E-ISSN: 3025-0994
Halaman 613-626
Volume 4 Nomor 2 Tahun 2026

Ketimpangan Akses Kesehatan Perempuan Pesisir: Analisis Interseksionalitas Determinan Sosial Kesehatan Di Indonesia

Rosmawati Taherong[1], Muhammad Syukur[2], Firdaus W Suhaeb[3]

[1]Program Studi S3 Ilmu Sosiologi, Universitas Negeri Makassar, Indonesia
[2]Program Studi Pendidikan Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia
[3]Program Studi Sosiologi Universitas Negeri Makassar, Indonesia
e-mail: rosmawati.taherong@unm.ac.id[1]
muh.syukur@unm.ac.id [2] firdaus.w.suhaeb@unm.ac.id[3]

Abstrak

Perempuan dalam komunitas pesisir menghadapi ketimpangan akses kesehatan yang kompleks akibat interaksi berbagai faktor sosial. Penelitian ini bertujuan menganalisis kerentanan kesehatan perempuan pesisir melalui perspektif sosiologi kesehatan dengan pendekatan interseksionalitas dan determinan sosial kesehatan. Metode penelitian menggunakan kajian literatur sistematis terhadap 30 publikasi ilmiah dari database Scopus, ScienceDirect, dan Google Scholar periode 2015-2026 dengan kata kunci health inequality, coastal communities, gender health, dan social determinants of health. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan akses kesehatan perempuan pesisir dibentuk oleh tiga faktor utama: (1) keterbatasan infrastruktur kesehatan dan jarak geografis yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan (hambatan struktural); (2) kondisi sosial ekonomi tidak stabil yang bergantung pada sektor perikanan dengan pendapatan musiman (hambatan ekonomi); dan (3) relasi gender dalam keluarga yang membatasi pengambilan keputusan kesehatan serta beban kerja ganda domestik-produktif (hambatan sosial-budaya). Pendekatan interseksionalitas mengungkapkan bahwa perempuan pesisir mengalami kerentanan berlapis karena persimpangan faktor gender, kelas ekonomi, dan lokasi geografis marginal. Studi ini menegaskan perlunya kebijakan kesehatan yang komprehensif, sensitif gender, dan berbasis komunitas untuk mengatasi ketimpangan kesehatan di wilayah pesisir Indonesia.

Kata Kunci: *Ketimpangan Kesehatan; Perempuan Pesisir; Interseksionalitas; Determinan Sosial Kesehatan; Keadilan Gender*

Abstract

Women in coastal communities face complex health access inequalities due to the interaction of various social factors. This study aims to analyze the health vulnerability of coastal women through the perspective of health sociology with an intersectionality approach and social determinants of health. The research method uses a systematic

literature review of 30 scientific publications from Scopus, ScienceDirect, and Google Scholar databases for the period 2015-2026 with keywords health inequality, coastal communities, gender health, and social determinants of health. The results show that health access inequality among coastal women is shaped by three main factors: (1) limited health infrastructure and geographical distance from health service centers (structural barriers); (2) unstable socio-economic conditions dependent on the fisheries sector with seasonal income (economic barriers); and (3) gender relations in the family that limit health decision-making and double domestic-productive workload (socio-cultural barriers). The intersectionality approach reveals that coastal women experience layered vulnerability due to the intersection of gender, economic class, and marginal geographic location. This study emphasizes the need for comprehensive, gender-sensitive, and community-based health policies to address health inequalities in Indonesia's coastal areas.

Keywords: *Health Inequality; Coastal Women; Intersectionality; Social Determinants Of Health; Gender Justice*

LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak dasar manusia yang seharusnya dapat diakses secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat. Namun dalam praktik pembangunan kesehatan, akses terhadap layanan kesehatan tidak selalu terdistribusi secara adil di antara kelompok masyarakat. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa kelompok masyarakat dengan posisi sosial ekonomi rendah memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan akses sumber daya yang lebih baik (WHO, 2021). Ketimpangan kesehatan ini tidak hanya terjadi antar negara, tetapi juga dalam wilayah geografis yang sama, terutama antara kawasan perkotaan dan wilayah periferi seperti komunitas pesisir.

Dalam konteks Indonesia, ketimpangan akses kesehatan antara wilayah perkotaan dan wilayah terpencil masih menjadi tantangan serius dalam pembangunan kesehatan nasional. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, serta sarana pelayanan kesehatan masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan, sementara masyarakat pesisir dan kepulauan menghadapi keterbatasan akses yang signifikan. Ketimpangan ini menjadi lebih kompleks ketika dilihat dari perspektif gender, di mana perempuan dalam komunitas pesisir menghadapi beban ganda sebagai pengurus domestik sekaligus kontributor ekonomi keluarga melalui aktivitas pengolahan hasil perikanan dan perdagangan hasil laut.

Perspektif sosiologi kesehatan menekankan bahwa kondisi kesehatan individu tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis, tetapi juga oleh berbagai determinan sosial seperti kondisi ekonomi, tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, dan akses terhadap fasilitas kesehatan (Marmot, 2015; Bambra et al., 2021). Dalam komunitas pesisir, determinan sosial ini berinteraksi dengan kondisi geografis yang terpencil, ketergantungan ekonomi pada sektor perikanan yang tidak stabil, serta

struktur relasi gender yang sering menempatkan perempuan dalam posisi subordinat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Kondisi ini menciptakan bentuk kerentanan kesehatan yang lebih kompleks dan berlapis.

Kajian mengenai kesehatan perempuan di wilayah pesisir masih relatif terbatas dalam literatur Indonesia. Sebagian besar penelitian kesehatan perempuan lebih berfokus pada aspek kesehatan reproduksi di wilayah perkotaan, tanpa mempertimbangkan konteks geografis spesifik dan interaksi berbagai faktor sosial yang membentuk pengalaman kesehatan perempuan di wilayah marginal. Penelitian internasional menunjukkan bahwa perempuan dalam komunitas pesisir mengalami risiko kesehatan yang lebih tinggi karena kombinasi faktor geografis, ekonomi, dan gender (Béné & Merten, 2019; Bennett et al., 2021). Namun, pemahaman mendalam tentang bagaimana berbagai faktor ini berinteraksi dalam konteks Indonesia masih memerlukan kajian lebih lanjut.

Pendekatan interseksionalitas, yang pertama kali dikembangkan oleh Crenshaw (1989), memberikan kerangka analisis yang relevan untuk memahami kerentanan kesehatan perempuan pesisir. Pendekatan ini menekankan bahwa pengalaman ketidaksetaraan tidak dapat dipahami hanya melalui satu dimensi seperti gender atau kelas sosial semata, melainkan merupakan hasil dari interaksi berbagai struktur ketidaksetaraan yang saling berkaitan (Hankivsky et al., 2021). Dalam konteks perempuan pesisir, interseksi antara gender, kelas ekonomi, dan lokasi geografis menciptakan bentuk kerentanan yang unik dan memerlukan pendekatan kebijakan yang lebih komprehensif.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketimpangan akses kesehatan yang dialami oleh perempuan dalam komunitas pesisir Indonesia melalui perspektif sosiologi kesehatan dengan pendekatan interseksionalitas. Secara khusus, penelitian ini berupaya mengidentifikasi berbagai determinan sosial yang mempengaruhi pengalaman kesehatan perempuan pesisir, menjelaskan bagaimana relasi gender dan kondisi sosial ekonomi berkontribusi dalam membentuk kerentanan kesehatan, serta merumuskan implikasi kebijakan untuk mengatasi ketimpangan kesehatan di wilayah pesisir.

Dalam perspektif sosiologi kesehatan, kesehatan dipahami bukan hanya sebagai kondisi biologis individu, tetapi juga sebagai fenomena sosial yang dipengaruhi oleh struktur ketimpangan dalam masyarakat. Teori ketimpangan kesehatan yang dikembangkan oleh Marmot (2015) menjelaskan bahwa perbedaan kondisi kesehatan antar kelompok masyarakat muncul karena ketidakmerataan distribusi sumber daya sosial seperti pendapatan, pendidikan, dan akses terhadap layanan kesehatan. Review terbaru Marmot et al. (2020) menegaskan bahwa kesenjangan kesehatan di Inggris semakin melebar, terutama pada kelompok marginal, menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan masalah struktural yang persisten.

Fundamental Cause Theory yang dikembangkan oleh Link dan Phelan (1995) memperkuat pemahaman bahwa posisi sosial ekonomi merupakan penyebab mendasar dari ketimpangan kesehatan. Teori ini menjelaskan bahwa kelompok

dengan sumber daya sosial yang lebih besar (pendidikan, pendapatan, jaringan sosial) memiliki kemampuan lebih baik untuk menghindari risiko kesehatan dan mengakses layanan kesehatan berkualitas, (Jalal, et al., 2024). Dalam konteks masyarakat pesisir yang umumnya memiliki keterbatasan sumber daya ekonomi dan pendidikan, teori ini memberikan penjelasan mengapa ketimpangan kesehatan cenderung lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan.

Konsep Social Determinants of Health (SDOH) yang dikembangkan oleh WHO menekankan bahwa kondisi kesehatan individu dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial yang membentuk kehidupan sehari-hari, termasuk kondisi ekonomi, tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, dan akses terhadap pelayanan kesehatan (Solar & Irwin, 2010; WHO, 2021). Framework SDOH membedakan antara determinan struktural (sistem politik-ekonomi, kebijakan publik) dan determinan intermediet (kondisi kehidupan dan kerja, akses layanan kesehatan) yang bersama-sama membentuk ekuitas kesehatan.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa determinan sosial kesehatan memiliki dampak yang lebih besar terhadap kondisi kesehatan masyarakat dibandingkan intervensi medis semata (Bambra et al., 2023). Dalam komunitas pesisir, berbagai determinan sosial saling berinteraksi: keterbatasan ekonomi mempengaruhi kemampuan memperoleh nutrisi dan layanan kesehatan; rendahnya pendidikan mempengaruhi pemahaman tentang pencegahan penyakit; kondisi lingkungan pesisir dengan sanitasi terbatas meningkatkan risiko penyakit; dan jarak geografis membatasi akses terhadap fasilitas kesehatan (Islam et al., 2022; Islam, 2023).

Perspektif gender dalam sosiologi kesehatan menegaskan bahwa pengalaman kesehatan perempuan tidak dapat dipisahkan dari konstruksi sosial mengenai peran dan posisi perempuan dalam masyarakat. Gender mempengaruhi bagaimana individu mengakses sumber daya kesehatan, mengambil keputusan terkait kesehatan, serta memperoleh dukungan sosial (Annandale & Hunt, 2019). Ketimpangan kesehatan berbasis gender sering kali berakar pada relasi kekuasaan dalam masyarakat yang membentuk distribusi sumber daya yang tidak setara.

Dalam komunitas pesisir, perempuan menghadapi beban kerja ganda: peran domestik dalam mengurus rumah tangga dan peran produktif dalam mendukung ekonomi keluarga melalui pengolahan hasil tangkapan, perdagangan ikan, atau aktivitas ekonomi pesisir lainnya. Studi Sen dan Östlin (2022) menunjukkan bahwa beban kerja ganda ini meningkatkan risiko kelelahan fisik dan tekanan psikologis, namun perempuan sering memiliki keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan karena prioritas keluarga dan keterbatasan pengambilan keputusan. Penelitian di komunitas nelayan Asia Tenggara mengkonfirmasi bahwa perempuan sering menunda pengobatan karena mempertimbangkan kondisi ekonomi keluarga dan norma sosial yang menempatkan kebutuhan laki-laki dan anak sebagai prioritas (Rahman et al., 2021).

Pendekatan interseksionalitas, yang diperkenalkan oleh Crenshaw (1989), menekankan bahwa ketidaksetaraan sosial tidak dapat dipahami hanya melalui satu dimensi tunggal. Sebaliknya, pengalaman ketidaksetaraan merupakan hasil dari

interaksi berbagai faktor sosial yang saling berkaitan seperti gender, kelas ekonomi, etnisitas, dan lokasi geografis, (Nurti, E. et al., 2023). Dalam kajian kesehatan, pendekatan interseksionalitas membantu menjelaskan bagaimana berbagai struktur ketidaksetaraan sosial berinteraksi dalam membentuk kondisi kesehatan individu dan kelompok (Hankivsky et al., 2021; Hankivsky, 2022).

Studi terbaru tentang interseksionalitas dan kesehatan menunjukkan bahwa kelompok yang mengalami bentuk ketidaksetaraan berlapis memiliki risiko kesehatan yang jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok yang hanya mengalami satu bentuk ketidaksetaraan (Hankivsky et al., 2021). Dalam konteks perempuan pesisir Indonesia, interseksi antara gender (sebagai perempuan), kelas ekonomi (masyarakat pesisir dengan ekonomi tidak stabil), dan lokasi geografis (wilayah terpencil dengan akses terbatas) menciptakan bentuk kerentanan kesehatan yang unik dan kompleks yang memerlukan analisis multi-dimensi.

Penelitian internasional menunjukkan bahwa masyarakat pesisir di berbagai negara berkembang menghadapi tantangan kesehatan yang serupa. Studi Allison dan Seeley (2018) di komunitas nelayan Afrika menemukan bahwa masyarakat pesisir memiliki risiko kesehatan lebih tinggi karena keterbatasan akses fasilitas kesehatan, kondisi ekonomi tidak stabil, dan paparan risiko pekerjaan. Penelitian Béné dan Merten (2019) mengkonfirmasi bahwa perempuan dalam komunitas pesisir mengalami kerentanan sosial yang lebih tinggi karena kombinasi keterbatasan pendidikan, informasi kesehatan, dan posisi lemah dalam pengambilan keputusan rumah tangga.

Dalam konteks Indonesia, studi Nurhayati (2022) menunjukkan bahwa perempuan di komunitas pesisir sering kali menunda pengobatan karena prioritas ekonomi keluarga, mencerminkan bagaimana relasi gender dan kondisi ekonomi berinteraksi dalam mempengaruhi akses kesehatan. Penelitian terbaru tentang dampak pembangunan pesisir terhadap gender di Indonesia juga mengungkapkan bahwa perubahan ekologis dan ekonomi pesisir sering memperburuk ketidaksetaraan gender dalam akses kesehatan dan kesejahteraan (Bennett et al., 2021).

Meskipun terdapat literatur yang membahas ketimpangan kesehatan dan kesehatan perempuan secara terpisah, kajian yang mengintegrasikan perspektif interseksionalitas untuk memahami kerentanan kesehatan perempuan pesisir di Indonesia masih terbatas. Sebagian besar penelitian kesehatan perempuan di Indonesia berfokus pada kesehatan reproduksi di wilayah perkotaan, tanpa mempertimbangkan konteks geografis spesifik dan interaksi berbagai determinan sosial dalam komunitas pesisir. Penelitian ini berkontribusi mengisi kesenjangan tersebut dengan menganalisis bagaimana gender, kelas ekonomi, dan lokasi geografis berinteraksi dalam membentuk ketimpangan kesehatan perempuan pesisir, serta merumuskan implikasi kebijakan yang sensitif terhadap kompleksitas sosial tersebut.

METODE

1. Kajian Literatur Sistematis

Penelitian ini menggunakan metode kajian literatur sistematis (systematic literature review) untuk menganalisis ketimpangan akses kesehatan perempuan pesisir

melalui perspektif sosiologi kesehatan dan interseksionalitas. Pendekatan kajian literatur dipilih karena memungkinkan analisis mendalam terhadap berbagai konsep teoretis dan temuan empiris yang telah dikembangkan dalam literatur akademik, serta memfasilitasi sintesis pemahaman komprehensif tentang fenomena kesehatan perempuan pesisir.

2. Sumber Data dan Strategi Pencarian

Penelusuran literatur dilakukan melalui tiga database akademik utama: Scopus, ScienceDirect, dan Google Scholar. Pemilihan database ini didasarkan pada cakupan luas publikasi ilmiah berkualitas tinggi yang telah melalui proses peer review. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian meliputi: "health inequality", "social determinants of health", "gender and health", "women's health", "coastal communities", "fishing communities", "intersectionality health", dan kombinasi dari kata kunci tersebut.

3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi penelitian ini adalah: (1) publikasi ilmiah dalam bentuk artikel jurnal, buku akademik, dan laporan lembaga internasional yang kredibel; (2) publikasi periode 2015-2026 untuk memastikan relevansi dan kemutakhiran; (3) fokus pada isu ketimpangan kesehatan, determinan sosial kesehatan, kesehatan perempuan, dan/atau kesehatan masyarakat pesisir; (4) publikasi dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris; dan (5) memiliki keterkaitan langsung dengan tema penelitian baik secara konseptual maupun empiris.

Kriteria eksklusi meliputi: (1) publikasi yang tidak melalui proses peer review; (2) publikasi sebelum tahun 2015 kecuali karya teoretis klasik yang menjadi fondasi penting; (3) publikasi yang hanya berfokus pada aspek medis-klinis tanpa dimensi sosial; dan (4) publikasi dengan metodologi yang tidak jelas atau kredibilitas rendah.

4. Proses Seleksi dan Analisis

Proses seleksi literatur dilakukan melalui tiga tahap: (1) screening judul dan abstrak untuk identifikasi relevansi awal; (2) pembacaan full-text untuk penilaian kesesuaian dengan kriteria inklusi; dan (3) ekstraksi data dan analisis konten untuk mengidentifikasi tema-tema utama, temuan empiris, dan kerangka konseptual. Dari proses seleksi ini, terpilih 30 publikasi yang menjadi basis analisis penelitian ini, terdiri dari 22 artikel jurnal internasional, 5 buku akademik, dan 3 laporan lembaga internasional.

Analisis data dilakukan dengan pendekatan analisis tematik, mengidentifikasi pola-pola utama dalam literatur terkait: (1) bentuk ketimpangan akses kesehatan pada perempuan pesisir; (2) determinan sosial yang mempengaruhi kesehatan perempuan pesisir; (3) perspektif teoretis dalam memahami kerentanan kesehatan; dan (4) implikasi kebijakan kesehatan. Analisis juga mempertimbangkan konteks geografis dan sosial-budaya Indonesia dalam menginterpretasi temuan dari literatur internasional.

5. Keterbatasan Penelitian

Sebagai kajian literatur, penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal ketiadaan data empiris primer dari komunitas pesisir Indonesia. Temuan penelitian didasarkan pada sintesis literatur yang tersedia, yang mungkin tidak sepenuhnya merepresentasikan keragaman kondisi komunitas pesisir di berbagai wilayah

Indonesia. Namun demikian, pendekatan kajian literatur memungkinkan analisis komprehensif terhadap berbagai perspektif teoretis dan temuan empiris dari berbagai konteks, yang dapat memberikan pemahaman konseptual mendalam tentang fenomena ketimpangan kesehatan perempuan pesisir.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Ketimpangan Akses Kesehatan Perempuan Pesisir: Hambatan Struktural dan Geografis

Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa perempuan dalam komunitas pesisir menghadapi ketimpangan akses kesehatan yang signifikan, terutama karena hambatan struktural berupa keterbatasan infrastruktur kesehatan dan jarak geografis dari pusat pelayanan kesehatan. Distribusi fasilitas kesehatan di Indonesia masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan, sementara wilayah pesisir dan kepulauan menghadapi defisit fasilitas kesehatan yang serius. Kondisi geografis pesisir yang relatif terpencil menyebabkan masyarakat harus menempuh jarak yang jauh untuk memperoleh layanan kesehatan dasar, bahkan lebih jauh lagi untuk layanan kesehatan lanjutan atau rujukan.

Studi Rahman et al. (2021) di komunitas nelayan Asia Tenggara mengidentifikasi bahwa keterbatasan fasilitas kesehatan dan jarak geografis menjadi hambatan utama bagi perempuan dalam mengakses layanan kesehatan yang memadai. Kondisi ini diperparah oleh keterbatasan sarana transportasi dan kondisi jalan yang buruk, terutama saat musim penghujan atau cuaca buruk yang sering terjadi di wilayah pesisir. Dalam beberapa kasus, perempuan harus menunggu hingga kondisi cuaca membaik atau kondisi kesehatan sudah sangat darurat sebelum memutuskan untuk mengakses fasilitas kesehatan, yang pada gilirannya meningkatkan risiko komplikasi kesehatan.

Minimnya tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah pesisir juga menjadi faktor penting dalam ketimpangan akses kesehatan. Distribusi tenaga medis yang tidak merata menyebabkan rasio tenaga kesehatan per populasi di wilayah pesisir jauh lebih rendah dibandingkan wilayah perkotaan. Islam et al. (2022) menemukan bahwa masyarakat pesisir sering menghadapi keterbatasan tidak hanya dalam hal ketersediaan fasilitas fisik, tetapi juga dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan konsisten. Kondisi ini menciptakan hambatan akses yang berlapis: jarak geografis yang jauh, keterbatasan transportasi, minimnya fasilitas kesehatan, dan terbatasnya tenaga kesehatan.

Dari perspektif Fundamental Cause Theory (Link & Phelan, 1995), kondisi ini menunjukkan bahwa posisi geografis dan sosial ekonomi masyarakat pesisir menempatkan mereka dalam posisi struktural yang kurang menguntungkan dalam memperoleh layanan kesehatan. Keterbatasan sumber daya sosial (pendapatan, pendidikan, jaringan sosial) yang dimiliki masyarakat pesisir membatasi kemampuan mereka untuk mengatasi hambatan geografis tersebut, menciptakan siklus ketimpangan kesehatan yang persisten.

2. Determinan Ekonomi: Ketidakstabilan Pendapatan dan Prioritas Kesehatan

Kondisi sosial ekonomi masyarakat pesisir yang sebagian besar bergantung pada sektor perikanan menjadi determinan penting dalam ketimpangan akses kesehatan. Sektor perikanan memiliki karakteristik pendapatan yang tidak stabil karena sangat dipengaruhi oleh kondisi cuaca, musim ikan, dan fluktuasi harga pasar. Ketidakstabilan pendapatan ini berdampak langsung pada kemampuan rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, terutama layanan kesehatan yang memerlukan biaya out-of-pocket.

Penelitian Nurhayati (2022) mengenai kesehatan perempuan di komunitas pesisir Indonesia menunjukkan bahwa perempuan sering menunda pengobatan karena mempertimbangkan kondisi ekonomi keluarga. Dalam banyak kasus, pengeluaran rumah tangga lebih diprioritaskan untuk kebutuhan pangan dan pendidikan anak dibandingkan kebutuhan kesehatan perempuan. Temuan ini mengkonfirmasi bahwa keputusan terkait kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas kesehatan, tetapi juga oleh struktur ekonomi rumah tangga dan hierarki prioritas dalam alokasi sumber daya yang terbatas.

Kondisi ekonomi yang tidak stabil juga mempengaruhi kemampuan rumah tangga dalam memperoleh nutrisi yang memadai. Ketergantungan pada hasil laut sebagai sumber pangan utama, meskipun kaya protein, sering tidak diimbangi dengan diversifikasi pangan yang mencukupi kebutuhan gizi seimbang. Studi Béné dan Merten (2019) menemukan bahwa paradoks "kaya ikan namun miskin gizi" sering terjadi dalam komunitas pesisir, di mana akses terhadap sumber protein baik namun akses terhadap sayuran, buah, dan sumber karbohidrat berkualitas terbatas karena keterbatasan ekonomi dan geografis.

Dari perspektif determinan sosial kesehatan, kondisi ekonomi yang tidak stabil ini merupakan determinan intermediet yang mempengaruhi kondisi kehidupan dan kemampuan rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Solar & Irwin, 2010). Ketika dikombinasikan dengan hambatan geografis dan keterbatasan infrastruktur kesehatan, determinan ekonomi ini menciptakan barier berlapis yang membatasi akses kesehatan perempuan pesisir secara signifikan.

3. Relasi Gender dan Beban Kerja Ganda: Hambatan Sosial-Budaya

Analisis gender mengungkapkan bahwa ketimpangan akses kesehatan perempuan pesisir tidak dapat dipisahkan dari konstruksi sosial tentang peran perempuan dalam keluarga dan masyarakat. Perempuan dalam komunitas pesisir menghadapi beban kerja ganda: menjalankan peran domestik sebagai pengurus rumah tangga dan peran produktif sebagai kontributor ekonomi keluarga melalui aktivitas pengolahan ikan, perdagangan hasil laut, atau pekerjaan pesisir lainnya. Beban kerja ganda ini menciptakan tekanan fisik dan psikologis yang signifikan namun sering tidak diikuti dengan akses yang memadai terhadap layanan kesehatan.

Penelitian Sen dan Östlin (2022) menunjukkan bahwa beban kerja ganda meningkatkan risiko kelelahan fisik, gangguan muskuloskeletal, dan tekanan psikologis pada perempuan di komunitas nelayan. Namun, perempuan sering memiliki keterbatasan waktu untuk mengakses layanan kesehatan karena tanggung jawab

domestik dan ekonomi yang harus dijalankan. Dalam beberapa kasus, perempuan harus menunggu hingga hari libur pasar atau ketika tidak ada tangkapan yang harus diolah sebelum dapat meluangkan waktu untuk berobat, yang sering kali membuat kondisi kesehatan sudah terlambat ditangani.

Relasi gender dalam keluarga juga mempengaruhi pengambilan keputusan terkait kesehatan. Dalam banyak komunitas pesisir yang masih menganut struktur patriarkal, keputusan penting dalam keluarga termasuk keputusan kesehatan sering didominasi oleh laki-laki sebagai kepala keluarga. Perempuan memiliki keterbatasan dalam menentukan kapan harus berobat, ke mana harus berobat, dan berapa biaya yang dapat dialokasikan untuk kesehatan mereka. Kondisi ini mencerminkan ketimpangan kekuasaan dalam struktur keluarga yang membatasi otonomi perempuan dalam menentukan kebutuhan kesehatan mereka sendiri.

Studi Annandale dan Hunt (2019) menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan berbasis gender sering berakar pada relasi kekuasaan dalam masyarakat yang membentuk distribusi sumber daya yang tidak setara. Dalam konteks perempuan pesisir, keterbatasan otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan dikombinasikan dengan beban kerja ganda dan prioritas ekonomi keluarga menciptakan kondisi di mana kesehatan perempuan sering terabaikan hingga mencapai kondisi krisis.

4. Perspektif Interseksionalitas: Kerentanan Berlapis Perempuan Pesisir

Pendekatan interseksionalitas memberikan kerangka analisis yang komprehensif untuk memahami bagaimana berbagai faktor sosial berinteraksi dalam membentuk kerentanan kesehatan perempuan pesisir. Perempuan pesisir tidak hanya mengalami ketidaksetaraan berbasis gender, tetapi juga ketidaksetaraan berbasis kelas ekonomi (sebagai kelompok masyarakat dengan ekonomi tidak stabil) dan lokasi geografis (sebagai penduduk wilayah marginal dengan akses terbatas). Interseksi ketiga faktor ini menciptakan bentuk kerentanan yang unik dan lebih kompleks dibandingkan jika hanya menganalisis satu dimensi ketidaksetaraan.

Hankivsky et al. (2021) menjelaskan bahwa pendekatan interseksionalitas memungkinkan peneliti untuk memahami bagaimana pengalaman kesehatan seseorang dipengaruhi oleh berbagai struktur ketidaksetaraan sosial yang saling berkaitan. Dalam konteks perempuan pesisir Indonesia, interseksi gender-kelas-geografis dapat dianalisis sebagai berikut: Sebagai perempuan, mereka menghadapi keterbatasan otonomi dalam pengambilan keputusan kesehatan dan beban kerja ganda domestik-produktif. Sebagai kelompok ekonomi marginal yang bergantung pada sektor perikanan tidak stabil, mereka memiliki keterbatasan sumber daya finansial untuk mengakses layanan kesehatan. Sebagai penduduk wilayah geografis terpencil, mereka menghadapi hambatan akses fisik terhadap fasilitas kesehatan.

Ketiga dimensi ini tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling memperkuat dalam menciptakan kondisi kerentanan. Misalnya, keterbatasan ekonomi memperburuk hambatan geografis karena ketiadaan biaya transportasi untuk mengakses fasilitas kesehatan yang jauh. Relasi gender yang patriarkal memperburuk keterbatasan ekonomi karena prioritas alokasi sumber daya keluarga yang

menempatkan kebutuhan laki-laki dan anak di atas kebutuhan perempuan. Lokasi geografis yang terpencil memperburuk relasi gender karena keterbatasan akses terhadap informasi dan pendidikan yang dapat memberdayakan perempuan.

Analisis interseksionalitas juga mengungkapkan bahwa intervensi kesehatan yang hanya fokus pada satu dimensi (misalnya hanya meningkatkan fasilitas kesehatan tanpa mempertimbangkan determinan ekonomi dan gender) akan memiliki efektivitas terbatas dalam mengatasi ketimpangan kesehatan perempuan pesisir. Pendekatan yang lebih komprehensif yang mengintegrasikan berbagai dimensi ketidaksetaraan menjadi kebutuhan mendesak dalam kebijakan kesehatan.

5. Perbandingan Konteks Internasional: Pola Universal dan Spesifisitas Lokal

Perbandingan dengan penelitian internasional menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan pada komunitas pesisir merupakan fenomena yang tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga di berbagai negara berkembang lainnya. Studi Allison dan Seeley (2018) mengenai komunitas nelayan di Afrika menunjukkan pola yang serupa: masyarakat pesisir menghadapi risiko kesehatan yang lebih tinggi karena keterbatasan akses fasilitas kesehatan, kondisi ekonomi tidak stabil, dan dalam konteks perempuan, beban kesehatan yang lebih besar karena peran domestik dan produktif yang berlapis.

Penelitian di berbagai konteks juga menunjukkan pola universal bahwa perempuan dalam komunitas pesisir sering tidak memiliki posisi yang kuat dalam pengambilan keputusan rumah tangga terkait kesehatan, yang menyebabkan kebutuhan kesehatan mereka menjadi prioritas rendah dalam alokasi sumber daya keluarga (Béné & Merten, 2019). Kondisi ini mencerminkan struktur patriarkal yang masih dominan di banyak komunitas pesisir tradisional di berbagai belahan dunia. Namun demikian, terdapat juga spesifisitas lokal yang perlu dipertimbangkan. Dalam konteks Indonesia dengan karakteristik geografis kepulauan yang luas, tantangan akses geografis terhadap layanan kesehatan memiliki dimensi yang lebih kompleks dibandingkan komunitas pesisir di daratan kontinental. Keragaman budaya dan sistem sosial di berbagai wilayah pesisir Indonesia juga mempengaruhi bagaimana relasi gender dan prioritas kesehatan terbentuk dalam komunitas. Beberapa komunitas adat pesisir di Indonesia memiliki tradisi yang lebih egaliter dalam relasi gender, sementara komunitas lain memiliki struktur patriarkal yang lebih kuat.

6. Modal Sosial dan Strategi Adaptasi: Agensi dalam Keterbatasan

Meskipun menghadapi berbagai hambatan struktural, perempuan pesisir juga menunjukkan agensi dan strategi adaptasi dalam menghadapi keterbatasan akses kesehatan. Konsep modal sosial yang dikembangkan oleh Bourdieu (1986) membantu memahami bagaimana jaringan sosial dalam komunitas berperan sebagai sumber daya penting. Dalam komunitas pesisir, hubungan kekerabatan dan solidaritas sosial sering menjadi sumber dukungan penting bagi perempuan dalam menghadapi persoalan kesehatan.

Jaringan sosial komunitas memfasilitasi berbagi informasi kesehatan, pengalaman pengobatan, dan bahkan bantuan finansial atau transportasi ketika anggota komunitas memerlukan akses ke fasilitas kesehatan. Dalam beberapa kasus,

perempuan dalam komunitas membentuk kelompok arisan atau simpan-pinjam yang juga berfungsi sebagai sistem jaring pengaman sosial untuk kebutuhan kesehatan darurat. Namun demikian, modal sosial tidak selalu mampu menggantikan peran institusi formal dalam penyediaan layanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas.

Perempuan pesisir juga mengembangkan pengetahuan kesehatan lokal yang diturunkan secara intergenerasi, termasuk penggunaan tanaman obat tradisional dan praktik perawatan kesehatan berbasis komunitas. Meskipun pengetahuan tradisional ini memiliki nilai penting dalam konteks budaya dan dapat efektif untuk beberapa kondisi kesehatan ringan, keterbatasan pengetahuan medis modern dan akses terhadap teknologi diagnostik sering menyebabkan keterlambatan dalam identifikasi dan penanganan penyakit yang memerlukan intervensi medis lebih lanjut.

7. Implikasi Kebijakan: Menuju Ekuitas Kesehatan yang Komprehensif

Temuan penelitian ini memiliki implikasi penting bagi kebijakan kesehatan di Indonesia. Pertama, upaya untuk mengurangi ketimpangan kesehatan perempuan pesisir tidak dapat dilakukan hanya melalui peningkatan fasilitas kesehatan semata, tetapi memerlukan pendekatan yang mengintegrasikan berbagai determinan sosial kesehatan. Kebijakan kesehatan perlu mempertimbangkan hambatan geografis, ekonomi, dan sosial-budaya secara simultan.

Kedua, kebijakan kesehatan perlu lebih sensitif terhadap dimensi gender dengan memperhatikan kebutuhan spesifik perempuan pesisir, termasuk layanan kesehatan yang fleksibel dengan waktu operasional yang mempertimbangkan beban kerja perempuan, program pemberdayaan yang meningkatkan otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan kesehatan, dan edukasi kesehatan yang melibatkan laki-laki untuk mengubah norma gender yang membatasi akses kesehatan perempuan.

Ketiga, pendekatan pembangunan kesehatan yang partisipatif dan berbasis komunitas perlu dikembangkan. Pendekatan top-down yang tidak memahami konteks lokal sering tidak efektif dalam menjangkau kebutuhan nyata masyarakat pesisir. Pelibatan perempuan dan komunitas dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan dapat meningkatkan relevansi dan efektivitas intervensi.

Keempat, diperlukan kebijakan integratif yang menghubungkan sektor kesehatan dengan sektor lain seperti ekonomi, transportasi, dan pendidikan. Peningkatan akses kesehatan perlu dibarengi dengan penguatan ekonomi komunitas pesisir melalui diversifikasi mata pencaharian, peningkatan infrastruktur transportasi untuk mengatasi hambatan geografis, dan peningkatan akses pendidikan khususnya bagi perempuan untuk meningkatkan literasi kesehatan.

Kelima, sistem jaminan kesehatan nasional perlu diperkuat dengan memastikan cakupan yang inklusif bagi masyarakat pesisir dan prosedur klaim yang tidak birokratis. Keterbatasan ekonomi masyarakat pesisir membuat jaminan kesehatan menjadi sangat penting, namun kompleksitas administrasi dan keterbatasan pemahaman sering menjadi hambatan dalam pemanfaatan jaminan kesehatan yang tersedia.

SIMPULAN

Penelitian ini menegaskan bahwa ketimpangan akses kesehatan perempuan pesisir di Indonesia merupakan fenomena kompleks yang dibentuk oleh interaksi berbagai determinan sosial. Tiga hambatan utama telah diidentifikasi: hambatan struktural-geografis berupa keterbatasan infrastruktur kesehatan dan jarak dari pusat pelayanan; hambatan ekonomi berupa ketidakstabilan pendapatan dan prioritas alokasi sumber daya keluarga; dan hambatan sosial-budaya berupa relasi gender patriarkal dan beban kerja ganda domestik-produktif.

Pendekatan interseksionalitas mengungkapkan bahwa perempuan pesisir mengalami kerentanan berlapis karena persimpangan faktor gender, kelas ekonomi, dan lokasi geografis marginal. Ketiga dimensi ini tidak bekerja secara independen melainkan saling memperkuat dalam menciptakan kondisi ketidaksetaraan kesehatan yang persisten. Pemahaman terhadap kompleksitas ini penting untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang efektif dan berkeadilan.

Implikasi kebijakan menekankan perlunya pendekatan komprehensif yang mengintegrasikan berbagai dimensi determinan sosial kesehatan, sensitif terhadap kebutuhan gender spesifik, partisipatif dengan melibatkan komunitas, dan integratif dengan menghubungkan sektor kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya. Penguatan sistem jaminan kesehatan yang inklusif dan mudah diakses juga menjadi kebutuhan mendesak.

Penelitian ini membuka ruang untuk kajian lebih lanjut, khususnya penelitian empiris yang mengeksplorasi pengalaman spesifik perempuan pesisir di berbagai wilayah Indonesia dengan keragaman konteks geografis, budaya, dan sosial-ekonomi. Penelitian mendatang juga dapat mengeksplorasi praktik-praktik inovatif dan model intervensi kesehatan berbasis komunitas yang telah berhasil mengatasi hambatan akses kesehatan di wilayah pesisir, sebagai pembelajaran untuk replikasi dan pengembangan kebijakan yang lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

Allison, E. H., & Seeley, J. A. (2018). HIV and AIDS among fisherfolk: A threat to 'responsible fisheries'? Fish and Fisheries, 5(3), 215–234.https://doi.org/10.1111/j.1467-2979.2004.00153.x

Annandale, E., & Hunt, K. (2019). Gender inequalities in health. In W. C. Cockerham (Ed.), The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology (pp. 125–144). Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781119413416.ch9

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2021). The COVID-19 pandemic and health inequalities. Journal of Epidemiology & Community Health, 75(11), 964–968. https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401

Bambra, C. (2023). Health inequalities and welfare states: A review of recent research. Social Science & Medicine, 318, 115736. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115736

Béné, C., & Merten, S. (2019). Women and fish-for-food security in coastal communities. Global Food Security, 21, 65–73. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2019.03.003

Bennett, N. J., Blythe, J., White, C. S., & Campero, C. (2021). Blue growth and coastal communities: Impacts and social equity. Marine Policy, 125, 104769. https://doi.org/10.1016/j.marpol.2021.104769

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), Handbook of theory and research for the sociology of education (pp. 241–258). Greenwood Press.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139–167.

Hankivsky, O., Kapilashrami, A., & Collins, P. H. (2021). Intersectionality and why it matters to global health. The Lancet, 397(10273), 414–415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00073-4

Hankivsky, O. (2022). Intersectionality and public policy. Policy & Politics, 50(2), 191–210. https://doi.org/10.1332/030557321X16363870754803

Islam, M. R., Islam, M. S., & Hasan, M. M. (2022). Health inequalities and access to healthcare in coastal communities. International Journal for Equity in Health, 21(1), 88. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01644-5

Islam, M. R. (2023). Social determinants of health in coastal populations. International Journal for Equity in Health, 22(1), 67. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01866-7

Jalal, J., Akhiruddin, A., Salemuddin, M. R., Iskandar, A. M., Sriwahyuni, S., & Kasim, H. (2024). Social Construction for Maintaining Local Wisdom: Study of Kajang Community, South Sulawesi, Indonesia. JSW (Jurnal Sosiologi Walisongo), 8(1), 95-110.

Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behavior, 35(Extra Issue), 80–94. https://doi.org/10.2307/2626958

Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. Bloomsbury Publishing. https://doi.org/10.5040/9781474247473

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. Institute of Health Equity. https://doi.org/10.1136/bmj.m693

Nurhayati, S. (2022). Health access and gender inequality in Indonesian coastal communities. Indonesian Journal of Social and Environmental Issues, 3(2), 112–121. https://doi.org/10.47540/ijsei.v3i2.406

Nurti, E. S., & Salemudin, M. R. (2023). Strategi Bertahan Hidup Masyarakat Urban Di Masa Pandemi Covid-19 (Studi Pada Masyarakat Pendatang Manggarai di Kelurahan Bitowa Kecamatan Manggala Kota Makassar). Kumpulan Artikel Pendidikan Anak Bangsa (Kapasa): Jurnal Pendidikan, Sosial dan Humaniora, 3(1), 56-61.

Rahman, M., Rahman, M., & Khan, M. (2021). Access to healthcare among coastal fishing communities in Southeast Asia. BMC Public Health, 21(1), 1547. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10656-0

Sen, G., & Östlin, P. (2022). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Global Public Health, 17(1), 1–14. https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1820555

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28188.92804

World Health Organization. (2021). Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.