept and Locus of Control of Students in Nigerian Universities. *American International Journal of Social Science*. 2(1): 45-53.
- Yick, Alice G. 2008. A Metasynthesis of Qualitative Findings on the Role of Spirituality and Religiosity Among Culturally Diverse Domestic Violence Survivors. *Qualitative Health Research*. 18(9):1289-1306.
- Wharton, Amy S.2005. *The Sociology of Gender: An Introduction to Theory and Research*. Malden-Oxford-Victoria: Blackwell Publishing.

