

Gender*

Gender adalah konstruksi sosial dan budaya atau 'jenis kelamin sosial dan budaya'. Gender juga diartikan sebagai istilah yang mengacu pada kesadaran kita dan reaksi pada seks atau jenis kelamin biologis. Sehingga, gender ditentukan oleh apa yang kita pikirkan tentang diri kita secara psikologis dan sosiologis termasuk budaya. Dengan kata lain, seks atau kelamin biologis adalah apa yang ada diantara paha kita, sementara gender adalah apa yang ada diantara telinga (di kepala kita).

Gender merujuk pada perbedaan antara perempuan dan laki-laki sejak lahir, tumbuh kembang dan besar melalui proses sosialisasi di lingkungan keluarga dan masyarakat. Lingkungan sosial mereproduksi perbedaan peran gender melalui pemisahan kepantasan untuk perempuan dan kepantasan untuk laki-laki. Perbedaan peran gender tidak bersifat universal, tetapi berbeda antara satu kebudayaan dengan kebudayaan lainnya dan dapat berubah seiring dengan perkembangan zaman. Singkat kata, bahwa **gender adalah konsep yang mengacu pada peran dan tanggungjawab perempuan dan laki-laki yang terjadi akibat dari dan dapat berubah oleh konstruksi/ keadaan sosial budaya masyarakat** (WHO, 2010).

Istilah gender relatif baru masuk dalam khazanah pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan, sehingga masih banyak terjadi kerancuan dalam memahaminya apalagi mengaplikasikannya. Kerancuan itu bermula dari pemahaman yang keliru tentang 'gender' yang sering diartikan sebagai jenis kelamin, khususnya perempuan; padahal, istilah 'jenis kelamin/sex' berbeda dengan gender.

* Sumber: Modul Pelatihan Layanan Kesehatan Seksual & Reproduksi Ramah Remaja untuk Dokter Praktik Swasta di Daerah Istimewa Yogyakarta, 28-31 Oktober 2013, Kemitraan UNFPA dan Angsamerah Institution

Jenis kelamin mengacu pada perbedaan karakteristik biologis dan fisiologis yang membedakan perempuan dan laki-laki. Jenis kelamin bersifat kodrati dan universal (berlaku di mana saja) dan tidak bisa dipertukarkan satu sama lain. Contoh dari sifat jenis kelamin antara lain:

- Perempuan dapat melahirkan, menstruasi, menyusui, laki-laki tidak;
- Perempuan mempunyai payudara yang berfungsi untuk menyusui, sedangkan laki-laki tidak memilikinya;
- Laki-laki mempunyai jakun, mempunyai testis, menghasilkan sperma, sedangkan perempuan tidak;
- Laki-laki mempunyai tulang yang lebih masif.

Gender mengacu pada peran, perilaku, kegiatan serta karakteristik sosial lainnya yang dibentuk oleh suatu masyarakat atau budaya tertentu berdasarkan persepsi yang pantas untuk perempuan atau pantas untuk laki-laki. Persepsi gender dipraktikkan melalui perbedaan cara perempuan dan laki-laki dibesarkan, diajari berperilaku, dan diharapkan untuk 'menjadi perempuan' dan 'menjadi lelaki' menurut budaya masyarakatnya. Praktik ini direproduksi secara turun temurun.

Gender beragam, bisa berubah-ubah dan bersifat dinamis. Contohnya antara lain:

- Merokok dianggap pantas untuk laki-laki, tapi tidak untuk perempuan. Dengan perubahan zaman, perempuan yang merokok sudah dianggap biasa, bahkan sebagai salah satu ciri perempuan 'modern'.
- Bidan pantas sebagai pekerjaan perempuan karena dianggap mengurus bagian-bagian intim perempuan; Dokter kandungan pantasnya laki-laki, bahkan pernah suatu masa dokter kandungan dilarang digeluti oleh perempuan.
- Menjadi kepala (rumah sakit; perencanaan; proyek) dianggap ranah laki-laki; menjadi sekretaris (proyek, kantor, pimpinan) dianggap ranah perempuan;
- Pekerjaan merawat dan membesarkan anak serta pekerjaan rumah tangga lainnya merupakan tugas dan tanggung jawab ibu rumah tangga, sedangkan suami

mempunyai tugas mencari nafkah bagi keluarga.

Gender bukan semata-mata perbedaan biologis; bukan jenis kelamin, bukan juga perempuan, tetapi lebih merujuk pada arti sosial bagaimana menjadi perempuan dan menjadi laki-laki.

Perbedaan dan peran gender sebenarnya bukan suatu masalah sepanjang tidak menimbulkan ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender. Perlu ditegaskan bahwa meskipun laki-laki dan perempuan dari sisi biologis berbeda, namun dari sisi sosial, laki-laki dan perempuan idealnya mempunyai peran dan tanggung jawab yang sama. Contohnya laki-laki jadi ilmuwan, perempuan juga bisa jadi ilmuwan, laki-laki menjadi pemimpin, perempuan juga bisa jadi pemimpin, dan lain-lain. Namun demikian, kondisi ideal tersebut belum tercipta karena masih terjadi ketidakadilan dan ketidaksetaraan atau diskriminasi gender. Ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender dapat terjadi dalam beberapa bentuk atau manifestasi, yakni:

- **Stereotipi:** menempatkan wanita sebagai makhluk lemah, makhluk yang perlu dilindungi, tidak penting, tidak punya nilai ekonomi, orang rumah, bukan pengambil keputusan, dan lain-lain;
- **Subordinasi:** akibat bentuk stereotipi menempatkan perempuan pada posisi di bawah laki-laki, tidak boleh mengambil keputusan dibandingkan laki-laki, tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk bekerja atau memproduksi, pendidikan, dan lain-lain;
- **Marginalisasi:** terpinggirkan, tidak diperhatikan atau diakomodasi dalam berbagai hal, yang menyangkut kebutuhan, kepedulian, pengalaman, dan lain-lain.
- **Beban Majemuk:** perempuan bekerja lebih beragam daripada laki-laki, dan lebih lama waktu kerjanya, misalnya fungsi reproduktif dan peran sebagai pengelola rumah tangga, termasuk bekerja di luar rumah.
- **Kekerasan Berbasis Gender:** perempuan mendapatkan serangan fisik, seksual atau psikologis tertentu yang mengakibatkan kesengsaraan atau penderitaan. Kekerasan bisa berbentuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik yang terjadi

diranah publik, tempat kerja, atau dalam kehidupan rumah tangga.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa gender itu dibentuk secara sosial, penting untuk memahami dan menerima bagaimana laki-laki dan perempuan dikonstruksikan untuk bersikap dan berperilaku berbeda sejak mereka dilahirkan. Selanjutnya, dengan pemahaman ini, akan sangat penting untuk memulai proses dekonstruksi secara dini, sebelum pola-pola relasi antara laki-laki dan perempuan terbentuk dan sebelum konstruksi tentang generasisasi dan stereotipe laki-laki dan perempuan diinternalisasi.

Generalisasi atau penyamarataan untuk laki-laki dan untuk perempuan dapat kita lihat pada table berikut ini.

Perempuan	Laki-laki
Lemah	Kuat
Tergantung (pada orang lain/laki-laki)	Independen
Penurut	Dominan
Pasif	Aktif
Mengakomodasi	Tegas
Emosional	Rasional
Pemeliharaan	Agresif
Lembut	Perusahaan
Domestik	Pencari nafkah
Cerewet	Diam
Hati-hati	Pengambil risiko

Dari table diatas kita bisa melihat bagaimana baik laki-laki dan perempuan ditempatkan dalam banyak risiko terkait kesehatan seksual dan reproduksi karena penyamarataan sifat dan sikap serta perilaku tersebut. Hal ini dapat dilihat lebih jelas pada table berikut:

Seksualitas	
Heteroseks	Heteroseks
Dorongan seks yang rendah	Dorongan seks yang tinggi (kebutuhan biologis)
Tugas mengakomodasi	Mempunyai satu pasangan
Mempunyai satu pasangan	Kesenangan dan kebutuhan
Pengalaman = "wanita jalang" (buruk)	Inisiasi (pengalaman pertama berhubungan seks)
Objek seks	Percobaan (keuntungan pengalaman)
Pasif	
Menyenangkan	

pasangan	Beberapa mitra Pengalaman = "pejantan" (baik) Predator seksual Orgasme
----------	--

Sejak usia yang sangat muda, orang sudah dikonstruksikan untuk mempunyai kualitas ideal dan menjalankan peran ideal laki-laki dan perempuan. Akibatnya, remaja laki-laki didorong untuk melakukan aktivitas seksual lebih awal untuk membuktikan kekelakiannya, melakukan perilaku-perilaku mengambil risiko (termasuk hal-hal terkait kekerasan), serta mempunyai pasangan lebih banyak. Sementara perempuan didorong untuk bersikap pasif, tidak tahu tentang seks dan tidak mencari informasi tentang seks, penurut sehingga tidak boleh bernegosiasi tentang seks yang lebih aman atau menolak hubungan seks, atau berperan sebagai alat reproduksi saja tanpa boleh membicarakan dan bernegosiasi tentang kebutuhan seksualnya.

Isu Gender dalam Bidang Kesehatan

Isu Gender dalam bidang kesehatan adalah masalah kesenjangan perempuan dan laki-laki dalam hal akses, peran atau partisipasi, kontrol dan manfaat yang diperoleh mereka dalam pembangunan kesehatan. Kesenjangan akses, partisipasi, kontrol dan manfaat antara perempuan dan laki-laki dalam upaya atau pelayanan kesehatan secara langsung menyebabkan ketidaksetaraan terhadap status kesehatan perempuan dan laki-laki, sehingga kesenjangan tersebut harus menjadi perhatian dalam menyusun kebijakan/program sehingga kebijakan/program bisa lebih terfokus, efisien dan efektif dalam mencapai sasaran. Oleh karena itu, isu kesehatan tidak boleh hanya dilihat pada masalah *service delivery* (penyediaan layanan) saja, tetapi juga perlu melihat pada hubungan sosial budaya yang menyebabkan perbedaan status dan peran perempuan dan laki-laki dan relasi antara keduanya di masyarakat.

Untuk mempermudah para perencana mengenal isu gender, berikut ini beberapa contoh isu gender dalam kaitannya dengan upaya atau pelayanan kesehatan.

1 Isu gender terhadap prevalensi dan tingkat keparahan penyakit

Perbedaan norma dan relasi gender menyebabkan perempuan dan laki-laki menderita penyakit yang berbeda dan juga tingkat keparahannya. Publikasi ilmiah menyatakan bahwa:

- Perempuan menderita anemia akibat kekurangan Fe pada ibu hamil dan menyusui serta perempuan yang menstruasi sebagai akibat dari hegemoni laki-laki dalam rumah tangga yang mempunyai peluang lebih besar mengkonsumsi makanan kaya Fe.
- *Osteoporosis* 8 kali lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki yang berhubungan dengan faktor biologis dan gaya hidup. Demikian pula *Diabetes*, *hipertensi* dan kegemukan, lebih banyak pada perempuan dibandingkan laki-laki.
- Depresi (dua sampai tiga kali lebih banyak pada perempuan dibandingkan laki-laki pada semua fase kehidupan) yang berhubungan dengan tipe personal dan pengalaman dalam bersosialisasi dan perbedaan peluang antara perempuan dan laki-laki.
- Angka kematian yang tinggi pada kasus kanker perempuan pada usia dewasa, yang berhubungan dengan rendahnya akses terhadap teknologi dan pelayanan kesehatan dalam deteksi dini dan tindakan pengobatan.
- Laki-laki menderita lebih banyak *Sirosis Hepatis* yang berhubungan dengan perilaku minuman beralkohol. Demikian pula *Schizophrenia* dan kanker paru-paru yang berhubungan dengan perilaku merokok. *Silicosis* yang berhubungan dengan pekerja tambang (100 % laki-laki). Demikian pula untuk kasus hernia pada laki-laki yang berhubungan dengan jenis pekerjaan. Penyakit dengan gangguan pada *Arteri Coronaria* merupakan salah satu penyebab terbesar kematian pria pada saat kerja.
- Perempuan lebih berisiko dari laki-laki terhadap defisiensi *micro-nutrient* yang akan berdampak buruk bagi status gizi dan kesehatannya sehingga mengurangi produktivitas dan peluang investasi di bidang pendidikan.

- Malnutrisi pada bayi berhubungan dengan kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan ibu.

2 Isu gender terhadap lingkungan fisik dan penyakit

Studi kasus di Zimbabwe menyatakan bahwa perempuan dewasa lebih berisiko tinggi menderita *Sistosomiasis* (salah satu jenis cacing darah) dibandingkan laki-laki karena perempuan bertugas mencuci pakaian dan perlengkapan dapur yang dilakukannya di sungai, sementara remaja laki-laki mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan remaja perempuan karena mereka lebih sering bermain di sungai dan kanal.

3 Isu gender terhadap faktor risiko penyakit

- Perempuan mempunyai akses yang lemah terhadap keuangan keluarga sehingga mengurangi kemampuannya untuk melindungi dirinya dari faktor risiko penyakit.
- Riset WHO yang dilakukan pada laki-laki termasuk remaja pria di seluruh dunia menunjukkan bagaimana norma-norma terhadap ketidakadilan gender mempengaruhi interaksi laki-laki dengan pasangan wanitanya dalam banyak hal, termasuk pencegahan transmisi HIV dan penyakit IMS lainnya, penggunaan alat kontrasepsi dan perilaku laki-laki dalam mencari pelayanan kesehatan. Juga terkait dengan pembagian peran dan tugas rumah tangga, serta pola *parenting* (proses bertindak sebagai orang tua).
- Stereotipi maskulin menyebabkan seorang laki-laki harus berani, pengambil resiko berperilaku agnesi dan tidak menunjukkan sifat lemah berhubungan dengan angka penggunaan alkohol dan Narkoba lebih tinggi pada laki-laki di seluruh belahan dunia. Demikian pula dengan angka kesakitan dan kematian akibat kecelakaan lalu lintas dan tindak kriminal.
- Terbatasnya akses terhadap air bersih pada perempuan, karena dalam beberapa kelompok masyarakat laki-laki lebih didahulukan sebagai pengguna utama air bersih, sedangkan perempuan dan anak-anak harus membawa dan menyiapkannya tetapi mendapatkan prioritas kedua.

4 Isu gender terhadap persepsi dan respon terhadap penyakit

- Perbedaan peran laki-laki dan perempuan mempengaruhi persepsi perasaan tidak nyaman serta mempengaruhi keinginan wanita untuk menyatakan dirinya sakit. Peran perempuan dalam mengurus rumah tangga mengakibatkan apabila perempuan jatuh sakit tidak cepat mencari pengobatan karena merasa tidak nyaman melalaikan tugas dan tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga. Walaupun berobat penyakitnya sudah dalam stadium lanjut. Demikian pula pada laki-laki dewasa mencari pengobatan terhadap penyakitnya pada stadium lanjut karena peran maskulin laki-laki menyebabkan laki-laki merasa harus kuat dalam menghadapi penyakit.
- Tidak masuknya target perempuan pada studi-studi klinis patologis, mengakibatkan terapi hasil studi tersebut tidak *realible* diaplikasikan pada perempuan dan mungkin berbahaya pada perempuan. Pertimbangan tubuh laki-laki sebagai standar dalam studi klinis akan membatasi jumlah studi yang difokuskan pada kesehatan reproduktif dan non-reproduktif perempuan, yang selanjutnya berpengaruh terhadap dampak pengobatan tertentu pada perempuan.
- Pelayanan Keluarga Berencana lebih fokus pada perempuan dibanding laki-laki mengakibatkan laki-laki mempunyai akses yang terbatas terhadap pelayanan KB dan mengakibatkan laki-laki mempunyai persepsi bahwa KB adalah urusan perempuan. Disamping itu dalam relasi gender di sebuah keluarga, keputusan tentang penggunaan kontrasepsi lebih banyak ditentukan oleh suami.

5 Isu gender terhadap akses secara fisik, psikologis dan sosial terhadap sarana pelayanan kesehatan

- Ketimpangan peran dan relasi gender menyebabkan perempuan mempunyai akses secara fisik, psikologis dan sosial terhadap pelayanan kesehatan lebih rendah dibandingkan laki-laki. Pada saat sakit, perempuan tidak dengan serta merta mengakses pelayanan kesehatan karena:

- Jam pelayanan (waktu) di sarana pelayanan kesehatan seringkali tidak sesuai dengan kesibukan ibu rumah tangga.
- Dalam keadaan sakit perempuan harus mendapatkan ijin suami untuk berkunjung ke sarana pelayanan kesehatan.
- Perempuan dengan penyakit IMS cenderung tidak ke sarana kesehatan karena takut dengan stigma sosial yang 'miring' atau negatif tentang perempuan penderita Penyakit Menular Seksual.
- Terbatasnya akses terhadap biaya, jarak/transportasi, informasi dan teknologi memperburuk ketidakadilan gender. Jika perempuan mempunyai akses terhadap pembiayaan, maka akan berdampak signifikan terhadap kesejahteraan keluarga dan anggotanya. Tersedianya sumber daya keuangan akan berhubungan dengan peningkatan tingkat kesehatan anak.

6 Isu gender terhadap keterpaparan dan kerentanan penyakit

Perempuan lebih rentan dibanding laki-laki terhadap infeksi HIV melalui hubungan heteroseksual. Perempuan lebih banyak terpapar oleh penyakit IMS yang menyebabkan peningkatan risiko infeksi HIV/ AIDS. Studi menunjukkan bahwa perempuan mempunyai risiko terinfeksi dua sampai empat kali lebih besar pada kasus ini. Banyak kasus IMS pada perempuan bersifat *asimtomatik* (tidak bergejala) yang mengakibatkan lambatnya diagnosis dan pengobatan.

Dari penjelasan di atas kita melihat bahwa isu-isu gender dan ketidaksetaraan gender menghalangi hak individu untuk mendapatkan kesehatan yang optimal untuk diri sendiri, keluarga dan komunitasnya. Ketidaksetaraan gender dan pelanggaran hak-hak dasar manusia, termasuk hak seksual dan reproduksi (lihat lembar bacaan tentang seksualitas) berkontribusi pada **penolakan, penghindaran atau penundaan keterlibatan individu / kelompok pada program dan atau layanan kesehatan** (mulai dari pencegahan, perawatan dan dukungan, pengobatan dan mitigasi dampak), yang berkontribusi pada **penyebaran**

HIV serta kematian dan kesakitan yang sebenarnya dapat dihindari.

Pemahaman petugas kesehatan dan pembuat kebijakan tentang isu gender menjadi sangat penting karena laki-laki, perempuan; remaja laki-laki dan remaja perempuan; anak laki-laki dan anak perempuan; kelompok keberagaman seksual - **mempunyai kebutuhan perawatan kesehatan yang berbeda, sehingga membutuhkan program dan layanan yang sadar akan perbedaan kebutuhan tersebut dan terlatih untuk memenuhi kebutuhan spesifik tersebut.**

Mengintegrasikan gender pada program dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi (termasuk layanan HIV) akan berkontribusi pada kualitas layanan dan perlindungan klien, terutama mereka yang sangat rentan. Sehingga, penting untuk memastikan bahwa program dan layanan kita mempertimbangkan **faktor risiko dan faktor kerentanan** yang berbeda antara berbagai kelompok – serta melihat bagaimana orang-orang (laki-laki; perempuan; transgender) **berinteraksi** satu sama lain.

Hal-hak yang dapat kita lakukan adalah **menyasar atau menantang** norma-norma gender yang merugikan, seperti kekerasan, stereotipe maskulin dan feminin dengan ketrampilan komunikasi diantara pasangan, dan memastikan akses pendidikan/ketrampilan untuk semua gender. Selain itu, edukasi dan kesadaran untuk semua anak/remaja/dewasa muda laki-laki dan perempuan mengenai HIV, IMS, seksualitas, dan relasi. Hal ini harus dimulai dini – sebelum pola perilaku seksual terbentuk – dan fokus pada ketrampilan hidup untuk perlindungan diri (kesadaran, negosiasi, kepercayaan diri, komunikasi asertif, respek). Selain itu, mulai melibatkan laki-laki (misalnya, meningkatkan keterlibatan pasangan pada kunjungan pemeriksaan antenatal dan VCT), membuka akses pada teknologi baru dan metode pencegahan yang dapat dikendalikan oleh perempuan (seperti kondom perempuan dan mikrobisida), serta menyediakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas dan konfidensial.

Sumber

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Responsif Gender Bidang Kesehatan – Kementerian Kesehatan RI – Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak – UNFPA. No date.

Integration gender and human rights in HIV and SRH services. UN Women-PAN American Health Organization. 2013

World Health Organization (WHO). Integrating Gender into HIV Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs. Geneva, WHO. 2009.
http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf.

Short Course – Effective Community based responses to HIV in Asia and the Pacific. Burnet Institute. 2009

Dan dari sumber-sumber lainnya.

Penulis Utama

Dr. Asti Widiastuti MHC

Kontributor

Adhe Zamzam Prasasti SPsi
Dr. Alia Hartanti
Dr. Bondan Stanislaus
Dr. Gina Anindyajati
Dr. Jacqueliene Piay
Dr. Margaretha Sitanggang
Dr. Nurlan Siltonga MMed
Dr. Ratna Mardiaty SpKJ