

BAB. II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengarusutamaan Gender (PUG)

1. Kebijakan Pengarusutamaan Gender

Terkait dengan Pengarusutamaan Gender (PUG), terdapat beberapa isitilah yang dapat kita temukan, antara lain dalam :

- a. INPRES No. 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender (PUG) dalam Pembangunan Nasional.

“Komponen kunci keberhasilan pengarusutamaan gender ditentukan oleh ada tidaknya komitmen politik dan kerangka kebijakan pemerintah dalam mendukung pembangunan berperspektif gender, sumber daya manusia yang memiliki gender *analysis skill* dan sumber dana yang memadai, data dan statistik gender, alat dan sistem monitoring dan evaluasi, media KIE, serta peran serta masyarakat”

- b. Permendagri No. 15 Tahun 2008 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan PUG dalam Pembangunan di Daerah.

“Dalam penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan dan pelayanan masyarakat di daerah, masih terdapat ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender, sehingga diperlukan strategi pengintegrasian gender melalui perencanaan, penyusunan, pelaksanaan, penganggaran, pemantauan, dan evaluasi atas kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan daerah”

Dalam Inpres No. 9 Tahun 2000, tujuan pengarusutamaan gender antara adalah :

1. Membentuk mekanisme untuk formulasi kebijakan dan program yang responsif gender.
2. Memberikan perhatian khusus kepada kelompok-kelompok yang mengalami marginalitas, sebagai akibat dari bias gender.
3. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran semua pihak baik pemerintah maupun non pemerintah untuk melakukan tindakan yang sensitif gender dibidang masing-masing.”

Dalam Sasongko (2009), Pengarusutamaan Gender (PUG) adalah suatu strategi untuk mencapai keadilan dan kesetaraan gender melalui kebijakan dan program yang memperhatikan kepentingan laki-laki dan perempuan secara seimbang mulai dari tahap penegakan hak-hak laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan kesempatan, pengakuan dan penghargaan yang sama di masyarakat.

Menurut *United Nation Economic and Social Council* (1997) dalam Dewi (2006), Pengarusutamaan Gender (PUG) adalah :

“mengarusutamakan persepektif gender adalah proses memeriksa pengaruh terhadap perempuan dan laki-laki setelah dilaksanakannya sebuah rencana, termasuk legislasi dan program-program dalam berbagai bidang dalam semua tingkat. PUG merupakan sebuah strategi untuk membuat masalah dan pengalaman perempuan dan laki-laki menjadi bagian yang menyatu dengan rencana, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian kebijakan dan program dalam semua aspek politik, ekonomi, dan sosial agar perempuan dan laki-laki mendapatkan manfaat dan ketidaksetaraan (*inequality*) tidak berlanjut. Tujuan akhirnya adalah kesetaraan gender.”

Dalam pandangan Nugroho (2008), proses untuk mengintegrasikan pertimbangan gender dalam pembangunan merupakan hal mendasar dalam pengarusutamaan gender yang berarti

2. Faktor Kesenjangan Gender

Nugroho (2004) berpendapat bahwa pada awalnya kebijakan publik adalah netral gender, namun bias gender dalam implementasinya. Dampak dari bias gender

dapat berpotensi menimbulkan faktor kesenjangan antara perempuan dan laki-laki baik sebagai objek maupun subyek pembangunan. Dalam konteks kebijakan kesehatan terdapat empat faktor yang dimaksud (UNFPA, 2010), yaitu :

a. Akses

Ditujukan untuk mengetahui kesenjangan kebutuhan kesehatan perempuan dan laki-laki dalam hal kemudahan mendapatkan upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif). Akses terhadap upaya kesehatan dapat dilihat dari empat dimensi, yaitu (i) ketersediaan sarana dan atau upaya kesehatan, (ii) keterjangkauan dari sisi geografis dan transportasi (jarak dan waktu), (iii) *affordability* atau keterjangkauan secara ekonomi, (iv) keterjangkauan secara psikis dan sosiokultural. Akses juga dapat dilihat dari sisi keterjangkauan terhadap sumberdaya, baik sumberdaya yang bersifat *tangibles* (kentara atau nyata) maupun *intangibles* (tidak kentara atau tidak nyata).

b. Partisipasi

Ditujukan untuk mengetahui keterwakilan dan keterlibatan aktif perempuan dan laki-laki dalam upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) baik dari sisi *beneficiaries* (penerima manfaat) maupun *provider* (penyedia layanan kesehatan).

c. Kontrol

Ditujukan untuk mengetahui siapa (laki-laki atau perempuan) yang menentukan keputusan terhadap pengalokasian dan penggunaan sumberdaya yang tersedia di

tingkat rumah tangga, komunitas, pemerintahan yang berhubungan dengan upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).

d. Manfaat

Ditujukan untuk mengetahui apakah laki-laki dan perempuan diuntungkan dalam upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) baik dari sisi *beneficiaries* (penerima manfaat) maupun *provider* (penyedia layanan kesehatan). Manfaat pelayanan kesehatan dari perspektif gender dapat dilihat dari sisi *Practical Gender Needs* (kebutuhan praktis gender) maupun *Strategic Gender Need* (kebutuhan stretegis gender).

B. Analisis Gender

Analisis Gender adalah proses menganalisis data dan informasi secara sistematis tentang laki-laki dan perempuan untuk mengidentifikasi dan mengungkapkan kedudukan, fungsi, peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Secara umum analisis gender bertujuan untuk menyusun kebijakan program dan kegiatan pembangunan dengan memperhitungkan situasi, kondisi dan kebutuhan gender. Analisis Gender digunakan sejak tahap perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kebijakan program dan kegiatan dalam berbagai aspek pembangunan.

Analisis Gender Bidang Kesehatan adalah proses mengidentifikasi, menganalisis, dan memberikan informasi untuk melakukan tindakan dalam rangka memperbaiki ketidak seimbangan yang timbul dari perbedaan peran gender perempuan dan laki-laki atau ketidaksetaraan kekuasaan diantara keduanya, serta konsekuensinya

terhadap kehidupan mereka, status kesehatan dan kesejahteraannya. Analisis Gender bidang kesehatan menekankan pentingnya ketidaksetaraan gender terhadap rendahnya status kesehatan perempuan, hambatan yang dihadapi perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan bagaimana caranya mengatasi permasalahan tersebut. Analisis gender juga berupaya mengungkap faktor risiko kesehatan dan permasalahan yang dihadapi laki-laki sehubungan dengan peran gender mereka (WHO, 1999). Ada berbagai macam instrument analisis gender, seperti *Problem Based Approach*, *Moser Gender Analysis*, *Gender Analysis Pathway (GAP)*, dan lain-lain. *Gender Analysis Pathway* merupakan salah satu alat analisis yang dapat digunakan untuk mereview kebijakan program dan kegiatan bidang kesehatan.

I. Gender Analysis Pathway (GAP)

Gender Analysis Pathway (GAP) atau yang sering disebut juga sebagai alur kerja analisis gender, merupakan model/alat analisis gender yang dikembangkan oleh Bappenas bekerjasama dengan *Canadian International Development Agency (CIDA)* dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak untuk membantu para perencana melakukan pengarusutamaan gender.

Gender Analysis Pathway (GAP) memiliki beberapa keunggulan, antara lain analisis gender dilakukan secara sekuensial mulai dari tahap identifikasi tujuan, analisis situasi, penentuan rincian kegiatan, sampai monitoring dan evaluasi. Karena tahapan siklus perencanaan tersebut disajikan dalam matriks yang sama, akan memudahkan perencana kesehatan untuk melihat relevansi dan konsistensi antara tahapan satu dengan tahapan lainnya sehingga membentuk sekuensial yang

utuh dari kebijakan atau program dan kegiatan sehingga responsif gender. Keunggulan lainnya adalah *Gender Analysis Pathway (GAP)* mempunyai fleksibilitas yang tinggi dalam penggunaannya. Analisis ini dapat digunakan pada level kebijakan, baik kebijakan strategis, kebijakan manajerial, maupun kebijakan operasional. Alat analisis ini dapat juga digunakan pada level program dan atau kegiatan, bahkan sampai pada level *output* dan *sub output*.

II. Teknik Analisis Gender Dengan Metode *Gender Analysis Pathway (GAP)*

Metode Analisis Gender Analysis Pathway (GAP) menggunakan 9 langkah sebagai berikut :

1. Memilih kebijakan program/kegiatan yang ada atau yang sedang disusun/didesain untuk dianalisis; yakni proses mengidentifikasi dan menuliskan tujuan dari kebijakan/program/kegiatan yang baru. *Gender Analysis Pathway (GAP)* dapat digunakan pada level dibawah kegiatan.
2. Menyiapkan Data pembuka wawasan; yakni penyajian data yang terpilah menurut jenis kelamin secara kuantitatif dan kualitatif. Data dan informasi dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif atau gabungan keduanya. Data dan informasi yang ditulis mempunyai relevansi dengan akses, partisipasi, manfaat dan kontrol.
3. Mengenali isu gender dan faktor kesenjangan. Faktor kesenjangan dapat dirinci sebagai berikut :
 - a) Akses, terdapat empat (4) dimensi akses; (i) Ketersediaan sarana dan atau upaya kesehatan; (ii) Aksesibilitas dari sisi geografis dan transportasi (jarak

dan waktu); (iii) Affordability atau akses secara ekonomi; (iv) Akses secara psikis dan sosiokultural.

b) Partisipasi, ditujukan untuk mengetahui kesenjangan partisipasi perempuan dan laki-laki, mulai pada tahap desain kebijakan dan program, implementasi, monitoring dan evaluasi.

c) Manfaat, ditujukan untuk mengetahui kesenjangan manfaat upaya kesehatan yang diterima oleh perempuan dan laki-laki sesuai dengan kebutuhan kesehatannya. Manfaat pelayanan kesehatan dari perspektif gender dapat dilihat dari sisi *practical gender need* maupun *strategic gender need*.

d) Kontrol, ditujukan untuk mengetahui kesenjangan perempuan dan laki-laki dalam menentukan keputusan dan pemilihan alternatif sejumlah keputusan terhadap pengalokasian sumberdaya kesehatan dan sumber daya ditingkat rumah tangga, komunitas, pemerintahan dan pasar yang mempunyai relevansi dengan bidang kesehatan.

4. Mengidentifikasi penyebab kesenjangan internal. Sumber penyebab kesenjangan gender secara internal dapat berbentuk : produk hukum, kebijakan, desain program dan kegiatan sesuai siklus perencanaan dan siklus manajemen program, pemahaman pengelola program tentang konsep gender yang masih kurang baik pada pengambil keputusan maupun pelaksana kebijakan. *Political will* dari pengambil keputusan, dukungan penelitian dan pengembangan kesehatan, dll.

5. Mengidentifikasi Penyebab kesenjangan Eksternal. Sumber penyebab kesenjangan gender secara eksternal (diluar lembaga/institusi kesehatan)

dapat terjadi pada level rumah tangga, komunitas, pemerintahan dan pasar, bahkan isu internasional. Ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender dapat disebabkan oleh budaya patriarki, peran dan relasi gender, diskriminasi gender (stereotipe, subordinasi, marginalisasi, beban ganda serta kekerasan terhadap perempuan) yang terjadi di rumah tangga, komunitas, pemerintahan dan pasar.

6. Menetapkan kembali tujuan kebijakan/program/kegiatan pelayanan kesehatan sehingga *responsive gender*. Reformulasi tujuan : yakni merumuskan kembali tujuan kebijakan/program/kegiatan sehingga menjadi *responsive gender*. Tujuan kebijakan yang baru menjamin kesetaraan dan keadilan perempuan dan laki-laki dalam bidang kesehatan. Reformulasi tujuan dapat pula menambahkan tujuan baru (*intermediate objectives*) yang fokus pada tercapainya kesetaraan dan keadilan gender. Pada saat menyusun tujuan sebaiknya mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya yang ada seperti ketersediaan anggaran, SDM, sara dan oprasarana pendukung, dukungan kebijakan dan waktu yang tersedia.
7. Menyusun kembali rincian kegiatan yang responsive gender: Rencana aksi merupakan detil kegiatan atau intervensi bidang kesehatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan sebagaimana. Tujuan dari rencana aksi adalah mendukung tercapainya target kinerja program dan kegiatan sekaligus menghilangkan kesenjangan gender dalam bidang kesehatan.
8. Pengukuran hasil; mencakup penetapan data dasar (*baseline*) indikator responsive gender. *Baseline* indikator ditujukan untuk mengetahui kemajuan intervensi kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian

tujuan yang responsive gender. *Baseline* digunakan sebagai titik awal capaian kinerja. *Baseline* indikator dapat saja berasal dari data pembuka wawasan.

9. Pengukuran hasil. Indikator gender. Tetapkan indikator gender untuk menilai apakah isu kesenjangan gender bidang kesehatan telah berkurang atau menghilang. Indikator gender difokuskan pada alat ukur terhadap keberhasilan rencana aksi. Indikator dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif. Indikator dapat berada pada level *input*, proses, *output* maupun *outcome*, tetapi menggambarkan kesetaraan dan keadilan gender dalam bidang kesehatan. Jika berada pada level *outcome* maka evaluasi atau pengukurannya dilakukan jangka menengah, tetapi jika berada pada level input, proses dan output, pengukuran dilakukan setiap tahun, sebagaimana evaluasi indikator kinerja program. Sebaiknya indikator yang ditetapkan adalah indikator yang mempunyai relevansi dengan isu akses, partisipasi, manfaat dan control atau isu *practical gender need* dan *strategic gender need*.

C. Program *Making Pragnancy Safer* (MPS)

Making Pregnancy Safer (MPS) atau kehamilan yang aman merupakan kelanjutan dari program *Safe Motherhood*, dengan tujuan melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi. *Making Pregnancy Safer (MPS)* fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan antar institusi pemerintah, lembaga donor, dan peminjam, swasta, masyarakat, dan keluarga. Perhatian khusus diberikan pada

penyediaan pelayanan yang memadai dan berkelanjutan dengan penekanan pada ketersediaan penolong persalinan terlatih. Aktivitas masyarakat ditekankan pada upaya untuk menjamin bahwa wanita dan bayi baru lahir memperoleh akses terhadap pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Lebih lanjut dinyatakan bahwa Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) memiliki tiga pesan kunci, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan pelayanan yang memadai; dan setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Empat strategi utama dalam *Making Pregnancy Safer* (MPS) yaitu; 1) meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas; 2) membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya; 3) mendorong pemberdayaan perempuan dan juga keluarga melalui peningkatan pengetahuan; dan 4) mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

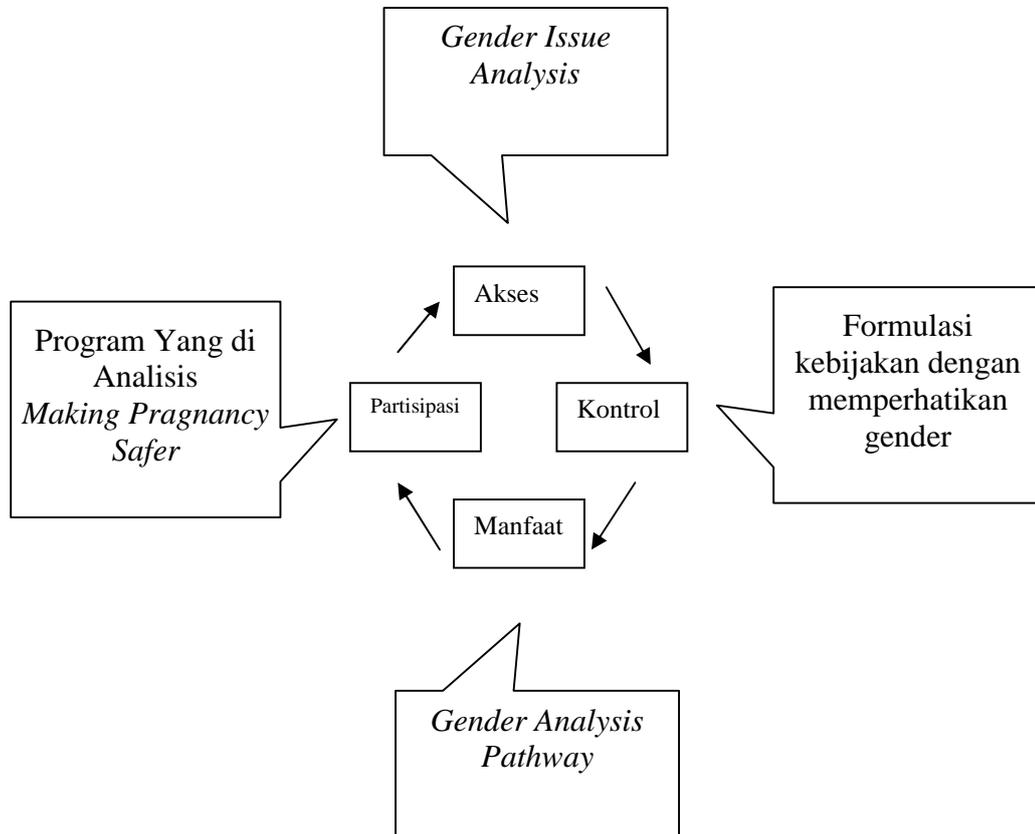
Terdapat beberapa prinsip dasar dalam pelaksanaan program *Making Pregnancy Safer* (MPS), yaitu:

- a) Program ditujukan untuk semua sasaran yang meliputi golongan miskin, daerah terpencil dan kelompok masyarakat di penampungan;
- b) Pemerintah Kabupaten/Kota merupakan unit utama pelaksana program;

- c) Program *Making Pregnancy Safer (MPS)* dilaksanakan dalam konteks sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada/sudah berjalan;
- d) Program *Making Pregnancy Safer (MPS)* mencakup pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan;
- e) Program *Making Pregnancy Safer (MPS)* mengharuskan adanya kemitraan dan sinergisitas dengan pihak terkait dalam hal penyediaan dan pemanfaatan pelayanan;
- f) Program *Making Pregnancy Safer (MPS)* menuntut partisipasi perempuan, keluarga, masyarakat termasuk suami (laki-laki) guna memastikan keberhasilan MPS.

D. Kerangka Pikir

Kerangka pikir dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka Pikir Penelitian