

Editor: Hairil Akbar

GENDER, KESEHATAN SEKSUAL, DAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI



Hindun Rahim | Natalia Debi Subani | Risza Choirunissa
Windy Nofrita Tumuwe | Fitriana Putri Utami | Feny Wartisa
Zainuddin | Mira Miraturrofi'ah | Baiq Nova Aprilia Azamti
Neneng Ratnanengsih Puspitasari | Liawati | Yusni Podungge

BUNGA RAMPAI

**GENDER, KESEHATAN SEKSUAL, DAN
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

GENDER, KESEHATAN SEKSUAL, DAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

Hindun Rahim
Natalia Debi Subani
Risza Choirunissa
Windy Nofrita Tumuwe
Fitriana Putri Utami
Feny Wartisa
Zainuddin
Mira Miraturrofi'ah
Baiq Nova Aprilia Azamti
Neneng Ratnanengsih Puspitasari
Liawati
Yusni Podungge

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

GENDER, KESEHATAN SEKSUAL, DAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

Hindun Rahim
Natalia Debi Subani
Risza Choirunissa
Windy Nofrita Tumuwe
Fitriana Putri Utami
Feny Wartisa
Zainuddin
Mira Miraturrofi'ah
Baiq Nova Aprilia Azamti
Neneng Ratnanengsih Puspitasari
Liawati
Yusni Podungge

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Enjellia Putri Zega

Desain Cover:
Manda Aprikasari

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 216

ISBN:
978-623-195-972-0

Terbit Pada:
Mei 2024

Hak Cipta 2024 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Gender, Kesehatan Seksual, dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Gender, Kesehatan Seksual, dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi.

Sistematika buku ini dengan judul “Gender, Kesehatan Seksual, dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi”, mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 12 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Ketimpangan, Bias, dan Diskriminasi Gender; Pengarusutamaan Gender; Isu Gender di Masa Anak-Anak; Isu Gender pada Anak Perempuan dan Isu Terkini; Isu Gender pada Masa Remaja; Isu Gender pada Masa Dewasa; Isu Gender di Masa Lansia; Analisis Gender dan Perencanaan Program Berbasis Gender; Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE); Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensi; Pelayanan Kesehatan Seksual Reproduksi; serta Etika Pelayanan dalam Kesehatan Reproduksi.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Gender, Kesehatan Seksual, dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, April 2024
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KETIMPANGAN, BIAS DAN DISKRIMINASI GENDER	1
Ketimpangan Gender	2
Bias dan Diskriminasi Gender	4
Diskriminasi Gender	7
Ketimpangan, Bias dan Diskriminasi Gender dalam Pendidikan	11
Upaya dalam Melawan Bias Gender di Dunia Kedokteran.....	12
Upaya Mengatasi Ketimpangan, Bias dan Diskriminasi Gender	14
2 PENGARUSUTAMAAN GENDER.....	19
Konsep Dasar Pengarusutamaan Gender	19
Gender.....	19
Kesetaraan Gender	20
Pengarusutamaan Gender	20
Dasar Kekuatan Amanat Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender	21
Prinsip dan Pendekatan yang Mendasari Pengarusutamaan Gender	25
Pentingnya Perhatian yang ditargetkan untuk Kelompok Tertentu.....	29
Siklus Pengarusutamaan Gender.....	31
3 ISU GENDER DI MASA ANAK-ANAK	37
Pengenalan tentang Konsep Dasar Gender	37

	Stereotip Gender dan Pengaruhnya.....	38
	Kesetaraan Gender	39
	Identitas Gender dan Ekspresi Gender.....	41
	Menghormati Perbedaan	42
	Kontribusi Perempuan dan Laki-laki dalam Masyarakat	44
	Melawan Diskriminasi dan <i>Bullying</i> terkait Gender.....	45
	Melawan Diskriminasi dan <i>Bullying</i> Terkait Gender pada anak	46
4	ISU GENDER PADA ANAK PEREMPUAN DAN ISU TERKINI	53
	Sejarah Hari Anak Perempuan Sedunia	53
	Isu Gender Pada Anak Perempuan.....	55
	Isu Terkini	70
5	ISU GENDER PADA MASA REMAJA	77
	Karakteristik Remaja	77
	Persepsi Remaja terhadap Peran Gender dan Seksualitas	78
	Sosialisasi Gender pada Remaja	80
	Isu Spesifik Gender pada Remaja.....	83
	Gender dan Depresi pada Remaja	83
	Gender dan Hubungan Pacaran pada Remaja.....	85
	Gender dan Presentasi Diri Remaja dalam Media Sosial	88
	Gender dan Kesejahteraan Subjektif Remaja	90
6	ISU GENDER PADA MASA DEWASA.....	97
	Isu Gender pada Masa Prakonsepsi	98

	Isu Gender pada Masa Hamil.....	101
	Isu Gender pada Masa Melahirkan	104
	Isu Gender pada Masa Nifas dan Menyusui	105
	Isu Gender pada Masa Kontrasepsi.....	107
	Isu Gender pada <i>Single Parent</i>	110
7	ISU GENDER DI MASA LANSIA.....	121
	Peran Gender dalam Proses Penuaan.....	121
	Masalah Gender dalam Kesehatan Geriatri	122
	Elder Abuse pada Orang Lanjut Usia (Lansia)	125
	Kekerasan Terhadap Orang Lanjut Usia (Lansia) Perempuan di Indonesia	127
	Perbandingan Populasi Lansia Laki-Laki dan Perempuan di Indonesia	129
	Faktor Sosial Ekonomi Mempengaruhi Perawatan Lansia	129
	Minimalisasi Gender GAP Pada Kondisi Sosial Ekonomi Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Tahun 2020 Melalui Keberadaan Active Ageing..	130
8	ANALISIS GENDER DAN PERENCANAAN PROGRAM BERBASIS GENDER	137
	Analisis Gender.....	137
	Perencanaan Program Berbasis Gender	142
9	PAKET PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL (PKRE)	149
	Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir	150
	Keluarga Berencana (KB)	155
	Kesehatan Reproduksi Remaja.....	158

	Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk di dalamnya HIV/AIDS	163
10	PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF	169
	Pendahuluan	169
	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif	170
	Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	171
	Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	172
	Kesehatan Reproduksi Remaja.....	173
	Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular Seksual (PMS).....	174
	Konseling	174
	Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia.....	177
11	PELAYANAN KESEHATAN SEKSUAL REPRODUKSI	185
	Konsep Kesehatan Reproduksi.....	185
	Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	185
	Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	186
	Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Komprehensif.....	187
	Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	188
	Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	190
	Prinsip-prinsip Pelaksanaan Kesehatan Seksual Reproduksi	191
	Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Seksual Reproduksi	192

	Promosi Kesehatan untuk Kesehatan Seksual Reproduksi.....	194
	Peran Pencegahan dalam Peningkatan Status Kesehatan	197
12	ETIKA PELAYANAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	201
	Pengertian Etika	201
	Macam-Macam Etika	203
	Kode Etik Bidan.....	204
	Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	208
	Komponen Kesehatan Reproduksi	208
	Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	210
	Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	211
	Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	211
	Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Kehidupan	212
	Wewenang Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB.....	213

KETIMPANGAN, BIAS DAN DISKRIMINASI GENDER

Bdn. Hindun Rahim, S.T.Keb., M.Keb.
Universitas Muhammadiyah Manado

Berbicara Gender hingga saat ini masih menjadi topik yang menarik untuk dibahas. Gender terdiri atas serangkaian perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Secara biologis, laki-laki dan perempuan dibedakan berdasarkan typical dengan adanya kromosom Y pada sel pria, yang tidak ada pada sel wanita. Sedangkan pada tingkat sosial terdapat perdebatan dengan perluasan ke arah mana perbedaan secara biologis sebagai pembeda penting pada peran gender dan identitas gender secara social, yang didefinisikan sebagai suatu hasil konsepsi diri individual sebagai laki-laki dan perempuan yang dibedakan dari seksual secara biologis actual (Noorkasiani, et al 2021).

Negara Indonesia dengan keanekaragaman culture setiap daerah menjadikannya variative dalam mengimplementasikan kebiasaan setiap keluarga dari perilaku keseharian termasuk dalam hal kesehatan. Hal ini tercermin dengan adanya aturan-aturan masyarakat (norma social) yang diterapkan pada anggota masyarakat berdasarkan jenis kelamin dan usianya, dengan adanya perbedaan tugas, kewajiban dan tanggung jawab yang dibebankan pada laki-laki dan perempuan, dewasa atau anak (Lisnawati, 2021).

Hubie menyatakan bahwa gender meliputi:

1. Perbedaan karakter, perilaku, harapan berdasar jenis kelamin
2. Perbedaan dalam hubungan berpolitik dan bersikap antara jenis kelamin,
3. Perbedaan konsep penempatan jenis kelamin pada identitas diri dan pandangan orang lain
4. Perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam bentuk nyata menurut adat istiadat/ budaya local (Stefanie et al., 2022).

Ketimpangan Gender

Ketimpangan gender dalam bahasa Indonesia terwujud dalam nama penanda status keluarga atau perkawinan. Sejak lahir, manusia sudah dikotak-kotakkan ke dalam gender laki-laki dan perempuan. Setiap anak harus tunduk pada orangtuanya, untuk melanggengkan eksistensi keluarga, pada beberapa suku, etnis dan kelompok social terdapat adat dimana mencantumkan nama ayah dan bukan nama ibu di belakang nama anak. Jikapun pada komunitas yang tidak mengenal adat itu, saat dewasa yang dipilih menjadi nama tambahan adalah nama ayah dan bukan ibu. Demikian halnya ketika perempuan telah berumahtangga, laki-laki dan perempuan nasibnya tidaklah sama, seorang perempuan yang telah menjadi istri yang lazim menambahi namanya dengan nama suaminya, dan bukan sebaliknya (Jaeni, 2013).

Ketimpangan Gender (Gender inequality) menjadi masalah klasik yang terjadi di seluruh dunia, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Gender tidak sama dengan kodrat. Gender adalah perbedaan peran, kedudukan, tanggung jawab, dan pembagian kerja antara laki-laki dan perempuan yang dianggap pantas

berdasarkan norma masyarakat (Puspita Sari, 2021). Secara kodrat laki-laki dan perempuan memang berbeda, namun penting diperhatikan konstruksi social terhadap laki-laki dan perempuan. Ketidakadilan gender menimbulkan persoalan ketika muncul proses objektivitas subjek dan memicu persoalan seputar kekerasan rumah tangga, pelecehan seksual, pemerkosaan, dan aneka persoalan diskriminasi (Willem, 2023).

Kesenjangan gender di kehidupan public merupakan sebuah tantangan global yang terus dihadapi oleh masyarakat dunia. Penyebab terjadinya ketimpangan Gender yaitu:

1. Beban Ganda (*Double Burden*)

Mengerjakan tanggung jawab yang berlebihan, yang seharusnya bisa membagi tugas antara laki-laki dan perempuan. Contoh; Jika seorang perempuan bisa mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dan juga bisa bekerja diluar rumah, pada waktu yang sama suami hanya bekerja tanpa melakukan pekerjaan rumah tangga yang biasanya dilakukan oleh istri

2. Peminggiran (*Marginalisasi*)

Perempuan tidak dapat berpartisipasi dalam bidang atau wilayah kerja tertentu karena stereotip tertentu yang disosialisasikan dengan perempuan (perempuan adalah pribadi yang lemah, terlalu sensitif dan cengeng) dan juga karena aktivitas reproduksi perempuan dipandang sebagai hambatan untuk bekerja (jika perempuan sedang menstruasi, hamil dan menyusui)

3. Pelabelan (*Stereotype*)

Pelabelan terkait dengan gender dan tugas serta perannya yang tidak mendukung kebenaran mutlak.

- a. Tugas utama perempuan adalah memasak, mencuci, mengasuh anak dan pekerjaan rumah tangga lainnya. Pekerjaan utama laki-laki adalah mencari nafkah
 - b. Perempuan lemah, cengeng, sensitive, sedangkan laki-laki tidak boleh menangis, kuat, tidak berperasaan, kasar dan berantakan.
4. Diskriminasi
- Diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, suku, agama atau ras
- a. Perempuan; tidak perlu berpendidikan tinggi, harus bisa memasak, mengurus rumah, merawat anak-anak
 - b. Laki-laki; berpendidikan, mereka harus bekerja di luar rumah, mencari nafkah (Stefanie et al., 2022).

Ketimpangan gender yang terjadi dapat menimbulkan berbagai macam dampak negative bagi perempuan. Dampak yang dapat terjadi diantaranya potensi perempuan untuk melakukan hal-hal produktif menjadi terbatas atau berkurang, marginalisasi dan pengucilan perempuan, serta kondisi psikologis dan ekonomi bagi perempuan menjadi menurun. Ketimpangan gender telah menjadi isu global yang berusaha untuk di atasi oleh berbagai negara (Larashati, 2022).

Bias dan Diskriminasi Gender

Bias gender merupakan prasangka atau konstruksi social yang berusaha mendudukan perempuan dalam sosok tradisional, lebih lemah jika dibandingkan dengan pria, hanya menjadi sebuah objek dan komoditas, dan juga cenderung dieksploitasi atas potensi fisiknya saja dengan cara harus tampil menawan. Sedangkan laki-laki

digambarkan sebagai sosok yang lebih kuat, agresif, jantan, perkasa, dominan, pandai dan berkuasa (Satriavi et al., 2022).

Bias gender yang tersirat dalam masyarakat menggambarkan perempuan sebagai pengikut bukan pemimpin. Bias gender yang tersirat tidak hanya terjadi secara eksternal namun juga terjadi secara mandiri. Sejak masa kanak-kanak, perempuan telah dididik untuk mengambil sifat-sifat yang kurang asertif, tidak egois, dan mengasuh yang dianggap sebagai gaya perilaku “protektif”. Meskipun ada banyak gaya kepemimpinan, misalnya pemimpin prototipikal adalah pemimpin yang memiliki sikap percaya diri dan bertindak tegas. Ciri-ciri ini paling erat kaitannya dengan maskulinitas dan gaya perilaku akuisis. Bias ini menimbulkan ancaman identitas bagi perempuan karena merendahkan gaya perilaku “protektif”. Ketiga gaya protektif diterapkan, perempuan akan lebih disukai, namun tidak dihormati dan dianggap tidak cocok menjadi pemimpin karena persepsi ini (Zeelie, 2020).

Perbedaan peran dan tanggung jawab perempuan dan laki-laki ditentukan secara social. Gender berhubungan dengan persepsi dan pemikiran serta tindakan yang diharapkan sebagai perempuan dan laki-laki yang dibentuk masyarakat bukan karena biologisnya (Rusmini, 2021).

Terkadang masih sulit membedakan mana yang berbicara persoalan jenis kelamin dan gender. Sehingga badan Pemberdayaan Masyarakat, menyebutkan perbedaan antara gender dan jenis kelamin sebagaimana tertera pada tabel dibawah ini:

Seks	Gender
Tidak dapat berubah, contohnya alat kelamin laki-laki dan perempuan	Dapat berubah, contohnya; peran dalam kegiatan sehari-hari, seperti banyak perempuan menjadi juru masak jika di rumah, tetapi jika di restoran juru masak lebih banyak laki-laki
Tidak dapat dipertukarkan, contohnya jakun pada laki-laki dan payudara pada perempuan	Dapat dipertukarkan
Berlaku sepanjang masa, contohnya; status sebagai laki-laki atau perempuan	Tergantung budaya dan kebiasaan, contohnya: di Jawa pada jaman penjajahan Belanda kaum perempuan tidak memperoleh hak pendidikan. Setelah Indonesia merdeka perempuan mempunyai kebebasan mengikuti pendidikan.
Berlaku dimana saja, contohnya; di rumah, di kantor dan dimanapun berada, seorang laki-laki atau perempuan tetap laki-laki dan perempuan.	Tergantung budaya setempat, contohnya; pembatalan kesempatan di bidang pekerjaan terhadap perempuan dikarenakan budaya setempat antara lain diutamakan untuk menjadi perawat, guru TK, pengasuh anak
Merupakan kodrat Tuhan, contohnya; laki-laki mempunyai ciri-ciri utama yang berbeda dengan ciri-ciri utama perempuan yaitu jakun	Bukan merupakan budaya setempat, contohnya; pengaturan jumlah anak dalam satu keluarga
Ciptaan Tuhan, contohnya; perempuan bisa haid, hamil, melahirkan dan menyusui sedang laki-laki tidak	Buatan manusia, contohnya laki-laki dan perempuan berhak menjadi calon ketua RT, RW dan kepala desa bahkan presiden (Rusmini, 2021).

Diskriminasi Gender

Ketika adanya bias gender, tentu ini akan berdampak pada adanya diskriminasi gender. Diskriminasi gender adalah ketidakadilan gender yang diakibatkan adanya sistem (struktur) sosial dimana salah satu jenis kelamin menjadi korban, baik itu laki-laki atau perempuan. Hal ini disebabkan adanya keyakinan dan pembenaran yang ditanamkan sepanjang peradaban manusia dalam berbagai bentuk dan cara yang menimpa kedua belah pihak, walaupun kehidupan sehari-hari banyak dialami oleh perempuan (Sibagariang, Ellya, 2021).

Menurut Rusmini, (2021) diskriminasi gender merupakan suatu perlakuan terhadap individu secara berbeda dengan didasarkan pada gender, ras, agama, umur atau karakteristik yang lain. Diskriminasi juga terjadi dalam peran gender, akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, menimbulkan masalah ketidakadilan gender.

Diskriminasi gender muncul karena sebagian besar perempuan dilecehkan atau direndahkan oleh tradisi patriarki yang dominan, sehingga terjadi ketidaksetaraan gender, yang bersumber dari keyakinan gender. Terjadi karena adanya keyakinan dan pembenaran yang ditanamkan sepanjang peradaban manusia yang hadir dalam berbagai bentuk (Studi et al., 2023).

Diskriminasi merupakan bentuk sikap dan perilaku yang melanggar hak asasi manusia. Sikap dan perilaku yang termasuk dalam tindakan diskriminatif meliputi pelecehan, pembatasan, atau pengucilan terhadap individu dengan faktor ras, agama, ataupun gender sebagai dasarnya. Perlakuan diskriminatif pada perempuan merupakan manifestasi dari ketidaksetaraan gender serta patriarkis yang masih membudaya. Jika dipandang dari perspektif hak asasi manusia,

diskriminasi tersebut melanggar hak asasi manusia, dan melanggar hak asasi perempuan jika itu dilakukan pada perempuan. Sehingga pemberdayaan pada perempuan dibutuhkan agar perempuan dapat memperjuangkan apa yang menjadi haknya (Willem, 2023).

Bentuk-bentuk diskriminasi gender:

1. Marginalisasi (Peminggiran)

Peminggiran banyak terjadi dalam bidang ekonomi. Contohnya; banyak perempuan hanya mendapatkan pekerjaan yang tidak terlalu bagus, baik dari segi gaji, jaminan kerja, ataupun status dari pekerjaan yang didapat. Penyebabnya karena kurangnya perempuan yang mendapatkan peluang untuk menempuh pendidikan. Marginalisasi ini dapat terjadi di rumah, tempat kerja, Masyarakat, bahkan oleh negara yang bersumber keyakinan, tradisi/kebiasaan, kebijakan pemerintah, maupun asumsi-asumsi ilmu pengetahuan (teknologi)

2. Subordinasi (Penomorduaan)

Menganggap bahwa perempuan lemah, tidak mampu memimpin, dan hal lainnya yang mengakibatkan perempuan jadi nomor dua setelah laki-laki

3. Stereotip (citra buruk)

Pandangan buruk terhadap perempuan, misalnya perempuan yang pulang larut malam adalah pelacur, jalang dan berbagai sebutan lainnya.

4. Violence (kekerasan)

Serangan fisik dan psikis. Perempuan paling rentan mengalami kekerasan, dimana hal itu terkait dengan marginalisasi, subordinasi maupun stereotipe. Perkosaan, pelecehan seksual ataupun perampokan contoh kekerasan paling banyak dialami perempuan.

5. Beban kerja berlebihan

Tugas dan tanggung jawab perempuan yang berat dan terus menerus. Misalnya, seorang perempuan selain melayani suami, hamil, melahirkan, menyusui, juga harus menjaga rumah, terkadang perempuan juga harus mencari nafkah. Dimana hal tersebut tidak berarti menghilangkan tugas dan tanggung jawab sebagai seorang perempuan (Sibagariang. Ellya, 2021).

Jenis-jenis diskriminasi gender

1. Stereotype (pembakuan, seperti nilai baku, peran baku dan citra baku)

Ketidakadilan gender berupa pelebelan terhadap jenis kelamin. Standar penilaian terhadap perilaku perempuan dan laki-laki yang berbeda, dimana lebih banyak merugikan perempuan.

Contoh: kaum laki-laki adalah pencari nafkah utama untuk keluarga mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh kaum perempuan adalah sampingan, sehingga kurang dihargai

2. Subordinasi (pembawahan dalam hal status, kedudukan, fungsi, peran, hal dan kewajiban, hukum)

Keyakinan yang menganggap bahwa salah satu jenis kelamin lebih penting. Anggapan bahwa perempuan itu irrasional dan emosional menjadikan perempuan tidak bisa tampil sebagai pemimpin, dan berakibat perempuan tidak bisa menempati posisi penting.

Contoh: pada jaman dulu laki-laki dan perempuan tidak punya hak yang sama untuk sekolah, dikarenakan laki-laki kelak akan bekerja dan perempuan akan menjadi ibu rumah tangga.

3. Marginalisasi (tersingkir dari arus utama dalam hal ekonomi, pendidikan, media, kesehatan, social dan politik)

Proses penyingkiran perempuan dalam pekerjaan yang mengakibatkan kemiskinan. Contoh: proses feminisme atau segregasi, pemusatan perempuan pada jenis pekerjaan tertentu (feminisasi pekerjaan), perempuan dikucilkan dari kerja upahan atau jenis kerja tertentu sehingga berakibat kemiskinan.

4. Beban ganda (pembebanan yang berlipat ganda)

Beban kerja yang harus dijalankan oleh salah satu jenis kelamin berlipat.

Misalkan: seorang perempuan yang bekerja dan menjalankan kewajibannya sebagai ibu rumah tangga dan seorang laki-laki yang sudah bekerja sampai petang tetapi juga harus melaksanakan siskamling.

5. Kekerasan (fisik, psikis dan ekonomi)

Kata kekerasan yang merupakan terjemahan dari violence, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental, psikologi seseorang. Kekerasan tidak hanya berupa kekerasan fisik seperti, perkosaan, pemukulan, dan penyiksaan tetapi juga berupa nonfisik seperti pelecehan seksual, ancaman dan paksaan

6. Pelaku kekerasan terhadap gender bisa terjadi di dalam rumah tangga, di tempat umum dan di Masyarakat.

Contoh: seorang istri yang mencela kemampuan seksual atau kegagalan karier suami (Rusmini, 2021).

Ketimpangan, Bias dan Diskriminasi Gender dalam Pendidikan

Bias dan diskriminasi gender juga bisa terjadi di dunia akademisi dan kesehatan. Bias terhadap perempuan di dunia akademisi masih merupakan fenomena yang terdokumentasi dan mempunyai konsekuensi yang merugikan, tidak hanya bagi perempuan namun juga bagi kualitas ilmu pengetahuan.

Bias gender di dunia akademis berdampak pada ilmuwan perempuan, yang mengakibatkan rendahnya keterwakilan perempuan di dunia akademisi, khususnya pada kalangan yang lebih tinggi. Meskipun kebijakan kesetaraan gender telah diterapkan di dunia akademis dan masyarakat, namun peluang perempuan untuk meraih jabatan professor hampir tidak meningkat selama 20 tahun terakhir. Perempuan juga dibayar lebih rendah dibandingkan laki-laki. Dalam sebuah penelitian yang membandingkan pola promosi, ditemukan bahwa meskipun produktivitas antara laki-laki dan perempuan untuk menggapai professor sama, namun laki-laki masih lebih mungkin untuk dipromosikan menjadi professor penuh. Sehingga, kesenjangan gender di dunia akademik disebabkan oleh persepsi kurangnya kesesuaian antara peran ilmiah dan menjadi seorang perempuan (Cislak et al., 2018).

Di dunia kesehatan kejadian diskriminasi gender juga terjadi. Merencanakan karir di dunia kedokteran bagi perempuan merupakan suatu tantangan, bahkan memerlukan pengorbanan yang harus terencana secara professional maupun dalam kehidupan pribadinya. Menjadi suatu tekanan bagi perempuan untuk bisa unggul dalam bidang yang biasanya kurang terwakili oleh perempuan. Misalnya seorang dokter spesialis bedah, meskipun bekerja persis sama dengan yang dilakukan dokter bedah laki-laki, sambil

menyeimbangkan kehidupan professional dan keluarga, perempuan menghadapi diskriminasi gender diberbagai tingkat karir bedah mulai dari residensi, posisi akademis, hingga gaji. Diskriminasi gender dapat terjadi dalam bentuk peluang bedah yang tidak setara, kurangnya rasa hormat dari rekan kerja, perbedaan dalam kesetaraan gaji, peran kepemimpinan yang tidak seimbang, dan lebih sedikit peluang akademis. Meskipun bukan merupakan bentuk diskriminasi gender secara langsung, seorang dokter bedah perempuan mendapatkan lebih sedikit rujukan kasus bedah dibandingkan dengan dokter bedah laki-laki (Pandrowala et al., 2022).

Upaya dalam Melawan Bias Gender di Dunia Kedokteran

Secara implisit maupun manifestasi nyatanya, sangat penting untuk mencapai kesetaraan gender dalam kedokteran akademis, dengan membangun kerangka kerja untuk mengatasi ketidaksetaraan gender dalam bidang kedokteran, maka beberapa upaya yang dapat dilakukan antara lain:

1. Menciptakan ruang yang sama bagi perempuan dan laki-laki; mengungkapkan manifestasi ketidakadilan yang nyata dan tidak terlihat dengan cara mengidentifikasi secara public dalam momen tersebut, melaporkan secara anonym, atau mendiskusikan dengan pihak-pihak yang terlibat dalam kejadian
2. Posisi-posisi berkuasa di dunia kedokteran didominasi oleh laki-laki, sehingga perlu adanya ketegasan dalam mendukung upaya melawan manifestasi ketidakadilan berbasis gender. Bahwa perempuan dan laki-laki mempunyai peran dan transformasi local di institusi tempat kita bekerja.

Sehingga perlu adanya perubahan kebijakan kelembagaan (misalnya; kesetaraan gender yang diperlukan dalam komite, proporsi perempuan yang ditargetkan sebagai pembicara pada seminar besar, serta mensponsori promosi atau kemajuan perempuan).

3. Secara aktif melawan bias dengan memasukkan pelatihan anti-seksis berbasis bukti yang eksplisit untuk individu di semua tingkatan akademik kedokteran, mulai dari mahasiswa kedokteran hingga staf pengajar senior. Pelatihan tersebut tidak hanya berfokus pada menghilangkan bias yang sudah ada sebelumnya, namun juga memberikan keterampilan yang diperlukan untuk melawan norma-norma social dan budaya yang melanggengkan ketidakadilan.
4. Meningkatkan transparansi dan pelacakan informasi tentang perekrutan dan kemajuan akademis berdasarkan gender. Secara khusus, lembaga-lembaga dapat mengembangkan forum untuk membahas bagaimana membuat lingkungan kerja akademis lebih reseptif terhadap perempuan.
5. Pendekatan berdasarkan teori gender kritis yang telah berhasil digunakan dalam lingkungan professional dapat ditampilkan secara menonjol dalam penelitian untuk mempelajari struktur kekuasaan yang ada dan memahami peran masing-masing dalam struktur tersebut (Morgan et al., 2018).

Upaya Mengatasi Ketimpangan, Bias dan Diskriminasi Gender

Untuk mengatasi ketimpangan gender dan mencapai kesetaraan gender sebagai salah satu tujuan dari SDGs, yang termuat dalam kebijakan RPJM tahun 2020-2024, yaitu meningkatkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Arah kebijakan dan strategi peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan pada perempuan mencakup beberapa macam aspek, diantaranya:

1. Memperkuat regulasi dan kebijakan
2. Mempercepat implementasi Pengarusutamaan Gender (PUG) dalam lingkup kementerian atau lembaga, pemerintah daerah, dan pemerintah desa dengan cara memperkuat kelembagaan PUG serta Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG)
3. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman individu, keluarga, komunitas, lembaga masyarakat, media massa, dan dunia usaha
4. Meningkatkan partisipasi dan peran perempuan dalam pembangunan, khususnya di sektor ekonomi, tenaga kerja, pendidikan, kesehatan, politik, jabatan public, dan pengambilan keputusan
5. Meningkatkan kerja sama dan koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, media massa, dan dunia usaha (Larashati, 2022).

Daftar Pustaka

- Cislak, A., Formanowicz, M., & Saguy, T. (2018). Bias against research on gender bias. *Scientometrics*, 115(1), 189–200. <https://doi.org/10.1007/s11192-018-2667-0>
- Jaeni, M. (2013). Bahasa Dan Ketimpangan Gender. *Muwazah*, 1(2), 165–172. <https://doi.org/10.28918/muwazah.v1i2.291>
- Larashati. (2022). Ketimpangan Dan Peningkatan Kesetaraan Gender Dalam Sdgs (Sustainable Development Goals). *Jurnal Sains Edukatika Indonesia*, 4(2), 55–61. <https://jurnal.uns.ac.id/jsei/article/view/70946>
- Lisnawati, L. (2021). Buku Praktis Kebidanan Komunitas (e-Book 202). CV. Trans Info Media.
- Morgan, A. U., Chaiyachati, K. H., Weissman, G. E., & Liao, J. M. (2018). Eliminating Gender-Based Bias in Academic Medicine: More Than Naming the “Elephant in the Room.” *Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 966–968. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4411-0>
- Noorkasiani, Krisanty P, Sumartini M. (2021). Sosiologi Kebidanan (e-Book). CV. Trans Info Media.
- Pandrowala, S., Patkar, S., Nair, D., Maheshwari, A., Pramesh, C. S., & Puri, A. (2022). Gender discrimination in surgical oncology: An in-house appraisal. *Frontiers in Surgery*, 9(July), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.939010>
- Puspita Sari, C. (2021). Gender Inequality: Dampaknya terhadap Pendapatan Per Kapita (Studi Kasus 33 Provinsi di Indonesia 2011-2019). *Jurnal Ekonomi Dan Statistik Indonesia*, 1(1), 47–52. <https://doi.org/10.11594/jesi.01.01.06>
- Rusmini. (2021). Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Berbasis Evidence Based. Trans Info Media.

- Satriavi, T., Mayasari, Ramdhani, M. (2022). Representasi Bias Gender dalam Film Charlie's Angels. In Media Bina Ilmiah (Vol. 16, Issue 12, pp. 3765–3772). Meidia Bina Ilmiah.
- Sibagariang. Ellya, E. (2021). Kesehatan Reproduksi Wanita (Revisi). Trans Info Media.
- Stefanie, A., Mariska, G., Tandiamal, V. M., & Silitonga, R. I. S. (2022). Kesetaraan Gender dalam Rumah Tangga untuk Wanita Karir. Jurnal Riset Hukum Dan Pancasila, 2(2), 65–76.
- Studi, P., Bahasa, P., & Unpatti, K. (2023). J-EDu Journal - Erfolgreicher Deutschunterricht KETIMPANGAN GENDER DALAM NOVEL CANTIK ITU LUKA. 3(2).
- Willem, B. (2023). Martaban Perempuan dalam Konteks Mulieris Dignitatem dan Implikasinya terhadap Isu Kesetaraan Gender. 3(2), 1–14.
- Zeelie, S. (2020). Women in leadership. SA Pharmaceutical Journal, 87(5), 42. <https://doi.org/10.4324/9781003415916-17>

Profil Penulis



Bdn. Hindun Rahim, S.T.Keb., M.Keb.

Penulis di lahirkan di Gorontalo pada tanggal 17 Oktober 1990. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke STIKES Muhammadiyah Manado dengan memilih Program Studi Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2012 dengan gelar Ahli Madya Kebidanan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi DIV di prodi kebidanan Poltekkes Kemenkes Gorontalo pada tahun 2016. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kebidanan Program Pasca Sarjana Ilmu Kebidanan Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan tahap Sarjana Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis pernah menjabat sebagai sekprodi pendidikan profesi bidan tahap profesi, dan sekarang sebagai Kepala Biro Akademik Universitas Muhammadiyah Manado. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah kesehatan reproduksi. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: hindunrahim171090@gmail.com

PENGARUSUTAMAAN GENDER

Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes
Poltekkes Kemenkes Kupang

Konsep Dasar Pengarusutamaan Gender

Gender

Istilah gender mengarah pada peran, perilaku, aktivitas, dan atribut yang dipertimbangkan oleh masyarakat tertentu pada waktu tertentu serta cocok untuk pria dan wanita. Selain atribut dan peluang sosial yang erat kaitannya dengan menjadi laki-laki atau perempuan serta hubungan antara perempuan dan laki-laki serta anak perempuan dan anak laki-laki, gender juga menekankan pada hubungan antara perempuan dan hubungan antara laki-laki. Atribut, peluang, dan hubungan ini dibentuk secara sosial dan dipelajari melalui proses sosialisasi. Hal ini bersifat konteks atau waktu tertentu dan dapat diubah. Gender menentukan apa saja yang diharapkan, diperbolehkan dan dihargai dalam diri seorang perempuan atau laki-laki dalam suatu konteks tertentu. Sebagian besar masyarakat memiliki perbedaan dan ketidaksetaraan antara perempuan dan laki-laki dalam hal pemberian tanggung jawab, melakukan aktivitas, akses dan kontrol terhadap sumber daya, serta peluang pengambilan keputusan.

Pengkategorian manusia di kalangan masyarakat, tidak hanya sebagai perempuan atau laki-laki berdasarkan ciri-ciri biologis namun juga adanya nilai-nilai khusus masing-masing serta penentuan peran dan perilakunya

masing-masing. Sehingga gender tidak hanya menekankan pada seks dalam arti biologis tetapi juga mengasosiasikan seks dengan peran dan perilaku tertentu yang diharapkan oleh masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki.

Gender merupakan bagian dari konteks sosiokultural yang lebih luas, begitu pula kriteria penting lainnya untuk analisis sosiokultural termasuk kelas, ras, tingkat kemiskinan, kelompok etnis, orientasi seksual, usia, dll.

Kesetaraan Gender

Kesetaraan gender mengacu pada persamaan hak, tanggung jawab dan peluang bagi perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki. Kesetaraan tidak berarti kesamaan tetapi hak perempuan dan laki-laki tidak bergantung pada gender mereka dilahirkan bersama. Kesetaraan gender menyiratkan bahwa kepentingan, kebutuhan dan prioritas semua gender sama dipertimbangkan, dengan mengakui keragaman kelompok yang berbeda. Kesetaraan gender bukanlah urusan perempuan namun harus memperhatikan dan melibatkan sepenuhnya semua gender dan mengakui bahwa tidak semua laki-laki dan tidak semua perempuan adalah kelompok yang homogen.

Pengarusutamaan Gender

Berdasarkan hasil kesepakatan ekonomi PBB tahun 1997 dan dewan sosial, pengarusutamaan gender adalah proses penilaian dampak terhadap perempuan dan laki-laki dari setiap perencanaan tindakan, termasuk di dalamnya yakni legislasi, kebijakan atau program, di semua bidang dan di semua tingkatan. Hal ini merupakan strategi untuk menjadikan keprihatinan dan pengalaman perempuan dan laki-laki sebagai satu kesatuan dimensi desain, implementasi, pemantauan

dan evaluasi kebijakan dan program di semua bidang politik, ekonomi dan kemasyarakatan sehingga perempuan dan laki-laki mendapat manfaat yang sama, serta tidak terjadi kesenjangan. Tujuan akhirnya yaitu untuk tercapainya kesetaraan gender.

Pengarusutamaan gender merupakan suatu strategi untuk menilai dampak dan implikasi gender pada secara seluruh fase perencanaan dan pengembangan kebijakan. Hal ini dapat meliputi titik temu pendekatan analisis gender sehingga menghindari pendekatan yang bersifat universal. Pengarusutamaan gender telah dianut secara internasional sebagai strategi untuk mewujudkan kesetaraan gender dengan melibatkan integrasi perspektif gender dalam persiapan, desain, implementasi, pemantauan dan evaluasi kebijakan, langkah-langkah peraturan dan program pembelanjaan, dengan tujuan untuk mempromosikan kesetaraan antara perempuan dan laki-laki serta memberantas diskriminasi.

Dasar Kekuatan Amanat Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender

Implementasi strategi pengarusutamaan gender dipandu secara khusus berdasarkan mandat yang diuraikan melalui perundingan di PBB antar badan pemerintah oleh negara-negara anggota. Amanat yang kuat memberikan penekanan penting tentang kepastian peningkatan fokus pada kesetaraan gender serta hak dan pemberdayaan perempuan.

Mandat ini ditindaklanjuti secara sistematis oleh negara-negara anggota PBB dalam proses antar pemerintah sehingga dapat dimanfaatkan secara sistematis dan efektif:

1. Sebagai sarana untuk memahami tanggung jawab untuk hasil pengarusutamaan kesetaraan gender pada semua sektor dan bidang kebijakan
2. Sebagai sumber panduan pendekatan terkait tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan perhatian terhadap kesetaraan gender
3. Sebagai instrumen dialog kebijakan.

Adapun dasar kekuatan amanat pelaksanaan pengarusutamaan gender tersaji di dalam tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Dasar kekuatan amanat pelaksanaan pengarusutamaan gender

<p>ECOSOC Agreed Conclusions 1997/2</p>	<p>Pengarusutamaan gender didefinisikan sebagai “proses menilai dampak dari setiap tindakan yang direncanakan pada perempuan dan laki-laki, termasuk undang-undang, kebijakan atau program, di semua bidang dan di semua tingkatan. Ini adalah strategi untuk menjadikan perempuan dan juga laki-laki lebih memperhatikan dan mengalami dimensi integral dari desain, implementasi, pemantauan dan evaluasi kebijakan dan program di bidang politik, ekonomi dan bidang kemasyarakatan sehingga perempuan dan laki-laki memperoleh manfaat yang sama dan tidak terjadi kesenjangan. Tujuan utamanya adalah mencapai kesetaraan gender</p>
---	---

<p>Beijing Platform for Action 1995</p>	<p>Pengarusutamaan mensyaratkan bahwa dalam intervensi pembangunan terdapat suatu analisis tentang dampaknya terhadap perempuan dan laki-laki.</p>
<p>CEB Decision 2006/2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pekerjaan sistem PBB dalam kemitraan dengan pemerintah di tingkat nasional harus memastikan bahwa fokusnya adalah pada hasil dan dampak, bukan pada proses saja. ■ Tinjauan terhadap hasil nyata dalam pengarusutamaan gender melalui evaluasi program eksternal dan internal, audit gender dan tinjauan sejawat merupakan beberapa alat yang penting untuk menilai dampak kerja sistem PBB, khususnya pada tingkatan negara. ■ Sistem PBB harus mampu sepenuhnya dalam mewujudkan hasil kesetaraan gender ■ Memastikan penyelarasan sumber daya dengan hasil yang diharapkan.
<p>ECOSOC Resolution</p>	<p>Mendesak sistem PBB, dengan mempertimbangkan keadaan yang luar biasa akibat pandemi penyakit virus corona (COVID-19), untuk</p>

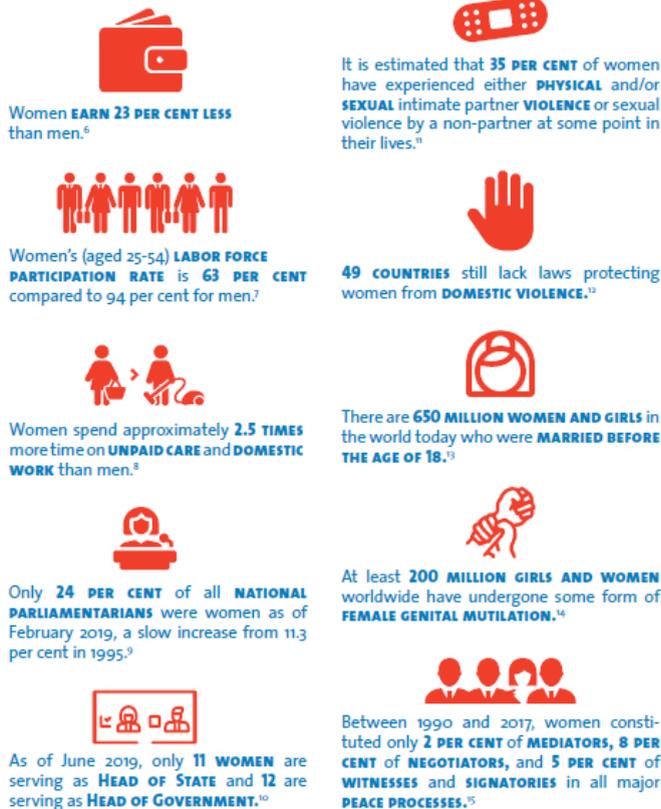
2021/7	<p>mempercepat pengarusutamaan gender dalam kebijakan dan program, termasuk dalam mendukung upaya responsif implementasi gender. Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030 di tingkat global, regional dan negara.</p>
Comprehensive Policy Review 2020	<p>“Menekankan bahwa mewujudkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan dan anak perempuan akan memberikan kontribusi penting terhadap kemajuan di seluruh tujuan dan sasaran dari Agenda 2030, dan menyerukan kepada semua entitas dalam sistem pembangunan PBB untuk terus mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan seluruh perempuan dan anak perempuan dengan meningkatkan dan mempercepat pengarusutamaan gender melalui implementasi penuh Rencana Aksi Seluruh Sistem tentang Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan. Sesuai dengan indikator kinerja tim negara PBB untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan (kartu skor UNCT-SWAP) khususnya yang berkaitan dengan manajemen kinerja yang responsif gender dan perencanaan strategis.</p>

Prinsip dan Pendekatan yang Mendasari Pengarusutamaan Gender

Keberhasilan penerapan pengarusutamaan gender dan mencapai hasil kesetaraan gender membutuhkan kepatuhan terhadap serangkaian prinsip kritis dan pendekatan operasional. Semua pendekatan pengarusutamaan gender seharusnya selaras sepenuhnya dengan Agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan untuk memastikan hal tersebut berkontribusi terhadap hak asasi manusia, keadilan dan supremasi hukum, pemerintahan transparan dan akuntabel, dengan berfokus pada hal yang paling rentan dan tidak meninggalkan siapa pun.

Terdapat beberapa alasan yang mendasari relevansi perhatian terhadap pengarusutamaan gender. Alasan-alasan tersebut tergambar dalam gambar berikut.

Why is gender mainstreaming still relevant?



Gambar 2.1 Alasan relevansi perhatian terhadap pengarusutamaan gender (Sumber UN Women Headquarters, 2023)

Prinsip-prinsip utama yang menjadi dasar pengarusutamaan gender, yaitu:

1. Kesetaraan gender merupakan tujuan pengarusutamaan gender

Pengarusutamaan gender bertujuan untuk mewujudkan hasil positif tentang perubahan transformatif yang ingin dicapai untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Banyak organisasi telah fokus pada perubahan kebijakan internal, proses, dan prosedur waktu penerapan

pengarusutamaan gender. Pengarusutamaan jenis kelamin mempunyai nilai terbatas kecuali itu berfokus secara eksplisit pada promosi dan memantau hasil positif kesetaraan gender dalam semua intervensi pembangunan.

2. Pengarusutamaan gender relevan untuk semua kebijakan dan program

Pengarusutamaan gender penting dalam kedua hal tersebut di tingkat intervensi nasional dan subnasional:

- a. Hal ini penting pada tingkat kebijakan nasional, dalam penetapan tujuan, mengembangkan kerangka strategis menyeluruh, rencana pembangunan nasional dan pendekatan pemrograman, termasuk pembuatan dan menindaklanjuti anggaran;
- b. Di tingkat subnasional, hal ini sangat penting dalam desain, implementasi dan tindak lanjut program, proyek, dan layanan. Dampak dari kurangnya perhatian pada tingkat nasional terlihat dari lemahnya arahan serta pedoman program dan proyek melalui kerangka strategis, rencana nasional, proses pemrograman anggaran dan area kritis lainnya. Untuk memperkuat pengarusutamaan gender di tingkat nasional, harus diberikan perhatian lebih besar pada konteks mengubah modalitas bantuan di berbagai bidang seperti dialog kebijakan, program negara, SWAP, reformasi publik yang mendukung manajemen keuangan dan anggaran. Penting untuk membangun peluang baru dan potensi mengatasi tantangan dan kendala dalam modalitas ini.

3. Pengarusutamaan gender membutuhkan integrasi penuh dan tindakan yang ditargetkan untuk mencapai hasil kesetaraan gender. Pendekatan '*twin-track*'

Seperti yang ditunjukkan oleh negara-negara anggota PBB di berbagai negara mandat, pengarusutamaan gender harus dilakukan dengan mengintegrasikan perhatian terhadap kesetaraan gender dalam proses dan prosedur rutin dan menerapkan intervensi yang ditargetkan untuk mengatasinya kendala dan tantangan khusus yang dihadapi oleh perempuan atau laki-laki dan anak perempuan atau laki-laki.

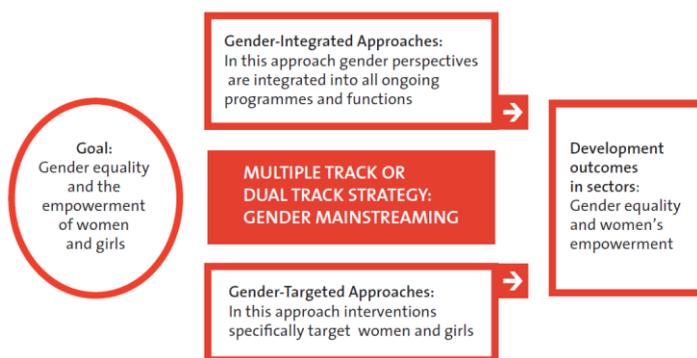
Pengarusutamaan gender tidak dimaksudkan untuk menghapus tindakan yang ditargetkan yang mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan di area dimana tindakan spesifik diperlukan untuk mengatasi hubungan gender yang tidak setara dan penyebab ketidaksetaraan struktural dan sistemik berbasis gender, diskriminasi, dan eksklusi.

Pengalaman menunjukkan bahwa *twin track* merupakan pendekatan paling efektif bila keduanya trek digunakan secara saling melengkapi dengan cara yang jelas, dengan hubungan yang jelas di antara keduanya. Mencoba mengatasi kesetaraan gender tantangan dalam suatu sektor atau bidang kebijakan melalui intervensi yang ditargetkan yang terpisah dari upaya terpadu di bidang yang sama tidak memberikan hasil yang berkelanjutan dan memiliki kemungkinan konsekuensi negatif.

Pentingnya Perhatian yang ditargetkan untuk Kelompok Tertentu

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam penerapan semua prinsip dan langkah pengarusutamaan gender adalah pentingnya perhatian yang ditargetkan untuk kelompok tertentu. Beberapa kelompok dalam situasi rentan atau marginal mungkin memerlukan perhatian yang ditargetkan, termasuk kelompok-kelompok seperti: migran, pengungsi, kelompok minoritas, mereka yang tidak memiliki tanah, rumah tangga dengan kepala tunggal, penyandang disabilitas atau mereka tua. Anak perempuan mungkin memerlukan perhatian khusus karena adanya risiko eksploitasi yang signifikan dalam berbagai konteks.

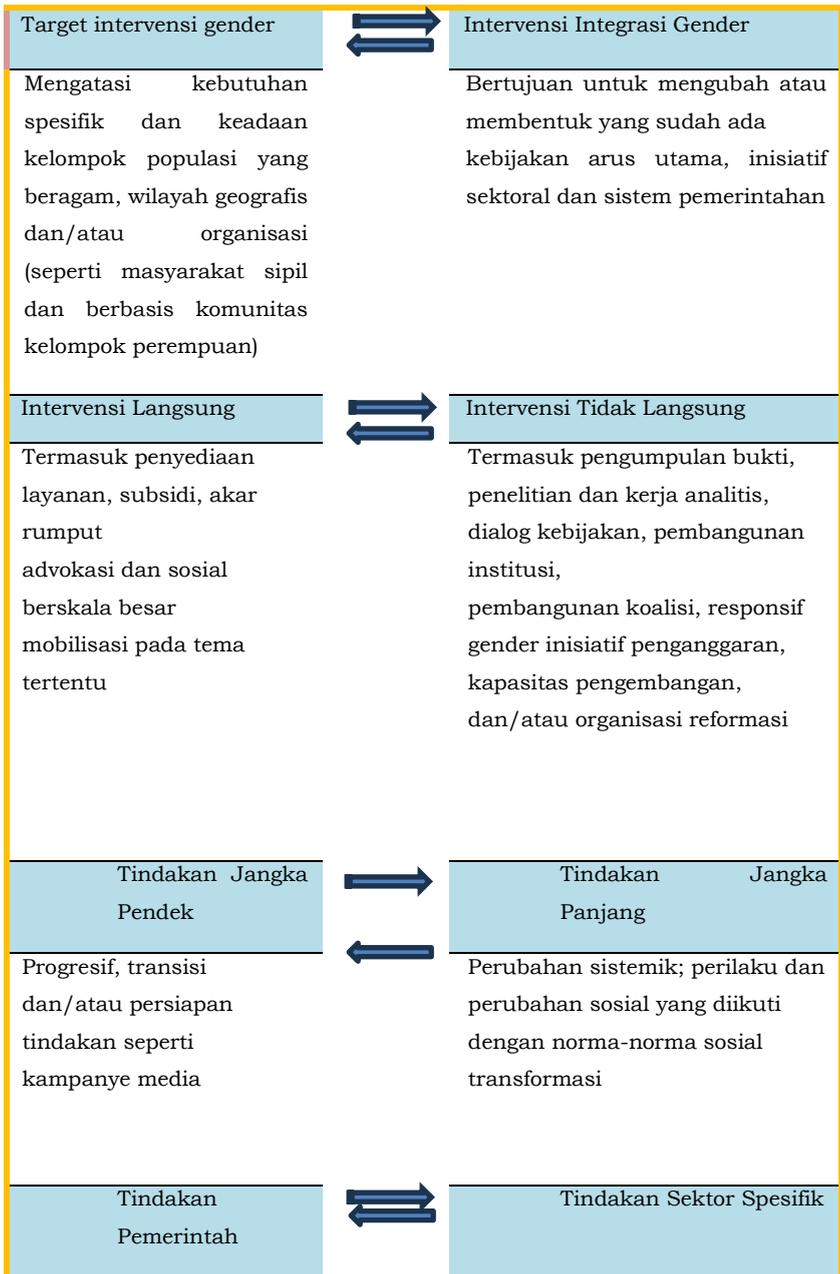
Interseksionalitas juga harus diperhitungkan untuk mengidentifikasi kelompok minoritas yang terpinggirkan dan kerentanan yang timbul dari berbagai sebab yang saling terkait, termasuk diskriminasi dan pengucilan berdasarkan identitas gender, seksual orientasi dan karakteristik seks.

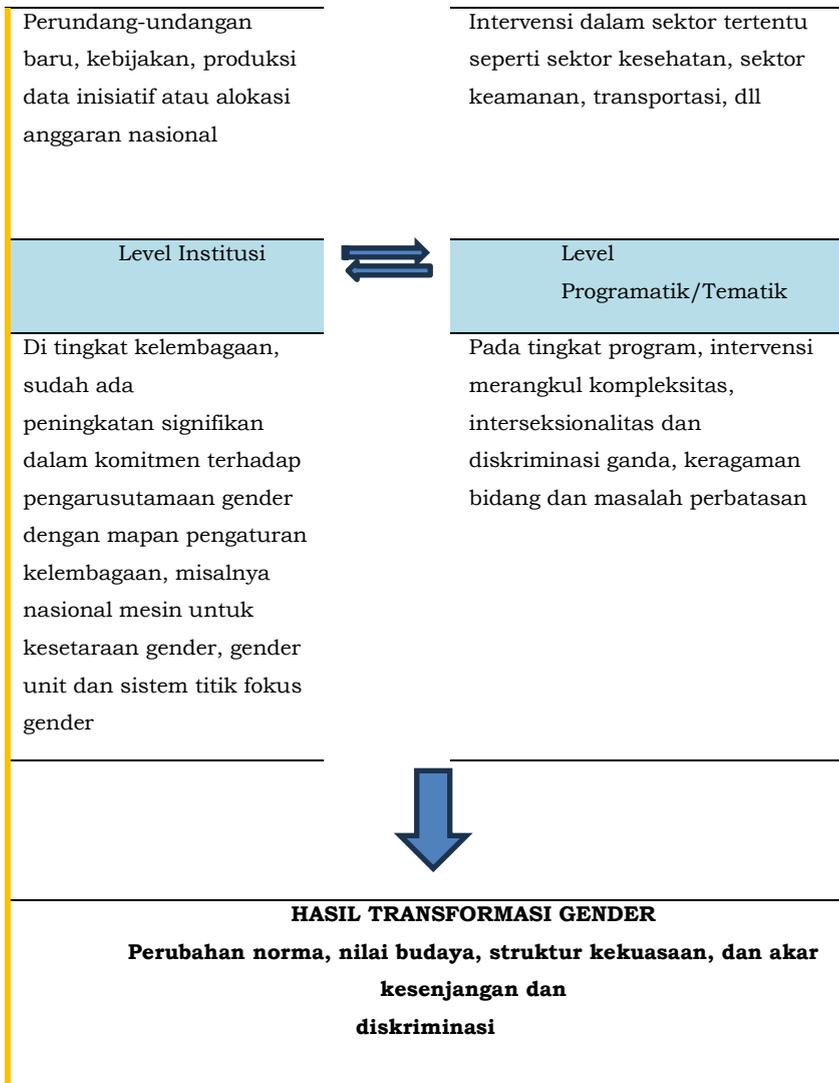


Adapted from UN Women Guidance Note: Gender Mainstreaming in Development Programming (2014).

Gambar 2.2 Pendekatan Multiple Track (Sumber: UN Women Headquarters, 2023)

Strategi pengarusutamaan gender yang beragam dapat mencakup kombinasi intervensi hal-hal berikut ini:





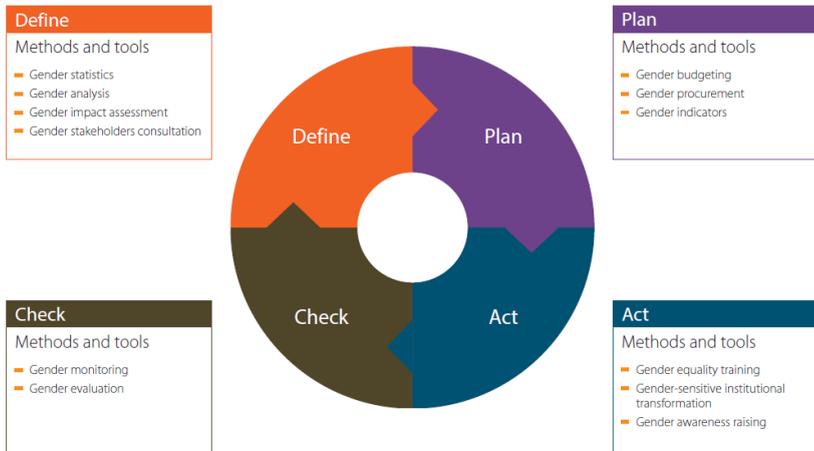
Siklus Pengarusutamaan Gender

Mengintegrasikan perspektif gender dalam sebuah kebijakan berarti kesetaraan antara perempuan dan laki-laki, pada prinsipnya merupakan hal yang menyeluruh, harus dipertimbangkan dalam semua keputusan, dalam setiap fase proses pembuatan kebijakan, oleh semua pihak yang terlibat. Proses kebijakan dipahami sebagai

siklus multi-tahap, termasuk pendefinisian, perencanaan, implementasi dan pengecekan (pemantauan dan evaluasi).

Dalam banyak kasus, tahapan ini diubah menjadi sebuah siklus, dengan setiap langkah diulangi hingga terjadi perubahan. Misalnya saja ketika suatu kebijakan yang dievaluasi dapat mengungkap permasalahan baru yang perlu diatasi maka dilakukan pemrograman ulang. Siklus pengarusutamaan gender yang disajikan dalam gambar di bawah dapat disesuaikan dengan kebijakan publik atau proses pemrograman yang berbeda.

Bagan dalam gambar di bawah ini mengacu pada tahapan spesifik dari siklus tersebut dan unsur-unsur penting yang perlu mendapat perhatian dalam setiap tahapan. Metode pengarusutamaan gender yang spesifik dan alat yang harus digunakan dalam setiap siklus tahapan juga disertakan. Beberapa metode dan alat, seperti berkonsultasi dengan pemangku kepentingan atau memberikan pelatihan kesetaraan gender kepada para pihak yang terlibat, dapat bermanfaat dalam lebih dari satu area. Selain itu, penting untuk diingat bahwa jika berhubungan dengan data maka data mereka harus dipilah berdasarkan jenis kelamin.



Gambar 3.3 Siklus Pengarusutamaan Gender
(Sumber: EIGE: European Institute For Gender Equality, 2019)

Daftar Pustaka

- ACW and ACWC (2021) 'ASEAN Gender Mainstreaming Strategic Framework 2021-2025', (September), p. 36. Available at: <https://asean.org/wp-content/uploads/2022/01/ASEAN-Gender-Mainstreaming-Strategic-Framework-endorsed-by-AMMW.pdf>.
- Arnaut et al., no date; Manual, no date; Inuzuka et al., 2001; G, 2009; UNWOMEN, 2014; SIDA, 2015; Taufiq, 2017; Rawłuszko, 2019; EIGE, 2019; 'Evaluation insights on International Financial Institutions' support to gender mainstreaming', 2021; ACW and ACWC, 2021; Vida, 2021; Carolyn Hannan, 2022; Peterson and Jordansson, 2022; Japan International Cooperation Agency, 2023
- Arnaut, C. et al. (no date) 'What is gender mainstreaming?' Available at: <https://doi.org/10.2839/48892>.
- Carolyn Hannan (2022) 'Handbook on Gender Mainstreaming for Gender Equality Results', UN System Coordination Division, p. 101.
- EIGE (2019) 'What is gender mainstreaming', Growth (Lakeland), pp. 1-5.
- 'Evaluation insights on International Financial Institutions' support to gender mainstreaming' (2021), (November), pp. 1-6.
- G, R.D. (2009) Manual for Gender Mainstreaming.
- Inuzuka, M. et al. (2001) 'Lupus erythematosus profundus with unusual skin manifestation: Subcutaneous nodules coexisting with eyelid plaques', Journal of Dermatology, 28(8), pp. 437-441. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2001.tb00006.x>.
- Japan International Cooperation Agency (2023) 'Reference Material for Gender Mainstreaming in Private Sector Development'.
- Manual, T. (no date) 'Gender'.

- Peterson, H. and Jordansson, B. (2022) 'Gender mainstreaming in Swedish academia: translating policy into practice', *Journal of Gender Studies*, 31(1), pp. 87–100. Available at: <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.2004539>.
- Rawluszko, M. (2019) 'Gender mainstreaming revisited: Lessons from Poland', *European Journal of Women's Studies*, 26(1), pp. 70–84. Available at: <https://doi.org/10.1177/1350506817752012>.
- SIDA (2015) 'Gender-Tool-Mainstreaming', (March), pp. 1–8.
- Taufiq, M.N. (2017) 'Pembangunan Berbasis Gender Mainstreaming (Studi Analisis Gender Implementasi Program Gender Watch Di Gresik)', *Paradigma*, 5(3), pp. 1–6.
- UNWOMEN (2014) 'Gender Mainstreaming: A Global Strategy For Achieving Gender Equality & The Empowerment Of Women And Girls', Adapted from UN Women Guidance Note: Gender Mainstreaming in Development Programming, p. 8. Available at: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Gender-mainstreaming-Strategy-for-achieving-gender-equality-and-empowerment-of-women-girls-en.pdf>.
- Vida, B. (2021) 'Policy framing and resistance: Gender mainstreaming in Horizon 2020', *European Journal of Women's Studies*, 28(1), pp. 26–41. Available at: <https://doi.org/10.1177/1350506820935495>.

Profil Penulis



Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes

Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan- MSA Kupang pada tahun 2001. Setelah itu penulis melanjutkan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan – Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2006. Penulis mulai tertarik untuk mendalami ilmu tentang kesehatan reproduksi sehingga pada tahun 2011 penulis memilih untuk melanjutkan pendidikan di Prodi Ilmu Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Kupang. Fokus mengajar dari penulis yaitu pada mata kuliah terkait sistem reproduksi manusia dan kesehatan reproduksi manusia beserta berbagai permasalahannya. Penulis juga sedang memfokuskan minat terhadap topik-topik tentang isu gender, kekerasan seksual dan kekerasan pada perempuan.

Email Penulis: nataliadebi@gmail.com

ISU GENDER DI MASA ANAK-ANAK

Risza Choirunissa, S.SiT., MKM
Universitas Nasional

Pengenalan tentang Konsep Dasar Gender

Definisi jenis kelamin dan gender merupakan dua konsep yang sering disalahpahami sebagai hal yang sama, namun sebenarnya memiliki perbedaan yang signifikan. Jenis kelamin, atau sex, merujuk pada karakteristik biologis dan fisiologis yang mendefinisikan manusia sebagai laki-laki atau perempuan. Karakteristik ini meliputi struktur kromosomal, organ reproduksi, dan hormon seksual. Sebaliknya, gender mengacu pada peran, perilaku, aktivitas, dan atribut sosial yang dianggap pantas untuk laki-laki dan perempuan dalam suatu masyarakat (World Health Organization, 2021). Gender lebih bersifat sosial dan budaya, menunjukkan bahwa apa yang dianggap maskulin atau feminin bisa berbeda antar budaya dan dapat berubah seiring waktu.

Ilustrasi sederhana tentang keragaman gender dapat dilihat dalam konsep gender sebagai spektrum, bukan biner. Ini berarti bahwa ada lebih banyak gender selain laki-laki dan perempuan saja. Beberapa budaya, seperti banyak masyarakat adat di Amerika Utara, mengakui adanya lebih dari dua gender, yang sering disebut sebagai *Two-Spirit*, menunjukkan pemahaman tentang keragaman gender yang jauh sebelum konsep modern ini dikenal luas (Gilley, 2006). Ini membantu memahami

bahwa ekspresi gender seseorang cara mereka mempresentasikan gender mereka melalui pakaian, perilaku, dan identitas—bisa jauh lebih beragam daripada klasifikasi biner sederhana.

Pentingnya pengakuan terhadap keragaman gender ini bukan hanya tentang terminologi; ini tentang menghargai dan menghormati pengalaman hidup yang berbeda. Dengan memahami dan menerima keragaman gender, masyarakat dapat menjadi lebih inklusif dan mendukung semua individu, terlepas dari bagaimana mereka mengidentifikasi diri mereka sendiri (American Psychological Association, 2015). Ini membuka jalan bagi pengakuan yang lebih besar terhadap hak-hak dan kebutuhan individu di seluruh spektrum gender, yang merupakan langkah penting menuju kesetaraan dan keadilan sosial.

Stereotip Gender dan Pengaruhnya

Stereotip gender adalah keyakinan yang disederhanakan dan sering kali tidak akurat tentang peran, perilaku, dan karakteristik yang dianggap pantas untuk laki-laki dan perempuan dalam suatu masyarakat. Stereotip ini bisa berdampak negatif, membatasi individu dalam mengembangkan potensi mereka dan memilih jalur karir atau kehidupan yang sesuai dengan minat serta kemampuan mereka. Contoh stereotip gender meliputi anggapan bahwa laki-laki lebih logis dan kuat, sementara perempuan lebih emosional dan peduli dengan penampilan. Stereotip semacam ini tidak hanya meremehkan kemampuan individu tetapi juga menciptakan ekspektasi sosial yang tidak realistis (Hill & Lynch, 1983).

Menghadapi stereotip gender membutuhkan kesadaran dan intervensi aktif baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Salah satu cara efektif adalah melalui

pendidikan dan pembelajaran yang inklusif, yang mempromosikan pemahaman bahwa kemampuan dan minat seseorang tidak ditentukan oleh jenis kelamin mereka. Hal ini bisa mencakup memperkenalkan tokoh panutan dari kedua gender dalam berbagai peran profesional dan kehidupan, serta mengadakan diskusi tentang bagaimana stereotip gender mempengaruhi pilihan dan perilaku kita (Bigler & Liben, 2007).

Selain itu, penting untuk mengembangkan keterampilan kritis terhadap media dan pesannya, yang seringkali memperkuat stereotip gender melalui representasi yang tidak beragam dan satu dimensi. Mengajarkan anak-anak dan remaja untuk mengenali dan mempertanyakan pesan gender dalam iklan, film, dan program televisi dapat membantu mereka membentuk pemahaman yang lebih kompleks tentang identitas gender (Ganahl, Prinsen, & Netzley, 2003).

Intervensi pada tingkat kebijakan juga krusial, termasuk menciptakan lingkungan kerja yang mendukung kesetaraan gender dan mengimplementasikan kebijakan anti-diskriminasi. Ini bisa mencakup pelatihan kesadaran gender untuk para profesional dan mengembangkan pedoman yang mempromosikan representasi yang adil dan beragam dalam semua aspek kehidupan sosial (United Nations Women, 2020).

Kesetaraan Gender

Kesetaraan gender merujuk pada hak yang sama, tanggung jawab, dan peluang bagi semua jenis kelamin. Konsep ini tidak hanya menghilangkan diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, tetapi juga mendorong partisipasi penuh dan efektif perempuan dan laki-laki dalam semua aspek kehidupan sosial, ekonomi, dan politik (United Nations, 2015). Kesetaraan gender bertujuan untuk memberdayakan individu, terlepas dari

jenis kelamin mereka, untuk memiliki kebebasan memilih dan mengembangkan potensi pribadi mereka tanpa dibatasi oleh stereotip gender, peran yang ditetapkan secara sosial, atau diskriminasi. Ini adalah fondasi penting untuk mencapai pembangunan berkelanjutan dan demokrasi yang inklusif, serta keadilan sosial.

Pentingnya kesetaraan gender termanifestasi dalam berbagai bidang, mulai dari pendidikan hingga lapangan kerja. Dalam pendidikan, misalnya, kesetaraan gender mencakup akses yang sama untuk perempuan dan laki-laki ke sumber daya pendidikan, peluang belajar, dan program-program pembangunan kapasitas. Menurut World Bank (2018), pendidikan yang inklusif dan berkualitas bagi perempuan bukan hanya merupakan hak asasi manusia, tetapi juga kunci untuk mencapai kemajuan sosial dan ekonomi. Di tempat kerja, kesetaraan gender berarti kesempatan kerja yang sama, termasuk upah yang adil, kondisi kerja yang layak, dan peluang karir yang setara, tidak terpengaruh oleh jenis kelamin (International Labour Organization, 2019). Ini menuntut kebijakan dan praktik yang mendukung keseimbangan kerja dan kehidupan pribadi, serta menghargai kontribusi semua karyawan.

Menghadapi tantangan menuju kesetaraan gender membutuhkan upaya kolaboratif dari semua sektor masyarakat. Ini termasuk reformasi kebijakan yang mendukung kesetaraan gender, edukasi dan pelatihan untuk mengubah sikap dan norma sosial, serta pemberdayaan ekonomi perempuan. Selain itu, perlu adanya partisipasi aktif dari laki-laki sebagai sekutu dalam mempromosikan kesetaraan gender, mengingat peran mereka dalam mengubah norma sosial dan struktur kekuasaan yang mendukung ketidaksetaraan (Heilman & Barker, 2018). Kesetaraan gender bukan

hanya perjuangan perempuan; ini adalah isu yang mempengaruhi kesejahteraan dan pembangunan seluruh masyarakat.

Identitas Gender dan Ekspresi Gender

Identitas gender dan ekspresi gender adalah dua konsep penting dalam memahami spektrum luas pengalaman gender manusia, namun sering kali kedua istilah ini disalahpahami atau digunakan secara bergantian. Identitas gender merujuk pada pengalaman batiniah seseorang sebagai laki-laki, perempuan, keduanya, atau tidak ada dari keduanya. Ini adalah rasa pribadi seseorang tentang gender mereka, yang mungkin atau mungkin tidak sesuai dengan jenis kelamin yang ditugaskan pada saat lahir. American Psychological Association (APA) menekankan bahwa identitas gender adalah pengalaman subjektif dan pribadi, yang berarti bahwa hanya individu yang bersangkutan yang dapat menentukan identitas gender mereka (American Psychological Association, 2015).

Di sisi lain, ekspresi gender merujuk pada cara seseorang menampilkan gender mereka kepada orang lain, melalui pakaian, gaya rambut, perilaku, bahasa tubuh, dan preferensi. Ekspresi gender dapat atau tidak dapat mencerminkan identitas gender seseorang. Beberapa orang mungkin memilih untuk mengekspresikan gender mereka dengan cara yang sesuai dengan norma-norma sosial yang berlaku untuk jenis kelamin mereka, sementara yang lain mungkin mengekspresikan gender mereka dengan cara yang berbeda atau bahkan bertentangan dengan ekspektasi tersebut. Institusi seperti Human Rights Campaign (HRC) menggarisbawahi bahwa ekspresi gender adalah tentang ekspresi luar dan dapat bervariasi dari sangat feminin hingga sangat maskulin dan di mana saja di antaranya (Human Rights Campaign, n.d.).

Perbedaan antara identitas gender dan ekspresi gender adalah penting karena menyoroti bahwa bagaimana seseorang memilih untuk mengekspresikan diri mereka secara eksternal tidak selalu mencerminkan identitas gender internal mereka. Misalnya, seseorang dengan identitas gender non-biner mungkin memilih ekspresi gender yang lebih androgini, tidak sepenuhnya maskulin atau feminin, atau seseorang yang mengidentifikasi sebagai transgenre mungkin mengekspresikan gender mereka dengan cara yang konsisten dengan identitas gender mereka, tidak peduli bagaimana mereka ditugaskan pada saat lahir. Pengakuan terhadap perbedaan ini sangat penting dalam upaya meningkatkan pemahaman dan inklusi gender serta menghormati pengalaman individu (World Professional Association for Transgender Health, 2017).

Menghormati Perbedaan

Empati dan menghormati orang lain merupakan dua nilai inti yang esensial dalam membangun hubungan interpersonal yang sehat dan masyarakat yang inklusif. Empati, kemampuan untuk memahami dan merasakan apa yang dirasakan orang lain, memungkinkan individu untuk menempatkan diri mereka dalam posisi orang lain dan melihat dunia dari perspektif mereka. Ini tidak hanya meningkatkan hubungan interpersonal tetapi juga memfasilitasi kerjasama dan pengertian lintas budaya. Menurut Batson et al. (1991), empati memicu respons altruistik terhadap penderitaan orang lain, mendorong tindakan yang bertujuan untuk meringankan penderitaan tersebut, sehingga memainkan peran penting dalam mendorong perilaku sosial yang proaktif dan peduli.

Menghormati orang lain, sejalan dengan empati, melibatkan pengakuan terhadap nilai dan martabat setiap individu, terlepas dari perbedaan mereka. Ini mencakup mendengarkan pendapat orang lain, mengakui hak mereka untuk memiliki pendapat dan kepercayaan yang berbeda, dan berinteraksi dengan mereka dengan cara yang adil dan tidak memihak. Menurut DeWall et al. (2011), menghormati orang lain memperkuat kohesi sosial dan meminimalkan konflik, dengan mempromosikan pemahaman dan toleransi di antara individu dengan latar belakang yang berbeda. Hal ini penting dalam masyarakat pluralistik modern, di mana interaksi antar kelompok budaya, agama, dan etnis merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari.

Pentingnya empati dan menghormati orang lain juga tercermin dalam konsekuensi positifnya bagi kesejahteraan psikologis individu dan masyarakat. Penelitian menunjukkan bahwa individu yang menunjukkan tingkat empati yang tinggi cenderung memiliki hubungan yang lebih memuaskan dan kurang konflik, sementara budaya menghormati yang berlaku dalam kelompok atau organisasi dikaitkan dengan kepuasan kerja yang lebih besar, keterlibatan, dan produktivitas (Konrath et al., 2011; Tyler & Blader, 2003). Dengan demikian, empati dan rasa hormat berkontribusi tidak hanya pada harmoni sosial tetapi juga pada kesejahteraan individu, menegaskan pentingnya nilai-nilai ini dalam pendidikan, pekerjaan, dan kebijakan publik.

Perempuan dan laki-laki memiliki peran penting dalam pembentukan dan perkembangan masyarakat, memberikan kontribusi yang beragam dan saling melengkapi dalam berbagai sektor. Dari perspektif historis, kontribusi ini sering kali dibentuk oleh norma dan ekspektasi gender yang telah lama berlaku, namun,

dinamika sosial kontemporer menunjukkan pergeseran menuju pengakuan yang lebih besar atas kesetaraan dan keberagaman peran gender.

Kontribusi Perempuan dan Laki-laki dalam Masyarakat

Perempuan telah berperan kunci dalam mendorong kemajuan sosial dan ekonomi, tidak hanya sebagai pengasuh dan pengelola rumah tangga tetapi juga sebagai inovator, pemimpin, dan penggerak perubahan. Menurut United Nations Women (2015), perempuan memberikan kontribusi signifikan terhadap ekonomi, baik melalui pekerjaan berbayar maupun tidak berbayar, seperti perawatan anak dan pekerjaan domestik, yang sering kali tidak dihitung dalam statistik ekonomi konvensional. Peningkatan partisipasi perempuan dalam angkatan kerja telah terbukti meningkatkan produktivitas ekonomi dan pertumbuhan (Duflo, 2012).

Laki-laki, di sisi lain, sering kali diakui atas kontribusi mereka dalam peran tradisional sebagai pencari nafkah dan pemimpin dalam berbagai aspek kehidupan sosial dan politik. Namun, pentingnya peran laki-laki dalam mendukung kesetaraan gender dan memecah stereotip juga semakin diakui. Penelitian menunjukkan bahwa ketika laki-laki terlibat dalam kehidupan keluarga dan berbagi tanggung jawab domestik, terdapat manfaat positif bagi kesetaraan gender dan kesejahteraan keluarga (Barker et al., 2017).

Interaksi antara kontribusi perempuan dan laki-laki menciptakan masyarakat yang lebih kaya dan lebih dinamis. Memajukan kesetaraan gender memerlukan pengakuan dan penghargaan terhadap kontribusi unik yang dibawa oleh setiap individu, terlepas dari jenis kelamin mereka. Inisiatif seperti pemberdayaan ekonomi perempuan, promosi keseimbangan kehidupan kerja bagi

laki-laki, dan pendidikan untuk mengurangi stereotip gender, semuanya berkontribusi pada pembentukan masyarakat yang lebih inklusif dan adil (World Economic Forum, 2017).

Melawan Diskriminasi dan *Bullying* terkait Gender

adalah tantangan global yang memerlukan upaya bersama dari individu, masyarakat, dan pemerintah. Diskriminasi gender mencakup perlakuan yang tidak adil atau prasangka terhadap seseorang berdasarkan jenis kelaminnya, yang sering kali merugikan perempuan dan anggota komunitas LGBTQ+. *Bullying* terkait gender dapat mencakup segala bentuk pelecehan, kekerasan verbal, atau fisik yang ditujukan kepada seseorang karena ekspresi gender, identitas gender, atau non-konformitas gender mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa diskriminasi dan *bullying* terkait gender memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kesejahteraan psikologis dan fisik individu yang terkena dampak. Dampak ini bisa mencakup depresi, ansietas, rendahnya harga diri, dan bahkan bunuh diri. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengakui bahwa kekerasan berbasis gender merupakan masalah kesehatan masyarakat utama yang memerlukan perhatian segera (World Health Organization, 2013).

Untuk melawan diskriminasi dan *bullying* terkait gender, pendidikan dan kesadaran adalah kunci. Program pendidikan yang mencakup kesetaraan gender dan menghargai perbedaan dapat membangun fondasi yang kuat untuk mencegah perilaku diskriminatif dan *bullying* sejak usia dini. Penelitian oleh UNICEF menunjukkan bahwa pendidikan yang inklusif dan sensitif gender dapat mengurangi stereotip gender dan mempromosikan hubungan yang lebih sehat antar gender (UNICEF, 2015).

Selain itu, kebijakan dan peraturan yang mendukung kesetaraan gender dan melindungi hak-hak individu, terlepas dari jenis kelamin atau identitas gender mereka, adalah penting. Hukum yang melarang diskriminasi dan bullying terkait gender dan menyediakan mekanisme untuk pelaporan dan penanganan kasus adalah langkah penting menuju masyarakat yang lebih adil dan inklusif.

Melawan Diskriminasi dan *Bullying* Terkait Gender pada anak

Melawan diskriminasi dan bullying terkait gender pada anak-anak membutuhkan strategi yang komprehensif, melibatkan pendidikan, pengasuhan, dan kebijakan yang mendukung. Diskriminasi dan bullying terkait gender dapat berdampak negatif pada perkembangan emosional, sosial, dan akademik anak-anak, mempengaruhi rasa percaya diri mereka dan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain secara sehat.

Sebagai langkah awal, pendidikan dan kesadaran tentang kesetaraan gender dan penerimaan keragaman harus dimulai sejak dini. Menurut sebuah studi oleh UNICEF (2016), memasukkan pendidikan kesetaraan gender dalam kurikulum sekolah dapat mengurangi prasangka dan mendorong perilaku inklusif di antara anak-anak. Program pendidikan ini harus dirancang untuk mengajarkan anak-anak mengenai keberagaman dan inklusivitas, mempromosikan pemahaman bahwa setiap orang, terlepas dari jenis kelamin atau identitas gender, berhak mendapatkan rasa hormat dan perlakuan yang sama.

Penting juga untuk melatih guru dan staf sekolah dalam mengidentifikasi dan menanggapi kasus bullying dan diskriminasi terkait gender. Pelatihan ini harus mencakup strategi untuk intervensi yang efektif dan cara-cara untuk mendukung anak-anak yang

terdampak. Penelitian oleh Yayasan Anti-Bullying (*Anti-Bullying Alliance*, 2015) menunjukkan bahwa ketika guru dilengkapi dengan pengetahuan dan sumber daya yang tepat, sekolah bisa menjadi lingkungan yang lebih aman dan mendukung untuk semua anak.

Orang tua dan pengasuh juga memainkan peran krusial dalam melawan diskriminasi dan bullying terkait gender. Dengan memberikan model perilaku yang positif dan berbicara terbuka tentang pentingnya kesetaraan dan penerimaan, orang tua dapat membantu membangun dasar yang kuat untuk sikap dan perilaku anak-anak yang inklusif. Menurut *American Psychological Association* (APA, 2017), komunikasi terbuka antara orang tua dan anak-anak tentang isu gender dan penerimaan dapat mengurangi kemungkinan anak-anak terlibat dalam bullying atau menjadi korban bullying.

Daftar Pustaka

- Adler-Milstein, J., & Jha, A. K. (2016). HITECH Act drove large gains in hospital electronic health record adoption. *Health Affairs*, 35(4), 992-1000.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
- American Psychological Association. (2017). Talking to kids about gender and sexual orientation. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/gender-sexual-orientation>
- Anti-Bullying Alliance. (2015). Teacher training and anti-bullying work. <https://www.anti-bullyingalliance.org.uk/anti-bullying-week/teachers-and-school-staff>
- Barker, G., Ricardo, C., & Nascimento, M. (2017). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. World Health Organization.
- Batson, C. D., Dyck, J. L., Brandt, J. R., Batson, J. G., Powell, A. L., McMaster, M. R., & Griffitt, C. (1991). Five studies testing two new egoistic alternatives to the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 41-65.
- Bigler, R. S., & Liben, L. S. (2007). Developmental intergroup theory: Explaining and reducing children's social stereotyping and prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 16(3), 162-166.
- DeWall, C. N., Deckman, T., Pond, R. S., Jr., & Bonser, I. (2011). Belongingness as a core personality trait: How social exclusion influences social functioning and personality expression. *Journal of Personality*, 79(6), 1281-1314.

- Duflo, E. (2012). Women's empowerment and economic development. *Journal of Economic Literature*, 50(4), 1051-1079.
- Ganahl, D. J., Prinsen, T. J., & Netzley, S. B. (2003). A content analysis of primetime commercials: A contextual framework of gender representation. *Sex Roles*, 49(9-10), 545-551.
- Gilley, B. J. (2006). *Becoming Two-Spirit: Gay identity and social acceptance in Indian country*. University of Nebraska Press.
- Heilman, M., & Barker, G. (2018). Masculine norms and violence: Making the connections. Promundo-US. <https://promundoglobal.org/resources/masculine-norms-and-violence-making-the-connections/>
- Hill, J. P., & Lynch, M. E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*, 201-228.
- Human Rights Campaign. (n.d.). Sexual Orientation and Gender Identity Definitions. <https://www.hrc.org/resources/sexual-orientation-and-gender-identity-terminology-and-definitions>
- International Labour Organization. (2019). A quantum leap for gender equality: For a better future of work for all. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_674831/lang-en/index.htm
- Konrath, S. H., O'Brien, E. H., & Hsing, C. (2011). Changes in dispositional empathy in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 15(2), 180-198.
- Tyler, T. R., & Blader, S. L. (2003). The group engagement model: Procedural justice, social identity, and cooperative behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 7(4), 349-361.

- United Nations. (2015). Sustainable Development Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
- United Nations Women. (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on women. <https://www.unwomen.org/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>
- United Nations Women. (2015). Progress of the world's women 2015-2016: Transforming economies, realizing rights. <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/poww-2015-2016-en.pdf?la=en&vs=0>
- UNICEF. (2016). Harnessing the power of data for girls: Taking stock and looking ahead to 2030. <https://www.unicef.org/reports/harnessing-power-data-girls>
- World Professional Association for Transgender Health. (2017). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, version 7. <https://www.wpath.org/publications/soc>
- World Bank. (2018). World development report 2018: Learning to realize education's promise. <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2018>
- World Health Organization. (2021). Gender, equity and human rights. <https://www.who.int/teams/gender-equity-rights/knowledge/gender>
- World Economic Forum. (2017). The Global Gender Gap Report 2017. <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2017/>

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

Profil Penulis



Risza Choirunissa, S.SiT., MKM

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih studi untuk masuk ke D3 Kebidanan, dilanjutkan dengan Sarjana Kebidanan, dan Berhasil menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat di tahun 2014, saat ini penulis sedang melanjutkan studi Doktoral di Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, penulis juga sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Jakarta. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat, Promosi Kesehatan Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis jurnal dan buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini

Email Penulis: riszaakrama@gmail.com

ISU GENDER PADA ANAK PEREMPUAN DAN ISU TERKINI

Windy Nofrita Tumuwe, SKM., M.Kes
Universitas Trinita Manado

Sejarah Hari Anak Perempuan Sedunia

11 Oktober diperingati sebagai hari anak perempuan sedunia atau dikenal dengan *International Day of the Girl*. Berawal dari Tahun 1995 diadakan konferensi tingkat dunia ke-4 membahas tentang perempuan bertemakan persamaan, pembangunan dan perdamaian yang dilaksanakan di Beijing, China pada tanggal 4 – 15 September Tahun 1995. Dari konferensi ini menghasilkan sejumlah rekomendasi untuk dilaksanakan oleh negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dalam upaya meningkatkan akses dan kontrol kaum perempuan atas sumber daya ekonomi, politik, sosial dan budaya. Hingga di akhir abad-20 banyak kesepakatan Internasional yang telah diadopsi negara-negara anggota Perserikatan Bangsa bangsa (PBB) yang bisa dijadikan peta penunjuk jalan dan landasan aksi menuju penguatan perempuan mendukung hak dan mendorong keterlibatan penuh anak perempuan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kehidupan mereka. Salah satu kesepakatan Internasional yaitu *Beijing Declaration and Platform For Action* (BPFA, 1995) yang mempunyai arti penting karena memuat dokumen strategis pemberdayaan dan kemajuan perempuan, penegakan

hak asasi manusia dan pembangunan yang mendorong perempuan untuk mengorganisir diri, bertindak dan mencari alternatif-alternatif. Dengan landasan itu, gerakan perempuan menjadi lebih memahami, mengenal, memperluas perspektif dan strategi pencapaian hak-hak perempuan, pemberdayaan dan pembangunan. Peserta konferensi Beijing terdiri atas 189 negara anggota PBB yang telah sepakat menandatangani deklarasi itu termasuk Indonesia. Deklarasi Beijing adalah yang pertama secara khusus menyerukan hak-hak anak perempuan. Pada 19 Desember 2011, Majelis Umum PBB mengadopsi Resolusi 66/170 untuk menetapkan tanggal 11 Oktober sebagai Hari Anak Perempuan Sedunia dan meresmikan tanggal 11 Oktober 2012 sebagai tahun pertama dirayakannya Hari Anak Perempuan Sedunia. Penetapan ini sebagai bentuk pengakuan terhadap hak-hak anak perempuan dan tantangan unik yang dihadapi anak perempuan di seluruh dunia. Hari Anak Perempuan Sedunia berfokus mengatasi tantangan yang dihadapi anak perempuan dan untuk mempromosikan pemberdayaan anak perempuan dan pemenuhan hak asasi mereka di seluruh dunia, termasuk di negara Indonesia.

Setiap tahun hari anak perempuan sedunia diperingati dengan tema yang unik sebab pemenuhan terhadap hak-hak anak perempuan masih dianggap terbatas. Bahkan dalam peringatannya yang pertama di Tahun 2012, mengambil tema untuk mengakhiri pernikahan pada anak perempuan, karena anak perempuan adalah masa depan kita. Dikutip dari laman UNICEF tahun 2013, tema yang diangkat untuk Hari Anak Perempuan Internasional Tahun 2013 adalah "*Invest in Girls' Rights: Our Leadership, Our Well-being*" atau "Berinvestasi dalam Hak-Hak Anak Perempuan: Kepemimpinan Kami, Kesejahteraan Kami". Pada tahun 2014, Hari Anak Perempuan Sedunia mengingatkan dan menegaskan

kembali komitmen anak perempuan di dunia dapat mengekspresikan bakat mereka untuk ikut membangun komunitas dan negara. Tema tahun 2015 yaitu kekuatan visi remaja perempuan untuk tahun 2030. Tema 2016 yaitu mendukung prestasi anak perempuan. Tahun 2017 bertemakan bebas pekerja anak perempuan. Tema *International Day of the Girl* (IDG) 2018 adalah kota aman untuk anak perempuan. Hari Anak Perempuan Internasional tahun 2019 mengusung tema “Tak Tergoyahkan dan Tak Terhentikan” (*GirlForce: Unscripted and Unstoppable*). Tahun 2020, tema yang diangkat pada Hari Anak Perempuan Internasional adalah "*My voice, our equal future*". Tema ini mengandung semangat untuk membangun dunia yang lebih baik, dengan melibatkan kontribusi dari setiap anak perempuan. Tahun 2021 Tema Hari Anak Perempuan Sedunia yakni "*Digital generation. Our generation.*" atau "Generasi Digital, Generasi Kita". Pada 11 Oktober 2022, diperingati sebagai 10 tahun *International Day of the Girl* (IDG) atau Hari Anak Perempuan Sedunia dengan tema "Waktu kita adalah sekarang—hak kita, masa depan kita" atau "*Our time is now—our rights, our future*". UNICEF menyebutkan tema peringatan IDGC untuk Tahun 2023 adalah "*Invest in Girls' Rights: Our Leadership, Our Well-being*". Melalui tema-tema IDG setiap tahunnya, dapat diketahui bahwa ada isu-isu gender pada anak perempuan yang menjadi peluang untuk dieksplorasi demi meningkatkan sumber daya bagi anak perempuan.

Isu Gender Pada Anak Perempuan

Isu diartikan sebagai sebuah persoalan, dapat juga dikatakan sebagai sebuah masalah, sesuatu yang sedang menjadi perhatian, yang terlintas kabar, desas-desus dan ramai diperbincangkan. Pada umumnya, persoalan yang terjadi akibat munculnya kesenjangan atau ketimpangan gender yang berimplikasi adanya diskriminasi terhadap

pihak perempuan. Dewasa ini isu gender pada anak perempuan menjadi hal yang penting untuk dibahas. Gender sering diartikan dengan sex padahal pada kenyataannya makna dua kata ini berbeda. Secara umum dapat dibedakan, sex merupakan perbedaan ciri biologis antara jenis kelami laki-laki dan perempuan, sedangkan gender perbedaan ciri karakteristik, kepribadian, peran sosial yang ada pada laki-laki dan perempuan. Secara tradisional masyarakat percaya bahwa peran gender berasal dari jenis kelamin atau sexnya, sebagai contoh jenis kelamin perempuan dianggap punya peran dalam pengasuh rumah tangga karena dia perempuan yang harus lemah lembut dan mengasahi sesuai kodratnya. Sedangkan kodrat laki-laki harus berperan mencari nafkah karena dia laki-laki yang kuat dan tangguh. Gender merujuk pada konstruksi sosial yang mengatur perempuan harus bagaimana dan laki-laki harus bagaimana. Adanya konstruksi sosial ini menjadi masalah dari masa ke masa.

Berikut ini beberapa isu gender pada anak perempuan:

1. Pernikahan dini pada anak perempuan

Pernikahan pada usia anak dapat merampas hak anak perempuan untuk menikmati pendidikan berkualitas. Menurut data UNICEF Indonesia, anak perempuan yang menikah di usia anak 6x lebih kecil kemungkinannya untuk bisa menyelesaikan sekolah menengah dibanding anak perempuan yang menikah setelah berusia 18 tahun. Tidak hanya itu, pernikahan usia anak 'memaksa' anak perempuan untuk berperan sebagai istri dan ibu sebelum waktunya.

Pernikahan pada usia anak atau usia dini terutama pada anak perempuan dapat berdampak pada:

- a. Masa depan pendidikannya. Anak yang sudah menikah akan memutuskan untuk berhenti sekolah. Hal ini akan mempengaruhi masa depan pendidikannya.
- b. Berdampak pada kesehatan. Kehamilan pada usia dini dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan juga anak yang dilahirkannya.
- c. Masalah ekonomi. Anak-anak masih belum bisa atau mampu bertanggungjawab secara finansial karena belum mampu untuk bekerja.
- d. Risiko KDRT lebih tinggi karena, secara psikis anak-anak belum siap untuk menghadapi kehidupan berumah tangga.

2. Abai terhadap hak-hak anak perempuan

Kita hidup di zaman dunia yang seringkali tidak menghargai hak-hak anak perempuan. Ada 250 juta anak perempuan yang kini hidup dalam kemiskinan, satu dari tiga anak perempuan di negara berkembang akan menikah sebelum usia 18 tahun, dan 62 juta anak perempuan tidak sekolah – tidak dapat menikmati pendidikan yang nantinya dapat memberikannya kesehatan dan pendapatan yang baik. Seharusnya setiap anak perempuan memiliki kesempatan yang sama dengan anak laki-laki untuk memperoleh hak untuk belajar, bermain, dan mengembangkan potensi seluas-luasnya. Setiap anak perempuan berhak untuk menyuarakan apa yang mereka inginkan. Setiap anak perempuan dimanapun juga dapat belajar, memimpin dan memutuskan untuk mengambil keputusan masa depannya. Diharapkan kesempatan bagi anak

perempuan untuk menyuarakan pemikirannya lebih terbuka lebar, karena perempuan adalah agen perubahan satu bangsa.

3. Kurangnya kesadaran masyarakat mengenai berbagai jenis diskriminasi dan pelecehan yang terjadi kebanyakan pada anak perempuan

Di seluruh dunia, ada sekitar 150 juta anak perempuan yang telah mengalami kekerasan seksual, dan hampir separuh dari pelecehan seksual dialami oleh anak perempuan di bawah usia 16 tahun. Pada 2013, hampir 80% dari semua infeksi HIV baru yang terjadi pada rentang usia 15-24 tahun dialami oleh remaja perempuan dan perempuan muda. Berdasarkan data ini maka semua masyarakat berperan untuk meningkatkan kesadaran, menunjukkan rasa peduli dan mendorong kesetaraan hak anak perempuan, sadar akan berbagai jenis diskriminasi dan pelecehan seksual yang terjadi kebanyakan pada anak perempuan.

4. Tidak ada dukungan mencapai prestasi untuk anak perempuan

Konsekuensi yang akan dihadapi bila tidak berinvestasi pada anak perempuan sangat besar, ketika seorang anak perempuan tidak diberikan dukungan dan kesempatan untuk mengembangkan potensinya demi mencapai prestasi dan cita-citanya, itu bukan hanya kerugian bagi anak perempuan itu sendiri, tapi juga bagi keluarganya, komunitasnya, dan negaranya. Memberdayakan anak perempuan, memastikan bahwa mereka tidak mengalami kekerasan, dan memberikan mereka pendidikan, adalah salah satu cara terbaik untuk menjamin kemakmuran masyarakat. Penderitaan anak

perempuan ketika tidak mendapat dukungan menggarisbawahi tantangan yang dihadapi untuk memastikan bahwa anak perempuan dapat tumbuh di dunia yang memungkinkan setiap anak perempuan hidup secara bermartabat dan bebas dari kekerasan. Dalam menjalankan upaya ini, harus juga melibatkan lanjut usia, pemuka agama, pendidik, dan tokoh masyarakat yang berpengaruh. Dengan bekerja bersama, dapat membangun dunia yang tidak memperlakukan anak perempuan sebagai properti, harta, atau rampasan perang, melainkan sebagai individu yang memiliki suara, bakat, dan kebebasan untuk menyadari potensi mereka dan berkontribusi untuk kemanusiaan.

5. Eksploitasi anak perempuan yang menjadi pekerja dibawah umur

keprihatinannya terhadap banyaknya anak perempuan yang bekerja di sektor informal, tidak mendapat upah yang layak dan rentan mengalami eksploitasi hingga pelecehan seksual. Ada banyak anak-anak perempuan bekerja melampaui batas Undang-undang tenaga kerja yang mengatur batasan maksimal 3 jam sehari. Informasi dihimpun dari Dirjen Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan dan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3), didapati di Nias anak-anak tidak sekolah mereka bekerja sebagai pemecah batu, mereka bekerja di sektor informal dan pekerjaan mereka berat. Di kota Soe Nusa Tenggara Timur, terdapat arus perpindahan dari anak-anak desa ke kota menjadi pembantu. Para pekerja ini tidak digaji tepat atau tidak digaji hanya dibiayai sekolah dan makan. Mereka bekerja di sektor informal. Ada pelanggaran hak-hak anak, yang harus segera ditindaklanjuti disana. Hal ini mendorong pemerintah mendata pekerja anak di sektor informal.

Kedua mendorong pemerintah melakukan pengawasan ketat maraknya pekerja anak perempuan dan ketiga menghapus pasal pengecualian anak boleh kerja di sektor ringan pada UU Tenaga Kerja.

6. Masalah keamanan, lingkungan tempat tinggal, perkotaan yang belum ramah anak hingga rentan pelecehan seksual yang lebih berisiko pada anak perempuan

Masih banyak daerah yang belum mendukung dengan serius tentang kebijakan Kota Layak Anak. Sehingga masalah keamanan lingkungan tempat tinggal perkotaan yang belum ramah anak rentan terjadi pelecehan seksual yang berisiko pada anak perempuan. Berdasarkan UU Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas UU Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, menegaskan bahwa pemerintah maupun pemerintah daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) berkewajiban dan bertanggung jawab untuk menjamin pemenuhan hak anak dan melaksanakan kebijakan di bidang penyelenggaraan Perlindungan Anak. Adapun cara memenuhi hak dan melindungi anak-anak di daerah masing-masing adalah dengan jalan mewujudkan upaya daerah melaksanakan pembangunan Kabupaten/Kota Layak Anak. KLA adalah daerah/kota yang mempunyai sistem pembangunan yang berbasiskan hak-hak anak melalui komitmen dan sumber daya negara, masyarakat, dan dunia usaha, yang terencana

secara komprehensif dan berkesinambungan dalam kebijakan, program, dan kegiatan untuk menjamin terwujudnya hak-hak anak. Menurut UNICEF, kota layak anak/kota ramah anak adalah kota yang menjamin hak setiap anak sebagai warga

kota. Kota yang diinginkan oleh anak-anak adalah kota yang dapat menghormati hak anak-anak yang dapat diwujudkan dengan cara:

- a. Menyediakan akses pelayanan kesehatan, pendidikan, air bersih, sanitasi yang sehat dan bebas dari pencemaran lingkungan.
 - b. Menyediakan kebijakan dan anggaran khusus untuk anak.
 - c. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman sehingga memungkinkan anak dapat berkembang.
 - d. Keseimbangan di bidang sosial, ekonomi, dan terlindungi dari pengaruh kerusakan lingkungan dan bencana alam.
 - e. Memberikan perhatian khusus pada anak yang bekerja di jalan, mengalami eksploitasi seksual, hidup dengan kecacatan atau tanpa dukungan orang tua.
 - f. Adanya wadah bagi anak-anak untuk berperan serta dalam pembuatan keputusan yang berpengaruh langsung pada kehidupan anak-anak.
7. Belum menyadari potensi setiap anak perempuan yang memiliki kekuatan tak tergoyahkan dan tak terhentikan

Ada hampir 600 juta anak perempuan berusia 10 sampai 19 tahun di dunia saat ini, masing-masing memiliki potensi tanpa batas, namun mereka tidak memiliki akses untuk terlibat dalam pembangunan. Nyatanya, perempuan pun memiliki andil yang positif terhadap pembangunan di masa yang akan datang. Untuk itulah, mulai memahami potensi mereka sejak dini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif

di dunia pada tahun 2030 nanti. Berikan kesempatan yang setara untuk anak-anak perempuan agar bisa menyuarakan hak-haknya dan ikut terlibat dalam perubahan.

8. Hidup dengan ancaman kekerasan gender, sering menjadi korban tindakan kejahatan

Anak perempuan hidup dengan ancaman kekerasan gender, sering menjadi korban tindakan kejahatan, maka pemerintah harus mendidik warga negara tentang hubungan antara berinvestasi dalam program-program untuk anak perempuan dan keuntungannya bagi masyarakat, dan meminta pertanggungjawaban serta menerapkan sanksi yang berat bagi mereka yang melakukan kekerasan dan penindasan terhadap anak perempuan supaya ada efek jera. Harus dipahami bahwa anak perempuan yang berpendidikan, diberdayakan dengan pengetahuan, adalah lawan terbaik kekuatan brutal ekstremisme kekerasan. Bukan suatu kebetulan bahwa anak perempuan dan perempuan menjadi target kelompok-kelompok seperti ISIS dan Boko Haram. Negara harus bersama-sama melawan kelompok ekstremis seperti mereka, yang telah sewenang-wenang menargetkan perempuan dan anak perempuan dan menjadikan mereka sasaran kekerasan seksual dan kawin paksa.

9. Korban HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya

Setiap satu tahun di bangku sekolah dapat meningkatkan pendapatan mereka sebesar 10-20%, dan bila mereka mengenyam pendidikan lanjutan, pendapatan mereka akan lebih tinggi lagi. Remaja perempuan yang mengenyam pendidikan lanjutan akan menikah lebih belakangan, punya anak lebih

sedikit namun lebih sehat, dan lebih tidak berpotensi untuk terinfeksi HIV/AIDS maupun penyakit menular seksual lainnya. Negara-negara yang memiliki lebih banyak perempuan yang mengenyam pendidikan menengah memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah, angka kelahiran yang lebih rendah, jumlah HIV/AIDS yang lebih rendah, dan gizi anak yang lebih baik. Setiap satu tahun sekolah menengah yang dienyam oleh seorang ibu akan menurunkan probabilitas angka kematian anak sebesar 5 -10%, dan anak yang dilahirkan oleh ibu yang dapat membaca memiliki kesempatan 50% lebih tinggi untuk bertahan hidup di atas usia lima tahun. Menanggapi masalah kesehatan maka harus ada Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bersikap “Peka Gender”, yaitu:

- a. Memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa adanya perbedaan perlakuan, baik karena jenis kelamin maupun status sosialnya.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan akibat kodrat masing-masing.
- c. Memahami sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit dan sikap masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki yg sakit.
- d. Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan.
- e. Menyesuaikan pelayanan agar hambatan yg dihadapi oleh laki-laki dan perempuan sebagai akibat adanya perbedaan tersebut diatas dapat diatasi.

10. Kesenjangan pendidikan dan tidak memiliki kesempatan untuk menjadi pemimpin dalam perubahan sosial masyarakat

Ketika anak perempuan dan anak laki-laki berada dalam suatu institusi pendidikan yang sama, diskriminasi gender yang disengaja maupun tidak masih banyak terjadi, diskriminasi gender di dunia pendidikan menjadi tiga ranah, yaitu individual, struktural dan kultural, ketiganya saling berkaitan. Faktanya di Indonesia menunjukkan kesenjangan pendidikan antara anak laki-laki dan anak perempuan salah satunya disebabkan adanya *stereotype* bahwa anak perempuan tidak harus bersekolah dengan alasan berkodrat menjadi istri dan ibu yang hanya akan bekerja di rumah atau mengambil bagian di dapur dan mengurus rumah. Faktor ekonomi dan sosial merupakan salah satu penyebab pendidikan di Indonesia tidak merata. Kondisi ekonomi kerap memaksa anak berhenti sekolah dan membantu keluarga mencari uang. Ditinjau dari segi sosial, tidak sedikit keluarga kemudian mendukung anak laki-lakinya untuk bersekolah lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan.

Dari aspek struktural, belum adanya dukungan penuh untuk tercipta fasilitas pendidikan memadai dan mendukung perbedaan kebutuhan antara anak perempuan dengan anak laki-laki. Contohnya satu dari tiga sekolah yang tidak memiliki jamban atau toilet yang terpisah, seperti disebutkan dalam Profil Sanitasi Sekolah 2020 dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemendikbudristek). Fasilitas jamban atau toilet yang terpisah merupakan hal yang sangat penting bagi anak perempuan. Di daerah tertentu, anak-anak

perempuan memilih tidak sekolah pada tiga hari pertama mereka menstruasi, karena sangat tidak nyaman di sekolah.

Dari segi kultural, stigma masyarakat kerap tidak sengaja memomorduakan anak perempuan dalam kehidupan sehari-hari. Subordinasi (Penomorduaan) pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki. Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Contoh, jika ada kegiatan fisik yang berat, anak perempuan dianggap tidak mampu dan lemah. Jika ada pemilihan untuk menjadi pemimpin atau ketua, anak perempuan sering dijadikan orang kedua setelah laki-laki. Lebih lanjut, masalah struktural dan kultural tersebut kemudian dinormalisasi melalui internalisasi pada perempuan tersebut.

11. Tidak diberikan kepercayaan mengakses, menggunakan, memimpin, dan merancang teknologi

Anak-anak perempuan di dunia harus ditargetkan dapat mengakses internet dan perangkat digital, menggunakan, memimpin, dan merancang teknologi dengan aman dan bermakna. Selama pandemi COVID-19, inklusi dan literasi digital membuka jalan baru untuk belajar, menghasilkan, dan memimpin bagi anak perempuan. Namun masih terdapat kesenjangan gender seputar konektivitas dan

keamanan *online*, di mana anak perempuan menghadapi hambatan ekonomi dan sosial untuk mengakses internet dan perangkat lainnya. Di awal tahun 2021, Forum Kesetaraan Generasi atau *Generation Equality Forum* (GEF) meluncurkan komitmen 5 tahun dari para pemimpin masyarakat sipil, pemerintah, perusahaan, dan pembuat perubahan dari seluruh dunia. Forum ini menetapkan teknologi dan inovasi sebagai prioritas tentang kesetaraan gender. Pihak-pihak yang berkomitmen ini akan membantu memberikan kesempatan yang sama bagi anak perempuan dalam hal percepatan transformasi platform digital untuk belajar, menghasilkan sesuatu, dan terhubung dengan dunia.

12. Kultur dan stigma masyarakat yang salah terkait peran perempuan

UNICEF memberikan gambaran sebuah dunia yang melibatkan anak perempuan untuk memiliki ruang dalam berpartisipasi pada kebijakan pemerintah. Mereka juga perlu dikenalkan dengan aturan dan norma yang mesti dipatuhi saat menjalankan bisnis, hingga mendapatkan prioritas pada penelitian dan inovasi baru. Agenda utama Hari Anak Perempuan Internasional 2023 yaitu menjajaki peluang untuk meningkatkan sumber daya bagi anak perempuan dan membahas isu-isu yang berpengaruh pada kehidupan mereka. Sepanjang Oktober 2023 hingga Oktober 2024, UNICEF beserta pemerintah setiap negara dan masyarakat luas diajak untuk menyerukan tentang: Memprioritaskan anak perempuan dalam perlindungan dan mengenalkan hak-hak mereka; Mengakui, merayakan, dan mendukung kepemimpinan anak; Memperkenalkan dan meningkatkan program multi-sektoral dan

Memastikan informasi, layanan, dan sistem berubah menjadi ramah remaja perempuan; Melakukan perubahan struktural untuk meningkatkan pendanaan bagi anak perempuan secara berkesinambungan. **Tantangan Besar di Hari Anak Perempuan Sedunia 2023** dimana hampir setiap negara menempatkan kedudukan anak laki-laki lebih unggul dibandingkan anak perempuan seperti pada sistem patriarki. Seiring berjalannya waktu, keuntungan-keuntungan yang dimiliki anak laki-laki bertambah luas ketika beranjak besar. Sebaliknya, anak perempuan mulai menghadapi berbagai pembatasan dalam hidupnya. Misalnya, anak perempuan mulai dibatasi aksesnya terhadap ruang publik karena adanya norma-norma sosial di masyarakat. Anak perempuan juga diidentikkan sebagai sosok yang selalu patuh sehingga mereka identik sebagai 'gadis baik'. Pengakuan terhadap anak perempuan dipandang dominan pada pekerjaan yang bersifat pengasuhan. Sebaliknya, mereka kurang dihargai ketika berurusan dengan pembelajaran di sekolah, kepemimpinan dalam sebuah organisasi bisnis, hingga dianggap tidak memiliki kapabilitas dalam pembuatan kebijakan. Semua pembatasan untuk anak perempuan ini sebagai akibat dari sistem patriarki di setiap tingkatan. Mereka mendapatkan perbedaan dari anak laki-laki mulai dari lembaga pembuat kebijakan formal sampai ke norma-norma masyarakat, perilaku keluarga, dan sikap individu. Berbagai pihak mesti bersatu padu dalam mengampanyekan solusi atas permasalahan yang dihadapi anak perempuan saat ini, seperti pengakuan dalam urusan kepemimpinan. Ini semua menjadi tantangan besar yang didengungkan melalui tema peringatan Hari Anak Perempuan Sedunia Tahun 2023.

Sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals (SDGs) 2015 – 2030 Dari 17 tujuan SDGs yang terbagi ke dalam 169 target, Pembangunan berbasis gender tercantum secara eksplisit dalam tujuan ke-5, “Mencapai Kesetaraan Gender dan Memberdayakan Kaum Perempuan dan Anak”. Adanya tujuan kesetaraan gender sebagai salah satu tujuan SDGs menguatkan urgensi kesetaraan gender dalam pembangunan manusia. Kemajuan suatu negara tidak dapat dicapai tanpa adanya kesetaraan gender. Hal ini tampak menjadi kesadaran seluruh bangsa yang menjadi anggota PBB, termasuk Indonesia, untuk memastikan segala diskriminasi berbasis gender harus diakhiri agar kemajuan negara melalui pembangunan berkelanjutan dapat tercapai. Di dalam tujuan ke-5, SDGs menetapkan sejumlah target capaian yang menjadi indikator keberhasilan dari tujuan kesetaraan gender, yaitu:

- a. Mengakhiri semua bentuk diskriminasi terhadap semua perempuan dan anak perempuan dimanapun
- b. Menghapuskan semua bentuk kekerasan terhadap semua perempuan dan anak perempuan di ruang publik dan pribadi, termasuk perdagangan orang dan eksploitasi seksual dan berbagai jenis eksploitasi lainnya
- c. Menghapus kan semua praktik berbahaya, seperti pernikahan anak, pernikahan dini dan paksa, serta mutilasi alat kelamin wanita
- d. Mengenali dan menghargai pekerjaan mengasuh dan pekerjaan rumah tangga yang tidak dibayar melalui penyediaan pelayanan publik, infrastruktur dan kebijakan perlindungan sosial

dan peningkatan tanggung jawab bersama dalam rumah tangga dan keluarga yang tepat secara nasional

- e. Menjamin partisipasi penuh dan efektif serta kesempatan yang sama bagi perempuan untuk kepemimpinan di semua tingkat pengambilan keputusan dalam kehidupan politik, ekonomi dan masyarakat
- f. Menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi dan hak reproduksi seperti yang telah disepakati sesuai dengan Program Aksi Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan dan Platform Aksi Beijing serta dokumen-dokumen hasil rewiuw dari konferensi-konferensi tersebut.
- g. Melakukan reformasi untuk memberikan perempuan hak yang sama atas sumber daya ekonomi, serta akses ke kepemilikan dan kendali atas tanah dan bentuk properti lainnya, layanan keuangan, warisan dan sumber daya alam, sesuai dengan hukum nasional.
- h. Meningkatkan penggunaan teknologi yang memungkinkan, khususnya teknologi informasi dan komunikasi, untuk mempromosikan pemberdayaan perempuan
- i. Mengadopsi dan memperkuat kebijakan yang kuat dan perundangundangan yang dapat ditegakkan untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan semua perempuan dan anak perempuan di semua tingkatan.

Dengan Strategi: menjamin akses yang sama bagi semua perempuan dan laki-laki, terhadap pendidikan teknik, kejuruan dan pendidikan tinggi, termasuk universitas,

yang terjangkau dan berkualitas, menghilangkan disparitas gender dalam pendidikan, dan menjamin akses yang sama untuk semua tingkat pendidikan dan pelatihan kejuruan, bagi masyarakat rentan termasuk penyandang cacat, masyarakat penduduk asli, dan anak-anak dalam kondisi rentan.

Isu Terkini

Siklus awal kehidupan manusia diawali dari bayi. Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dari bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak. Pada kenyataannya, keseluruhan masalah kesehatan dipengaruhi oleh genetik, lingkungan, pelayanan kesehatan dan perilaku yang akan sangat berpengaruh bagi proses kehidupan manusia di mulai dari bayi sampai usia lanjut.

Berbicara tentang Perilaku, ada beberapa perilaku menjadi Isu terkini, yaitu: *Patriarki*, *Fatherless* dan *Feminisme*. Istilah kata *patriarchia* dari bahasa Latin kemudian diserap menjadi kata Patriarki di Bahasa Indonesia yang artinya sebuah sistem sosial yang menempatkan laki-laki sebagai pemegang kekuasaan utama dan mendominasi dalam peran kepemimpinan politik, otoritas moral, hak sosial dan penguasaan properti. Definisi lain tentang Patriarki yang berasal dari kata *patriarkat* yang berarti struktur yang menempatkan peran laki-laki sebagai penguasa tunggal, sentral, dan segala-galanya. Sampai saat ini Patriarki masih menjadi budaya di masyarakat, dalam dunia patriarki yang diakui laki-laki disuruh pintar memilih pasangan

sedangkan perempuan malah dapat omongan “jangan terlalu pilih-pilih sama lelaki nanti tidak laku”. Kalau seorang laki-laki murah senyum dibilang ramah, sedangkan perempuan yang murah senyum dibilang gampang (*friendly*). Laki-laki yang beres-beres rumah dianggap hebat dan langka, tapi kalau perempuan yang melakukannya dianggap hal biasa dan hal yang wajib. Laki-laki menuntut perempuan harus bisa cantik, mandiri, rajin, bisa mengurus anak, pinter, bisa memasak, dibilang wajar. Perempuan menuntut laki-laki harus mapan di bilang *matre*. Laki-laki pekerja keras dan *well education* dianggap keren dan bertanggung jawab, tapi kalau perempuan malah dapat omongan nanti laki-laki pada minder untuk mendekati. Dari fakta-fakta ini, harusnya peran gender zaman dahulu tidak bisa dijadikan standar ketika membicarakan kesetaraan gender pada era sekarang, era demokrasi modern. Peran gender bukan berasal dari jenis kelamin atau sex seseorang tapi berasal dari keadaan sosial dan kultur yang berlaku pada saat itu. Di Indonesia sendiri pembicaraan mengenai kesetaraan gender masih berjalan sangat lambat karena masih kentalnya nuansa patriarki. Di hampir setiap negara, patriarki dan dinamika kekuasaan memberi anak laki-laki keunggulan dibandingkan anak perempuan. Sebagai akibat dari dinamika patriarki yang terjadi di setiap tingkatan, kita melihat banyak sekali anak perempuan yang tertinggal dalam berbagai dimensi. Misalnya: Hampir 1 dari 5 anak perempuan masih belum menyelesaikan sekolah menengah pertama dan hampir 4 dari 10 anak perempuan tidak menyelesaikan sekolah menengah atas saat ini. Sekitar 90% remaja perempuan dan perempuan muda tidak menggunakan internet di negara-negara berpenghasilan rendah, sementara rekan laki-laki mereka dua kali lebih mungkin menggunakan internet untuk *gaming*. Hasil survei sosial ekonomi nasional

didapati 33% *Dual Earner System* (dimana suami dan istri sama-sama bekerja untuk mencari nafkah memenuhi kebutuhan rumah tangga), dan 57% *Male breadwinner system* (dimana hanya laki-laki yang bekerja karena perempuan mengurus rumah). Secara global, anak perempuan berusia 5-14 tahun menghabiskan jam lebih banyak setiap hari untuk pekerjaan rumah tangga dibandingkan anak laki-laki pada usia yang sama hal ini akan berdampak hingga dewasa, laki-laki akan tidak terbiasa mengurus rumah tangga karena dianggap urusan domestik perempuan dari sini akan muncul fenomena *Fatherless* yang merupakan fenomena ketika ayah tidak bertanggung jawab untuk memenuhi kewajiban dan perannya sebagai sosok ayah yang harusnya ada untuk keluarga tapi malah sibuk diluar dengan alasan cari nafkah dan jarang menyisihkan waktu di dalam rumah untuk keluarga. *Fatherless* diartikan sebagai ketidakhadiran peran ayah dalam perkembangan anak baik secara fisik maupun secara psikis karena dianggap mengurus anak adalah pekerjaan perempuan yang notabene adalah seorang ibu. Dari keadaan *Fatherless* ini akan muncul generasi *feminisme*. Istilah Feminisme ini sebenarnya berasal dari bahasa Perancis dari kata feminin atau femininitas yang artinya adalah kewanitaan atau menunjukkan sifat perempuan. Sehingga dapat diartikan, bahwa feminisme adalah sebuah aliran pergerakan wanita yang memperjuangkan hak perempuan. Istilah ini juga dapat didefinisikan sebagai gerakan politik, sosial serta ideologi yang memiliki tujuan untuk memperjuangkan hak wanita, di antaranya adalah untuk membangun, mendefinisikan serta mencapai perlakuan gender yang bernaung pada Hak Asasi Manusia di lingkup ekonomi, politik, pribadi dan sosial. Gerakan ini menggabungkan dua posisi, bahwa masyarakat selalu memprioritaskan sudut pandang laki-laki dan perempuan selalu

diperlakukan dengan tidak adil dalam masyarakat. Sehingga feminisme hadir, sebagai sebuah upaya untuk merubah hal tersebut, termasuk memerangi stereotip gender dan berusaha membangun peluang pendidikan serta profesional yang setara dengan laki-laki. Gerakan ini menjadi gerakan perlawanan terhadap perilaku patriarki, menjadi tantangan ke depan dan isu lainnya apabila seorang perempuan mengadopsi gerakan feminisme dan melakukan segala hal sendiri sehingga menganggap dirinya mampu mandiri dari berbagai aspek dan terbiasa melakukan semua hal sendiri sehingga tidak lagi membutuhkan figur dan peran laki-laki dihidupnya.

Daftar Pustaka

- Ade Irma Sakina, Dessy Hasanah Siti A. (2017). Menyoroti Budaya Patriarki di Indonesia, Share: Social Work Journal. 7 (1): 72.
- Ahmad, S. (1997). Landasan Aksi dan Deklarasi Beijing: Persamaan Pembangunan Perdamaian. Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Pers.
- Bressler, Charles E. Literary Criticism: An Introduction to Theory and Practice 4th-ed. Pearson Education, Inc. 2007.
- Fachriyah, F. (2021). Kesehatan Reproduksi Perempuan Di Indonesia Dalam Perspektif Gender. ISBN 978-623-92728-6-9^[1]_{SEP}; Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat UPNVJ 2021
- Hanum, F. (2020). Kajian dan Dinamika Gender. Intrans Publishing.
- Irianto, K. (2015). Kesehatan Reproduksi – Reproductive Health Teori dan Praktikum. Bandung: Alfabeta CV.
- Palulungan, L. (2020). Perempuan, Masyarakat Patriarki, dan Kesetaraan Gender. Yayasan Bursa Kawasan Pengetahuan Indonesia Timur (BaKTI).
- Rokhmansyah, A. (2016). Pengantar Gender dan Feminisme. Penerbit Garudawachana.
- Saadawi, N. 2020. Perempuan Dalam Budaya Patriarki. Pustaka Pelajar.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 323 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak.

Profil Penulis

Windy Nofrita Tumuwe, SKM., M.Kes



Penulis dilahirkan di Manado, Pada Tanggal 29 Mei Tahun 1993. Saat ini bekerja sebagai Koordinator Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Trinita Manado. Buku ini adalah buku ke-5 yang ditulis Penulis Pada usia 30 tahun. Ketertarikan penulis pada Buku Gender, Kesehatan Seksual dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi adalah karena Penulis juga sebagai Dosen Pengampuh Mata Kuliah Kesehatan Reproduksi & KIA-KB. Banyak isu kesehatan reproduksi secara global yang terjadi dan secara Nasional teralami juga di Indonesia sehingga hal ini butuh perhatian khusus bagi bidang kesehatan. Penulis tertarik menulis buku ini karena menjadi tantangan besar di dunia modern ini adalah informasi yang benar tentang isu kesehatan, banyak diluar sana informasi yang tidak dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya atau berita hoax. Harapan Penulis melalui kehadiran buku ini pembaca dapat menerima data dan menganalisisnya menjadi informasi yang benar, menangkal hoax dengan dasar ilmu, basic pengalaman, fakta empiris dan dapat membuka cakrawala berpikir agar dapat menerapkan pengetahuan yang didapatkan untuk menanggapi isu kesetaraan gender dan isu kesehatan lainnya sehingga mampu menyelesaikan masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan bisa meningkatkan derajat kesehatan serta mendukung pelaksanaan Visi Indonesia Emas 2045 dengan misi kesehatan untuk semua.

Email Penulis: windytumuwe@gmail.com

ISU GENDER PADA MASA REMAJA

Fitriana Putri Utami, S.KM., M.Kes
Universitas Ahmad Dahlan

Karakteristik Remaja

Masa remaja yang dimulai sekitar usia 10-13 tahun dan berakhir pada usia 18-22 tahun merupakan periode transisi dari anak-anak ke masa dewasa. Dalam masa ini terjadi perkembangan biologis, kognitif, sosial, dan emosional. Perubahan-perubahan ini terjadi mulai dari perkembangan fungsi seksual hingga proses berpikir abstrak dan kemandirian. Semua remaja harus melalui fase di mana peran gender mereka didefinisikan ulang. Ini mewakili serangkaian harapan dalam mempraktikkan bagaimana perempuan dan laki-laki seharusnya berpikir, bertindak, dan merasakan (Umami, 2019). Landasan bagi masa depan kesehatan dan kesejahteraan remaja muda terletak pada peningkatan pengetahuan dan kemahiran mereka dalam bidang kesehatan seksual dan reproduksi serta mendorong sikap, perilaku, dan norma yang lebih setara gender (USAID, 2022).

Kebanyakan orang mungkin setuju bahwa pria dan wanita memiliki kualitas fisik yang berbeda satu sama lain. Perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan yang sudah ada sejak lahir inilah yang sebenarnya disebut sebagai perbedaan alamiah. Namun ketika perbedaan tersebut menimbulkan ketidakadilan, konflik, penindasan, dan penindasan satu sama lain, maka hal tersebut menjadi sebuah masalah.

Gaya pengasuhan keluarga akan menunjukkan manifestasi tatanan teknis pengasuhan; misalnya, anak laki-laki biasanya diasosiasikan dengan martabat, keamanan, dan keteguhan, serta aspirasi masa depan keluarga. Sebaliknya, anak perempuan diasosiasikan dengan kepraktisan; artinya, mereka biasanya fokus menyelesaikan tugas-tugas di sekitar rumah. Meskipun tidak ada yang salah dengan keadaan ini, keadaan menjadi sulit ketika salah satu jenis kelamin (laki-laki atau perempuan) dirugikan oleh peran yang telah diajarkan. Misalnya, remaja perempuan yang berani dan tegas akan disebut tomboi, sedangkan remaja laki-laki yang tidak memiliki sifat-sifat tersebut akan disebut banci. (Boediarsih, Shaluhayah, & Mustofa, 2016)(Thahir, 2018).

Menjangkau remaja saja tidaklah cukup. Program kesetaraan gender harus menyentuh individu, sistem, dan organisasi yang berdampak pada kehidupan remaja, seperti keluarga, jaringan komunitas, sekolah, sistem kesehatan, masyarakat sipil, dan layanan pemerintah lainnya, agar benar-benar mendorong kesetaraan gender di kalangan anak muda. Selain mempengaruhi cara remaja muda menangani dinamika kekuasaan dan isu-isu identitas gender yang muncul pada masa krusial ini, banyaknya elemen sosial dan struktural yang menyebabkan ketidaksetaraan gender juga berdampak pada bagaimana norma, peran, dan sistem gender berkembang pada periode remaja (USAID, 2022).

Persepsi Remaja terhadap Peran Gender dan Seksualitas

Persepsi tentang peran gender dan seksualitas gender merupakan keyakinan normatif tentang bagaimana seorang perempuan atau laki-laki seharusnya memandang peran dan tanggung jawabnya dalam

kehidupan sehari-hari dan bagaimana mereka seharusnya berpenampilan dan berperilaku dalam bidang seksualitas.

Dalam penelitian terhadap 395 siswa SMA di Kota Semarang mengungkapkan beberapa gagasan remaja terhadap peran gender dan seksualitas mereka. Beberapa temuan persepsi yang kurang baik terdapat pada beberapa item, antara lain: (Boediarsih et al., 2016)

1. 74,7% remaja berpendapat bahwa perempuan tidak pantas untuk mengungkapkan cinta terlebih dahulu
2. 72,4% remaja percaya bahwa mengantar dan menjemput pasangan adalah tanggung jawab laki-laki
3. 74,4% remaja percaya bahwa laki-laki lebih bernafsu dalam menjalin hubungan pacaran
4. 88,6% remaja menyatakan wajar jika anak perempuan dikeluarkan dari sekolah jika hamil sebelum menikah
5. 68,3% remaja menganggap wajar jika laki-laki sering pulang larut malam
6. 72,7% remaja sepakat bahwa laki-laki memiliki hak lebih besar untuk mengakhiri hubungan dibandingkan perempuan dalam proses berpacaran. Hal ini mengindikasikan bahwa laki-laki lebih berkuasa, berkekuatan, dan memiliki daya tawar yang lebih besar untuk memutuskan hubungan dengan seorang perempuan.

Persepsi remaja kaitannya dalam pembagian peran gender dalam sebuah keluarga menunjukkan hasil bahwa 90,6% remaja menjawab bahwa ayah bertanggung jawab atas penghidupan (mencari nafkah) dan ibu bertanggung jawab mengasuh anak. Selain itu diketahui juga bahwa 90,6% remaja meyakini bahwa pengambil keputusan

dalam rumah tangga adalah peran laki-laki (suami), sedangkan perempuan (istri) berperan sebagai pendamping. Terkait dengan pembagian peran domestik dan publik, 71,9% remaja memiliki gagasan bahwa kegiatan perempuan lebih baik mengarah kepada kegiatan didalam rumah (ranah domestik), sedangkan laki-laki lebih bebas pada aktivitas di luar rumah (publik) (Boediarsih et al., 2016).

Sosialisasi Gender pada Remaja

Sosialisasi gender diartikan sebagai proses mempelajari karakteristik psikologis yang mempengaruhi perilaku laki-laki dan perempuan sesuai dengan harapan dan norma sosial di tempat orang tersebut berada. Dalam hal ini, anak seringkali menyerap peran gender yang sesuai, terutama melalui model pengasuhan yang diterapkan oleh orang tua mereka. Secara teori, sosialisasi gender yang diberikan oleh orangtua berkaitan dengan munculnya prasangka gender pada anak. Semakin tradisional sosialisasi gender yang diberikan akan berkorelasi dengan semakin tingginya prasangka gender yang dimiliki anak. Namun teori ini tidak sepenuhnya berlaku pada remaja sebab ketika anak beralih dari masa kecil ke masa remaja, mereka akan terpapar oleh banyak faktor yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku gender. Sikap dan perilaku ini pada umumnya diperoleh dari orang tua di rumah, namun seiring dengan berjalannya waktu akan terpengaruh juga dengan teman sebaya, pengalaman di lingkungan sekolah, serta paparan media. Sehingga prasangka gender yang dimiliki oleh remaja memungkinkan untuk berbeda dengan apa yang disosialisasikan oleh orang tua di dalam rumah (Ni Desak Made Santi Diwyarthi, Dianingtyas Putri & Dyah Ajeng Listriani Hetty Ismainar, Imanuddin Hasbi, I Putu Ayub Darmawan, Irwanto Asriandi, Is Nurhayati, Chandra Fitra Arifianto, Al Halik Novita Maulidya Jalal, 2021)(Umami, 2019).

Prasangka gender diwujudkan dalam dua bentuk: penerimaan gender (*benevolent sexism*) dan penolakan gender (*hostile sexism*). Penerimaan gender adalah sikap dan perilaku positif yang mendukung perempuan berperilaku sesuai stereotip tradisional. Penolakan gender merupakan sikap atau perilaku negatif yang secara langsung mengungkapkan bahwa perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki. Penolakan gender sendiri adalah sikap negatif terhadap perempuan yang salah satunya berasal dari keyakinan tentang kompetensi perempuan yang lebih rendah dari pria. Penolakan gender dan penerimaan gender saling berhubungan karena keduanya didasari oleh kesamaan keyakinan tentang perempuan. Keduanya berasumsi bahwa perempuan adalah jenis kelamin yang lebih lemah dan harus memainkan peran domestik dalam masyarakat (Plous, 2003).

Sebuah studi di DKI Jakarta pada 200 siswa SMA yang terdiri dari 106 perempuan dan 94 laki-laki diperoleh bahwa penolakan gender lebih tinggi ditemukan pada remaja laki-laki daripada remaja perempuan. Sebaliknya, penerimaan gender lebih banyak dimiliki oleh remaja perempuan daripada laki-laki. Dalam hal tokoh yang memberikan sosialisasi gender diketahui bahwa 56.4% remaja pria menyatakan ibu sebagai tokoh yang paling sering mengajari cara berperilaku sesuai gender. Sementara itu 84.9% remaja perempuan menyatakan bahwa ibu yang tokoh paling sering mengajari cara berperilaku sesuai gender (Siregar & Rochani, 2010).

Pada remaja laki-laki, penolakan gender dan sosialisasi gender orang tua mempunyai korelasi positif yang kuat. Anak laki-laki sering kali lebih diutamakan oleh orang tua karena keyakinan konvensional, dalam melakukan sosialisasi gender. Dibandingkan dengan remaja laki-laki, orang tua cenderung lebih mensosialisasikan

responden perempuan sesuai dengan norma gender tradisional. Selain itu, perempuan juga mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas di luar rumah dan terus menerus didorong untuk menampilkan citra feminin. Semuanya mencapai puncaknya ketika mereka memasuki masa pubertas dan meninggalkan masa kanak-kanak. Hal ini mendukung gagasan bahwa anak laki-laki lebih mampu dan lebih unggul daripada anak perempuan karena indoktrinasi gender dari orang tua, yang pada gilirannya mengarah pada penolakan gender dan keyakinan bahwa perempuan kurang berharga dibandingkan laki-laki.

Remaja memandang indoktrinasi gender yang mereka terima dari orang tua menjadi kurang konvensional seiring bertambahnya usia. Penemuan bahwa sosialisasi gender orang tua lebih tradisional pada remaja dengan tingkat pendidikan rendah menambah kepercayaan pada temuan tentang hubungan antara usia dan sosialisasi gender orang tua. Sosialisasi gender oleh orang tua menjadi lebih modern ketika dilakukan pada remaja perempuan dengan usia yang lebih matang dan lebih berpendidikan. Hal ini menunjukkan adanya perubahan persepsi terhadap stereotip perempuan. Seiring bertambahnya usia anak perempuan, orang tua kini cenderung mengurangi stereotip gender yang tradisional.

Hal lain yang turut berpengaruh dalam sosialisasi gender adalah peran orang tua yang lebih dominan dalam keluarga. Seperti disebutkan sebelumnya bahwa remaja lebih mengacu kepada ibu sebagai tokoh pemberi sosialisasi gender didalam rumah, mayoritas remaja memilih ibu sebagai figur dominan dalam keluarga. Remaja dengan ibu sebagai panutan yang kuat di rumah lebih memiliki penerimaan gender yang lebih tinggi. Remaja putri yang memiliki ibu yang lebih mendominasi dan remaja putri yang memiliki ayah yang lebih

mendominasi, menunjukkan variasi prasangka gender. Dimana remaja perempuan yang memiliki ibu yang lebih mendominasi di rumah memiliki tingkat diskriminasi gender yang lebih tinggi. Oleh karena itu, anak laki-laki akan mengikuti ayahnya, dan anak perempuan akan mengikuti ibunya.

Selain itu, tampaknya tingkat pekerjaan ibu berdampak pada penolakan gender. Remaja yang ibunya tidak bekerja mengalami tingkat penolakan gender yang lebih tinggi. Jika dibandingkan dengan anak yang ibunya tidak bekerja, remaja yang ibunya bekerja berpendapat bahwa ibunya lebih kompeten. Setelah menyadari bahwa ibu mereka tidak memiliki kompetensi yang sama dengan ayah mereka yang bekerja, anak-anak yang ibunya tidak bekerja pada akhirnya akan menginternalisasikan penolakan gender. (Siregar & Rochani, 2010)(Filler & Jennings, 2015).

Isu Spesifik Gender pada Remaja

Gender dan Depresi pada Remaja

Jika dibandingkan dengan masa kanak-kanak dan dewasa, prevalensi penderita depresi pada masa remaja menunjukkan peningkatan yang sangat besar. Dari masa kanak-kanak hingga remaja, gejala depresi semakin parah. Gejala depresi yang meningkat mulai terlihat antara usia 13 dan 15 tahun, mencapai puncaknya antara usia 17 dan 18 tahun, dan kemudian menurun pada usia dewasa. Hal ini ditemukan terjadi pada remaja-remaja yang berasal dari ras-ras yang berbeda (Marcotte, Alain, & Gosselin, 1999).

Ada korelasi kuat antara gender dan peningkatan depresi di kalangan remaja awal. Menurut penelitian, remaja perempuan mengalami depresi lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki (Darmayanti & Tarbiyah, 2008). Menurut

(Silverstein & Lynch, 1998), variasi gender dalam gejala depresi telah menarik banyak perhatian, dan data yang tersedia saat ini menunjukkan bahwa perempuan lebih mungkin mengalami depresi klinis dan subklinis dibandingkan laki-laki. Menurut penelitian (Marcotte et al., 1999) terhadap populasi di AS dan Kanada, antara 20% hingga 35% remaja laki-laki dan antara 25% hingga 40% persen remaja perempuan menderita depresi. Anak perempuan cenderung lebih depresi dibandingkan anak laki-laki karena tiga alasan (Darmayanti & Tarbiyah, 2008):

1. Dibandingkan dengan anak laki-laki, anak perempuan cenderung kurang kuat dan memiliki nilai keterampilan kepemimpinan yang lebih rendah.
2. Remaja perempuan melakukan coping ruminatif lebih sering dibandingkan anak laki-laki. perempuan memberikan perhatian lebih besar dan lebih larut terhadap gejala depresi yang mereka temui. Sebaliknya, anak laki-laki sering kali bertindak acuh tak acuh dan mengalihkan perhatiannya ke aktivitas fisik seperti menonton TV.
3. Saat berinteraksi dengan kelompoknya, anak perempuan kurang menunjukkan dominasi dan agresi, baik secara fisik maupun verbal.

Kesenjangan gender dalam depresi yang dialami remaja perempuan dan laki-laki sering kali disebabkan oleh tiga faktor: Pertama, Remaja perempuan dan laki-laki menjadi lebih sadar akan tubuh dan peran gender mereka sebagai akibat dari perubahan fisik dan hormonal yang disebabkan oleh pubertas di awal masa remaja. Remaja laki-laki dan perempuan akan bereaksi berbeda terhadap perubahan ini. Remaja putri cenderung memiliki persepsi buruk terhadap tubuhnya dan sering kali merasa tidak bahagia dengan tubuhnya.

Mereka menganggap wajah mereka tidak menarik, tubuh mereka jelek, dan kelebihan berat badan. Sebaliknya, remaja laki-laki memandang perubahan ini dengan baik.

Kedua, lebih banyak remaja perempuan dibandingkan remaja laki-laki yang mengalami depresi karena cara mereka menghadapi kesulitan secara berbeda. Dibandingkan remaja laki-laki, remaja perempuan lebih banyak menggunakan mekanisme coping yang tidak efisien seperti internalisasi, intelektualisasi, dan rasionalisasi. Mereka tidak dapat menjaga keseimbangan emosi karena mekanisme coping yang buruk ini tidak dapat menghilangkan hal-hal buruk yang menimpa mereka. Remaja perempuan lebih mungkin mengalami depresi akibat mekanisme coping ini dibandingkan laki-laki. Sebaliknya, remaja laki-laki lebih cenderung menggunakan mekanisme penanggulangan eksternalisasi seperti permusuhan, hiperaktif, pemberontakan, dan melarikan diri.

Ketiga, remaja mengalami perkembangan terkait perubahan fisik dan hormonal. Anak perempuan mengalami perubahan perkembangan lebih awal dibandingkan anak laki-laki karena remaja perempuan menua lebih cepat. Remaja perempuan lebih rentan mengalami stres dibandingkan laki-laki akibat perubahan hormonal yang menyebabkan perubahan fisik ini (Darmayanti & Tarbiyah, 2008).

Gender dan Hubungan Pacaran pada Remaja

Cara komunikasi pria dan wanita berbeda terkait dengan dinamika gender dalam hubungan romantis. Laki-laki cenderung lebih berani dan blak-blakan, sedangkan perempuan lebih toleran (takut dan malu). Selain itu, perempuan lebih suka tinggal di rumah dan berteman dengan siapa pun, sedangkan laki-laki lebih suka keluar dan bersosialisasi dengan kelompok orang yang mereka

yakini memiliki minat yang sama. Selain itu, remaja putri biasanya memprioritaskan menjaga diri mereka sendiri dan berusaha menjaga tubuh tetap menarik dan tampak menakjubkan; Berbeda dengan remaja laki-laki yang tidak peduli dengan penampilan. Ada juga perbedaan dalam cara orang mengomunikasikan sentimen mereka. Misalnya, laki-laki cenderung lebih berani dan vokal, sedangkan perempuan lebih pendiam (Moreau et al., 2019). Secara umum, terdapat beberapa komponen yang berhubungan dengan relasi gender laki-laki dan perempuan dalam berinteraksi antar pribadi, antara lain: (Collins, Welsh, & Furman, 2009)

1. Sentuhan

Penelitian yang membandingkan perilaku menyentuh pria dan wanita mengungkapkan bahwa wanita lebih sering bersentuhan dibandingkan pria. Wanita lebih sering menyentuh dan disentuh dibandingkan pria, dan mereka juga lebih sering memulai kontak dibandingkan pria.

2. Persahabatan

Dalam pertemanan, pria cenderung kurang terbuka dibandingkan wanita. Secara umum, pria tidak menganggap keakraban sebagai aspek penting dalam persahabatan. Dibandingkan laki-laki, perempuan jauh lebih memuja dan menyayangi teman-temannya

3. Romantisme

Pria dan wanita sangat berbeda ketika jatuh cinta. Laki-laki digambarkan rasional, sedangkan perempuan digambarkan emosional dan sensitif. Laki-laki dapat menjalin hubungan romantis tanpa keterikatan, sedangkan perempuan memulainya dengan cinta yang mendalam.

Secara lebih khusus, studi (Fadilah, Kuniyasi, & Quraisyin, 2011) mengeksplorasi relasi gender remaja saat berinteraksi dalam ranah hubungan pacaran, yang terbagi dalam tiga komponen, yaitu:

1. Laki-laki lebih ekspresif dalam menunjukkan emosinya

Laki-laki menyampaikan perasaannya kepada perempuan di setiap pasangan yang terlibat dalam studi ini. Dalam hal ini laki-laki lebih berani dibandingkan perempuan yang lebih pemalu dan ragu-ragu untuk melakukannya. Hal ini menunjukkan bahwa pria lebih percaya pada cinta pada pandangan pertama dibandingkan wanita, dan pria menunjukkan cara yang lebih romantis dalam mengungkapkan cintanya.

2. Laki-laki lebih suka menyentuh dan perempuan lebih suka disentuh

Di antara lima pasangan dalam studi ini, laki-laki lebih banyak melakukan sentuhan dibandingkan perempuan. Mereka sudah melakukan kontak, biasanya dalam bentuk ciuman, dan biasanya pria yang menginisiasi terlebih dahulu.

3. Menyelesaikan konflik: Perempuan cenderung lebih sering meminta maaf dan mengalah.

Setiap pasangan dalam penelitian ini pernah mengalami konflik dalam hubungan mereka, dan masing-masing pasangan telah mengembangkan strategi unik untuk menyelesaikannya. Ada yang menangis, ada yang menggunakan musik, dan ada yang tidak berkata apa-apa.

Gender dan Presentasi Diri Remaja dalam Media Sosial

Remaja laki-laki dan perempuan menggunakan media sosial dengan cara yang hampir sama, namun mereka menunjukkan diri mereka dengan cara yang sangat berbeda. Menurut studi yang dibahas dalam bab ini, anak laki-laki sering kali mengizinkan profil mereka dilihat secara publik, sedangkan perempuan sering kali memilih untuk sepenuhnya memblokir akses orang asing ke profil mereka. Selain itu, anak laki-laki cenderung memberikan informasi yang lebih tidak akurat di profil online mereka (Li & Ni, 2021) (Herring & Kapidzic, 2015).

Cara remaja laki-laki dan perempuan menyampaikan pesan teks juga berbeda-beda: Meskipun anak perempuan tampaknya ingin menyenangkan anak laki-laki dan membuat interaksi sosial lebih mudah, anak laki-laki tampaknya lebih tegas dalam memilih bahasa. Demikian pula halnya dengan presentasi visual, anak perempuan cenderung memilih gambar yang menyampaikan keinginan untuk tampil cantik dan menarik secara seksual, namun pola untuk anak laki-laki kurang jelas. Ada kemungkinan untuk berargumentasi bahwa gambar-gambar yang dipilih oleh kedua gender menampilkan diri mereka sebagai cerminan representasi media mengenai karakter seksual (Herring & Kapidzic, 2015).

Meskipun temuan tersebut mungkin tidak mengejutkan bagi orang dewasa, beberapa penulis berpendapat bahwa remaja yang tumbuh dengan internet dan merasa nyaman dengan banyak *platform* yang memfasilitasi interaksi mungkin tidak lagi melakukan perilaku stereotip gender dalam komunikasi online. Namun demikian, sebagian besar penelitian terbaru yang dilakukan mengenai presentasi diri online remaja menunjukkan masih adanya stereotip gender tradisional,

baik dalam penggunaan bahasa maupun dalam pemilihan gambar untuk ditampilkan. Seksualisasi anak laki-laki berbeda dari pola tradisional namun konsisten dengan tren keseluruhan yang mengarah pada apa yang disebut sebagai “pornifikasi” presentasi diri online (Herring & Kapidzic, 2015).

Secara kumulatif, mengungkapkan pentingnya remaja dalam menampilkan identitas gender di media sosial. Temuan ini tidak mengherankan karena, pada masa remaja, identitas dan seksualitas mulai memainkan peran utama dalam kehidupan remaja ketika mereka berusaha mendefinisikan dan mengeksplorasi siapa diri mereka. Situs media sosial dan profil yang dikandungnya memberikan titik referensi bagi kaum muda dalam proses pengembangan identitas sosial mereka. Di sana mereka berinteraksi dengan teman sebayanya, kelompok referensi terpenting bagi remaja. Dengan melihat profil orang lain, remaja dapat mengetahui jenis presentasi apa yang pantas secara sosial; profil orang lain memberikan isyarat penting tentang apa yang harus ditampilkan di profil mereka sendiri. Pengamatan ini membantu menjelaskan tingginya tingkat normativitas dalam presentasi diri berdasarkan gender di media sosial (Guo, 2022).

Identitas gender minoritas – misalnya remaja gay dan transgender – juga diungkapkan melalui media sosial, meskipun penelitian yang ada mengenai subjek tersebut menunjukkan bahwa situs populer seperti Facebook, MySpace, dan Twitter merupakan lingkungan heteronormatif. Selain itu, sifat mayoritas dari situs-situs tersebut menghadirkan tantangan dalam negosiasi identitas dan kontrol informasi bagi remaja *queer* yang tidak “terbuka” kepada semua anggota jaringan mereka, sehingga menyebabkan beberapa orang mengadopsi strategi seperti referensi kode untuk seksualitas mereka

atau memelihara dua akun, satu akun tertutup dan akun lainnya terbuka. Pada saat yang sama, situs jejaring sosial memberikan kesempatan kepada remaja yang bertanya untuk mengeksplorasi dan mengkonfigurasi ulang identitas gender mereka, dan dalam prosesnya, untuk mengklarifikasi kepada diri mereka sendiri siapa mereka (Talbot, Talbot, Roe, & Briggs, 2022).

Secara umum, *platform* media sosial memberikan remaja tempat untuk mengeksplorasi bagaimana persepsi citra diri mereka mempengaruhi orang lain. Harga diri remaja sering kali ditingkatkan dengan berbagi gambar dan komentar, yang sering kali memperoleh tanggapan yang baik. Pernyataan negatif, *cyberbullying*, dan pelecehan merupakan respons yang tidak diinginkan terhadap presentasi diri online seseorang dan dapat menimbulkan efek psikososial yang merugikan. Selain itu, perasaan tidak mampu dan tertekan mungkin timbul karena membandingkan penampilan seseorang dengan orang lain di media sosial (Herring & Kapidzic, 2015).

Gender dan Kesejahteraan Subjektif Remaja

Kebahagiaan dan kepuasan adalah komponen kesejahteraan subjektif. Perlu dilakukan analisis gender terhadap kesejahteraan subjektif remaja laki-laki dan perempuan. Laki-laki dan perempuan mempunyai atribut yang berbeda; laki-laki mempunyai sifat-sifat yang maskulin, dan perempuan mempunyai sifat-sifat yang feminim. Remaja perempuan menunjukkan perilaku yang lebih agresif dalam hubungan romantis, sedangkan remaja laki-laki cenderung lebih proaktif dan reaktif dalam interaksi dengan teman sebayanya (Saputra, Hanifah, & Widagdo, 2017). Kebahagiaan hidup remaja mungkin akan terkena dampak negatif dari perselisihan dan tantangan yang mereka hadapi (Raharja

& Indati, 2019). Studi mengenai persepsi kesejahteraan subjektif remaja yang dilakukan oleh (Puspitawati et al., 2021) memperoleh hasil sebagai berikut:

1. Kepuasan

Rata-rata skor kepuasan remaja laki-laki dan perempuan masuk dalam kategori sedang dan tidak berbeda secara statistik, yang menunjukkan bahwa mereka sama-sama puas dengan kehidupannya. Remaja laki-laki, dibandingkan remaja perempuan, merasa lebih puas ketika menangani stres, tekanan, dan konflik.

2. Kebahagiaan.

Remaja laki-laki dan perempuan memiliki rata-rata tingkat kebahagiaan yang tinggi dan tidak berbeda secara signifikan satu sama lain. Namun dibandingkan remaja laki-laki, remaja perempuan lebih mudah tertawa dan tidak terlalu gugup.

Secara umum kesejahteraan subjektif remaja laki-laki dan perempuan dinilai tinggi dan tidak berbeda jauh. Hal ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan kedua kelompok remaja tersebut sudah memiliki evaluasi kognitif yang kuat terhadap tingkat kebahagiaan dan kepuasan hidup mereka. Ciri-ciri remaja (baik secara langsung maupun tidak langsung melalui peran gender), peran gender orang tua-remaja, dan ciri-ciri keluarga (secara tidak langsung melalui peran gender orang tua-remaja) semuanya berdampak pada kesejahteraan subjektif remaja. Oleh karena itu, peran gender antara orang tua dan remaja merupakan faktor mediasi yang penting dan strategis yang mempengaruhi kesejahteraan subjektif remaja. Peran gender orang tua-remaja (ditunjukkan oleh intensitas aktivitas gender dan kolaborasi dalam delapan fungsi keluarga) yang lebih tinggi akan meningkatkan kebahagiaan dan kepuasan

remaja terhadap kondisi kehidupannya. Meskipun demikian, dibandingkan remaja perempuan, remaja laki-laki melaporkan kesejahteraan subjektif yang lebih tinggi. Peran gender orang tua-remaja akan ditingkatkan dengan membaiknya faktor keluarga, seperti kekayaan orang tua dan pendidikan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan subjektif remaja (Puspitawati et al., 2021).

Daftar Pustaka

- Boediarsih, B., Shaluhiyah, Z., & Mustofa, S. B. (2016). Persepsi Remaja tentang Peran Gender dan Gender Seksualitas di Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 11(1), 28. <https://doi.org/10.14710/jpki.11.1.28-37>
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, 60(September 2008), 631–652. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163459>
- Darmayanti, N., & Tarbiyah, F. (2008). Meta-Analisis: Gender Dan Depresi Pada Remaja. *Jurnal Psikologi*, 35(2), 164–180.
- Fadilah, A. N., Kuniyasi, N. D., & Quraisyin, D. (2011). Relasi Gender dalam Hubungan Pacaran. *Komunikasi*, 5(2), 79–164.
- Filler, N., & Jennings, M. K. (2015). Familial origins of gender role attitudes. *Politics and Gender*, 11(1), 27–54. <https://doi.org/10.1017/S1743923X14000592>
- Guo, Y. (2022). The Impact of Media on Adolescents' Perceptions of Gender Roles. https://doi.org/10.2991/978-2-494069-31-2_338
- Herring, S. C., & Kapidzic, S. (2015). Teens, gender, and self-presentation in social media. *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.64108-9>
- Li, X., & Ni, X. (2021). Gender Influence of Personality on Adolescents' Social Media Engagement. *SHS Web of Conferences*, 123, 01013. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202112301013>
- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M.-J. (1999). Gender Differences in Adolescent Depression: Gender-Typed Characteristics or Problem-Solving Skills Deficits? *Sex Roles*, 41(1/2), 31–48.

- Moreau, C., Li, M., De Meyer, S., Vu Manh, L., Guiella, G., Acharya, R., ... Mmari, K. (2019). Measuring gender norms about relationships in early adolescence: Results from the global early adolescent study. *SSM - Population Health*, 7(September 2018). <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.014>
- Ni Desak Made Santi Diwyarthi, Dianingtyas Putri & Dyah Ajeng Listriani Hetty Ismainar, Imanuddin Hasbi, I Putu Ayub Darmawan, Irwanto Asriandi, Is Nurhayati, Chandra Fitra Arifianto, Al Halik Novita Maulidya Jalal, A. S. B. (2021). Psikologi Sosial. In Prenada Media Group (Vol. 12).
- Plous. (2003). *The Psychology of Prejudice: An Overview. Understanding Prejudice and Discrimination*, 3–48.
- Puspitawati, H., Defina, D., Musthofa, M., Naina, S., Cahayani, O. I., Rahmah, Y. N., ... Habsari, A. W. (2021). Peran Gender Orang Tua-Remaja dalam Fungsi Keluarga dan Kesejahteraan Subjektif Remaja. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 14(3), 255–269. <https://doi.org/10.24156/jikk.2021.14.3.255>
- Raharja, B. N., & Indati, A. (2019). Hubungan antara Kebijakan dengan Kepuasan Hidup pada Remaja. *Gadjah Mada Journal of Psychology (GamaJoP)*, 4(2), 96. <https://doi.org/10.22146/gamajop.46354>
- Saputra, W. N. E., Hanifah, N., & Widagdo, D. N. (2017). Perbedaan Tingkat Perilaku Agresi Berdasarkan Jenis Kelamin pada Siswa Sekolah Menengah Kejuruan Kota Yogyakarta. *Jurnal Kajian Bimbingan Dan Konseling*, 2(4), 142–147. <https://doi.org/10.17977/um001v2i42017p142>
- Silverstein, B., & Lynch, A. D. (1998). Gender differences in depression: The role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. *Sex Roles*, 38(7–8), 539–555. <https://doi.org/10.1023/a:1018774225485>

- Siregar, D. A. I., & Rochani, S. (2010). Sosialisasi Gender Oleh Orangtua dan Prasangka Gender pada Remaja. *Jurnal Psikologi*, 3(2), 141–147.
- Talbot, C. V., Talbot, A., Roe, D. J., & Briggs, P. (2022). The management of LGBTQ+ identities on social media: A student perspective. *New Media and Society*, 24(8), 1729–1750. <https://doi.org/10.1177/1461444820981009>
- Thahir, A. (2018). *Psikologi Perkembangan*. Aura Publishing, 1–260.
- Umami, I. (2019). *Psikologi Remaja*. Yogyakarta: Idea Press Yogyakarta.
- USAID. (2022). *Mengatasi Ketidaksetaraan Gender di Masa Remaja Awal di Indonesia: Implikasi untuk Program dan Kebijakan dari Proses Human-Centered Design*.

Profil Penulis



Fitriana Putri Utami, S.KM., M.Kes

Penulis di lahirkan di Semarang pada tanggal 19 April 1991. Meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 2013 dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, dan gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada tahun 2015 dari Magister Promosi Kesehatan dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS Universitas Diponegoro. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Penulis merupakan pengampu mata kuliah Analisis Gender pada Peminatan Kesehatan Reproduksi. Konsentrasi penelitian dan pengabdian kepada masyarakat terkait isu kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, gender, HIV/AIDS dan IMS. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: fitriana.utami@ikm.uad.ac.id

ISU GENDER PADA MASA DEWASA

Feny Wartisa, S.SiT, M.KM
Universitas Perintis Indonesia

Gender merupakan suatu perbedaan atribut sosial antara laki-laki dan perempuan yang terkonstruksi oleh masyarakat dan sifatnya dinamis (Alan Sigit & Fibrianto, 2016). Isu gender adalah permasalahan yang timbul karena adanya kesenjangan atau ketidaksetaraan gender yang mengakibatkan diskriminasi terhadap salah satu pihak (perempuan dan laki-laki) (Afifah, 2021). Saat ini, isu gender sepertinya menjadi perbincangan di seluruh lapisan masyarakat. Ketika membahas isu gender, yang selalu terlintas di pikiran adalah ketidaksetaraan dan diskriminasi. Perempuan dalam konsep gender masih terintimidasi oleh nilai dan norma yang dibentuk masyarakat. Dengan perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam masyarakat, isu gender selalu menjadi isu hangat untuk dibahas dan dikaji (Iqbal & Harianto, 2022). Isu gender menjadi perhatian utama dalam kesehatan ibu, karena laki-laki memainkan peran penting dalam menyelamatkan nyawa, pengambilan keputusan dan motivasi bersama (Morgan et al., 2017). Namun, keterlibatan laki-laki dalam layanan kesehatan ibu selama kehamilan masih terbatas dibatasi oleh faktor-faktor seperti individu, keluarga, komunitas, masyarakat, dan kebijakan (Alio et al., 2013).

Isu Gender pada Masa Prakonsepsi

1. Perempuan Lajang (Single)

Fenomena hidup lajang (single) telah muncul dalam skala global. Di Indonesia sendiri, hasil sensus penduduk tahun 2010 yang dilaporkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa perempuan berusia 30-54 yang belum menikah berjumlah 1,418,689 orang atau sekitar 4,1% dari total jumlah perempuan Indonesia dalam rentang usia yang sama. Sensus terakhir di Indonesia pada tahun 2010 menunjukkan peningkatan tiga kali lipat jumlah perempuan belum menikah di usia akhir tiga puluhan dibandingkan tahun 1970, oleh karena itu, Indonesia memiliki pola yang sama dalam hal peningkatan angka lajang dengan banyak negara di Asia – Jepang, Korea Selatan, dan Singapura dengan peningkatan jumlah wanita belum menikah secara konstan pada tahun-tahun terakhir (Himawan et al., 2022).

Pada umumnya perempuan dewasa awal yang menunda pernikahan terhalang karena belum menemukan pasangan yang tepat, namun ada juga yang hidup melajang karena merupakan pilihan (Septiana & Syafiq, 2013). Seperti yang diungkapkan oleh Feldman (2009), beberapa orang ingin tetap menikmati kebebasan dalam mengambil resiko, bereksperimen, berkeliling dunia, mengejar karir, melanjutkan pendidikan, atau melakukan pekerjaan kreatif. Namun, kehidupan lajang bagi perempuan bukanlah situasi yang bebas dari tekanan masyarakat dominan. Pernikahan adalah salah satu ritus budaya yang sangat dihargai oleh hampir semua kelompok etnis dan budaya di Indonesia dan setiap orang diharapkan untuk memasuki pernikahan pada usia dewasanya. Orang

dewasa yang belum menikah dan tinggal dalam budaya yang mengharapkan perempuan menikah, mereka akan mendapatkan tekanan dari orangtua dan teman-temannya untuk segera menikah (Septiana & Syafiq, 2013). Dalam perspektif gender, tuntutan menikah jauh lebih berat pada perempuan dewasa dari pada laki-laki. Kecenderungan budaya patriarkis pada masyarakat Indonesia telah membuat perempuan didorong untuk menjadi ibu dan istri dalam sebuah keluarga agar ia dihargai sebagai anggota masyarakat sepenuhnya. Karena budaya tersebut, setiap keluarga akan tetap menyarankan anak perempuannya untuk menikah (Dewi & Kumalasari, 2007).

Status sosial “lajang” akan membuat para perempuan lajang mendapatkan label yang mendiskreditkan dan merendahkan. Penelitian Indriana dkk., (2007) misalnya melaporkan perempuan dewasa lajang di Jawa yang menjadi partisipan mereka dianggap sebagai tertutup, emosional, kekanak-kanakan, dan mudah marah. Penelitian Greitemeyer (2009) juga mengungkapkan bahwa masyarakat Jerman menunjukkan sikap negatif terhadap orang yang melajang (*single*). Secara umum, perempuan dewasa lajang cenderung mendapatkan beberapa stereotip seperti: kurang dapat mengemban tanggungjawab, kurang dewasa, dan kurang bisa bergaul daripada mereka yang telah menikah.

2. Permasalahan Infertilas

Infertilitas didefinisikan sebagai kegagalan untuk melakukan mencapai kehamilan klinis setelah 12 bulan melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa perlindungan. Secara umum, 8 hingga 12% pasangan usia subur menderita infertilitas di seluruh

dunia (Wasilewski et al., 2020). Menurut laporan WHO lebih dari 10 persen wanita terkena infertilitas (WHO, 2019). Selain masalah medis, Infertilitas juga menyebabkan masalah pribadi dan sosial. Infertilitas dapat menyebabkan konsekuensi sosial dan psikologis yang merusak seperti pengucilan, perceraian hingga stigma sosial yang berujung pada isolasi dan tekanan psikologis (Slade et al., 2007). Meskipun infertilitas mempengaruhi kedua jenis kelamin secara setara, namun dalam hal ini wanita yang paling sering disalahkan (Batool Hasanpoor-Azghady et al., 2019). Hal ini menyebabkan wanita infertil merasa bersalah dan mengancam dirinya sendiri. Oleh karena itu, perempuan yang tidak subur mengalami tekanan psikologis yang lebih besar dibandingkan laki-laki yang tidak subur, dan hal ini sering kali terjadi mendapat stigma karena tidak subur dan tidak memiliki anak (Fu et al., 2015).

Stigma infertilitas dikaitkan dengan perasaan malu dan kerahasiaan. Stigma diartikan sebagai perasaan negatif karena berbeda dibandingkan dengan orang lain di masyarakat dan bertentangan dengan norma sosial. Jika infertilitas yang dialami sebagai stigma berpotensi mengakibatkan kecemasan dan stres bagi orang yang mengalami infertilitas, perasaan bersalah dan masalah hubungan. Selain itu juga dapat mengakibatkan gangguan psikologis, penurunan harga diri dan efikasi diri. Penurunan kesejahteraan perempuan dan kesejahteraan perempuan (Taebi et al., 2021).

Isu Gender pada Masa Hamil

1. Hubungan seksual pada ibu hamil

Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi dari wanita yang merupakan bukti dari keberhasilan sistem reproduksi (Astyandini & Ruspita, 2020). Kesehatan ibu secara tradisional dianggap sebagai urusan perempuan (Kinanee & Ezekiel-Hart, 2009). Namun keterlibatan laki-laki kurang diharapkan, terutama di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah dimana perempuan kekurangan sumber daya ekonomi dan kekuasaan dalam mengambil keputusan (Tokhi et al., 2018). Bukti menunjukkan bahwa keterlibatan peran ayah mempunyai dampak positif terhadap hasil kehamilan dan bayi, karena mengurangi dampak negatif terhadap kesehatan ibu perilaku dan mengurangi risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan hambatan pertumbuhan janin (Wai et al., 2015). Namun sampai saat ini pandangan di masyarakat bahwa hamil dan pemeliharaan kesehatan keluarga menjadi tanggung jawab wanita.

Wanita hamil memerlukan dukungan fisik, sosial, dan sosial dukungan psikologis (Fellmeth et al., 2018). Sumber dukungan yang umum adalah keluarga, jaringan sosial, teman dan pasangan (Phoosuwan et al., 2020). Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologi selama kehamilan dapat terpenuhi jika peran suami istri dilakukan seiring sejalan. Berbagai kebutuhan fisiologi dalam masa kehamilan meliputi kebutuhan fisiologi selama kehamilan adalah kebutuhan nutrisi, eliminasi, istirahat tidur serta kebutuhan seksual.

Kebutuhan seksual jarang mendapatkan perhatian khusus dari suami maupun tenaga kesehatan. Kurangnya pengetahuan dan informasi tentang hubungan seksual selama kehamilan akan menyebabkan sering wanita kurang mendapatkan pemenuhan kebutuhan seks. Penelitian nurmaningsih (2017) melaporkan bahwa peran gender dapat dilihat dari pengambil inisiatif untuk melakukan hubungan seksual. Dalam gender yang berlaku di budaya jawa pria adalah memegang peran maskulin sehingga harus mengambil keputusan, inisiatif lebih dahulu yang disebut besar ditentukan oleh suami sebagai pengambil keputusan dan wanita harus mengikuti. Peran gender wanita feminisme yang lembut menurut semua keinginan suami, sedangkan kebutuhan seksual merupakan kebutuhan pria dan wanita (Nurnaningsih, 2016). Pada wanita hamil sebagian memilih tidak melakukan hubungan seksual terutama pada trimester awal kehamilan dan umumnya pemenuhan kebutuhan seks sangat tergantung dari peran suami dalam menentukan untuk melakukan hubungan seks dalam masa kehamilan (Astyandini & Ruspita, 2020). Hal ini juga disampaikan oleh Pangkahila (2018), dalam penelitiannya melaporkan bahwa sebahagian wanita dimana kehamilan terkena dorongan seksual.

2. Kehamilan tidak direncanakan

Kehamilan yang tidak direncanakan terjadi di waktu yang kurang tepat. Secara terminologi istilah tersebut, kehamilan yang tidak direncanakan ini tidak berarti bahwa pasangan suami istri tidak menginginkan kehamilannya. Kehamilan yang tidak direncanakan lebih mengarah pada keadaan belum menginginkan karena alasan tertentu, antara lain menjarangkan jarak usia anak yang satu dengan

yang lain. Tidak selalu kehamilan itu tidak diinginkan oleh kedua belah pihak, bisa jadi hanya satu pihak. Ketidakinginan dan anggapan tidak berada dalam waktu yang tepat, lebih dirasakan oleh pihak pasangan laki-laki (Pranata, 2012).

Keinginan untuk tidak mempunyai anak ini menjadi kekuatiran tatkala ibu yang sedang hamil terdorong untuk menghentikan kehamilan dengan sengaja. Kehamilan yang tidak diinginkan acapkali berkaitan erat dengan praktik pengguguran kandungan yang tidak aman. Peningkatan kehamilan yang tidak direncanakan tersebut mengakibatkan tingginya tingkat kematian ibu dan bayi baru lahir, serta munculnya masalah kekerasan dalam rumah tangga (Zahira, 2023). Keinginan menggugurkan kandungan yang tinggi itu tidak terlepas dari kondisi ekonomi lemah sehingga kelahiran anak merupakan beban bagi keluarga. Usaha untuk menggugurkan kandungan merupakan inisiatif sendiri dan sering tidak berkoordinasi dengan pasangannya (Sadarang et al., 2023).

Kejadian kehamilan yang tidak direncanakan itu bisa dipahami sebagai keterbatasan pengetahuan perempuan tentang kesehatan reproduksi dan terutama terhadap perencanaan dan pencegahan kehamilan. Tingkat pendidikan yang rendah, pekerjaan yang memarjinalkan posisi perempuan, serta status ekonomi yang kurang menguntungkan ini mengurangi kemampuan mengakses pengetahuan tentang keluarga berencana dalam rangka penjarangan kehamilannya. Karena berisiko mengganggu ekonomi keluarga, maka kecenderungan untuk mengakhiri kehamilannya (Pranata, 2012).

Isu Gender pada Masa Melahirkan

Masih tingginya angka kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dikarenakan terlambat dalam mengambil keputusan jika ada masalah yang terjadi (Nurfatihah, 2014). Suami selaku kepala keluarga memiliki dominasi dalam pengambilan keputusan dan hak untuk mengatur rumah tangga, termasuk kehamilan dan persalinan (Sadarang et al., 2023). Ketidakmampuan perempuan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan dirinya antara lain berapa jumlah anak yang diinginkannya, kapan mau hamil, jarak kehamilannya, kapan memeriksakan kehamilannya, siapa yang akan menolong persalinan, dan persiapan dana untuk persalinan dianggap tidak penting, karena kedudukan perempuan yang lemah dan rendah dalam keluarga (Linda et al., 2012).

Hasil penelitian Nurhayati di Rumah Bersalin Sari Simpang Limun Medan ditemukan 66% pengambilan keputusan dalam kehamilan dilakukan oleh suami. Peran suami sebagai pengambil keputusan utama masih sangat tinggi, sehingga bila terjadi komplikasi yang menuntut ibu mengambil keputusan, karena suami tidak ada maka langsung disebut tertunda. Kendala biaya juga menjadi penyebab keterlambatan pengambilan keputusan. Ketidaktahuan ibu dan keluarga terhadap tanda bahaya juga dapat menyebabkan keterlambatan dan harus segera ditangani untuk mencegah kematian ibu (Subiah et al., 2023).

Isu Gender pada Masa Nifas dan Menyusui

Masa nifas merupakan waktu yang kritis untuk kelangsungan hidup dan pemulihan kesejahteraan fisik dan mental ibu (WHO, 2022). Gangguan jiwa merupakan masalah yang sering dialami ibu pada masa nifas (Nawrocki et al., 2021a), salah satunya rentan terhadap gejala klinis depresi (Fiala et al., 2017a). Depresi masa nifas yang sering terjadi diantaranya depresi *postpartum* dan *postpartum blues* (Fiala et al., 2017b; Fallon et al., 2021). Gangguan kejiwaan pasca melahirkan dapat bersifat ringan disebut *baby blues*. Bila tidak dilakukan penanganan dengan tepat dapat berlanjut menjadi DPP (Depresi postpartum) (Fairus & Widiyanti, 2014). Dukungan suami merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi, suami yang tidak memberikan perhatian, komunikasi, dan emosional yang intim membuat ibu berisiko mengalami depresi (Hikmah Annisa & Natalia, 2023).

Salah satu bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan seorang suami kepada istrinya ialah dukungan emosional. Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian, perhatian, rasa kasih sayang. Dukungan emosional ini dapat memberikan efek ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri istri dan akhirnya seorang istri menjadi lebih mudah menyesuaikan diri dalam mengasuh bayinya (Sumantri & Budiyani, 2015). Dukungan sosial terutama dari orang terdekat istri yaitu suami bermanfaat untuk mempercepat kesembuhan dan mengurangi resiko komplikasi pada saat kehamilan maupun masalah lain setelah melahirkan seperti depresi postpartum pada wanita. Namun dimasyarakat suami sebagian besar tidak mendukung sehingga ibu mengalami depresi postpartum. Kondisi ini tentunya disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah

faktor budaya di masyarakat, ketidak harmonisan hubungan dengan suami, melahirkan bayi yang tidak sesuai dengan harapan, kehamilan yang tidak direncanakan, bayi yang lama dirawat di rumah sakit, suami yang tidak bekerja (Sulistyaningsih & Wijayanti, 2020).

Menyusui merupakan salah satu bentuk peran dan tanggung jawab yang harus dipenuhi oleh ibu nifas (erlin Novitasari et al., 2021). Kementerian Kesehatan RI sendiri menganjurkan jangka waktu minimal ibu menyusui adalah 6 bulan dan dapat dilanjutkan hingga 2 tahun. Ibu menyusui akan memiliki berbagai kendala mulai dari perawatan prenatal dan konseling laktasi yang kurang dan tidak memadai, rendahnya produksi ASI, payudara bengkak, nyeri, puting lecet, stress, jadwal kerja, banyaknya pekerjaan rumah tangga, kurangnya keterlibatan dan dukungan keluarga, budaya, masalah gender, dan status ekonomi dalam sebuah keluarga (E. Novitasari et al., 2022).

Dalam memberikan ASI ibu memerlukan dukungan suami. Dukungan suami merupakan faktor yang turut berperan menentukan keadaan emosi atau perasaan ibu sehingga mempengaruhi kelancaran hormone oksitoksin dan prolaktin yang mempengaruhi emosi dan pikiran serta merangsang pengeluaran ASI (Syaiful et al., 2021). Tidak adanya dukungan keluarga dalam pemberian ASI eksklusif merupakan alasan yang banyak dikemukakan oleh ibu. Oleh karena itu faktor dukungan keluarga (suami, orangtua) merupakan faktor penguat bagi ibu menyusui yang memberikan ASI eksklusif. Tidak hanya ibu saja yang bertanggung jawab terhadap suksesnya pemberian ASI tetapi juga ayah, nenek, kakek, dan orang-orang yang akan terlibat dengan kepengurusan bayinya nanti (Roesli, 2013).

Diera modernisasi saat ini peran ibu menghasilkan konstruksi sosial dari yang hasa sebagai istri dan tinggal dirumah sekarang juga menjadi pencari nafkah. Revolusi industri membawa aksesibilitas yang lebih besar dan memberikan pilihan baru bagi perempuan dari semua lapisan sosial untuk memberi makan bayi mereka apakah bayi mereka diberikan ASI atau makanan pengganti (Lauwers & Anna Swishe, 2020). Adanya kesetaraan gender dan terbukanya peluang aktualisasi diri perempuan membuat perempuan berperan dalam pengambilan keputusan dalam urusan rumah tangga, termasuk keputusan apakah akan menyusui (Bueskens, 2018). Beberapa kendala yang dihadapi oleh ibu menyusui yang bekerja adalah tidak tersedianya ruangan untuk ibu menyusui, tidak memiliki waktu yang cukup untuk pemerah ASI sehingga tidak jarang ibu memberikan susu formula untuk bayinya jika sedang bekerja (Bueskens, 2018).

Isu Gender pada Masa Kontrasepsi

Masalah kependudukan merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pembangunan Indonesia, yakni penduduk yang tidak terkendali dapat memengaruhi pembangunan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Penggunaan alat kontrasepsi dalam program keluarga berencana (KB) merupakan salah satu program pemerintah untuk menciptakan manusia berkualitas dan membatasi angka kelahiran. Keluarga berencana juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Kematian pada wanita dapat disebabkan oleh jarak kehamilan yang dekat atau bahkan seringnya keguguran. Namun selama ini program KB masih dianggap hanya diperuntukkan bagi perempuan, sehingga peran keluarga menjadi timpang. Perempuan dianggap bertanggung jawab atas reproduksinya sendiri, sehingga ledakan penduduk yang

terus terjadi seolah menjadi persoalan perempuan dan menjadi beban yang harus mereka tanggung untuk mengatasi masalah kelebihan populasi (Suryaningrum, 2020).

Ketidakadilan gender juga terjadi dalam penggunaan alat kontrasepsi. Alat kontrasepsi lebih banyak digunakan oleh perempuan dan tampaknya menjadi tanggung jawab mereka sendiri. Ketidakadilan seperti ini terjadi karena dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat yang memandang keluarga berencana sebagai kewajiban perempuan. Selain itu, pemerintah menyediakan alat kontrasepsi dalam jumlah terbatas untuk pria.

Permasalahan gender dalam penggunaan alat kontrasepsi menurut (Bunyamin et al., 2014) diantaranya adalah

1. Jumlah akseptor KB pria masih rendah. Rendahnya partisipasi pria selama ini dalam penggunaan kontrasepsi dapat disebabkan oleh:
 - a. Terbatasnya jenis metode kontrasepsi bagi pria
 - b. Kurangnya dukungan untuk pengembangan metode kontrasepsi pria
 - c. Rendahnya pengetahuan suami istri tentang hak-hak reproduksi
 - d. Kurangnya pengetahuan suami tentang keluarga berencana
 - e. Lingkungan sosial budaya menganggap bahwa keluarga berencana dan kesehatan reproduksi merupakan urusan perempuan
 - f. Terbatasnya informasi dan aksesibilitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi pria.

2. Kurang terpenuhinya hak-hak reproduksi istri

Kurang terpenuhinya hak-hak reproduksi istri selama ini disebabkan oleh:

- a. Kurangnya KIE hak-hak reproduksi bagi isteri
 - b. Kurangnya kesempatan isteri untuk memperoleh informasi tentang hak-hak reproduksi
 - c. Posisi isteri masih rendah dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi misalnya:
 - 1) Penentuan jumlah dan jarak kelahiran anak
 - 2) Perolehan pelayanan kesehatan pada waktu sebelum dan selama kehamilan serta persalinan dan pasca persalinan
 - 3) Pelayanan asuhan pasca keguguran
 - d. Keterbatasan informasi tentang hak-hak reproduksi suami dan isteri.
3. Isteri cenderung dipersalahkan dalam ketidakpuasan hubungan seksual.

Faktor-faktor yang menyebabkan isteri lebih disalahkan antara lain:

- a. Ketidaktahuan isteri mengenai “orgasme” dalam hubungan seksual
- b. Lingkungan sosial budaya selama ini masih menganggap bahwa laki-laki dominan dalam rumah tangga, termasuk dalam hubungan seksual
- c. Terbatasnya informasi tentang kesehatan seksual bagi suami dan isteri.

Isu Gender pada *Single Parent*

Single parent atau orang tua tunggal adalah fenomena ketidaklengkapan unsur sebuah keluarga (Minandar et al., 2021). Cerai hidup atau cerai mati menjadi penyebab paling umum wanita menjadi orang tua tunggal. *Single parent* adalah gambaran seorang wanita tangguh. Semua yang berhubungan dengan rumah tangga menjadi tanggung jawabnya. Mulai dari memebersihkan rumah, mencari nafkah, dilakukan sendiri. Dimana seorang perempuan menjalankan peran ganda untuk keberlangsungan hidup keluarganya (Ramadhani, 2015).

Permasalahn yang sering dialami oleh perempuan single parent dalam memperjuangan hidupnya (Ramadhani, 2015):

1. Peminggiran

Perempuan selalu diberikan pekerjaan yang dianggap cocok oleh masyarakat, yaitu pekerjaan yang berhubungan dengan pekerjaan rumah tangga. Seperti buruh cuci, buruh masa dan buruh kebersihan. Hal ini menyebabkan perempuan terbatas dalam mengakses kesempatan kerja seperti laki-laki.

2. Penomorduaan

Perempuan single parent di tempatkan dibawah laki-laki atau berada lebih rendah dari pada laki-laki. Ketika laki-laki sebagai suami dengan mudahnya meninggalkan istri dan anak-anaknya serta menyerahkan seluruh tanggung jawab kepada istrinya, padahal itu adalah tanggung jawab bersama antara suami dan istri. Sementara itu, sang istri pasrah menerima ketidakadilan tersebut

3. Pelabelan negatif

Ketika perempuan single parent tengah memikul tanggung jawab keluarga diatas pundaknya sendiri untuk menghidupi keluarganya masih saja di hadapkan dengan stigma negatif kepada perempuan yang disebabkan oleh perempuan. Mulai dari cemoohan bahwa istri tidak mampu menjaga suami karena sibuk di ranah publik, istri tidak mampu menjaga kehormatannya karena bekerja hingga malam hari, keluarga dengan kepala rumah tangga perempuan.

4. Kekerasan

Anggapan bahwa perempuan adalah lemah, terlebih lagi mereka merupakan single-parent yang tidak memiliki pelindung seorang suami lagi dan tidak akan mampu membalas perlakuan apapun, maka dengan seenaknya mereka dilecehkan dan menerima tindak kekerasan, terutama kekerasan simbolik. Cemoohan, bentakan, hardikan, serta ancaman sering mereka terima di dalam pekerjaan yang mereka lakukan. Kesalahan yang mereka lakukan dengan tidak sengaja dibalas dengan hardikan keras karena kebodohan dan ketidakberdayaannya sebagai seorang perempuan miskin.

5. Beban ganda

Beban yang ditanggung single parent tidak hanya beban materi saja tetapi juga beban sosial. Wanita single parent harus bisa membagi waktu, melengkapi statusnya sebagai ayah dan ibu sekaligus. Perannya sebagai ibu, yaitu menjalankan fitrah dan kewajibannya sebagai perempuan, meliputi mengasuh dan membesarkan anaknya ketika di rumah, mereka harus mengurus pekerjaan rumah, namun ketika mereka keluar untuk bekerja, maka

mereka akan menjadi figur seorang ayah yang menafkahi kebutuhan keluarga yang tidak rentan terhadap pekerjaan keras sekalipun.

Daftar Pustaka

- Afifah, D. (2021). Pengarusutamaan Gender (PUG) adalah Jalan Menuju Kesetaraan. Dirjen Kemenku RI.
- Alan Sigit, & Fibrianto. (2016). Kesetaraan Gender Dalam Lingkup Organisasi Mahasiswa Universitas Sebelas Maret Surakarta Tahun 2016.
- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-60>
- Astyandini, B., & Ruspita, M. (2020). Peran Gender dalam Hubungan Seks pada Wanita Hamil. *Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*.
- Batool Hasanpoor-Azghady, S., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. In *J Reprod Infertil* (Vol. 20, Issue 3).
- Bueskens, P. (2018). *Modern Motherhood and Dual Identities: rewriting the Sexual Contract*. Routledge Research in Gender and Society Highlight.
- Bunyamin, B., Perwakilan Bkkbn, W., & Riau, P. (2014). Isu Gender dalam Program Keluarga Berencana. *Jurnal PARALLELA*, 1(2).
- Dewi, I. M., & Kumalasari, D. (2007). *Single Professional Women Sebagai Fenomena Gaya Hidup Baru Di Masyarakat Yogyakarta (Studi Kasus: Kabupaten Sleman)*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Fairus, M., & Widiyanti, S. (2014). Hubungan dukungan sumai dengan kejadian depresi postpartum pada ibu nifas. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 7(1).

- Fallon, V., Davies, S. M., Silverio, S. A., Jackson, L., de Pascalis, L., & Harrold, J. A. (2021). Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 136(August 2020), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.048>
- Fellmeth, G., Plugge, E. H., Carrara, V., Fazel, M., Oo, M. M., Phichitphadungtham, Y., Pimanpanarak, M., Wai, N. K., Mu, O., Charunwatthana, P., Nosten, F., Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2018). Migrant perinatal depression study: A prospective cohort study of perinatal depression on the Thai-Myanmar border. *BMJ Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017129>
- Fiala, A., Jan, Š., & Klánová, J. (2017a). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>
- Fiala, A., Jan, Š., & Klánová, J. (2017b). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., Yan, P., Zhu, S., & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>
- Hikmah Annisa, N., & Natalia, O. (2023). Dukungan Suami dan Depresi Postpartum. *Indonesian Journal of Midwifery*, 6(1). <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/ijm>

- Himawan, K. K., Bambling, M., & Edirippulige, S. (2022). Motivations and reactions to social undervaluation of single people in married society: an Indonesian perspective. *Families, Relationships and Societies*, 11(4), 569–589. <https://doi.org/10.1332/204674321X16316940998258>
- Iqbal, M. F., & Harianto, S. (2022). Prasangka, Ketidaksetaraan, dan Diskriminasi Gender dalam Kehidupan Mahasiswa Kota Surabaya: Tinjauan Pemikiran Konflik Karl Marx. *Jurnal Ilmiah Ilmu Sosial*, 8(2), 187–199. <https://doi.org/10.23887/jiis.v8i2.52926>
- Kinanee, J. B., & Ezekiel-Hart, J. (2009). Men as partners in maternal health: Implications for reproductive health counselling in Rivers State, Nigeria. In *Journal of Psychology and Counseling* (Vol. 1, Issue 3). <http://www.academicjournals.org/JPC>
- Lauwers, J., & Anna Swishe. (2020). *Counseling the Nursing Mother: A lactation consultant's Guide*.
- Linda, I., Siagian, A., & Lubis, R. M. (2012). Perspektif Jender Terhadap Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kabupaten Langkat. Universitas Sumatera Utara.
- Minandar, C. A., komariah, siti, & Aryanti, T. (2021). Proses relasi gender pada single parent dalam membentuk identitas gender anak. *Jurnal Harkat*, 17(1).
- Morgan, R., Tetui, M., Kananura, R. M., Ekirapa-Kiracho, E., & George, A. S. (2017). Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda. *Health Policy and Planning*, 32, v13–v21. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx011>
- Nawrocki Maciej, Anna, Z., Piotr, W., Ilona, N., Wojciech, W., Jakub, G., & Olga, A.-G. (2021). The problem of *baby blues* among Polish obstetricians - the scope of knowledge among medical students. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(12), 80–88. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.12.007>

- Novitasari, Erlin, Andarini, S., & Zuhriyah, Lilik. (2021). Factors that Affecting Mother's Role and Responsibility for Breastfeeding in the Era of Gender Equality: A Qualitative Study of Grounded Theory. *International Academic Research Journal of Internal Medicine & Public Health*, 28–34. <https://doi.org/10.47310/iarjimph.2021.v02i05.005>
- Novitasari, E., Khasanah, R. N., & Banyuwangi, S. (2022). Peran dan Tanggung Jawab Ibu Menyusui dalam Menghadapi Kesetaraan Gender Untuk Bekerja. *Formosa Journal of Applied Sciences (FJAS)*, 1(3), 249–262. <https://doi.org/10.55927>
- Nurfatimah, N. (2014). Determinan Kejadian Penyulit Persalinan di RSIA Pertiwi. *Jurnal MKMI*.
- Nurnaningsih, N. (2016). Nilai Edukasi Metafora Teks-teks Seksual dalam Serat Centhini Karya Pakubuwana V. *Jurnal IKADBUDI*, 5(1).
- Phoosuan, N., Manasatchakun, P., Eriksson, L., & Lundberg, P. C. (2020). Life situation and support during pregnancy among Thai expectant mothers with depressive symptoms and their partners: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02914-y>
- Pranata, S. (2012). Keguguran, kehamilan tidak direncanakan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*.
- Ramadhani, A. U. (2015). Feminisasi Kemiskinan Pada Single Parent. *Jurnal Paradigma*, 3(3).
- Roesli, R. (2013). ASI Eksklusif. *Trubus Agrividyia*.
- Sadarang, R. A. I., Haerana, BS. T., & Bujawati, E. (2023). Determinan Kehamilan Risiko Tinggi Wanita Usia Subur di Indonesia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(05), 352–364. <https://doi.org/10.33221/jikm.v12i05.2124>
- Septiana, E., & Syafiq, M. (2013). Identitas “Lajang” dan stigma fenomenologi perempuan lajang di Surabaya. *Jurnal Psikologi Teori & Terapan*, 4(1).

- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309–2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- Subiah, subiah, Husain, hastuti, nurfatimah, nurfatimah, ningsi, agustina, muhasidah, muhasidah, & umar syaniah. (2023). Peran gender dalam pengambilan keputusan pelayanan masa persalinan primigravida. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makasar*, 18(1).
- Sulistyaningsih, D., & Wijayanti, T. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Postpartum di RSUD I.A Moeis Samarinda. *BSR*, 1(3).
- Sumantri, R. A., & Budiyan, K. (2015). Dukungan suami dan depresi pasca melahirkan. *InSight*, 17(1).
- Suryaningrum, M. A. (2020). Peran Gender dalam Ber-KB. <https://www.bkkbn.go.id/berita-peran-gender-dalam-ber-kb>
- Syaiful, Y., Fatmawati, L., & Hartutik, S. (2021). Hubungan dukungan suami pada ibu menyusui dengan keberhasilan pemberian ASI. *Journals of Ners Community*, 12(2).
- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Majd, H. A. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2021.139093.1039>
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>

- Wai, K. M., Shibanuma, A., Oo, N. N., Fillman, T. J., Saw, Y. M., & Jimba, M. (2015). Are husbands involving in their spouses' utilization of maternal care services?: A cross-sectional study in Yangon, Myanmar. *PLoS ONE*, 10(12).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144135>
- Wasilewski, T., Łukaszewicz-Zajac, M., Wasilewska, J., & Mroczko, B. (2020). Biochemistry of infertility. In *Clinica Chimica Acta* (Vol. 508, pp. 185–190). Elsevier B.V.
<https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.05.039>
- WHO. (2019). Infertility is a global public health issue.
<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>.
- WHO. (2022). WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth. *Who*, 22–24. <https://www.who.int/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- Zahira, V. (2023). Tinjauan Literatur: Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Kesehatan Reproduksi Wanita Usia Subur. *Journals of Ners Community*, 13(2).

Profil Penulis



Feny Wartisa, S.SiT, M.KM

Lahir di Sicincin Sumatera Barat, 18 Februari 1988. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan DIV pada Program Studi D-IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Padang, jenjang pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat diselesaikan pada Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat STIKes Fort De Kock Bukittinggi dan sedang menempuh pendidikan Doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Penulis adalah dosen tetap Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Perintis Indonesia konsentrasi pada bidang kesehatan reproduksi dan ibu nifas. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif memberikan perkuliahan, membimbing karya tulis ilmiah, meneliti dan mengabdikan kepada masyarakat dibidang tersebut. Beberapa Penelitian dan Pengabdian Kepada masyarakat yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemendikbud. Selain menjadi dosen di Program Studi D-III Kebidanan penulis juga sebagai koordinator publikasi Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Perintis Indonesia serta pengelola Jurnal Kesehatan Perintis. Penulis juga aktif sebagai pengurus Organisasi Profesi IBI Cabang Kota Bukittinggi dan pengurus AIPKIND Korwil Sumbar serta aktif menulis artikel pada jurnal nasional dan Internasional serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: fwartisa@gmail.com

ISU GENDER DI MASA LANSIA

Dr. Zainuddin, S.Kep., Ns., M.Kep
Universitas Negeri Gorontalo

Peran Gender dalam Proses Penuaan

Gender mempengaruhi aspek fisiologis, anatomi, emosional, dan kognitif penuaan. Penelitian fisiologi proses penuaan menunjukkan bahwa perbedaan gender mempengaruhi proses biologis genetika dan imunologi, Imunosenescence terjadi lebih awal pada pria dibandingkan wanita sehingga menyebabkan respon inflamasi yang lebih tinggi terkait dengan penuaan pada pria. Peran hormon menjadi signifikan dimana testosteron menunda respon imunologi yang menyebabkan penurunan imunitas lebih cepat pada pria. Pada wanita, estrogen memainkan peran protektif yang menunda aterosklerosis dan memiliki respon imun yang lebih baik. Perempuan juga diketahui memiliki cadangan fisiologis yang lebih tinggi, yaitu kemampuan yang lebih tinggi untuk berfungsi di bawah tekanan, dibandingkan laki-laki, yang menyebabkan mereka mengalami lebih banyak cedera seiring berjalannya waktu, sehingga meningkatkan morbiditas (Nair et al., 2021).

Secara anatomis, seiring bertambahnya usia, pria menunjukkan penurunan volume yang lebih besar di lobus frontal. Sebaliknya, wanita cenderung mengalami penurunan volume lobus hipokampus dan parietal yang menyebabkan defisit memori lebih besar. Umumnya, perempuan berkinerja lebih baik dalam tugas-tugas

dalam hal kefasihan verbal dan kecepatan persepsi, sementara laki-laki memiliki keterampilan visuospasial dan penalaran matematis (Nair et al., 2021).

Masalah Gender dalam Kesehatan Geriatri

1. Kelemahan

Kelemahan merupakan aspek penting untuk dipertimbangkan ketika membahas kesehatan lansia. Frailty adalah “kondisi yang dapat dikenali secara klinis pada orang lanjut usia yang memiliki kerentanan yang meningkat, akibat penurunan cadangan fisiologis dan fungsi berbagai sistem organ terkait usia, sehingga kemampuan untuk menghadapi stres akut setiap hari menjadi terganggu dan lebih dari 10% orang berusia di atas 65 tahun di komunitas tersebut adalah orang yang lemah (Pagan, 2020). Temuan ini terlihat dalam penelitian di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk India. Perbedaan gender dalam kelemahan disebabkan oleh banyak faktor: tingginya penyakit penyerta yang fatal pada laki-laki, lebih banyaknya kondisi kesehatan kronis pada perempuan, dan tingginya akumulasi lemak perut pada perempuan, yang menyebabkan peradangan kronis, tuntutan kehamilan dan membesarkan anak. perempuan, atau kemungkinan bias dalam pelaporan status kesehatan buruk oleh perempuan. Kelemahan menunjukkan kerentanan yang lebih tinggi terhadap proses yang berhubungan dengan penyakit dan merupakan indikator kesehatan yang lebih baik (Gordon et al., 2017).

2. Masalah Jasmani

Masalah kesehatan fisik merupakan bagian utama dari morbiditas pada lansia. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyebab utama tahun hidup yang disesuaikan dengan disabilitas (DALY), lebih dari 25.000 per 100.000 penduduk, bukti saat ini menunjukkan bahwa 75% kematian dan kecacatan pada perempuan disebabkan oleh PTM (WHO, 2021). Dalam kaitannya dengan penyebab utama mortalitas dan morbiditas, penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular penting bagi kedua jenis kelamin. Kanker adalah prioritas kesehatan utama lainnya bagi pria dan wanita lanjut usia. Kanker paru-paru, prostat, perut, dan kolorektal adalah kanker yang paling umum terjadi pada pria lanjut usia di seluruh dunia. Namun, di India, kanker mulut memiliki insiden tertinggi (57,6 per 100.000), diikuti kanker prostat, paru-paru, dan esofagus pada pria (Bray et al., 2018) Ada juga kondisi disabilitas kronis khusus pria yang memerlukan perhatian seperti inkontinensia urin, hiperplasia prostat jinak, dan disfungsi ereksi. 22,23 Kanker payudara, kolorektal, paru-paru, dan perut merupakan empat jenis kanker yang paling umum terjadi pada wanita. Di India, kanker payudara masih menjadi penyebab tersering (93,1/100.000), diikuti oleh leher rahim, ovarium, dan rongga mulut, Diketahui osteoarthritis dan osteoporosis juga merupakan penyebab penting kecacatan pada wanita lanjut usia.

3. Kesehatan Jiwa

Gender memainkan faktor penting dalam kesehatan mental, dengan perbedaan dalam kejadian, manifestasi klinis, dan hasil pengobatan, Gangguan mental yang umum seperti depresi, kecemasan lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan pria.

Namun, kesenjangan gender dalam prevalensi pada lansia berkurang dibandingkan dengan masa dewasa awal. Penurunan ini masih belum jelas, namun risiko yang lebih tinggi pada perempuan di atas 65 tahun tetap ada seiring dengan perbedaan jumlah tahun hidup dengan gangguan mental yang umum di setiap negara (Kiely et al., 2019).

4. Depresi

Wanita yang lebih tua melaporkan gejala depresi yang lebih banyak dibandingkan pria, meskipun depresi menurun seiring bertambahnya usia untuk kedua jenis kelamin. Laki-laki yang mengalami depresi memiliki risiko kematian lebih tinggi dibandingkan perempuan yang mengalami depresi (Nair et al., 2021). Perbedaan gender dalam depresi dapat disebabkan oleh perbedaan dalam pemberitaan, gaya mengatasi depresi, pengaruh norma sosial dan budaya (Kiely et al., 2019).

5. Pelecehan Orang Tua

Pelecehan terhadap lansia didefinisikan sebagai “tindakan tunggal atau berulang, atau kurangnya tindakan yang tepat, yang terjadi dalam hubungan apa pun di mana terdapat harapan akan kepercayaan yang menyebabkan kerugian atau kesusahan pada orang yang lebih tua. Bentuknya bisa bermacam-macam: fisik, psikologis, emosional, seksual, dan finansial, atau mencerminkan pengabaian yang disengaja atau tidak disengaja. Pelecehan terhadap lansia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama dengan prevalensi 15,7% pada individu berusia di atas 60 tahun. Meskipun data yang terbatas menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan lanjut usia memiliki risiko yang sama terhadap pelecehan, terdapat

budaya di mana perempuan memiliki risiko lebih tinggi untuk diabaikan, dianiaya secara finansial, dan bentuk pelecehan yang lebih parah (M. Lestari et al., 2023).

6. Kehilangan

Duka cita merupakan peristiwa besar dalam kehidupan lansia. Kehilangan pasangan merupakan pengalaman yang tidak bisa dihindari dan seringkali membawa perubahan besar dalam berbagai aspek kehidupan orang lanjut usia. Meskipun orang lanjut usia dapat mengatasi kehilangan pasangannya dengan lebih baik, pasangan yang berduka memiliki tingkat kematian dan kesakitan yang lebih tinggi, gejala depresi yang lebih tinggi, biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi, dan tingkat rawat inap yang lebih tinggi. Di atas usia 65 tahun, 41% perempuan menjadi duda, dibandingkan 13% lakilaki, dan jumlah tersebut terus meningkat seiring bertambahnya usia (Richardson, 2014).

Elder Abuse pada Orang Lanjut Usia (Lansia)

Berdasarkan laporan dari World Health Organization (WHO), elder abuse atau perlakuan salah dan kekerasan terhadap lansia merupakan masalah tersembunyi dan jarang muncul ke permukaan. Dalam laporan tersebut disebutkan bahwa 1 dari 6 lansia di seluruh dunia telah mengalaminya. Oleh WHO, elder abuse didefinisikan sebagai tindakan tunggal ataupun berulang yang tidak tepat dalam hubungan apapun yang menyebabkan kerugian dan atau penderitaan pada orang dengan umur di atas 60 tahun, yang dapat berupa pelecehan fisik, seksual, psikologis/emosional dan keuangan, pengabaian dan penelantaran, serta kehilangan martabat dan rasa hormat yang serius. Abuse yang dialami oleh lansia ini dapatlah diartikan sebagai pelecehan,

penyalahgunaan, penipuan, perlakuan salah, kekerasan, atau tindakan tidak menyenangkan lainnya yang dialami lansia (WHO, 2022). Pelemahan fisik dan psikis yang dialami oleh kelompok lansia diakibatkan oleh proses penuaan. Hal ini tentunya membawa akibat negatif yakni mereka tidak akan mampu melawan atau bahkan mencegah gangguan atau terjadinya tindakan yang tidak menyenangkan kepada mereka. Lembaga Home Instead menyebutkan paling tidak terdapat enam jenis abuse yang dapat dialami kelompok lansia (M. Lestari et al., 2023), yaitu :

1. Physical abuse yaitu setiap tindakan kekerasan yang menyebabkan rasa sakit, cedera atau gangguan fisik kepada lansia. Kekerasan fisik ini dilakukan secara sengaja mengakibatkan sakit fisik, cedera atau luka. Kekerasan yang dimaksud bukan hanya seperti memukul atau bertindak kasar, namun juga penyalahgunaan obat-obatan, pengekangan atau pengurungan.
2. Emotional or psychological abuse yang dapat diberikan secara verbal (misal berupa teriakan, penghinaan, atau menyalahkan) maupun nonverbal (yaitu mengabaikan, mengancam, atau mengisolasi), contohnya seperti Intimidasi dengan cara membentak atau ancaman, Penghinaan dan ejekan, Kebiasaan menyalahkan dan mengkambinghitamkan lansia, mengabaikan lansia, Mengisolasi lansia dari teman-temannya serta melarangnya untuk beraktivitas, melakukan terror.
3. Sexual abuse yaitu berupa kontak seksual tanpa persetujuan lansia yang di dalamnya termasuk pula pemaksaan materi pornografi dan pemaksaan untuk menonton aktivitas seksual, atau pemaksaan untuk membuka baju juga termasuk bentuk kekerasan seksual terhadap lansia.

4. Penelantaran yaitu kegagalan untuk memenuhi tugas mengurus lansia. Bentuk kekerasan ini merupakan yang paling umum, meliputi lebih dari setengah kasus kekerasan terhadap lansia secara keseluruhan. Penelantaran ini sifatnya bisa sengaja atau tidak sengaja, tergantung dari faktor seperti ketidaksadaran atau penolakan bahwa lansia membutuhkan perawatan.
5. Eksploitasi finansial terhadap lansia adalah tindakan memanfaatkan dan menggunakan keuangan atau properti lansia secara tidak sah atau tanpa izinnnya. Tindakan tersebut bisa dilakukan oleh perawat lansia atau orang lain. Perawat atau pengasuh lansia biasanya melakukan eksploitasi finansial seperti, menyalahgunakan uang pribadi, kartu kredit, atau rekening bank lansia, encuri uang dan properti lansia, memalsukan tanda tangan lansia, melakukan pencurian identitas.

Kekerasan Terhadap Orang Lanjut Usia (Lansia) Perempuan di Indonesia

Kekerasan terhadap perempuan seringkali dikatakan sebagai sebuah fenomena gunung es, demikian juga dengan kekerasan terhadap lansia perempuan yang dianggap sebagai masalah yang hampir tidak terlibat. Berdasarkan data dari WHO, dari 100 kejadian kekerasan terhadap lansia di seluruh dunia, hanya 4% saja yang dilaporkan ke pihak berwajib (WHO, 2022). Hal ini dikarenakan lansia perempuan korban kekerasan cenderung merasa takut dan cemas akan banyak hal, seperti; takut pelaku akan membalas dengan perbuatan yang jauh lebih buruk karena ia dilaporkan; tidak ingin pelaku kekerasan mendapatkan masalah; tidak memiliki kapasitas mental yang baik untuk melapor, serta merasa malu akan keadaan yang menimpanya (Gordon et al.,

2017). Upaya perlindungan terhadap lansia sebagaimana disebutkan dalam Undang-Undang Kesejahteraan Lansia merupakan segala tindakan atau upaya melalui program kegiatan ataupun peraturan lain yang dibuat oleh pemerintah ataupun masyarakat dengan tujuan menyediakan dan memberikan pelayanan yang mudah diakses oleh lansia nonpotensial agar dapat berkehidupan yang layak dan wajar, Upaya perlindungan sosial kepada lansia merupakan salah satu bentuk upaya kebijakan sosial yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang dapat berupa upaya pencegahan, penyembuhan, dan pengembangan/pemberdayaan lansia (M. Lestari et al., 2023).

Kehadiran Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lansia; Keputusan Presiden Nomor 52 Tahun 2004 tentang Pembentukan Komisi Nasional Lansia dan Keputusan Presiden Nomor 93 Tahun 2005 tentang Keanggotaan Komisi Nasional Lansia merupakan upaya tindak lanjut dari Undang-Undang Kesejahteraan Lansia dari pemerintah. Di tahun 2012, pemerintah mengundang Peraturan Menteri Sosial Nomor 19 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelayanan Sosial Lanjut Usia sebagai bentuk upaya untuk mengatur pedoman pelayanan sosial lansia, dengan tujuan membantu lansia mengembalikan kondisi dan meningkatkan fungsi sosial meliputi pelayanan panti dan nonpanti, perlindungan, dan pengembangan kelembagaan sosial lansia. Kementerian Sosial juga memberikan berbagai program pelayanan sosial dalam rangka perlindungan lansia yaitu pendampingan lansia di rumah (home care), nursing care, Program Keluarga Harapan (PKH) Lansia, Asistensi Sosial Lansia Terlantar (ASLUT), daycare service, dan program pemberdayaan lain, Selain itu, Pemerintah merujuk pada prinsip hak lansia dalam upaya pemberian

perlindungan sosial lansia. Majelis Umum PBB telah mengadopsi lima prinsip untuk lansia di bawah Resolusi 46 Tahun 1991 yang memberikan penghargaan terhadap kontribusi lansia sebagai manusia yang bermartabat (Djamhari et al., 2020).

Perbandingan Populasi Lansia Laki-Laki dan Perempuan di Indonesia

Indonesia adalah negara dengan jumlah penduduk terbesar ke 4 di dunia. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus jumlah penduduk Indonesia mencapai 269,6 juta jiwa yang mana jumlah penduduk laki-laki sebanyak 135,34 juta jiwa lebih banyak dibanding wanita yang berjumlah 134,27 juta jiwa (SUSPAS, 2018). Jumlah populasi lansia atau disebut dengan lanjut usia merupakan seseorang dengan usia 60 tahun dan setiap tahunnya terjadi peningkatan jumlah populasi lansia di dunia, asia dan Indonesia, Jumlah lansia Indonesia diproyeksikan akan meningkat menjadi 27, 5 juta atau 10, 3%, dan 57 juta jiwa atau 17, 9% pada tahun 2045 (BPS, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Faktor Sosial Ekonomi Mempengaruhi Perawatan Lansia

Perilaku mencari pengobatan pada lansia lebih sedikit dibandingkan kelompok umur lainnya. Di India, perempuan lanjut usia melaporkan status kesehatan yang lebih buruk dan memiliki kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Meskipun demikian, terlihat di banyak negara, termasuk India, laki- laki memiliki akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan. Wanita lanjut usia di India yang mengidap penyakit jantung cenderung tidak mencari pertolongan, memiliki akses terhadap pemeriksaan dan pengobatan, dan kurang terwakili dalam penelitian.

Perbedaan gender ini mungkin disebabkan oleh berbagai hal, termasuk diskriminasi berbasis gender, kondisi sosial ekonomi yang buruk, dan lebih fokus pada kesehatan reproduksi perempuan, yang tidak mencakup perempuan dalam kelompok usia lanjut (Nair et al., 2021).

Perempuan yang lebih tua terlihat lebih banyak terlibat dalam pekerjaan tidak dibayar, ketersediaan dana pensiun yang lebih sedikit, dan wewenang yang lebih rendah terhadap sumber daya keuangan dibandingkan laki-laki. Kemiskinan lebih banyak terjadi pada para janda, sehingga meningkatkan kerentanan mereka terhadap masalah kesehatan.⁴⁰ Ketidaksetaraan gender ini mempengaruhi ketersediaan sumber daya yang dapat mengganggu pelayanan yang diberikan kepada lansia.

Minimalisasi Gender GAP Pada Kondisi Sosial Ekonomi Penduduk Lanjut Usia di Indonesia Tahun 2020 Melalui Keberadaan Active Ageing

Terdapat satu hal yang harus menjadi perhatian pemerintah kaitannya dengan perkembangan jumlah penduduk lansia. Perkembangan penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2020 menunjukkan sex ratio 94, hal ini dapat diartikan bahwa penduduk lansia perempuan lebih banyak dari penduduk lansia laki-laki. Perbedaan proporsi lansia ini akan menimbulkan gender gap dalam kehidupan sosial ekonomi lansia. Menurut Anas, gender gap sosial ekonomi pada lansia dapat timbul karena adanya dua faktor yaitu ketidaksetaraan dan faktor struktural. Kedua faktor ini membayangi kondisi lansia Indonesia, khususnya lansia perempuan dalam menjalani masa tuanya. Jumlah lansia perempuan yang lebih banyak dapat menjadi masalah baru berkaitan dengan gender gap yang dialami lansia diberbagai bidang (et al., 2020).

Gender gap pada lansia perempuan dapat dilihat dari data Badan Pusat Statistik pada tahun 2020 yang menunjukkan bahwa akses lansia terhadap teknologi informasi meningkat setiap tahunnya. Namun pada akses internet terdapat gender gap yang terus melebar setiap tahunnya antara lansia laki – laki dan perempuan. Selain itu, upah lansia yang bekerja juga mengalami gap yang cukup tinggi. Kesenjangan gender yang terjadi antara lansia laki – laki dan lansia perempuan di Indonesia ini muncul disebabkan oleh keadaan perempuan di masa lampau yang mengalami diskriminasi terhadap kehidupannya, seperti dibidang pendidikan yang menyebabkan terbatasnya akses lansia terhadap karir masa tuanya (S. Lestari et al., 2022).

Keberadaan lansia harus dipahami sebagai hal yang krusial bagi pemerintah. Keberadaan penduduk lanjut usia dapat berkontribusi positif terhadap pembangunan maupun berdampak negatif dengan penambahan dependency ratio penduduk produktif. Gender gap yang terjadi pada lansia berdasarkan publikasi Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020 merupakan manifestasi kehidupan yang memberikan diskriminasi terhadap perempuan. Keadaan di masa lalu yang telah terjadi dapat diminimalkan dampaknya melalui upaya mewujudkan active ageing khususnya pada lansia perempuan yang memiliki kondisi sosial ekonomi lebih rendah daripada lansia laki-laki. Active ageing diartikan sebagai orang yang telah menua namun tetap aktif berkegiatan untuk kepentingan pribadi maupun lingkungan sekitarnya. Lansia yang aktif diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi yang aktif di bidang sosial, ekonomi, budaya, dan rohani.

Rencana kerja pemerintah tahun 2020 belum menunjukkan secara spesifik anggaran yang diperlukan untuk menuju lansia aktif dibidang sosial ekonomi. Arah kebijakan dibidang sosial untuk menjamin akses kesejahteraan lanjut usia difokuskan pada sarana prasarana seperti pengadaan peralatan bantu bagi lanjut usia dan pengolahan data untuk 179 menunjang Pusat Layanan Data Sosial. Mewujudkan active ageing dapat dilakukan dengan beberapa hal sebagai berikut; Pertama, pemerintah perlu mengadakan advokasi dan kerjasama dengan berbagai kementerian seperti BKKBN, Kementerian Agama, Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan kementerian PUPR serta Kementerian Ketenagakerjaan untuk membahas perlindungan sosial, pendidikan, dan program pemberdayaan bagi lanjut usia. Kedua, pemberdayaan ekonomi melalui pembekalan keterampilan diberikan untuk lansia berupa program-program pelatihan dan bantuan pinjaman modal usaha bagi lansia. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan potensi lokal sehingga lansia yang diberdayakan tidak kesulitan mendapatkan bahan baku yang diperlukan serta dapat meningkatkan ekonomi masyarakat. Ketiga, pemberdayaan teknologi bagi lansia perlu dilakukan untuk dapat menjadi bekal lansia menjalani masa tua di era digital. Digitalisasi diberbagai bidang menuntut lansia perlu melakukan adaptasi terhadap perkembangan jaman. Pemberdayaan ini dilakukan untuk dapat memudahkan lansia mengakses platform digital yang dibutuhkan seperti aplikasi PeduliLindungi, JKN mobile, serta platform lain yang dikembangkan khusus untuk lansia untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemandiriannya (S. Lestari et al., 2022).

Daftar Pustaka

- Anas, A., & Damayanti, M. G. A. (2020). Gender Gap pada Tingkat Partisipasi Kerja di Provinsi DKI Jakarta. *Jurnal Ekonomi Dan Pembangunan Indonesia*, 20(1), 56–78. <https://doi.org/10.21002/jepi.2020.04>
- BPS. (2018). *Proyeksi Penduduk Lanjut Usia Indonesia 2015-2045*.
- BPS. (2018). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018*. <https://www.bps.go.id/id/publication/2018/12/21/eadbab6507c06294b74adf71/statistik-penduduk-lanjut-usia-2018.html>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Djamhari, E. A., Layyinah, A., & Ramdlaningrum, H. (2020). Kondisi Kesejahteraan Lansia Dan Perlindungan Sosial Lansia Di Indonesia. In *Kondisi Kesejahteraan Lansia Dan Perlindungan Sosial Lansia Di Indonesia*.
- Gordon, E. H., Peel, N. M., Samanta, M., Theou, O., Howlett, S. E., & Hubbard, R. E. (2017). Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology*, 89, 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.12.021>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riskendas 2018. Laporan Nasional Riskesndas 2018*, 44(8), 181–222. [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf)
- Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>

- Lestari, M., Eleanora, F., & Ismail, Z. (2023). Analisis Kekerasan Terhadap Orang Lanjut Usia (Lansia) Perempuan di Indonesia. *University of Bengkulu Law Journal*, 8(1), 1–14. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/05/30/ada-30-juta-penduduk-lansia-di-indonesia-pada-2021>
- Lestari, S., Santoso, J., Studi, P., Universitas, S., Soedirman, J., & Utara, S. (2022). *Gender gap*. 7(4), 171–180.
- Nair, S., Sawant, N., Thippeswamy, H., & Desai, G. (2021a). Gender Issues in the Care of Elderly: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(5 Suppl), S48–S52. <https://doi.org/10.1177/02537176211021530>
- Pagan, R. (2020). Gender and Age Differences in Loneliness: Evidence for People without and with Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249176>
- Richardson, V. (2014). Grief in Older Adulthood. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6_292
- WHO. (2021). Perkiraan kesehatan global, Penyebab utama DALYs.
- WHO. (2022). Abuse Of Older People. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Profil Penulis



Dr. Zainuddin, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis di lahirkan di Takalar pada tanggal 16 Februari 1984 Ketertarikan penulis terhadap ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk di Sekolah Kesehatan STIKes Tanawali Takalar, Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan Universitas Hasanuddin Tahun 2013, penulis menyelesaikan studi S3 di Universitas Hasanuddin Jurusan S3 Kesehatan Masyarakat Tahun 2023 Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Keperawatan Universitas Negeri Gorontalo. Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: zainuddin.rama@ung.ac.id

ANALISIS GENDER DAN PERENCANAAN PROGRAM BERBASIS GENDER

Mira Miraturrofi'ah, S.ST., M.Kes
Institut Kesehatan Rajawali

Analisis Gender

1. Pengertian

Gender adalah merupakan suatu konsep kultural, berupaya membuat perbedaan dalam hal peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat (Rosdiana et al., 2023). Oleh karena dibentuk secara sosial budaya, maka gender bukan kodrat atau ketentuan Tuhan, bersifat tetap, sehingga dapat diubah dari masa ke masa, berbeda untuk setiap kelas dan ras (Khaerah & Mutiarin, 2016). Misalnya, perempuan dikenal dengan sifat lemah lembut, cantik, emosional, dan keibuan. Sementara laki-laki dianggap kuat, rasional, jantan, dan perkasa. Ciri- ciri dari sifat itu merupakan sifat yang dapat dipertukarkan, misalnya ada laki-laki yang lemah lembut; ada perempuan yang kuat, rasional, dan perkasa (Komang, 2013). Ketidaksetaraan gender dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai dan budaya yang melekat pada pola pikir masyarakat (Wiarsih & Astawan, 2021).

Analisis gender merupakan proses menganalisis data dan informasi secara sistematis yang bertujuan mengidentifikasi perbedaan kedudukan, fungsi, peran, dan tanggung jawab perempuan dan laki-laki dalam proses pembangunan. Analisis gender juga dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan akses, partisipasi, maupun kontrol antara perempuan dan laki-laki dalam pembangunan serta menganalisis manfaat pembangunan bagi keduanya. Yang dimaksud dengan akses adalah peluang atau kesempatan dalam memperoleh atau menggunakan sumber daya tertentu. Yang dimaksud dengan peran/ partisipasi adalah keikutsertaan seseorang/ kelompok dalam suatu kegiatan dan atau dalam pengambilan keputusan. Yang dimaksud dengan kontrol adalah penguasaan atau wewenang atau kekuatan untuk mengambil keputusan. Yang dimaksud dengan manfaat adalah kegunaan sumber daya yang dapat dinikmati oleh perempuan maupun laki-laki secara optimal (Astuti, 2022).

Analisis gender merupakan titik awal pengarusutamaan gender. Analisis gender dilakukan untuk mengidentifikasi perbedaan kondisi dan posisi perempuan dan laki-laki di masyarakat, serta distribusi sumber daya, peluang, kendala dan kekuasaan perempuan dan laki-laki dalam konteks tertentu. Dengan melakukan analisis gender akan memungkinkan dilakukannya intervensi untuk mengatasi ketidaksetaraan gender dan memenuhi kebutuhan perempuan dan laki-laki yang berbeda (Broglia et al., 2019).

2. Teknik Analisis Gender

Analisis gender menghasilkan data dan informasi yang diperlukan untuk mengintegrasikan perspektif

gender ke dalam kebijakan, program dan kegiatan. Analisis gender yang menyeluruh memungkinkan pembuat kebijakan memahami ketidaksetaraan gender, serta mengeksplorasi penyebab dan dampak kesenjangan gender pada kelompok sasaran. Selanjutnya, pembuat kebijakan dapat menetapkan tujuan dan langkah-langkah yang relevan dan terarah untuk menghilangkan ketidaksetaraan gender. Untuk bab selanjutnya, akan dijelaskan mengenai data terpilah menurut jenis kelamin, sebagai salah satu pendukung untuk melakukan analisis gender (Broglia et al., 2019).

3. Tujuan Analisis Gender

Berdasarkan *European Institute for Gender Equality* Tujuan dari analisis gender adalah untuk mengidentifikasi dan menangani ketidaksetaraan gender, dengan:

- a. Mengakui perbedaan akses, partisipasi, kontrol dan manfaat pembangunan bagi perempuan dan laki-laki
- b. Memastikan bahwa perbedaan kebutuhan antara perempuan dan laki-laki diidentifikasi dengan jelas dan ditangani di semua tahapan siklus kebijakan;
- c. Mengidentifikasi perbedaan sudut pandang perempuan dan laki-laki untuk diperhitungkan dalam pengembangan kebijakan, program dan kegiatan
- d. Mempromosikan intervensi pembangunan yang lebih responsif gender, baik melalui pengarusutamaan gender maupun *affirmative action*.

Analisis gender menghasilkan data dan informasi yang diperlukan untuk mengintegrasikan perspektif gender ke dalam kebijakan, program dan kegiatan. Analisis gender yang menyeluruh memungkinkan pembuat kebijakan memahami ketidaksetaraan gender, serta mengeksplorasi penyebab dan dampak kesenjangan gender pada kelompok sasaran. Selanjutnya, pembuat kebijakan dapat menetapkan tujuan dan langkah-langkah yang relevan dan terarah untuk menghilangkan ketidaksetaraan gender. Dengan demikian, analisis gender berkontribusi pada peningkatan responsivitas gender.

4. Prosedur Analisis Gender

Analisis gender dimulai dengan mengidentifikasi dan menjelaskan ketidaksetaraan gender dalam konteks tertentu berdasarkan data terpilah menurut jenis kelamin. Analisis gender ini akan membantu membangun pemahaman tentang perbedaan pola partisipasi, keterlibatan, perilaku dan kegiatan antara perempuan dan laki-laki dalam berbagai bidang pembangunan serta implikasi dari perbedaan tersebut.

Terdapat tiga langkah untuk melakukan analisis gender:

a. Mengumpulkan Data Terpilah menurut Jenis Kelamin.

Pengumpulan data dan informasi berdasarkan data terpilah menurut jenis kelamin dimaksudkan untuk mengidentifikasi ada tidaknya kesenjangan gender berdasarkan data yang terkumpul.

Data terpilah menurut jenis kelamin adalah data kuantitatif atau kualitatif berdasarkan jenis kelamin yang menggambarkan peran dan kondisi umum mereka dalam setiap aspek kehidupan di masyarakat. Data terpilah menurut jenis kelamin dapat pula berupa data yang menunjukkan insiden khusus yang tidak bisa diperbandingkan antar jenis kelamin, seperti: AKI (Angka Kematian Ibu Melahirkan), Kanker leher rahim, Perempuan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), Perempuan Korban Perdagangan Orang, Kanker Prostat, dan lain-lain (Astuti, 2022).

- b. Mengidentifikasi perbedaan gender dan penyebab utama ketidaksetaraan gender

Merupakan upaya mengungkap penyebab mendasar dari ketidaksetaraan gender, dan berusaha untuk memeriksa dan mengatasi penyebab masalah ketidaksetaraan gender agar dapat memenuhi kebutuhan yang berbeda antara perempuan dan laki-laki

- c. Menginformasikan kebijakan, program, dan kegiatan

Analisis gender sangat penting untuk pengarusutamaan perspektif gender melalui siklus kebijakan. Hasil analisis gender dapat digunakan untuk menginformasikan kebijakan, program dan kegiatan pembangunan yang perlu memperhatikan perbedaan kebutuhan antara perempuan dan laki-laki. Dengan analisis gender dapat ditemukannya adanya kesenjangan gender serta faktor penyebab kesenjangan gender sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk memberikan rekomendasi kebijakan, program,

dan kegiatan yang memiliki kredibilitas dan validitas untuk mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender (Astuti, 2022).

5. Kerangka Analisis Gender

Terdapat berbagai macam model kerangka analisis gender seperti Analisis Gender Model Harvard, Analisis Gender Model Moser, *Gender Analysis Matrix (GAM)*, *Capacities and Vulnerabilities Analysis Framework*, *Women's Empowerment (Longwe) Framework*, *Social Relations Approach (SRA)*, *Gender Analysis Pathway*, *Problem Based Analysis (PROBA)*, dan SWOT lain-lain. Pilihan kerangka kerja mana yang akan digunakan sangat bergantung pada analisis yang akan dilakukan, konteks analisis dan ketersediaan sumber daya. Meski terdapat beberapa kesamaan, kerangka kerja analisis gender berbeda dalam ruang lingkup dan penekanannya. Kerangka kerja analisis tersebut dapat digunakan dengan cara menggabungkan kerangka kerja analisis gender yang sudah ada, kemudian membuat versi hibrid Anda sendiri sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi (Broglia et al., 2019).

Perencanaan Program Berbasis Gender

Selama ini, pengetahuan mengenai gender dalam pembangunan dan upaya mewujudkan kesetaraan gender di bidang ekonomi, sosial, politik dan hukum belum begitu menunjukkan hasil yang signifikan. Saat ini masih ditemukan beberapa kendala dimana program-program utamanya berkaitan dengan program kesehatan. Berbagai upaya pembangunan nasional yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas manusia, baik perempuan ataupun laki-laki, ternyata belum memberikan manfaat yang setara bagi perempuan dan laki-laki. Hal ini tidak saja berarti bahwa hak-hak perempuan untuk

memperoleh manfaat secara optimal dari pembangu- nan belum terpenuhi, tetapi juga karena masih belum termanfaatkannya kapasitas perempuan, sebagai sumber daya manusia, secara optimal (Bunyamin, 2014). Diperlukan upaya yang tepat untuk perencanaan program termasuk program kesehatan, sehingga dapat selaras dan tidak membeda-bedakan anatara laki-laki dan permpuan. Hal ini dapat dilakukan melalui proses pengarusutamaan gender. Merupakan rangkaian strategi untuk mengintegrasikan perspektf gender dalam pengembangan institusi, kebijakan dan program kerja, termasuk di dalamnya disain dan pelaksanaan kebijakan, program, monitoring, dan evaluasi, serta dalam kerjasama dengan pihak luar dan atau pihak eksternal.

Kegiatan ini merupakan strategi yang dibangun untuk mengintegrasikan isu gender menjadi satu dimensi integral mulai dari perencanaan, penyusunan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dalam kebijakan dan program pembangunan nasional (Rusiah et al., 2018). Ditujukan untuk mencapai keadilan dan kesetaraan gender yang merupakan upaya untuk menegakkan hak-hak perempuan dan laki-laki atas kesempatan yang sama, pengakuan yang sama dan penghargaan yang sama dalam bernegara, berbangsa, dan bermasyarakat. Merupakan langkah untuk memastikan perempuan dan laki-laki mempunyai akses yang sama terhadap sumber daya, dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, memiliki kesempatan dan peluang yang sama dalam melakukan control, serta memperoleh manfaat yang sama terhadap pembangunan (Rusiah et al., 2018).

Pelaksanaan Pengurusutamaan Gender (PUG) direfleksikan dalam proses penyusunan kebijakan perencanaan dan penggaran yang responsif gender

(PPRG). PPRG bukanlah tujuan akhir melainkan merupakan sebuah kerangka kerja atau alat analisis untuk mewujudkan keadilan dalam penerimaan manfaat pembangunan. Perencanaan dan penganggaran responsif gender merupakan instrument untuk mengatasi adanya kesenjangan akses, partisipasi, kontrol, dan manfaat dalam pelaksanaan pembangunan antara perempuan dan laki-laki yang selama ini masih ada, akibat dari konstruksi social dan budaya dengan tujuan mewujudkan anggaran yang lebih berkeadilan. Perencanaan dan penganggaran responsif gender, bukanlah sebuah proses yang terpisah dari sistem yang sudah ada, dan bukan pula penyusunan rencana dan anggaran khusus untuk perempuan yang terpisah dari laki-laki. Bila kita melihat kerangka penganggaran sekarang yang berbasis kinerja, maka dalam penganggaran berbasis kinerja ini memberikan peluang bagi pengintegrasian gender dalam sistem perencanaan dan penganggaran. Dengan kata lain penganggaran responsive gender merupakan bentuk implementasi dari penganggaran berbasis kinerja dimana pengelolaan anggaran menggunakan analisis gender pada input, output dan outcome pada perencanaan dan penganggaran serta mengintegrasikan aspek keadilan (equity) sebagai indikator kinerja, setelah pertimbangan ekonomi, efisiensi dan efektifitas. Dengan demikian, penganggaran responsive gender menguatkan penganggaran berbasis kinerja lebih berkeadilan gender (Rusiah et al., 2018).

Indikator pengukuran kinerja terdiri dari:

1. Indikator input: besarnya jumlah sumber daya yang digunakan untuk menjalankan suatu kegiatan atau program.
2. Indikator output: unit barang/jasa yang dihasilkan suatu kegiatan atau program.

3. Indikator outcome: yaitu perubahan pada keadaan kelompok sasaran program sebagai akibat dari pelaksanaan jasa/pelayanan program.

Dari ketiga indikator pengukuran kerja di atas dapat diintegrasikan isu gender didalamnya sehingga dalam penyusunan perencanaan penganggaran responsif gender tidak hanya melihat hasil dari ketiga indikator, tetapi juga melihat bagaimana penggunaan anggaran itu diarahkan untuk membiayai program/kegiatan pembangunan yang dapat memberikan manfaat secara adil bagi perempuan dan laki-laki dalam berbagai bidang pembangunan. Dalam perencanaan program berbasis gender unsur kebijakan merupakan hal yang penting. Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Tujuan dari kebijakan kesehatan ialah guna menyiapkan pola pencegahan, pelayanan yang memerhatikan pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Agung et al., 2023).

Daftar Pustaka

- Agung, A., Intan, A., Erviantono, T., Wayan, N., & Novi, R. (2023). Kesetaraan Gender dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat. 7(2), 172–183.
- Astuti, I. D. (2022). Modul dan Bahan Ajar: Analisis Gender Bidang Penegakan Hukum. Direktorat Jendral Penegakan Hukum Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.
- Broglio, D., Dankelman, I., Dauvellier, M., Dennehy, J., Duda, A., Ferguson, L., Ferrari, E., Forest, M., Frangoudes, K., Frey, R., Irving, P., Lodovici, M. S., Loi, D., Mcdevitt-pugh, L., Mantouvalou, K., Mergaert, L., Green, S. O. B., Orlando, N., Osch, T. Van, ... Pillinger, J. (2019). Gender analysis European Institute for Gender Equality. European Institute for Gender Equality. <https://doi.org/10.2839/129962>
- Bunyamin, B. (2014). Isu gender dalam program keluarga berencana. 151–158.
- Khaerah, N., & Mutiarin, D. (2016). Integrasi Anggaran Responsif Gender Dalam Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.
- Komang, I. A. (2013). GENDER DALAM KESEHATAN DAN KEMISKINAN.pdf (pp. 69–89).
- Rosdiana, Izaac, F. A., Utami, S., Yulaeka, Febria, C., Apriyanti, Pristina, N., Amalia, M., & Ernita, L. (2023). Gender dan Kesehatan. CV Eureka Media Aksara.
- Rusiah, A., Hamdanah, Nurhamdah, & Nanning. (2018). Analisis Program dan Kegiatan Responsif Gender Pada Dinas Kesehatan Kota Parepare. Jurnal Al Maiyyah, 11(1), 80–110.
- Wiarsih, N., & Astawan, I. G. (2021). Pendidikan Responsif Gender dan Kesehatan Reproduksi dalam Proses Pembelajaran. 26(2), 333–338.

Profil Penulis



Mira Miraturrofi'ah, S.ST., M.Kes

Penulis di lahirkan di Bandung pada tanggal 18 Februari 1992 Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2010. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Respati Indonesia jurusan Sarjana Kebidanan dilanjut ke jenjang Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi lulus tahun 2017. Saat ini penulis tercatat sebagai Dosen aktif di Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Rajawali Bandung. Selain itu penulis juga aktif dalam mengelola jurnal ilmiah penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kesehatan.

Email Penulis: mirrawahab18@gmail.com

PAKET PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL (PKRE)

Baiq Nova Aprilia Azamti, S.Si.T., M.Kes
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maatram

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial adalah Pelayanan kesehatan reproduksi yang terdiri dari 4 komponen esensial, yakni: 1. kesehatan ibu dan bayi baru lahir, 2. Keluarga Berencana, 3. kesehatan reproduksi remaja, dan 4. pencegahan serta penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) termasuk di dalamnya HIV/AIDS.

Pelayanan Kesehatan reproduksi esensial merupakan salah satu program yang berawal dari Pertemuan International Conference on Population and Development (ICPD) di Kairo pada tahun 1994 yang membicarakan tentang hak reproduksi sebagai bagian dari Hak Asasi Manusia. Di Indonesia sendiri tahun 1994/1995, program kesehatan reproduksi remaja sudah ada dalam lingkup puskesmas dengan menyediakan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Sayangnya, pemanfaatannya oleh remaja masih sangat minim, karena pelayanannya belum ramah pada remaja. Upaya penyebaran informasinya difokuskan pada kegiatan usaha sekolah (UKS) dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan di sekolah, baik dalam bentuk program UKS, guru BP, atau kader sekolah, seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Saka Bhakti Husada (SBH)/T ahun 1996–1998 dibentuk Pokja nasional Kesehatan

Reproduksi Remaja dengan sektor utama pendidikan. Dengan demikian, diharapkan institusi sekolah mampu menggerakkan semua pihak untuk mendukung program pelayanan Kesehatan reproduksi remaja. Namun, sayangnya hasil kerja pokja ini tidak terlihat. Kemudian, dikembangkanlah program pelayanan kesehatan remaja di puskesmas dengan kemitraan semua stake holder yaitu BKKBN, Depdiknas, Depag dan Depsos, serta Kementerian Kesehatan pada tahun 1998. Sayangnya, program ini juga tidak berjalan dengan optimal sehingga akses remaja untuk mendapat pelayanan kesehatan reproduksi juga sangat rendah, sehingga pada tahun 2021 Kementerian Kesehatan memperkenalkan kebijakan baru, yaitu Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yang di dalamnya terdapat Kesehatan Reproduksi Remaja yang dilaksanakan secara terpadu di pelayanan dasar (puskesmas).

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) ini bertumpu pada pelayanan dari masing-masing program terkait yang sudah ada di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Ini berarti bahwa Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial bukan suatu program pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri, namun berupa keterpaduan berbagai pelayanan dari program yang terkait, dengan tujuan agar sasaran atau klien memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas, termasuk dalam aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). (Hapsari, 2019).

Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Konsep Continuum of Care adalah paradigma baru dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak. Dimensi pertama dari kontinum ini adalah waktu meliputi: sebelum hamil, kehamilan persalinan, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan. Dimensi kedua dari

Continuum of Care adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Menghubungkan kontinum untuk kesehatan ibu, bayi, dan anak biasanya mengacu pada kesinambungan perawatan yang diperlukan dalam seluruh siklus hidup (masa remaja, kehamilan, melahirkan, postnatal dan kanak-kanak, di mana dalam setiap tahapnya perlu dilakukan asuhan yang baik, karena akan menentukan keberhasilan dalam tahapan selanjutnya. Kesehatan ibu dan anak sangat bergantung pada kondisi ibu saat sebelum hamil. Oleh karena itu, menjaga dan meningkatkan status kesehatan seorang wanita sejak sebelum hamil sangatlah penting dalam memastikan kelangsungan hidup ibu dan anak dengan baik.

Kesehatan ibu harus dimulai pada saat seorang wanita mempersiapkan kehamilan, selama masa hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui, masa menggunakan kontrasepsi keluarga berencana sampai usia lanjut. Sementara itu, kesehatan bayi harus diperhatikan sejak janin berada dalam kandungan, selama proses kelahiran, saat baru lahir, bayi, balita, anak prasekolah, masa sekolah hingga remaja. Fokus pelayanan yang diberikan terkait kesehatan ibu dan anak sesuai dengan siklus kehidupannya antara lain:

1. Masalah kesehatan yang perlu diperhatikan pada wanita sebelum hamil terkait dengan keadaan system reproduksi, status penyakit menular seksual, keadaan status gizi, masalah penyakit fisik dan psikologis. Kondisi tersebut harus ditindaklanjuti dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan untuk memastikan status kesehatan wanita sebelum hamil dalam keadaan baik, karena akan berpengaruh terhadap 1.000 hari pertama kehidupan bagi anak yang dimulai sejak masa

konsepsi sampai anak balita. Berdasarkan hal tersebut, seorang bidan sebagai petugas kesehatan sangatlah penting untuk memperhatikan kesehatan anak dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik sejak dalam kandungan sampai masa neonatal melalui pemeriksaan kehamilan yang teratur pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil termasuk pemberian tablet Fe dan asam folat. Pemberian imunisasi TT diberikan jika ibu hamil belum memiliki status T 5 dan upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan persalinan melalui penggunaan buku kesehatan ibu dan anak serta penanganan kedaruratan yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan.

2. Pelayanan selama masa nifas dan neonatus berfokus pada upaya inisiasi menyusui dini sebagai langkah awal pemberian ASI eksklusif dan penggunaan kontrasepsi. Sedangkan pelayanan neonatus dilakukan melalui pemberian injeksi vitamin K neo yang ditujukan untukantisipasi kejadian perdarahan akibat penyuntikan imunisasi Hepatitis B neo yang diberikan 2 jam setelah bayi lahir
3. Pelayanan Kesehatan Bayi, Balita dan Anak Prasekolah difokuskan pada pemberian ASI eksklusif, pemberian imunisasi dasar, pemberian makanan tambahan, pemberian vitamin A, pemantauan tumbuh kembang dan pemberian imunisasi booster, serta manajemen terpadu jika bayi dan balita mengalami sakit.
4. Pelayanan Anak Sekolah dan Remaja diberikan dengan tujuan untuk melakukan upaya deteksi dini tumbuh kembang anak sekolah melalui skrining/penjaringan anak sekolah dan remaja, konseling gizi HIV/ AIDS NAPZA dan upaya kesehatan sekolah. Selain pelayanan tersebut, pada

periode ini harus diberikan juga pelayanan kesehatan reproduksi untuk membekali para remaja supaya memiliki pengetahuan yang cukup tentang proses reproduksi yang menjadi tanggung jawabnya. Menindaklanjuti pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak sesuai tahapan siklus kehidupannya tersebut, dapat dijelaskan bahwa masalah kesehatan reproduksi yang terkait dengan kesehatan seorang ibu akan berpengaruh besar terhadap kualitas anak yang dikandung serta dilahirkannya. Demikian juga dengan kesehatan seorang anak yang dilahirkan dari rahim dan tubuh ibu yang sehat mempunyai kecenderungan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Sebaliknya, jika kesehatan ibu mengalami gangguan, akan memberikan pengaruh kurang baik bagi janin yang dikandungnya dan anak yang dilahirkannya akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan ibu dan anak harus menjadi kewajiban kita sebagai pelaksana pelayanan (care giver) dalam pelayanan kebidanan, karena keadaan kesehatan ibu dan anak memiliki peranan yang besar sebagai indikator tingkat kesejahteraan bangsa (Noor, 2020).

5. Pelayanan kesehatan ibu dan anak harus menjadi kewajiban kita sebagai pelaksana pelayanan (care giver) dalam pelayanan kebidanan, karena keadaan kesehatan ibu dan anak memiliki peranan yang besar sebagai indikator tingkat kesejahteraan bangsa. Bidan sesuai dengan standar kompetensi, standar profesi, dan izin praktik yang dimilikinya memiliki kemampuan dan kewenangan untuk memberi pelayanan kesehatan ibu dan anak. Oleh karenanya seorang bidan sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya mampu memberikan asuhan kebidanan dan bertindak sebagai berikut: **Care**

Provider (Pemberi Asuhan Kebidanan). Bidan memiliki kemampuan memberikan asuhan kebidanan secara efektif, aman, dan holistik terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui, bayi baru lahir, balita dan kesehatan reproduksi pada kondisi normal. Pelayanan ini tentunya dilaksanakan berdasarkan standar praktik kebidanan dan kode etik profesi dengan memperhatikan sosial budaya setempat. **Community Leader (Penggerak Masyarakat) dalam Bidang Kesehatan Ibu dan Anak.** Bidan memiliki kemampuan dan kemauan memfasilitasi keluarga dan masyarakat agar memahami, mendukung dan melaksanakan pesan-pesan yang tertuang di dalam buku KIA serta kesehatan reproduksi bekerja sama dengan kader kesehatan, tokoh masyarakat, dukun bersalin, dan tokoh-tokoh terkait dengan menggunakan prinsip *partnership* dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan kewenangan dan lingkup praktik bidan. **Communicator (Komunikator).** Bidan memiliki kemampuan dan kemauan berkomunikasi secara efektif dengan perempuan, keluarga, dan masyarakat, terutama ketika memberikan pelayanan kesehatan. Bidan juga memastikan pemahaman mereka akan pelayanan kesehatan ibu dan anak berdasarkan *continuum of care* untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup. **Decision Maker (Pengambilan Keputusan dalam Asuhan Kebidanan).** Bidan mempunyai kemampuan mengambil keputusan klinik dalam asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. **Manager (Pengelola).** Bidan harus mampu melakukan asuhan kebidanan baik secara mandiri, kolaborasi (*team*) dan rujukan dalam konteks asuhan kepada individu, keluarga, dan

masyarakat dengan memperhatikan kemampuan dasar sesuai kewenangan yang telah ditentukan (Matahari, 2018).

Keluarga Berencana (KB)

Indonesia merupakan salah satu negara dengan penduduk terbanyak keempat di dunia. Indonesia diprediksi akan mendapat “bonus demografi”, yaitu bonus yang dinikmati suatu negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang usia 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang dialaminya, yang diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mempersiapkan kondisi ini, maka pemerintah perlu mengantisipasi masalah-masalah yang mungkin terjadi, di antaranya dengan program Keluarga Berencana. KB merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. Upaya ini juga berdampak terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian ibu akibat kehamilan yang tidak direncanakan. Menurut World Health Organization (WHO) expert committee 1997: keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Noor, dkk 2020).

Program Keluarga Berencana (KB) adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan, untuk mencapai hal tersebut dibuatlah beberapa cara untuk mencegah ataupun menunda kehamilan,

walaupun dalam pelaksanaannya pelayanan KB yang berkualitas (Akbar, 2018). Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan khusus KB meliputi: a. Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup. b. Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia. c. Konseling Perkawinan atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas. Manfaat Program KB sendiri diantaranya adalah : 1). Menekan kehamilan yang tidak diinginkan. Alat kontrasepsi berfungsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Alat kontrasepsi juga berfungsi untuk menurunkan risiko melahirkan di usia terlalu muda atau terlalu tua. Jika perempuan yang terlalu muda dan belum menopause melakukan hubungan intim tanpa menggunakan alat kontrasepsi, maka ada kemungkinan terjadi kehamilan yang tidak diinginkan. Sementara itu, melahirkan di atas usia 35 tahun dapat berisiko pada wanita dan menyebabkan kematian. 2). Mendorong kecukupan ASI dan pola asuh anak yang baik. Apabila anak yang belum berusia satu tahun sudah memiliki adik, maka tumbuh kembangnya berisiko terganggu. Normalnya, jarak anak pertama dan kedua antara 3 hingga 5 tahun. Jika anak yang belum berusia 2 tahun sudah memiliki adik, maka ASI untuk anak

pertama tidak bisa penuh 2 tahun. Hal tersebut memungkinkan anak mengalami gangguan kesehatan. Sementara itu, orang tua yang memiliki dua anak akan mengalami kesulitan membagi waktu. Sehingga anak yang lebih besar akan kurang perhatian. Padahal, anak masih membutuhkan perhatian penuh dari kedua orang tuanya. Beberapa manfaat KB untuk anak yaitu: Pertumbuhan dan kesehatan anak terjaga dengan baik, anak mendapatkan perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup, dan masa depan dan pendidikan anak terencana dengan baik. 3). Mencegah gangguan kesehatan mental keluarga Sebagian wanita berisiko mengalami depresi setelah melahirkan. Depresi biasanya hilang jika ibu mendapatkan dukungan dari pasangan. Jika terjadi kelahiran anak dengan jarak dekat, maka risiko depresi akan meningkat. Depresi juga dapat terjadi pada ayah, jika belum siap secara fisik dan mental. Kedua kondisi tersebut dapat dicegah dengan melakukan program KB. Jika kehamilan diatur sedemikian rupa, pasangan suami istri bisa hidup lebih sehat dan sejahtera. Sementara itu anak dapat tumbuh secara maksimal dan perencanaan kehamilan akan berjalan matang. 4). Mengurangi angka kematian bayi dan ibu. Perlu dipahami, KB dapat mencegah kehamilan dan kelahiran yang berjarak dekat dan tidak diinginkan. Dengan begitu angka kematian bayi juga dapat berkurang. Ibu meninggal akibat melahirkan dan disertai kesehatan yang buruk juga dapat dihindari. 5). Mencegah gangguan kesehatan reproduksi. Hamil di usia terlalu muda, terlalu tua, atau kehamilan yang berjarak terlalu dekat dapat menimbulkan risiko. Ibu hamil dapat mengalami masalah selama kehamilan, seperti hipertensi, preeklamsia, persalinan prematur, dan sebagainya. Adanya program KB, kehamilan dapat direncanakan dengan lebih baik, sehingga risiko gangguan kesehatan reproduksi dapat dicegah. 6).

Mencegah terjadinya penyakit menular seksual. Hubungan seksual tidak terlepas dari risiko terjadinya penyakit menular seksual, meskipun dilakukan antara suami istri. Penyakit menular seksual (PMS) ini yaitu sifilis, gonore, hingga HIV/AIDS. PMS dalam dicegah dengan penggunaan alat kontrasepsi seperti kondom.

Sasaran Program KB terbagi atas: a. Sasaran Langsung. Pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan suami isteri yang isterinya berusia antara 15–49 tahun. Sebab, kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. b. Sasaran Tidak Langsung diantaranya: 1). Kelompok remaja usia 15–19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang berisiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat-alat reproduksinya, sehingga program KB di sini lebih berupaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi. 2). Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita, dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelembaan NKKBS (Permatasari, 2022).

Kesehatan Reproduksi Remaja

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 10-19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa pubertas. Masa pubertas ditandai dengan terjadinya perubahan-perubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi

tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini merupakan peristiwa yang paling penting, berlangsung cepat, drastis, tidak beraturan dan bermuara dari perubahan pada sistem reproduksi. Hormon-hormon mulai diproduksi dan mempengaruhi organ reproduksi untuk memulai siklus reproduksi serta mempengaruhi terjadinya perubahan tubuh. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin misalnya, pada remaja putri ditandai dengan menarche (menstruasi pertama), tumbuhnya rambut-rambut pubis, pembesaran buah dada, pinggul. Sedangkan pada remaja putra mengalami pollution (mimpi basah pertama), pembesaran suara, tumbuh rambut-rambut pubis, tumbuh rambut pada bagian tertentu seperti di dada, di kaki, kumis dan sebagainya (Depkes RI, 2008).

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Dengan informasi yang benar, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi. Kepedulian pemerintah terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja cenderung semakin tinggi. Hal ini disebabkan antara lain karena berbagai masalah yang dihadapi remaja semakin kompleks. Masa remaja sangat erat kaitannya dengan

perkembangan psikis pada periode yang dikenal sebagai pubertas serta diiringi dengan perkembangan seksual. Kondisi ini menyebabkan remaja menjadi rentan terhadap masalah-masalah perilaku berisiko, seperti melakukan hubungan seks sebelum menikah dan penyalahgunaan narkoba, yang keduanya dapat membawa risiko terhadap penularan HIV dan AIDS. Kompleksitas permasalahan remaja tersebut perlu mendapat perhatian secara terus menerus baik dari pihak pemerintah, LSM, masyarakat, maupun keluarga, guna menjamin kualitas generasi mendatang. Beberapa fakta menunjukkan bahwa permasalahan pada remaja perlu mendapat perhatian, misalnya tingkat pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah, khususnya dalam hal cara-cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi, seperti pencegahan KTD, IMS, serta HIV dan AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Salah satu masalah yang sering timbul pada remaja terkait dengan masa awal kematangan organ reproduksi pada remaja adalah perilaku seks bebas (free sex) masalah kehamilan yang terjadi pada remaja usia sekolah diluar pernikahan, dan terjangkitnya penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Remaja melakukan hubungan seks dapat disebabkan antara lain tekanan pasangan, merasa sudah siap melakukan hubungan seks, keinginan dicintai, keingintahuan tentang seks, keinginan menjadi populer, tidak ingin diejek “masih perawan”, pengaruh media massa (tayangan TV dan internet) yang menampakkan bahwa normal bagi remaja untuk melakukan hubungan seks, serta paksaan dari orang lain untuk melakukan hubungan seks. Pergaulan seks bebas berisiko besar mengarah pada terjadinya kehamilan tak diinginkan (KTD). Kehamilan tak diinginkan (KTD) terjadi karena beberapa faktor seperti faktor sosio-demografik

(kemiskinan, seksualitas aktif dan kegagalan dalam penggunaan kontrasepsi, media massa), karakteristik keluarga yang kurang harmonis (hubungan antar keluarga), status perkembangan (kurang pemikiran tentang masa depan, ingin mencoba-coba, kebutuhan akan perhatian), penggunaan dan penyalahgunaan obat-obatan. Selain itu kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar tentang proses terjadinya kehamilan dan metode pencegahannya, kegagalan alat kontrasepsi, serta dapat juga terjadi akibat tindak perkosaan. Kehamilan tidak diinginkan (KTD) berdampak bukan hanya secara fisik, psikis namun juga sosial. Siswi yang mengalami kehamilan biasanya mendapatkan respon dari dua pihak. Pertama, dari pihak sekolah, biasanya jika terjadi kehamilan pada siswi, maka yang sampai saat ini terjadi adalah sekolah meresponnya dengan sangat buruk dan berujung dengan dikeluarkannya siswi tersebut dari sekolah. Remaja menjadi putus sekolah, kehilangan kesempatan bekerja dan berkarya dengan menjadi orang tua tunggal dan menjalani pernikahan dini yang tidak terencana. Kedua, dari lingkungan dimana siswi tersebut tinggal, lingkungan akan cenderung mencemooh dan mengucilkan siswi tersebut. Hal tersebut terjadi jika karena masih kuatnya nilai norma kehidupan masyarakat kita. Akibatnya siswa akan kesulitan beradaptasi secara psikologis, kesulitan berperan sebagai orang tua (tidak bisa mengurus kehamilan dan bayinya), akhirnya berujung pada stress dan konflik, aborsi ilegal yang lebih lanjut berisiko mengakibatkan kematian ibu dan bayi. Selain masalah kehamilan pada remaja masalah yang juga sangat menggelisahkan berbagai kalangan dan juga banyak terjadi pada masa remaja adalah banyaknya remaja yang mengidap HIV/AIDS. Dilihat dari jumlah pengidap dan peningkatan jumlahnya dari waktu ke waktu, maka dewasa ini HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan AIDS (Acquired Immune

Deficiency Syndrome) sudah dapat dianggap sebagai ancaman hidup bagi masyarakat Indonesia. Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja diatas memerlukan suatu upaya pengembangan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja yang dapat mencakup penyediaan pelayanan klinis, pemberian informasi akurat, mempertimbangkan kemampuan dan sisi kehidupan remaja, menjamin program yang cocok atau relevan dengan remaja serta utamanya mendapat dukungan masyarakat. Pendidikan KRR berbasis sekolah merupakan salah satu alternatif strategi yang tepat karena bisa mencakup semua tantangan diatas. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) yang dilakukan oleh sekolah merupakan salah satu upaya untuk membimbing remaja mengatasi konflik seksualnya. Oleh berbagai pihak, sekolah dan guru dianggap sebagai pihak yang layak memberikan pendidikan KRR ini (Permatasari, 2022).

Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kesehatan reproduksi yang baik antara lain (Depkes RI, 2008): a. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja), b. Alasan remaja perlu mendewasakan usia perkawinan serta cara merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginannya dan pasangannya, c. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi, d. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi, e. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual, f. Kekerasan seksual dan cara menghindarinya, g. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu menangkal hal-hal yang bersifat negatif, h. Hak-hak reproduksi (Rahayu, dkk 2017).

Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk di dalamnya HIV/AIDS

Kasus PMS dan HIV/AIDS cukup banyak terjadi di kalangan remaja. Berbagai jenis PMS serta HIV/AIDS sangat berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang pada umumnya dan kondisi kesehatan reproduksi pada khususnya karena pada umumnya berbagai penyakit PMS dan HIV/AIDS berkaitan langsung dengan sistem reproduksi manusia. Bahkan HIV/AIDS dapat berdampak pada kematian. Kasus HIV/AIDS bagaikan gunung es; yang nampak hanyalah permukaan belaka namun kasus yang sesungguhnya jauh lebih besar daripada kasus yang nampak. Penyakit ini merupakan penyakit yang mematikan karena sampai saat ini belum ditemukan obat penyembuhannya. Namun demikian sebenarnya pencegahan terhadap penyakit ini relatif mudah asalkan kita mengetahui caranya.

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, mulut, maupun anus. Infeksi tersebut dapat disebabkan oleh bakteri (misalnya sifilis), jamur, virus (misalnya herpes, HIV), atau parasit (misalnya kutu). Semua orang yang sudah pernah melakukan hubungan seksual berisiko tertular IMS. Risiko tersebut akan lebih tinggi pada orang yang: - Melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan (multipartner) - Melakukan hubungan seksual dengan seseorang yang multipartner - Melakukan hubungan seksual tanpa pengaman (kondom). IMS menyebabkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius. Bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar, sakit berkepanjangan, kemandulan dan kematian. Remaja perempuan perlu menyadari bahwa risiko untuk terkena IMS lebih besar daripada laki-laki sebab alat reproduksi perempuan lebih rentan. Dan seringkali berakibat lebih

parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit berlanjut ke tahap lebih parah. Misalnya keputihan yang lebih disebabkan oleh kuman atau bakteri yang masuk ke vagina, akibat pemeliharaan kebersihan yang buruk (Noor, dkk 2020).

Remaja dianggap belum cukup memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang pemeliharaan kesehatan reproduksi. Angka penularan IMS yang cukup tinggi pada remaja adalah salah satu buktinya. UNFPA dan WHO menyebutkan, 1 dari 20 remaja tertular IMS setiap tahunnya, sementara hampir separuh kasus infeksi HIV baru berusia di bawah 25 tahun. Beberapa faktor penyebabnya adalah: 1. Minimnya pendidikan kesehatan reproduksi dan seksualitas yang komprehensif. 2. Kontrol keluarga dan masyarakat yang cenderung semakin rendah. 3. Semakin terbukanya akses informasi mengenai seksualitas termasuk pornografi dari media atau internet yang mempermudah remaja untuk mengakses dan memanfaatkannya secara tidak benar. 4. Tingkat permisifitas (serba boleh) dari hubungan antara laki-laki dengan perempuan yang cenderung melonggar. 5. Perasaan bahwa dirinya tidak mungkin terjangkit penyakit apapun. 6. Kebutuhan untuk mencoba pengalaman baru. 7. Nilai-nilai cinta atau hubungan lawan jenis yang cenderung disalahgunakan. 8. Kurangnya pemahaman remaja akan akibat dari perilaku seks tidak aman yang dilakukannya. 9. Semakin banyaknya tempat pelacuran baik yang terlokalisir ataupun tidak. 10. Mitos-mitos yang berkembang di masyarakat tentang perilaku seksual dan dampaknya. 11. Tidak sedikit masyarakat yang masih belum bisa menerima kehadiran pendidikan seksualitas bagi keluarga. Sehingga anak remaja cenderung untuk mencari informasi kepada teman atau media yang justru tidak mendidik.

WHO menyatakan bahwa pantang dari hubungan seksual (abstinence) dan inisiasi tertunda perilaku seksual (terutama menghindari seks pranikah) adalah beberapa komponen utama dari upaya pencegahan IMS bagi kaum muda. Monogami dan pengurangan jumlah pasangan seksual (be faithful) serta meningkatkan akses dan layanan pencegahan komprehensif, termasuk pendidikan pencegahan dan penyediaan kondom (condoms) sangat penting bagi orang-orang muda yang aktif secara seksual. Ada dasarnya remaja perlu memahami pentingnya poin-poin edukasi tentang hal-hal berikut ini: 1. Menghindari perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, antara lain: hubungan seksual pranikah, hubungan seksual tanpa pengaman. 2. Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama/kerohanian. Di banyak ajaran agama di dunia, hubungan seksual pranikah adalah salah satu bentuk zina yang merupakan dosa besar. 3. Melakukan kegiatan-kegiatan positif, agar tidak terlintas untuk melakukan hubungan seksual. 4. Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang risiko tertular IMS. 5. Mendiskusikan dengan orang tua, guru, atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, dan mendorong untuk tidak malu bertanya. 6. Menolak ajakan pasangan yang meminta untuk melakukan hubungan seksual tidak aman. 7. Bersikap waspada, mampu membaca situasi, dan melindungi diri. Misalnya ketika pergi ke pesta atau clubbing, usahakan pergi bersama teman atau anggota keluarga yang dapat dipercaya. Minum minuman yang memabukkan (baik disengaja maupun tidak) juga merupakan gerbang menuju perilaku seksual tidak aman (Matahari, dkk 2018).

Daftar Pustaka

- Akbar, H. (2018). Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Pasangan Usia Subur Di Desa Lohbener Kabupaten Indramayu. *Gema Wiralodra*, 9(2), 164–182. <https://doi.org/10.31943/gemawiralodra.vol9.iss2.350>
- Depkes RI. (2008). Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar. UNFPA.
- Hapsari. (2019). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja. Wineke Media.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Buku Ajar Kesehatan Ibudan Anak. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Matahari, dkk. (2018). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual. Universitas Ahmad Dahlan.
- Mappaware, dkk (2014). Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta: Deepublish.
- Noor, dkk. (2020). Buku Panduan Kesehatan Reproduksi pada Remaja. Bantul: CV Mine.
- Permatasari, dkk. (2022). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Yayasan Kita Menulis.
- Rahayu, dkk. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia. Pusat Penerbit dan Percetakan.

Pofil Penulis



Baiq Nova Aprilia Azamti, S.Si.T., M.Kes

Penulis di lahirkan di Selong pada tanggal 26 April 1985. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kebidanan pada tahun 2003. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Politeknik Kesehatan Mataram pada tahun 2003 pada jurusan kebidanan dan lulus pada tahun 2006. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan program studi D-IV Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo pada tahun 2007 dan lulus pada tahun 2008. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak dan lulus pada tahun 2011. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Prodi D-IV Kebidanan STIKES Mataram dan sekarang menjabat sebagai Wakil Ketua II Bidang Pembiayaan dan SDM. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu IBI. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: nova.apriliaazamti02@gmail.com

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

Neneng Ratnanengsih Puspitasari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu

Pendahuluan

Kesehatan reproduksi menurut peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan social secara utuh, dan tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sisten, fungsi dan proses reproduksi. Untuk mengetahui kesehatan reproduksi baik kesehatan reproduksi perempuan maupun laki-laki maka perlu diberikan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan sendiri merupakan suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Pelayanan ini bisa diperuntukkan untuk siapapun, karena pada dasarnya kesehatan adalah hak setiap orang.

Masalah kesehatan reproduksi di Indonesia merupakan masalah yang masih perlu mendapatkan perhatian. Masalah kesehatan reproduksi ini merupakan hak asasi manusia sama seperti hak asasi manusia lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan akses layanan kesehatan reproduksi secara menyeluruh sehingga mampu membuat pilihan untuk kesejahteraan mereka berdasarkan informasi yang mereka dapatkan. Salah satunya masalah kesehatan reproduksi di Indonesia

dipengaruhi beberapa hal diantaranya masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Jumlah AKI di Indonesia pada tahun 2022 sebanyak 3.572 kematian, hal ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2021 sebesar 7.389 kematian (Kemenkes RI, 2022).

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Pelayanan kesehatan reproduksi berdasarkan peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 mempunyai tujuan untuk menjamin hak kesehatan reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan serta menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi harus dapat diterima oleh semua orang tanpa terkecuali.

Adapun sasaran kesehatan reproduksi dalam memberikan pelayanan yaitu: (1) remaja baik remaja putri maupun remaja putra; (2) wanita usia subur; (3) pasangan usia subur; (4) lansia. Dalam kesehatan reproduksi pelayanan yang diberikan berupa pendidikan kesehatan baik tentang pubertas, menarche, bahaya seks bebas, penyakit menular seksual, resiko penggunaan NAPZA, pencegahan anemia, kontrasepsi, pelayanan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta pendidikan kesehatan tentang menopause, nutrisi yang dibutuhkan pada lansia (Setyani, 2019).

Ruang lingkup kesehatan reproduksi saling berkesinambungan antara satu fase kehidupan dengan fase kehidupan lainnya. Sehingga hal tersebut akan berpengaruh terhadap bagaimana penanganan apabila terdapat masalah kesehatan reproduksi dimasa yang akan datang. Oleh karena itu, untuk menangani masalah pada kesehatan reproduksi pemerintah Indonesia terutama membuat pelayanan kesehatan berupa pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif.

Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terdiri dari pelayanan kesehatan reproduksi esensial ditambah dengan konseling dan pelayanan kesehatan reproduksi lanjut usia. Dalam pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada kelompok lansia berupa promosi kesehatan tentang menjaga kualitas menjelang menopause dan andropuse melalui berbagai macam kegiatan diantaranya adalah skrining tentang keadaan kesehatan organ reproduksi seperti kanker Rahim pada wanita, kanker prostat pada laki-laki serta pencegahan malnutrisi pada tubuh seperti kekurangan hormone dan kerapuhan tulang (Harnani, Marlina dan Kursani, 2015).

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Seorang perempuan akan mengalami kehamilan, persalinan dan nifas. Dimana dalam keadaan ini perempuan memiliki resiko tinggi karena perempuan harus menjaga kesehatannya dan juga kesejahteraan janin yang dikandungnya. Ketika ibu masuk dalam masa ini maka beresiko terjadi kematian. Oleh karena itu, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar meminimalisir terjadinya kematian ibu akibat kehamilan, persalinan maupun masa nifas. Hal tersebut dimaksudkan agar dapat mengambil keputusan yang tepat dan cepat sebelum terjadi kegawatdaruratan baik pada ibu maupun janin atau bayinya. adapun pelayanan yang dapat diberikan berupa pelayanan antenatal, intranatal dan juga postnatal. Selain itu, dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi secara komprehensif, petugas kesehatan juga harus mampu memberikan pelayanan dirumah atau masyarakat. Dengan demikian akan membantu mendapatkan dan juga memberikan informasi mengenai kesehatan ibu dan anak selama dirumah seperti kesehatan reproduksi sampai dengan status gizi ibu sebelum hamil, selama hamil, pada masa nifas maupun gizi pada anak.

Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) merupakan gerakan untuk membentuk sebuah keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Untuk membatasi kelahiran tersebut maka harus ada wadah atau fasilitas yang dapat dimanfaatkan oleh individu. Adapun pelayanan yang dapat diberikan berupa pelayanan keluarga berencana. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) ini adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan keluarga melalui kehamilan yang diinginkan dan berlangsung pada saat yang tepat. Dengan adanya pelayanan KB maka ibu dan keluarga dapat mengatur jumlah anak dan jarak kehamilan. Prioritas dalam pelayanan KB ini adalah pasangan usia subur yang usia istrinya terlalu muda (kurang dari 20 tahun), terlalu banyak anak (lebih dari 3 orang anak), terlalu dekat jarak kehamilannya (kurang dari 2 tahun) dan terlalu tua (usia ibu lebih dari 35 tahun).

KB diselenggarakan sebagai upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui batas usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Adapun yang dapat memanfaatkan pelayanan keluarga berencana ini adalah pasangan usia subur dimana salah satu atau dua orang dari pasangan tersebut menggunakan alat kontrasepsi dengan tujuan untuk pencegahan kehamilan baik melalui program maupun nonprogram. Dengan memanfaatkan pelayanan keluarga berencana ini diharapkan wanita khususnya di Indonesia mampu untuk meningkatkan keluarga berkualitas bukan lagi keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Kesehatan Reproduksi Remaja

Di Indonesia pada tahun 2020 sampai dengan tahun 2030 diprediksi akan mendapatkan bonus demografi, dimana proporsi penduduk usia masa produktif yaitu masa remaja proporsinya akan lebih besar dibandingkan dengan usia anak-anak dan usia lanjut. Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa dimana dalam hal ini mereka masih membutuhkan adaptasi dan merupakan masa mencari jati diri. Oleh karena itu, para remaja perlu mendapatkan pengarahan dan informasi mengenai kesehatan reproduksi baik tentang fungsi reproduksi, bahaya seks bebas, dan juga tentang pubertas.

Pada masa ini, remaja akan mengalami perkembangan fisik secara cepat termasuk pada sistem reproduksinya. Perubahan fisik yang pesat dan perubahan hormonal menimbulkan dorongan motivasi seksual yang menjadikan remaja ini rawan terhadap penyakit dan masalah kesehatan reproduksi, hubungan seks pranikah, kehamilan remaja, aborsi, penyakit menular seksual, HIV/AIDS serta penyalahgunaan narkotika. Hal ini menjadikan remaja termasuk kelompok yang beresiko terhadap berbagai masalah kesehatan di masyarakat, diantaranya berdampak secara fisik, mental, emosi serta dapat juga berdampak pada kehidupan ekonomi dan kesejahteraan social baik pada keluarga maupun masyarakat serta Negara (Rahayu, et al., 2017).

Pandangan orang dewasa terhadap remaja seringkali hanya berfokus pada hal yang tidak boleh dilakukan oleh para remaja. Padahal kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi adalah hal yang normal dan berkaitan dengan kesehatan diri dan kesejahteraan karena mencakup perkembangan, kematangan emosional, keterampilan social dan membina hubungan dengan orang lain serta citra diri yang positif. Sehingga hal ini

menyebabkan remaja mempunyai hak yang sama sebagai manusia untuk mendapatkan informasi dan pelayanan seputar kesehatan seksual dan reproduksinya secara komprehensif atau menyeluruh dalam mempersiapkan dirinya menuju kematangan fisik maupun kematangan social dengan baik (SAFITRI, 2021). Salah satu yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi nya adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit menular seksual merupakan infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual yang disebabkan oleh bakteri, virus maupun parasite lainnya seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia bahkan HIV/AIDS. Penyakit menular seksual (PMS) dapat juga ditularkan melalui ibu kepada janin didalam kandungan atau saat kelahiran melalui produk darah atau transfer jaringan yang telah tercemar bahkan kadang-kadang dapat ditularkan melalui alat kesehatan yang tidak stabil. Penyakit-penyakit tersebut jika tidak diobati maka akan mengganggu kesehatan reproduksi baik pada perempuan maupun pada laki-laki dimana hal tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, dibutuhkan pelayanan mengenai bagaimana pencegahan dan penanganan penyakit menular seksual (PMS) dan dapat diwujudkan dengan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

Konseling

Konseling merupakan proses komunikasi antara seseorang (konselor) dengan orang lain (pasien), dimana konselor sengaja membantu klien dengan menyediakan waktu, keahlian, pengetahuan dan informasi tentang

akses pada sumber-sumber lain. Seorang konselor akan membantu klien membuat keputusan atas masalah yang ada dan proses konseling ini dilaksanakan secara terus menerus. Dengan adanya konseling maka diharapkan mampu menghasilkan perubahan terutama dalam sikap. Selain itu, konseling juga dapat membantu klien dalam menentukan pilihan atau memutuskan sesuatu. Ketika petugas kesehatan melakukan konseling, maka harus menggunakan teknik konseling yang baik dan mempunyai informasi yang memadai mengenai sesuatu hal dengan tetap memperhatikan budaya setempat.

Adapun jenis konseling yang dapat diberikan baik pada individu, kelompok ataupun masyarakat terdapat 3 jenis, yaitu konseling umum, konseling spesifik dan konseling pra dan pasca tindakan.

1. Konseling umum

Konseling umum merupakan konseling yang dapat dilakukan oleh petugas dilapangan. Contoh konseling dalam pelayanan kesehatan reproduksi ini adalah konseling mengenai alat kontrasepsi. Dalam konseling mengenai alat kontrasepsi dapat dilakukan oleh petugas dilapangan dengan cara memberikan penjelasan mengenai berbagai metode kontrasepsi untuk mengenalkan mengenai kontrasepsi, tujuan dan fungsi reproduksi keluarga.

2. Konseling spesifik

Konseling spesifik merupakan konseling yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan seperti oleh dokter, bidan, perawat atau konselor. Contoh pada konseling keluarga berencana, konseling spesifik yang dapat diberikan berisi penjelasan spesifik tentang metode yang diinginkan, alternative, keuntungan, kerugian dari kontrasepsi yang dipilih, akses dan juga fasilitas layanannya.

3. Konseling pra dan pasca tindakan

Konseling pra dan pasca tindakan adalah konseling yang dapat dilakukan oleh operator atau konselor atau dokter, perawat maupun bidan. Pada konseling ini menjelaskan secara spesifik tentang prosedur yang akan dilaksanakan baik sebelum (pra), selama maupun setelah tindakan serta penjelasan secara lisan maupun tertulis mengenai asuhan mandiri.

Konseling kesehatan reproduksi dapat dilakukan pada berbagai usia baik anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan lanjut usia. Konseling yang bisa diberikan berdasarkan kebutuhan dari setiap tahapan perkembangan tersebut. Konseling remaja merupakan konseling yang diberikan kepada para remaja, baik remaja laki-laki maupun remaja perempuan. Konseling remaja diperlukan karena pada masa ini, individu akan mengalami berbagai perubahan yang merupakan kejadian yang penting dalam hidupnya baik perubahan secara fisik maupun psikis. Perubahan fisik yang dialami oleh para remaja diantaranya seperti timbulnya ciri-ciri kelamin sekunder, pertumbuhan badan yang cepat, menstruasi pada perempuan serta perubahan jati diri, emosional. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa remaja memiliki berbagai masalah yang kompleks seperti kurangnya pendidikan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, penyalahgunaan psikotropika bahkan pernikahan dini (Prameswari & Triana, 2019).

Dalam memberikan konseling kepada remaja terdapat wadah yang dikelola oleh para remaja itu sendiri itu, dimana wadah ini dapat dimanfaatkan oleh petugas kesehatan atau perawat. Adapun wadah konseling untuk para remaja ini adalah Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R). dalam wadah ini remaja diberikan konseling atau informasi mengenai konseling perkawinan, fungsi keluarga, pengetahuan dan

keterampilan hidup sehari-hari dan lain-lain. menurut BKKBN tahun 2015, kegiatan dalam PIK-R ini dikelola melalui 3 tahapan yang terdiri dari materi dan kegiatan yang berbeda-beda pada setiap tahapannya. Adapun tahapannya terdiri dari PIK-R tahap tumbuh, PIK-R tahap tegak dan PIK-R tahap tegar (Prameswari & Triana, 2019). Pemanfaatan konseling remaja ini berhubungan dengan pengetahuan para remaja, sikap remaja serta paparan sumber informasi yang didapatkan oleh para remaja. Semakin tinggi pengetahuan remaja, semakin baik sikap remaja dan semakin banyak terpapar informasi tentang PIK-R maka para remaja semakin bisa memanfaatkan PIK-R tersebut.

Konseling pada lansia belum sepenuhnya dirasakan oleh para lansia di Indonesia karena belum mempunyai akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi tersebut. Hal ini disebabkan karena belum semua puskesmas diseluruh Indonesia mempunyai layanan konseling kesehatan reproduksi lansia, baru sekitar 30% puskesmas yang sudah mempunyai layanan konseling untuk para lansia. Sehingga untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami oleh lansia terkait dengan kesehatan reproduksi diatasi dengan pembinaan kelompok lanjut usia melalui puskesmas yang mencakup upaya atau kegiatan promotif, preventif dan rehabilitative (Vicktoria & Kandou, 2015).

Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan tahap kehidupan yang ditandai dengan adanya penurunan fungsi baik fisik maupun mental yang biasanya dimulai pada usia 60 tahun atau lebih (WHO, 2021). Lanjut usia melengkapi siklus kehidupan manusia. Masa lanjut usia merupakan masa dimana hormone estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur sudah mulai

menurun atau habis. Dengan adanya penurunan hormone estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunnya massa tulang (osteoporosis). Pada siklus ini petugas kesehatan harus dapat mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut baik pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Pelayanan kesehatan reproduksi pada masa ini biasanya berupa pencegahan dengan dilakukannya upaya skrining keganasan organ reproduksi seperti kanker rahim pada wanita maupun kanker prostat pada laki-laki serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibat yang ditimbulkannya.

Salah satu masalah yang dialami oleh para lansia adalah masa suburnya berakhir atau ketika para wanita mengalami menopause dan pada laki-laki penurunan fungsi kesuburan disebut andropause.

1. Menopause

Menopause merupakan masalah kesehatan reproduksi yang akan dialami oleh para wanita. Biasanya ini terjadi pada akhir usia 40-an atau awal 50-an yang menandakan berakhirnya fase subur dari seorang perempuan. Hal ini terjadi selama beberapa tahun. Selama masa peralihan ini, hormone estrogen mengalami penurunan atau hilang sehingga menyebabkan wanita mengalami berbagai macam keluhan diantaranya adalah gangguan berupa rasa lemah, *hot flashes*, perubahan suasana hati yang bisa saja mengganggu aktivitas sehari-hari serta dapat menurunkan kualitas hidup.

Pada postmenopause, perempuan dapat mengalami osteoporosis. Hal ini dikarenakan kekurangan estrogen yang merupakan hormone untuk membantu

mengatur pengangkutan kalsium kedalam tulang pada perempuan. Selain itu, penyakit lainnya juga dapat timbul diantaranya adalah penyakit jantung coroner, pikun (demensia tipe Alzheimer) sehingga menyebabkan lansia tersebut kesulitan untuk konsentrasi, kehilangan ingatan terutama dalam peristiwa jangka pendek.

2. Andropause

Penurunan fungsi pada sistem reproduksi juga dialami oleh laki-laki yang disebut andropause. Istilah ini merupakan istilah yang baru dan belum terbiasa didengar. Dalam andropause terjadi penurunan fungsi hormone androgen dan testosterone yang dapat menyebabkan impotensi, keluhan pada tulang dan sendi, pembesaran kelenjar bahkan kanker kelenjar prostat. Gejala lain pada andropause yaitu penurunan keinginan seksual/libido, perubahan status emosi yang menyebabkan pasien sedih dan sering marah tanpa sebab yang jelas, mudah mengantuk dan lain-lain. Untuk mengetahui adanya andropause dapat dinilai menggunakan 10 kriteria ADAM yang terdiri dari penurunan keinginan seksual (libido), kekurangan tenaga/lemah, penurunan kekuatan/ketahanan otot, penurunan tinggi badan, berkurangnya kenyamanan dan kesenangan hidup, sedih atau sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, kemunduran kemampuan olahraga, tertidur setelah makan malam dan kemampuan bekerja.

3. Gangguan seksual

Seks pada masa lansia merupakan hal yang dianggap tabu untuk dibahas. Namun seharusnya hal tersebut didiskusikan agar para lansia mendapatkan pemahaman yang benar terkait dengan

kesehatan reproduksinya. Dalam kemampuan hubungan seksual dapat bertahan sampai orang mencapai lansia dengan tingkat penurunan yang berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya. Hal ini karena dipengaruhi oleh perubahan fungsi dari organ tubuh masing-masing individu baik akibat penurunan hormone maupun akibat penyakit yang diderita oleh lansia tersebut. Adapun gangguan dalam seksual pada perempuan diantaranya adalah penurunan hasrat berhubungan seksual, masalah lubrikasi vagina, sekresi vagina yang berkurang yang menyebabkan peningkatan terjadinya infeksi. Sedangkan pada laki-laki gangguan seksual diantaranya gangguan fungsi ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi.

Bentuk pelayanan kesehatan reproduksi untuk lansia yang dapat dimanfaatkan adalah dengan adanya posyandu lansia. Posyandu lansia adalah pelayanan kesehatan untuk lansia disuatu wilayah tertentu dimana mereka dapat mengakses layanan kesehatan. Posyandu lansia ini merupakan pembangunan dan kebijakan dari pemerintah dimana pelayanan ini dilaksanakan dibawah program Puskesmas yang melibatkan para lanjut usia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi social (Sunaryo, Rahayu, 2015). Adapun proses pembentukan dan pelaksanaan posyandu lansia dilakukan oleh masyarakat dan berbagai lintas sector baik sector pemerintahan maupun non pemerintah, dimana kegiatan posyandu lansia ini dititikberatkan pada upaya promotif dan preventif (Rauf, et al., 2021).

Adanya posyandu lansia ini didasarkan pada peraturan menteri kesehatan RI dimana pemerintah berkewajiban untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi pengembangan kelompok

lanjut usia serta berupaya melakukan pemeliharaan kesehatan bagi lansia dengan tujuan menjaga agar para lansia tersebut tetap sehat, mandiri dan produktif baik secara social maupun ekonomi. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut termasuk kesehatan reproduksi. Pemanfaatan posyandu lansia ini bukan hanya sebatas sampai dengan para lansia tersebut namun juga petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan secara menyeluruh termasuk pada keluarga, kader kesehatan di wilayah tersebut. Pemanfaatan terkait dengan posyandu lansia ini masih kurang, dimana para lansia belum sepenuhnya memanfaatkan adanya posyandu lansia yang ada diwilayah masing-masing yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kurangnya dukungan dari keluarga, dukungan dari para kader kesehatan, serta kualitas dari posyandu itu sendiri (Intarti & Khoriah, 2018). Selain itu, pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi lansia juga dipengaruhi oleh pengetahuan lansia yang masih kurang sehingga hal tersebut berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi (Vicktoria & Kandou, 2015). Pengetahuan yang kurang tersebut adalah karena pendidikan dan informasi yang kurang tentang menopause atau andropause. Oleh karena itu, perawat atau petugas kesehatan bertugas untuk memberikan informasi kepada para lansia ataupun keluarga dan juga lingkungannya terkait dengan kesehatan reproduksi lansia agar para lansia baik lansia perempuan maupun laki-laki mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi untuk lansia tersebut.

Daftar Pustaka

- Harnani, Y., Marlina, H. and Kursani, E. (2015). Teori Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahayu, A., et al. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia. Surabaya: Airlangga University Press.
- Setyani, R.A. (2019). Serba serbi kesehatan reproduksi wanita dan keluarga berencana. Tangerang: PT. Sahabat Alter Indonesia
- World Health Organization (2021) Ageing and health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Sunaryo, Rahayu Wijayanti, dkk. (2015). Asuhan Keperawatan Gerontik. Andi Offset.
- Rauf, S., Malawat, R., & Zahir Makayaino. (2021). Pandu Lansia. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Intarti, W. D., & Khoriah, S. N. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Posyandu Lansia. JHeS (Journal of Health Studies), 2(1), 110–122. <https://doi.org/10.31101/jhes.439>
- Kemendes RI. (2022). Profil Kesehatan Indo-nesia. In Pusdatin.Kemendes.Go.Id. <https://www.kemendes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- Prameswari, Y., & Triana, B. (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-R) pada Remaja. Jurnal Psikologi Poseidon, 2(1), 52–57. <http://journal-psikologi.hangtuah.ac.id/index.php/jurnal1>
- SAFITRI, T. (2021). Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Yang Komprehensif Membentuk Remaja Berkualitas. CENDEKIA: Jurnal Ilmu Pengetahuan, 1(1), 60–68. <https://doi.org/10.51878/cendekia.v1i1.68>

Vicktoria, V., & Kandou, M. G. D. (2015). Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Teling Atas Kota Manado Utilization of Integrated Services Postal Elderly in Puskesmas Teling Atas Manado. 479-490.

Profil Penulis



Neneng Ratnanengsih Puspitasari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Subang, 18 April 1988. Riwayat pendidikan penulis dibidang kesehatan terutama keperawata dimulai pada tahun 2006. Hal ini karena ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan yang dimulai sejak duduk dibangku sekolah menengah atas. Sehingga hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke perguruan tinggi kesehatan dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu pada tahun 2010. Kemudian penulis melanjutkan studi profesi Ners ditempat yang sama dan lulus tahun 2011. Kemudian, penulis melanjutkan kembali studi S2 di Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Maternitas Universitas Padjajaran dan lulus tahun 2021. Penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Indramayu sejak tahun 2012 hingga saat ini. Penulis pernah mengikuti program dosen magang DIKTI pada tahun 2012 di Universitas Airlangga, penulis juga merupakan anggota PPNI dan juga tergabung sebagai anggota Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Jawa Barat. Untuk menunjang kemampuan sebagai dosen, penulis menulis book chapter.

Email Penulis: nenengratnanengsihp@gmail.com

PELAYANAN KESEHATAN SEKSUAL REPRODUKSI

Bdn. Liawati, S.S.T., M.Kes.
Institut Kesehatan Rajawali

Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan. Setiap orang harus mampu memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya, serta mampu menurunkan dan memenuhi keinginannya tanpa ada hambatan apapun, kapan, dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai. Selain itu, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya: seperti antenatal, persalinan, nifas, anak, seksual dan kesehatan remaja yang perlu dijamin (Harahap, 2003).

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan adalah sebagai berikut (Harahap, 2003) :

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/ AIDS
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi
4. Kesehatan reproduksi remaja
5. Pencegahan dan penanganan infertile
6. Kanker pada usia lanjut
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain seperti: kanker serviks, mutilasi genital, fistula dan lain-lain.

Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Pada Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi 1996 disepakati 2 paket PKRT yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial

Pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan 4 komponen program, yaitu: Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan penanganan Infeksi Menular Seksual serta kesehatan reproduksi remaja.

2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan ke 4 komponen esensial di atas dengan komponen kesehatan reproduksi lain seperti pada menopause dan andropause pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

Pelayanan kesehatan dasar diharapkan dapat melaksanakan pelayanan integratif esensial yang terdiri dari 4 komponen: KIA, KB, Kesehatan Reproduksi remaja dan pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS, yang kemudian ditingkatkan menjadi pelayanan kesehatan reproduksi pada usia lanjut.

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Komprehensif

Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan Program Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut. Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life-cycle approach*) agar diperoleh sasaran yang pasti dan pelayanan yang jelas berdasarkan kepentingan sasaran atau klien dengan memperhatikan hak reproduksi mereka (Johnson, MH. dan Everitt, 2000).

Kesehatan reproduksi di Indonesia yang diprioritaskan baru mencakup empat komponen atau program, yaitu: Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, serta Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang mencakup 4 komponen atau program tersebut disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Jika PKRE ditambah dengan pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk Usia Lanjut, maka pelayanan yang diberikan akan mencakup seluruh komponen Kesehatan Reproduksi, yang disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

(PKRK). Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) bertumpu pada pelayanan dari masing-masing program terkait yang sudah ada di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Ini berarti bahwa Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial bukan suatu program pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri, namun berupa keterpaduan berbagai pelayanan dari program yang terkait, dengan tujuan agar sasaran atau klien memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas, termasuk dalam aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) (Johnson, MH. dan Everitt, 2000).

Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

PKRE dan PKRK sebenarnya merupakan sekumpulan pelayanan yang telah ada bahkan sebagian telah dilaksanakan dan telah jauh berkembang, seperti pelayanan KIA dan KB. Sasaran dan masalah dari tiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi sangat berbeda, sehingga memerlukan pendekatan yang berbeda pula dalam pengelolaannya. Hal yang baru dan perlu diperhatikan dalam pelaksanaan PKRT adalah pelaksanaan paradigma baru, yaitu :

1. Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender.
2. Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.

Pendekatan ini berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dalam pendekatan siklus hidup, dikenal 5 tahap yaitu:

- a. Konsepsi
- b. Bayi dan anak
- c. Remaja
- d. Usia subur
- e. Usia lanjut

Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, oleh karena itu jika tidak ditangani dengan baik maka akan berakibat buruk pada kehidupan selanjutnya. Perempuan punya kebutuhan khusus dibandingkan dengan laki-laki, karena kodrat untuk haid, hamil, melahirkan menyusui dan mengalami menopause, sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya.

3. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif.
4. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

Pelaksanaan keterpaduan pelayanan dikembangkan atas dasar paradigma dengan mempertimbangkan tingkat perkembangan program, karakteristik sasaran dan masalah yang berbeda antar komponen program. Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu diupayakan agar dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien sehingga sifatnya mereorganisasi upaya dan pelayanan yang telah ada namun disesuaikan dengan kebutuhan baru. Penerapan PKRT di suatu wilayah perlu di kaji kebutuhan setempat yang mungkin berbeda di samping tingkat pencapaian program yang berbeda pula. Oleh karena itu idealnya penyusunan rencana pelaksanaan keterpaduan hendaknya berdasarkan analisis dan masalah setempat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu mencakup semua pelayanan yang disediakan oleh program-program yang ada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Kesehatan ibu dan anak
2. Keluarga berencana
3. Kesehatan reproduksi remaja
4. Pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual, termasuk HIV dan AIDS
5. Kesehatan reproduksi pada lanjut usia
6. berbagi pelayanan kesehatan reproduksi lainnya: seperti deteksi dini kanker serviks dan kanker payudara, infertilitas, kesehatan reproduksi usia lanjut dan sebagainya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, setiap fasilitas pelayanan kesehatan dituntut untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan telah menyediakan semua pelayanan kesehatan reproduksi yang diperlukan oleh klien. Jika fasilitas tersebut baru dapat melakukan pelayanan untuk kesehatan ibu hamil dan keluarga berencana, maka perlu segera dilakukan upaya dalam menambah kemampuan petugas dan menyediakan sarana dan prasarana agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Apabila dalam pelaksanaan pelayanan kepada klien, terdapat kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi kesehatan lainnya (misalnya untuk lanjut usia atau penderita kanker leher rahim), pencegahan dan penanganan infertilitas, maka perlu diupayakan agar

pelayanan kesehatan dapat menabuh kegiatan pelayanan yang dibutuhkan. Melalui upaya tersebut, maka fasilitas pelayanan kesehatan dapat menambah kegiatan pelayanan yang dibutuhkan. Melalui upaya tersebut, maka fasilitas pelayanan akan terus meningkat secara bertahap dalam hal jenis dan mutu pelayanan yang dapat diberikan kepada klien. Hal ini dapat berkontribusi dalam menentukan keberhasilan fasilitas tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan setempat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Prinsip-prinsip Pelaksanaan Kesehatan Seksual Reproduksi

1. Pelayanan yang holistik

Pelayanan yang diberikan memandang klien sebagai manusia yang utuh, artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, namun petugas kesehatan dapat menawarkan dan memberikan pelayanan lain yang dibutuhkan oleh klien yang diidentifikasi melalui proses anamnesis. Keterpaduan pelayanan harus dikaji secara menyeluruh dan disesuaikan dengan kebutuhan setempat.

2. Keterpaduan dalam pelayanan

Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan dapat diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkan dalam ruang lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan/pelayanan. Keterpaduan pelayanan antar komponen kesehatan reproduksi yang diberikan dapat dilakukan oleh 1 (satu) orang, tetapi bisa juga dilakukan oleh beberapa orang, namun harus pada 1 (satu) institusi. Pelayanan

dilaksanakan secara terpadu dalam 1 (satu) tempat yang sama dan dalam 1 (satu) hari, yang dikenal dengan “*one stop services*” (sekali datang semua pelayanan diperoleh). Pelayanan komponen program kesehatan reproduksi yang akan diterpadukan harus dapat diberikan setiap hari kerja.

3. Fleksibel

Pelayanan yang memerlukan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk pelayanan konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dan pelayanan yang dibutuhkan tersedia. rujukan harus dipantau untuk memastikan klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Seksual Reproduksi

Peraturan pemerintah Republik Indonesia No. 61 tahun 2014 (*Peraturan Pemrintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi.*, n.d.) tentang kesehatan reproduksi tertuang dalam bagian keempat yaitu Pelayanan Pengaturan Kehamilan, Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual pasal 26, 27, 28 dan 29.

Pasal 26

1. Setiap perempuan berhak menjalani kehidupan seksual yang sehat secara aman, tanpa paksaan dan diskriminasi, tanpa rasa takut, dan rasa bersalah.
2. Kehidupan meliputi seksual yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kehidupan seksual yang:

- a. Terbatas dari infeksi menular seksual
- b. Terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual
- c. Terbebas dari kekerasan fisik dan mental
- d. Mampu mengatur kehamilan, dan
- e. Sesuai dengan etika dan moralitas.

Pasal 27

1. Pelayanan Kesehatan Seksual diberikan melalui:
 - a. Keterampilan sosial
 - b. Komunikasi, informasi dan edukasi
 - c. Konseling
 - d. Pengobatan
 - e. Perawatan
2. Pelayanan Kesehatan Seksual sebagaimana dimaksud ada ayat (1) diberikan secara terpadu oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.

Pasal 28

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Seksual sebagaimana dimaksud dalam pasal 27 diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 29

1. Korban kekerasan seksual harus ditangani secara multidisiplin dengan memperhatikan aspek hukum, keamanan dan keselamatan, serta kesehatan fisik, mental dan seksual.
2. Penanganan aspek hukum, keamanan dan keselamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. Upaya perlindungan dan penyelamatan korban
 - b. Upaya forensik untuk pembuktian, dan
 - c. Identifikasi pelaku.
3. Penanganan aspek kesehatan fisik, dan seksual pada korban kekerasan seksual sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Pemeriksaan fisik, mental dan penunjang
 - b. Pengobatan luka da atau cedera
 - c. Pencegahan da penanganan penyakit menular seksual
 - d. Pencegahan dan atau penanganan kehamilan
 - e. Terapi psikiatri dan psikoterapi
 - f. Rehabilitasi psikososial
4. Ketentuan mengenai penanganan korban kekerasan seksual dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan.

Promosi Kesehatan untuk Kesehatan Seksual Reproduksi

Promosi Kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual dan intelektual. Kesehatan bukan hanya perubahan gaya hidup, namun berkaitan dengan perubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui penggabungan antara beberapa faktor (Kholid, 2012) :

1. Menciptakan lingkungan yang mendukung
2. Mengubah perilaku
3. Meningkatkan kesadaran

Faktor perilaku merupakan faktor kedua terbesar yang mempengaruhi status kesehatan. Upaya intervensi perilaku dalam bentuk (Kholid, 2012):

1. Tekanan (*enforcement*)
 - a. Bentuk peraturan, tekanan dan sanksi,
 - b. Perubahan cepat tapi tidak langgeng
2. Edukasi (*education*)
 - a. Persuasi, himbauan, ajakan, kesadaran dll,
 - b. Perubahan lama tapi dapat langgeng.

Konsep Promosi Kesehatan

1. Proses untuk meningkatkan kemampuan orang dalam mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan sehat, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan.
2. Promosi kesehatan merupakan program yang dirancang untuk memberikan perubahan terhadap manusia, organisasi, masyarakat dan lingkungan.

Misi Promosi Kesehatan

1. Advokat (*advocate*). Ditujukan kepada para pengambil keputusan atau pembuat kebijakan.
2. Menjembatani (*mediate*). Menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.

3. Memampukan (*enable*). Agar masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri.

Strategi Promosi Kesehatan

1. Advokasi (*advocacy*): agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan.
2. Dukungan sosial (*social support*): agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat.
3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*): agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya.

Strategi Promkes

1. Kebijakan berwawasan kesehatan,
2. Lingkungan yang mendukung
3. Reorientasi pelayanan kesehatan,
4. Keterampilan individu, dan
5. Gerakan masyarakat.

Sasaran Promosi Kesehatan

1. Sasaran primer: sesuai misi pemberdayaan
2. Misal: orangtua siswa, remaja, lansia, keluarga lansia.
3. Sasaran sekunder: sesuai misi dukungan sosial
4. Misal: tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama.
5. Sasaran tersier: sesuai misi advokasi Misal: pembuat kebijakan mulai dari pusat sampai ke daerah.

Ruang Lingkup Promkes

1. Berdasarkan aspek kesehatan,
2. Berdasarkan tatanan pelaksanaan (setting), dan
3. Berdasarkan tingkat pelayanan.

Peran Pencegahan dalam Peningkatan Status Kesehatan

Pendidikan kesehatan timbul dari kebutuhan untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat tentang masalah kesehatan. Penyakit memiliki etiologi yang kompleks masyarakat sosial, ekonomi, perilaku, lingkungan, atau gaya hidup. Penekanan tindakan tidak hanya sekedar mengubah prosedur tapi juga merubah perilaku individu, masyarakat, dan lingkungan yang kemudian disebut promosi kesehatan. Untuk mengatasi masalah kesehatan penyakit seksual terdapat 3 tahap pencegahan sebagai berikut :

1. Pencegahan primer, meliputi promosi kesehatan dan perlindungan khusus
2. Pencegahan sekunder, meliputi diagnosis dini dan pengobatan segera, pembatasan kecacatan.
3. Pencegahan tersier, meliputi rehabilitasi.

Pencegahan primer dilakukan pada masa individu belum menderita sakit. pada tahap ini, ada dua yang dilakukan:

1. Promosi kesehatan yang ditunjukkan untuk meningkatkan daya tahan tubuh teradap masalah kesehatan.
2. Perlindungan khusus, yaitu upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu. Misalnya melakukan imunisasi peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan narkoba dan untuk menanggulangi stress dan lain-lain.

Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu yang mulai sakit. pada tahap ini, ada dua upaya yang dilakukan:

1. Diagnosis dini dan pengobatan segera yang ditunjukkan untuk:
 - a. Mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular
 - b. Mengobati dan menghentikan proses penyakit menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi.
2. Pembatasan Kecacatan pada tahap ini cacat yang terjadi harus diatasi terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.

Pencegahan tersier melalui rehabilitasi. Pada proses ini diusahakan agar cacat yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial (Emilia, Ova, Purbandari YS, 2019).

Daftar Pustaka

- Emilia, Ova, Purbandari YS, S. (2019). Promosi kesehatan dalam lingkup kesehatan reproduksi. Gajah mada university press.
- Harahap, J. (2003). Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Johnson, MH. dan Everitt, B. (2000). Essential Reproduction. Blackwell Science.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kemenkes RI.
- Kholid, A. (2012). Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya. Rajawali Press.
- Peraturan pemerintah Republik Indonesia nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi. (n.d.).

Profil Penulis



Bdn. Liawati, S.S.T., M.Kes.

Penulis di lahirkan di Subang, pada tanggal 16 Juli 1989. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kebidanan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan dengan jurusan atau program studi Kebidanan. Dan berhasil lulus pendidikan DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan dan berhasil menyelesaikan studi di STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi Program Pasca Sarjana STIKIM Jakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Kebidanan Institut Kesehatan Rajawali Bandung. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen di Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Rajawali Bandung. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: liawati128@gmail.com.

ETIKA PELAYANAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Yusni Podungge, S.Pd., S.ST., M.Kes.
Poltekkes kemenkes Gorontalo

Pengertian Etika

Etika merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang perilaku benar atau salah, kebajikan atau kejahatan yang berhubungan dengan perilaku. Etika berfokus pada prinsip dan konsep yang membimbing manusia berfikir dan bertindak dalam kehidupannya dilandasi nilai-nilai yang dianut. Klarifikasi nilai merupakan suatu proses dimana seseorang dapat mengerti sistem nilai-nilai yang melekat pada diri sendiri yang merupakan proses yang memungkinkan seseorang menemukan sistem perilakunya sendiri melalui perasaan dan analisis yang dipilihnya dan muncul alternatif-alternatif, apakah pilihan ini sudah dianalisis secara rasional atau merupakan hasil dari suatu kondisi yang sebelumnya. Ada tiga fase dalam klarifikasi nilai yang perlu dipahami oleh bidan.

1. Pilihan
 - a. Kebebasan memilih kepercayaan serta menghargai keunikan setiap individu
 - b. Perbedaan dalam kenyataan hidup selalu ada, asuhan yang diberikan bukan hanya karena martabat seseorang tetapi hendaknya perlakuan yang diberikan mempertimbangkan sebagaimana kita diperlakukan.

- c. Keyakinan bahwa penghormatan akan martabat seseorang merupakan konsekuensi terbaik bagi semua masyarakat (Septina, 2020).
2. Penghargaan
 - a. Merasa bangga dan bahagia dengan pilihannya sendiri (apabila mengetahui asuhan yang Anda berikan dihargai pasien serta klien sejawat atau superior memberi pujian atas keterampilan hubungan interpersonal yang terjadi).
 - b. Dapat mempertahankan nilai-nilai tersebut bila ada seseorang yang tidak memperhatikan martabat manusia sebagaimana mestinya (Septina, 2020).
 3. Tindakan
 - a. Gabungkan nilai-nilai tersebut kedalam kehidupan atau pekerjaan sehari-hari
 - b. Upayakan selalu konsisten untuk mempertahankan martabat manusia dalam kehidupan pribadi dan profesional sehingga timbul rasa sensitif atau tindakan yang dilakukan. Semakin disadari nilai-nilai profesional maka semakin timbul nilai-nilai moral yang dilakukan serta selalu konsisten untuk mempertahankannya (Septina, 2020).

Seorang bidan harus melakukan tindakan dalam praktik kebidanan secara etis serta harus memiliki etika kebidanan yang sesuai dengan nilai-nilai keyakinan filosofi profesi dan masyarakat. Selain itu bidan juga berperan memberikan pelayanan yang maksimal dan profesional, memberikan pelayanan yang aman dan nyaman.

Macam-Macam Etika

Etika dibagi menjadi tiga bagian, meliputi:

1. Metaetika

Metaetika adalah ucapan-ucapan kita dibidang moralitas atau bahasa yang diucapkan dibidang moral. Metaetika mengenai status moral ucapan dan bahasa yang digunakan dalam batasan baik, buruk atau bahagia (Setiana, 2021).

2. Etika atau teori moral

Etika atau teori etika untuk memformulasikan prosedur atau mekanisme untuk memecahkan masalah etika (Setiana, 2021).

3. Etika praktik

Etika praktik merupakan penerapan etika dalam praktik sehari-hari, dimana dalam situasi praktek ketika kecelakaan terjadi keputusan harus segera dibuat. Bagaimana menjaga prinsip moral, teori etika, dan penentuan suatu tindakan.

Apabila terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan umum maka dengan ini pasien dapat menuntut akibat dari timbulnya kerugian tersebut dan bidan dapat di tindak dengan Pasal 58 Undang- undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan “Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya (Setiana, 2021).

Kode Etik Bidan

Agar kode etik dapat berfungsi dengan baik, dalam pelaksanaannya sebaiknya diawasi dan dikontrol. Dalam kode etik pada umumnya mengandung sanksi-sanksi yang dikenakan pelanggar kode. Kasus pelanggaran akan dinilai oleh suatu “dewan kehormatan profesi atau komite etik”. Maka dalam profesi bidan dibentuk Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB).

Pengertian Majelis Etika Profesi adalah merupakan badan perlindungan hukum terhadap para bidan sehubungan dengan adanya tuntutan dari klien akibat pelayanan yang diberikan dan tidak melakukan indikasi penyimpangan hukum. Realisasi Majelis Etika Profesi Bidan adalah dalam bentuk Majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) dan Majelis Peradilan Profesi (MPA). Latar belakang dibentuknya Majelis Etika Profesi Bidan atau MPEB adalah adanya unsur- unsur pihak-pihak terkait, yaitu:

1. Pemeriksa pelayanan untuk pasien
2. Sarana pelayanan kesehatan
3. Tenaga pemberi pelayanan, yaitu bidan

Tujuan dibentuknya Majelis Etika Bidan adalah untuk memberikan perlindungan yang seimbang dan obyektif kepada bidan dan penerima pelayanan (lonatan, 2023).

Kode etik bidan Indonesia mengandung beberapa kekuatan yang semuanya tertuang dalam mukadimah, tujuan dan bab. Secara umum kode etik tersebut berisi 7 bab. Ketujuh bab tersebut dapat dibedakan, atas tujuh bagian yaitu:

1. Kewajiban bidan terhadap lien dan masyarakat (6 butir)

- a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdianya.
 - b. Setiap bidan dalam menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.
 - c. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran, tugas dan tanggungjawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
 - d. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien, menghormati hak klien dan menghormati nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.
 - e. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.
 - f. Setiap bidan senantiasa menciptakan suasana yang serasi dalam hubungan pelaksanaan - tugasnya, dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara optimal (Ristica et al., 2021).
2. Kewajiban bidan terhadap tugasnya (3 butir)
 - a. Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna terhadap klien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesi yang dimilikinya berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.

- b. Setiap bidan berhak memberikan pertolongan dan mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan dalam tugasnya termasuk keputusan mengadakan konsultasi dan atau rujukan.
 - c. Setiap bidan harus menjamin kerahasiaan keterangan yang dapat dan atau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan atau dipedukan sehubungan kepentingan klien (Ristica et al., 2021).
- 3. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya (2 butir)
 - a. Setiap bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawatnya untuk menciptakan suasana kerja yang serasi.
 - b. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya (Ristica et al., 2021).
- 4. Kewajiban bidan terhadap profesinya (2 butir)
 - a. Setiap bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat.
 - b. Setiap bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Ristica et al., 2021).
- 5. Kewajiban bidan terhadap diri-sendiri (2 butir)
 - a. Setiap bidan harus memelihara kesehatannya agar dapat melaksanakan tugas profesinya dengan baik.

- b. Setiap bidan harus berusaha secara terus menerus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, nusa bangsa dan tanah air (2 butir)
 - a. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuanketentuan pemerintah dalam bidang kesehatan, khususnya dalam pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga dan masyarakat.
 - b. Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintah untuk- meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga.
7. Penutup (1 butir)
 - a. Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari senantiasa menghayati dan mengamalkan Kode Etik Bidan Indonesia (Ristica et al., 2021).

Terkadang suatu tindakan dapat dibenarkan secara moral, namun pada saat tertentu tidak dapat diterima karena merugikan, sehingga pilihan yang tersedia harus didukung pertimbangan etik agar dapat diambil keputusan. Penyelesaian masalah etik harus menggunakan analisis rasional dari berbagai faktor dan pertimbangan moral. Setiap keputusan yang diambil harus melalui proses identifikasi pembuat keputusan, pengumpulan data, penyusunan pilihan tindakan dan evaluasi pilihan tindakan, identifikasi konflik etika dan penerapan prioritas, seleksi pilihan terbaik, dan evaluasi ulang penerapan keputusan. Dalam pemberian tindakan

medis, bidan harus memperoleh persetujuan tindakan (informed consent) dari klien. Pasien berhak mendapatkan manfaat dan informasi yang sebenarnya serta berhak menolak tawaran tindakan (Supliyani, 2023).

Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahteraan fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecatatan dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksinya. Menurut ICPD kesehatan reproduksi adalah Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi (Rahayu, n.d.2016).

Berbagai permasalahan kesehatan perempuan seperti fenomena meningkatnya penderita HIV/AIDS, kanker organ reproduksi, kehamilan yang tidak diinginkan dan meningkatnya populasi penduduk dunia, baik secara nasional maupun internasional berkaitan erat dengan kegiatan aktivitas seksual dan reproduksi manusia, baik yang dilakukan secara individu maupun berpasangan. Pada tingkat personal, aktivitas seksual seorang individu merupakan bagian dari konsep dirinya yang terintegrasi dengan perasaan salah satu isu kesehatan kontemporer masyarakat dunia saat ini berkaitan dengan aspek seksualitas dan reproduksi (Ingrit et al., 2022).

Komponen Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi ibu dan bayi baru lahir meliputi perkembangan berbagai organ reproduksi mulai dari sejak dalam kandungan, bayi, remaja, wanita usia subur, *klimakterium*, *menopause*, hingga meninggal.

Kondisi kesehatan seorang ibu hamil mempengaruhi kondisi bayi yang dilahirkannya, termasuk didalamnya kondisi kesehatan organ-organ reproduksi bayinya. Permasalahan kesehatan reproduksi remaja saat *menarche* yaitu berisiko mengalami anemia (Rahayu, n.d.2016). Adapun siklus kesehatan wanita dari konsepsi sampai usia lanjut, diuraikan sebagai berikut:

1. Konsepsi: pada masa ini kesehatan wanita dipengaruhi oleh kondisi sperma dan ovum, keturunan, fertilitas, kecukupan gizi, hormonal, dan psikologis.
2. Bayi: hal-hal yang mempengaruhi kesehatan wanita pada masa bayi adalah lingkungan, kondisi ibu, sikap orang tua, aspek psikologi masa bayi, dan sistem reproduksi.
3. Masa kanak-kanak:
 - a. Faktor internal: meliputi hal-hal yang diwariskan dari orang tua seperti bentuk tubuh, kemampuan intelektual, keadaan hormonal tubuh, emosi dan sifat.
 - b. Faktor eksternal: meliputi keluarga, gizi, budaya setempat, dan kebiasaan anak dalam hal *personal hygiene*.
4. Remaja:
 - a. Gizi: anemia dan kurang gizi kronis, serta pertumbuhan yang terhambat pada remaja putri.
 - b. Pendidikan: buta huruf dan pendidikan rendah
 - c. Lingkungan dan pekerjaan: lingkungan dan suasana yang kurang memperhatikan kesehatan remaja dan bekerja yang akan mengganggu kesehatan remaja. Lingkungan social yang kurang sehat dapat menghambat bahkan merusak kesehatan fisik, mental, dan emosional remaja.

- d. Seks dan seksualitas: pengetahuan yang tidak lengkap dan mitos yang salah, kurangnya bimbingan untuk bersikap positif terkait seksualitas, penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang mengarah pada penularan HIV/AIDS, penyalahgunaan seksual, kehamilan remaja, kehamilan pranikah atau di luar ikatan pernikahan.
- e. Kesehatan reproduksi remaja: ketidakmatangan secara fisik dan mental, risiko komplikasi dan kematian ibu dan janin lebih besar, kehilangan kesempatan untuk pengembangan diri, dan resiko bertambah untuk melakukan aborsi yang tidak aman.

Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Secara garis besar dapat dikelompokkan empat golongan factor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi:

1. Factor social-ekonomi dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil).
2. Factor budaya dan lingkungan (misalnya, praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, dsb)

3. Factor psikologis (dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasannya secara materi)
4. Factor biologis (cacat secara lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca menular seksual, dsb) (Podungge Yusni, 2022).

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi sebenarnya sangat luas, sesuai dengan definisi yang tertera diatas, karena mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir meninggal. Dalam uraian tentang lingkup kesehatan reproduksi yang lebih rinci digunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) sehingga diperoleh komponen pelayanan yang nyata dan dapat dilaksanakan. Ruang lingkup kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR) termasuk PMS-HIV/AIDS.
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
4. Kesehatan reproduksi remaja.
5. Pencegahan dan penanganan infertilitas.
6. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis.
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, *mutilasi genital*, *fistula*, dll (Podungge et al, 2022).

Tujuan Kesehatan Reproduksi

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kesadaran kemandirian wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya,

termasuk kehidupan seksualitasnya, sehingga hak-hak reproduksinya dapat terpenuhi, yang pada akhirnya menuju peningkatan kualitas hidupnya.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya;
- b. Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan;
- c. Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya;
- d. Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal (Rahayu, n.d.2016).

Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Kehidupan

Dalam konsep, kesehatan reproduksi ada istilah "*from womb to tomb*" yang berarti dari janin sampai liang kubur. Hal ini menyiratkan bahwa kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan manusia (*life cycle approach*) artinya pelayanan dilaksanakan berdasarkan kebutuhan sasaran atau konsumen sesuai siklus hidup. Dalam siklus kehidupan dikenal lima tahap, yaitu: konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur dan usia lanjut. Pada setiap fase kehidupan, manusia mempunyai kebutuhan yang berbeda-beda. Karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan mengalami *menopause*, maka perempuan memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif

selama hidupnya terutama pada masa-masa kritis seperti saat hamil dan melahirkan, dibandingkan dengan laki-laki (Widyastuti et al 2016).

Wewenang Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB

Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan melalui proses pengambilan keputusan dan tindakan dilakukan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Area kewenangan Bidan dalam pelayanan keluarga berencana tercantum dalam Permenkes 1464/MENKES/PER/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan:

1. Pasal 9 tentang bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan ibu,
 - b. Pelayanan kesehatan anak
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan KB.
2. Pasal 11 ayat 2 (f) tentang pemberian konseling dan penyuluhan
3. Pasal 12 tentang bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan KB sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c berwenang untuk:
 - a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan KB
 - b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom
4. Pasal 18 ayat 1 huruf b bidan berkewajiban untuk memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan.

5. Pasal 18 ayat 1 huruf d tentang pelaksanaan praktik atau kerja bidan berkewajiban untuk meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.

Daftar Pustaka

- Anwar, K. K., Asi, M., Aisa, S., & Hutomo, C. S. (2022). Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. Get Press.
<https://books.google.co.id/books?id=16GSEAAAQBAJ>
- Eko, W. N. (n.d.). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (Issue september 2016).
- Ingrit, B. L., Rumerung, C. L., Nugroho, D. Y., Situmorang, K., Yoche A, M. M., & Manik, M. J. (2022). Pendidikan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja. Prosiding Konferensi Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat Dan Corporate Social Responsibility (PKM-CSR), 5(1), 1-10.
<https://doi.org/10.37695/pkmcsr.v5i0.1461>
- lonatan, anita. (2023). Lontaan Anita, Get Press Indonesia.
- Podungge Yusni. (2022). Kesehtan Perempuan dan Keluarga Berencana. In Kebidanan.
- Rahayu, I. P. & S. (n.d.). Kesehatan reproduksi dan Keluarga berencana. september 2016, 1-6.
- Ristica, O. D., SKM., M.Kes., & Juliarti, W. (2021). Prinsip Etika dan Moralitas dalam Pelayanan Kebidanan (p. 209). Cv Budi Utama.
- Septina, Y. (2020). Pengantar Praktik Ilmu Kebidanan. In Pengantar Praktik Ilmu Kebidanan (p. 265).
- Setiana, A. dkk. (2021). Teori Dasar Kebidanan. In Teori Dasar Kebidanan. Yayasan penertbit muhamad zaini.
- Supliyani, E. (2023). Konsep Ilmu Kebidanan. PT. Mafy Media Literasi Indonesia.

Profil Penulis



Yusni Podungge, S.Pd., S.ST., M.Kes

Adalah Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Gorontalo Sejak Tahun 2004 sampai dengan sekarang. Riwayat Pendidikan Diploma III AKademi Kebidanan (AKBID) Manado Tahun 2002, Administrasi Pendidikan Universitas Negeri Gorontalo Tahun 2004, Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik Di Poltekkes Kemenkes Manado Tahun 2009 dan Pendidikan Magister (S2) Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Keluarga di Universitas Hasannudin Makassar Tahun 2013. Mata Kuliah yang pernah diampuh Kesehatan reproduksi dan Keluarga berencana, Psikologi ibu dan anak, Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan dan bayi baru lahir, Asuhan Komunitas, Konsep Kebidanan dan Pendidikan Budaya dan Anti Korupsi.

Email Penulis: yusnipodungge31@gmail.com

- 1 KETIMPANGAN, BIAS DAN DISKRIMINASI GENDER
Hindun Rahim
- 2 PENGARUSUTAMAAN GENDER
Natalia Debi Subani
- 3 ISU GENDER DI MASA ANAK-ANAK
Risza Choirunissa
- 4 ISU GENDER PADA ANAK PEREMPUAN DAN ISU TERKINI
Windy Nofrita Tumuwe
- 5 ISU GENDER PADA MASA REMAJA
Fitriana Putri Utami
- 6 ISU GENDER PADA MASA DEWASA
Feny Wartisa
- 7 ISU GENDER DI MASA LANSIA
Zainuddin
- 8 ANALISIS GENDER DAN PERENCANAAN PROGRAM BERBASIS GENDER
Mira Miraturrofi'ah
- 9 PAKET PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL (PKRE)
Baiq Nova Aprilia Azamti
- 10 PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF
Neneng Ratnanengsih Puspitasari
- 11 PELAYANAN KESEHATAN SEKSUAL REPRODUKSI
Liawati
- 12 ETIKA PELAYANAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI
Yusni Podungge

Editor:

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-195-972-0 (PDF)

