

GENDER DALAM KESEHATAN DAN KEMISKINAN

IDA AYU KOMANG ARNIATI

Dosen Fakultas Ilmu Agama dan Kebudayaan UNHI

ABSTRACT

Gender in health and poverty, human rights for women is needed: by ensuring the protection of women or to open and against violation of rights based on sex or gender. Obligation of the state to meet the specific needs of women because these needs are attached to her. Should always be the foundation act. Although existing human rights aim to protect all of humanity. Men and women, of human rights in practice has not been applied equally.

Keywords: gender, poverty and health

I PENDAHULUAN

Pembangunan sosial (kesehatan dan pendidikan) merupakan pembangunan sumber daya manusia (SDM). Era 1970 sampai 2000, data dari Unicef dan Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan tahun 2002 menunjukkan bahwa Indonesia belum memperhatikan pembangunan SDM secara optimal. Ini tercermin dari rendahnya anggaran pembangunan pada sektor kesehatan. Krisis moneter pertengahan 1977, baru mendorong pemerintah memperhatikan pembangunan sosial dengan meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan bagi keluarga miskin. Alasan utama adalah krisis moneter (ekonomi) berdampak pada menurunnya akses masyarakat pada kesehatan. Perhatian yang diberikan saat

itu karena dampak krisis, bukan perhatian pemerintah yang sesungguhnya pada sektor kesehatan. Pola pikir seperti itu menurut Sach JD dalam Roem Topatimasang (2005:126) menyebutkan perhatian pemerintah kepada kesehatan hanya sebagai produk sampingan ekonomi artinya tujuan pembangunan kesehatan akan tercapai dengan sendirinya jika pertumbuhan ekonomi sudah baik. Sach JD menolak anggapan pembangunan kesehatan sebagai produk sampingan ekonomi. Setidaknya ada dua alasan mengapa menolak anggapan itu; (pertama) beban penyakit itu sendiri memperlambat pertumbuhan ekonomi; (kedua), pertumbuhan ekonomi tidak mampu dicapai optimal jika kualitas SDM tidak memadai. Faktor penentu kualitas SDM

adalah kesehatan. Jika ekonomi membaik masyarakat dan pemerintah akan mempunyai sumber daya yang memadai untuk membiayai pelayanan kesehatan, promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Sorkin A, 1983). Data dan Biro Perencanaan Depkes RI, 2002 menunjukkan bahwa keberhasilan pembangunan ekonomi membawa keuntungan dan sekaligus masalah pembangunan kesehatan sebagai berikut: Peningkatan ekonomi akan meningkatkan kemampuan membiayai berbagai upaya kesehatan, yaitu pada tingkat individu, rumah tangga, masyarakat, perusahaan swasta dan pemerintahan. Jika penduduk masih dalam kemiskinan maka kemampuan memelihara kesehatan dan mengatasi gangguan kesehatan mengalami hambatan. Rendahnya pemeliharaan kesehatan karena buruknya sanitasi lingkungan tempat tinggal, asupan gizi yang tidak memadai, perilaku berisiko termasuk potensi penularan PMS (Penyakit Menular Seksual) menyebabkan banyaknya masalah kesehatan yang muncul di kelompok masyarakat miskin terutama wanita dan anak-anak. Kemiskinan juga pada akhirnya membuat mereka tidak mampu membiayai proses pengobatan. Akhirnya produktifitas penduduk miskin makin rendah dan selanjutnya makin memperdalam kemiskinan.

Berdasarkan latar belakang di depan, penulis bermaksud melakukan kajian mengenai: Bagaimanakah

kesehatan dan kemiskinan menggambarkan wanita dalam konteks kesetaraan Gender ?.

Konsep 'kemiskinan' terdapat banyak fakta dan data atau berbagai cara menafsirkan kemiskinan. Namun menurut Jeremy Seabrook (2006:20) menyebutkan kemiskinan adalah suatu keadaan kekurangan yang absolut (tiadanya kebutuhan pokok untuk bertahan hidup). Kemiskinan absolut dari mereka yang tidak punya apa-apa, orang yang hidupnya senantiasa di tengah bahaya berupa kekurangan sumber daya pokok untuk bertahan hidup.

Pengertian jender (*gender*) dibedakan dengan pengertian jenis kelamin (*seks*). Pengertian jenis kelamin merupakan penafsiran atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu, dengan tanda-tanda (alat) tertentu pula. Alat-alat tersebut selalu melekat pada manusia selamanya, tidak dapat dipertukarkan, bersifat permanen, dan dapat dikenali semenjak manusia lahir. Itulah yang disebut dengan ketentuan Tuhan atau kodrat (Mufidah Ch 2003:3). Nasaruddin Umar (1999:35) memberikan pengertian jender (*gender*) sebagai suatu konsep yang digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dilihat dari segi sosial budaya. Jender (*gender*) dalam arti tersebut mendefinisikan laki-laki dan perempuan dari sudut nonbiologis.

Konsep jender (*gender*) memungkinkan untuk menyatakan bahwa

jenis kelamin dan jender (*gender*) itu berbeda. Setiap orang lahir sebagai laki-laki atau perempuan, dan jenis kelamin dapat ditentukan hanya dengan melihat alat kelamin. Tetapi setiap kebudayaan memiliki caranya masing-masing di dalam menilai perempuan dan laki-laki, serta memberikan mereka peran dan sifat yang berbeda. Semua pengemasan sosial dan budaya yang dilakukan terhadap perempuan dan laki-laki semenjak lahir adalah "penjenderan" (*gendering*) (Kamla Bhasin 2003:1-2). Jadi, penjenderan adalah penempatan perempuan dalam relasi perempuan-laki secara sosial dan budaya.

Dalam *Women's Studies Encyclopedia* (dalam Mufidah Ch, 2003:3) dijelaskan bahwa jender (*gender*) adalah suatu konsep kultural, berupaya membuat perbedaan dalam hal peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat. 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. Perubahan ciri dari sifat-sifat itu dapat terjadi dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat yang lain (dalam Mansour Fakih, 1999: 8-9).

Sedangkan konsep 'Kesehatan' adalah kebutuhan masyarakat. Dalam teori ekonomi, penyediaan suatu komoditas

yang dibutuhkan masyarakat bisa melalui cara-cara yang memenuhi kaidah keberhasilan alokasi sumberdaya, yaitu efisiensi. Prinsipnya: karena sumberdaya terbatas sementara kebutuhan manusia tidak terbatas, maka kita harus menggunakan alternatif terbaik dalam menggunakan sumber daya tersebut. Sumberdaya yang saling berkompetensi di masyarakat adalah interaksi penjual dan pembeli berada pada posisi yang sama kuat, terutama dalam hal informasi yang dibutuhkan dan ditawarkan.

Jadi 'kesehatan' seorang perempuan merupakan kesejahteraan total yang bukan hanya ditentukan oleh faktor biologis dan reproduksi, melainkan juga dipengaruhi oleh beban kerja, gizi, stress, perang, migrasi, "menurut Van Der Kwak, yang dikutip oleh Koblinsky (1977) dan sebagai konsep yang dipakai referensi oleh penulis

II PEMBAHASAN

Teori yang relevan digunakan sebagai kerangka analisis atau persepaktif dalam memahami "Gender dalam kesehatan dan kemiskinan" ialah teori Strukturasi, yang diusulkan oleh Anthony Giddens (2002) yaitu: Teori Strukturasi, yang berangkat dari metode analisis fenomenologi, yakni metode deskriptif yang berdasarkan pada empirik, yang merupakan dialektika antara pendekatan Gaya Weber dan Emil Durkheim kemudian memasukkan dalam suatu persepaktif dialektika yang diambil dari Marx dan memberikan tekanan pada konstitusi kenyataan sosial melalui

makna-makna subyektif yang diambil dari Weber. Dalam teori strukturasi, Giddens menegaskan bahwa praktek sosial dianggap sebagai basis yang melandasi keberadaan pelaku masyarakat. Dalam praktek sosial pelaku harus mengetahui apa yang ia kerjakan, sekalipun tidak selamanya diucapkan. Keterlibatan individu dan masyarakat dalam struktur sosial sepanjang ruang dan waktu.

kesehatan perempuan selalu berdekatan dengan kajian gender karena adanya kedekatan kritik yang dilakukan kajian ini terhadap struktur masyarakat yang di dominasi oleh patriarki. Sejak diadakan Konvensi Internasional untuk Kajian Kesehatan Perempuan di tahun 1982, kajian ini berhasil menonjolkan sisi-sisi analisa sosial yang kuat dalam menampilkan perempuan sebagai salah satu bidang studi baru dalam ilmu-ilmu sosial, dalam hal ini kesehatan perempuan. Namun, kesehatan masyarakat Indonesia masih sangat buruk, berada urutan 154 dari 191 negara (WHO, 1997).

Pola kesehatan yang buruk dan harapan hidup lebih rendah di antara kelompok pekerja miskin banyak ditemukan dalam penelitian. Namun ini membahas ketidaksetaraan dalam kesehatan dan kemiskinan.

Kenyataan kebutuhan perempuan akan kesehatan tidak hanya sekadar yang berhubungan dengan kehamilan dan *motherhood*. Masalah kesehatan perempuan berbeda bentuk pada setiap tingkatan umur dan bergantung pada lingkungan di mana mereka hidup. Dalam

suatu wilayah, perempuan meninggal karena tidak memperoleh akses pelayanan kesehatan, atau tenaga pelayanan dasar yang tidak merata, tetapi di wilayah lain perempuan meninggal mungkin disebabkan oleh penggunaan teknik kesehatan berlebihan.

Kebanyakan perempuan masih saja hidup terkungkung. Diketahui, bahwa sepanjang siklus hidup perempuan, keberadaan dan aspirasi mereka sehari-hari masih dibatasi oleh perilaku yang diskriminatif, serta struktur sosial yang tidak adil. Faktor-faktor yang berbasis gender, sebagian besar dipengaruhi oleh budaya dan pemahaman agama yang sempit, berdampak terhadap kesehatan perempuan (Astahendartini Habsjah, 2008:57). Keterlibatan individu dan masyarakat dalam struktur sosial sepanjang ruang dan waktu.

Kemiskinan tidak dapat dengan mudah dipisahkan dari keadilan sosial. Adalah satu hal berbicara mengenai masyarakat "meritokrasi," di mana orang berbakat akan dihargai. Tapi, akibatnya bagi mereka yang terbelakang- mengingatkannya tiadanya anugerah yang akan membuat mereka diupah sebesar gaji pemain sepak bola atau eksekutif- akan sangat mengerikan. 'Belas kasihan' bagi mereka yang tertinggal dari barisan 'meritokrat' nampaknya tidak cukup memuaskan mereka.

Menurut Richard Sennet, dalam Jeremy Seeabok(2006:11), menyebutkan bahwa peluang dan belas kasihan membuat perkawinan tidak bahagia. Sejak New

Deal, pada masa pemerintahan Franklin Delano Roosevelt, pemerintah Amerika berusaha menyediakan pendidikan dan lapangan kerja bagi orang miskin yang mampu. Keinginan untuk menghargai bakat tetap ada bahkan selama bertahun-tahun pemerintah Reagen yang sulit, itu contoh Amerika. Strategi itu sebagian besar berhasil, ada segelintir anak muda berbakat yang dapat mencari pekerjaan yang baik atau beasiswa, dan negara kesejahteraan membantu membangun borjuis kecil kulit hitam.

Namun strategi "mengambil yang terbaik" hanya memperlebar jurang kesenjangan antara yang mempunyai dengan yang tak mempunyai. Orang-orang yang disebut oleh sosiologi sebagai "yang tak beruntung sama sekali", telah mendapat standar hidup yang merosot selama 40 tahun terakhir. Mobilitas sosial yang tertekan telah melemahkan pemeliharaan bagi mereka yang tertinggal.

Menurut Lewis (dalam Sertifikat Tanah dan Orang Miskin, 2010:27) menyebutkan, kebudayaan kemiskinan berkembang pada masyarakat yang bercirikan: (1) Mengenal ekonomi uang, buruh yang dibayar, dan adanya kegiatan produksi untuk motif mencari keuntungan; (2) Angka rata-rata pengangguran dan pengangguran tidak kentara yang tetap dan tinggi untuk pekerja yang tidak berketrampilan; (3) Honor atau bayaran yang rendah; (4) Gagalnya peningkatan organisasi ekonomi, politik dan sosial; (5) Lebih muncul pada masyarakat yang bersistem kekerabatan

bilateral dibanding yang unilateral; (6) keberadaan seperangkat nilai-nilai pada kelas yang dominan yang menekankan pada akumulasi kekayaan dan harta.

Adapun ciri-ciri kebudayaan kemiskinan menurut Lewis adalah (1) Kurang atau tidak efektifnya partisipasi dan integrasi golongan miskin ke dalam pranata-pranata utama masyarakat umum. Penyebabnya adalah karena lingkungan kemiskinan dan kekumuhan disebabkan oleh langkanya sumber-sumber daya ekonomi, menghasilkan segregasi, diskriminasi, ketakutan, kecurigaan dan apatisme; (2) Muncul dan berkembangnya pranata-pranata hutang- menghutang, gadai-menggadai, tolong-menolong di antara sesama tetangga. Gejala ini muncul secara spontan maupun melalui arisan ataupun perkumoulan-prkumpulan sejenis. Hal ini terkait dengan tidak adanya kesetiaan terhadap satu jenis pekerjaan. Dengan kata lain, kecenderungan untuk tidak menekuni satu pekerjaan tertentu, bekerja serabutan atau mengerjakan pekerjaan rangkap asal menguntungkan; (3) Adanya semacam pembontakan tersembunyi terhadap diri mereka sendiri maupun terhadap masyarakat. Pada lain pihak, juga ada sikap pasrah dan masa bodoh terhadap nasib yang mereka jalani maupun terhadap mereka yang dianggap mempunyai kekuasaan sosial-ekonomi. Karena itu dengan mudah mereka menjadi penurut dan tunduk kepada petunjuk-petunjuk dan perintah-perintah. Pada saat yang sama mereka juga mudah lupa atau melupakannya bila dianggapnya petunjuk

tersebut terlalu rumit, hanya akan menyulitkan diri mereka serta tidak menguntungkan. Sikap seperti ini juga menghasilkan sikap tidak peduli atau masa bodoh kepada orang lain dan lingkungan sekitar dan cenderung hanya memikirkan kepentingan diri sendiri; (4) Perempuan atau lebih khusus lagi istri, dipandang bukan sebagai hanya ibu rumah tangga tetapi juga sebagai penghasil nafkah bagi keberlangsungan hidup rumah tangga. Anak bukannya hanya sebagai besaran ego yang diperlakukan sebagai mainan untuk disayangi tetapi juga membantu atau tenaga kerja pencari nafkah orangtua.

Menurut Lewis, kebudayaan kemiskinan harus dipandang sebagai upaya adaptasi dan sekaligus reaksi dari orang-orang miskin terhadap posisi marginalnya dalam suatu stratifikasi kelas yang terlalu individualis, dan kapitalis. Kebudayaan kemiskinan kerap muncul dan berkembang ketika suatu sistem sosial-ekonomi yang berstrata diruntuhkan atau diganti yang lainnya seperti halnya masa transisi dari feodalisme ke kapitalis selama periode-periode perubahan teknologi yang cepat. Jadi masyarakat kelas rendah yang sebetulnya sudah teralienasi oleh masyarakat yang mengalami perubahan cepat yang paling besar kemungkinan masuk ke dalam dan mengembangkan kebudayaan kemiskinan.

Dalam pasal 4 Konvensi CEDAW harus diberlakukan melalui perjuangan, agar ketertinggalan perempuan dalam berbagai bidang teratasi. Keadilan dan kesetaraan harus diperjuangkan dari semua

lini. Dengan bersinergi, diharapkan hak-hak perempuan bisa secara sistematis terpenuhi, langkah demi langkah.

Faktor-faktor yang berdampak terhadap Kesehatan Perempuan, yakni: (1) Perbedaan biologis: anatomis, psikologi, genetik, sistem imunitas; (2) Perbedaan sosial Budaya: peran dan tanggungjawab, norma (adat/agama, ekspansansi masyarakat/ keluarga).

Perbedaan biologis dan perbedaan sosial budaya, akses dan kontrol terhadap sumber daya : ekonomi, sosial politik. Informasi dan edukasi tentang kesehatan perempuan: tidak ada/rendah kualitasnya. Ketersediaan layanan: adalah UU Kesehatan yang menjamin semua jenis layanan kesehatan untuk perempuan tersedia.

Ketersediaan waktu; tidak ada waktu untuk berpartisipasi dalam program Posyandu dan atau Pukesmas. Tidak ada otoritas terhadap tubuh sendiri (dipaksa orang lain) untuk memilih layanan yang diinginkan. Tidak memiliki kontrol atau saat pengambil keputusan; ketrampilan untuk mencegah komplikasi penyakit tidak dimiliki. Tindakan yang sebenarnya merupakan pelanggaran terhadap hak asasi perempuan masih sering belum diakui oleh sekelompok masyarakat atau bahkan negara dengan alasan tradisi atau ajaran agama. Misalnya: tes keperawanan dalam rekrutmen Polwan.

Dampak kekerasan Terhadap Kesehatan perempuan yakni : (1) Kesehatan Fisik: penyakit menular seksual PMS dan HIV/Aids, luka-luka (muka

memar, gigi copot), kehamilan yang tidak diinginkan, keguguran, penyakit kronis, pusing-pusing/ sakit kepala (migran) yang kronis, penyakit-penyakit pada organ reproduksi wanita, penggunaan minuman keras, asma, tingkah laku yang merugikan kesehatan (merokok, melakukan seks yang tidak aman): (2) Kesehatan jiwa/ emosional; stres berat, depresi, kegelisahan yang berkepanjangan, trauma seksual/ disfungsi seksual, gangguan pada selera makan, gangguan kepribadian ganda, obesitas dan bulimia; (3) Kematian karena, HIV/ AIDS, bunuh diri, dan pembunuhan (Astahendartini Habsjah, 2008:26).

Pembangunan kesehatan mengalami pergeseran paradigma dari pendekatan kebutuhan ke arah pendekatan berlandaskan hak. Kesehatan adalah hak azasi, maka negara berkewajiban untuk memenuhi bagi setiap warganya. Sebagai warga dunia di mana pun berada, setiap orang berhak atas akses pada pelayanan kesehatan dan kontrol terhadap kebijakan-kebijakan kesehatan yang menyangkut kepentingan rakyat banyak. Masalah kesehatan telah dijamin dan menjadi kesepakatan global yang dituangkan dalam Deklarasi Umum Hak-hak Azasi Manusia dan konvensi-konvensi: konstitusi WHO 1946, Deklarasi Alma Ata 1978, Deklarasi Kesehatan Dunia 1998, bahkan Penjelasan Umum (general comment) No.14/2000 Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, secara khusus ditegaskan hak-hak atas perawatan dan pelayanan kesehatan. Kesehatan sebagai hak dasar dituangkan dalam Tujuan pembangunan Milenium

(Millenium Development dalam Roem Topatimasang dkk,2005:Xiii).

Pengalaman perempuan dalam menghadapi masalah kesehatan reproduksi, sejak remaja, masa hamil, melahirkan, menyusui, saat ber-KB, kehamilan tidak diinginkan, aborsi tidak aman, pelecehan seksual, perkosaan remaja, perdagangan perempuan, pelacuran anak dan remaja perempuan, merupakan pendekatan hak-hak kesehatan perempuan.

Perempuan hidup lebih lama dari pada laki-laki, tetapi lebih cenderung menghabiskan sebagian besar hidup mereka dalam kondisi kesehatan yang buruk. Menurut Kartono Muhamad (2006:85) menyebutkan ada beberapa alasan mengapa kesehatan perempuan perlu mendapat perhatian dan penanganan secara khusus: (1) Perempuan mempunyai fungsi reproduksi yang lebih berat dari laki-laki. Perempuan hamil, melahirkan, menyusui dan lebih karib mengasuh anak. Oleh karena itu perempuan dilengkapi dengan organ reproduksi yang berbeda, dari mulai sistem hormonnya, susunan anatomis organ reproduksi, sampai ke susunan kerangka tubuhnya; yang disesuaikan dengan fungsi reproduksi yang berbeda tersebut. Konsekwensinya, perempuan juga menghadapi berbagai gangguan kesehatan yang bisa berbeda sama sekali dari laki-laki, dan bahkan jauh lebih kompleks: (2) Secara kultural hak-hak sipil perempuan justru sering terabaikan, termasuk hak atas kesehatannya. Bahkan ketika konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Pukesmas)

diperkenalkan pertama kali tahun 1955 oleh Dr. Leimena, ketika itu menteri kesehatan yang tergambar dalam programnya hanyalah masalah penyakit menular dan mendekatkan sarana kesehatan kepada masyarakat tanpa terinci jelas masalah apa yang akan menjadi perhatian utama. Pendekatan yang relatif sempit itu dapat dipahami karena data dasar tentang berbagai masalah kesehatan di masyarakat, terutama kesehatan perempuan praktis tidak ada. Ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan perempuan memang tidak pernah dianggap sebagai hal yang khas bagaimana halnya dengan kesehatan anak. Dalam tahun-tahun berikutnya pun masalah kesehatan perempuan- khususnya kesehatan reproduksi- tidak pernah mendapat perhatian, kecuali ketika hamil dan melahirkan. Dalam program Kesehatan Ibu Anak (KIA) unsur A (anak) lebih banyak mendapat perhatian, daripada unsur I (ibu) karena salah satu indikator keberhasilannya yang ingin dicapai adalah menurunnya angka kematian anak yang ketika itu memang sangat tinggi. Data tentang kematian bayi dan anak dicari dan dikumpulkan, sementara data tentang angka kematian ibu yang juga tinggi praktis dilupakan sehingga tidak ada program khusus yang ditujukan untuk menurunkannya: (3) Kalangan elit politik khususnya pemerintahan tidak melihat bahwa perhatian kepada kesehatan perempuan merupakan investasi besar bagi pembentukan generasi mendatang yang baik. Sebagaimana diketahui, perkembangan otak seseorang berlangsung semasa masih dalam kandungan sampai anak berusia lima tahun. Untuk pertumbuhan otak yang baik, diperlukan gizi yang baik, terutama protein yang diperoleh dari ibunya. Seorang ibu yang kurang darah (anemia) tidak akan dapat mengalirkan oksigen tersebut. Untuk dapat merebut lebih banyak makanan, janin dan plasenta akan mengeluarkan hormon yang meningkatkan tekanan darah ibu karena dengan demikian diharapkan arus darah ke janin akan juga meningkat. Akibatnya si ibu akan menghadapi risiko eklampsia yang menjadi salah satu sebab tingginya kematian ibu di Indonesia. Ibu yang kurang gizi semasa mengandung juga tidak mungkin akan dapat membaginya kepada anak yang dikandungnya, karena memang tidak cukup untuk dibagi. Demikian pula ibu yang sakitan-sakitan. Secara ringkas dapat dikatakan bahwa anak yang sehat dan mempunyai otak yang berkembang baik hanya dapat dilahirkan dari ibu yang sehat sejak sebelum hamil; (4) Seorang ibu yang sakit-sakitan, kurang gizi dan miskin, tidak akan dapat mengasuh dan membesarkan anaknya secara optimal. Jika perkembangan otak anak berlangsung cepat semasa dalam kehamilan, perkembangan watak anak terjadi terutama dalam lima sampai delapan tahun pertama dari usianya. Dalam sistem masyarakat kita sebegini besar bertanggungjawab mengasuh dan membesarkan pada usia-usia tersebut dipikul ibunya. Dalam sistem keluarga *sebaryat* (extended family) pengasuhan anak yang ditinggalkan ibu

(karena alasan apapun) dapat diambil alih oleh nenek atau kerabat lain yang mempunyai perempuan dewasa dan sanggup memeliharanya. Tetapi dengan makin banyaknya jumlah keluarga inti, urbanisasi, dan kemiskinan, hal seperti itu akan makin berkurang. Anak yang ditinggal ibunya (oleh alasan apapun juga) akan mudah kehilangan kasih sayang dan mengalami deprivasi (ketermiskinan) mental, sehingga mudah terjerumus menjadi remaja nakal karena ia tidak pernah mengenal apa yang disebut sebagai rasa kasih dan sayang sehingga tidak pula dapat memberikannya kepada orang lain;

(5) Secara ekonomis mengabaikan masalah kesehatan perempuan berarti mengabaikan kesehatan dan kemampuan hidup produktif separuh dari penduduk kita. Jeffrey D Sachs, penggagas Millenium Development Goals, menyebutkan bahwa salah satu penyebab sebuah negara tidak dapat bangkit dari jebakan kemiskinan adalah jika *budaya dan agama* membuat kaum perempuannya tidak dapat menyumbangkan produktivitas. Sebagai akibatnya daya tabung keluarga menjadi kecil. Situasi yang demikian akan menjadi lebih buruk lagi kalau perempuan itu sakit-sakitan. Semakin tidak produktif juga akan menurunkan daya tabung keluarga karena tabungan yang ada digunakan untuk biaya pengobatan bagi dirinya dan anaknya (Kartono Mohamad, 2006:86).

Di samping itu masalah kesehatan perempuan yang utama adalah reproduksi. Di negeri ini masalah kesehatan reproduksi

ternyata tidak semata-mata masalah kesehatan tetapi juga menyangkut masalah sikap budaya, agama dan tata hukum yang sudah ada. Posisi perempuan dalam budaya dan sebagian pandangan agama yang dianut di Indonesia berkenaan dengan reproduksi, perempuan dianggap sudah seharusnya di bawah kendali laki-laki. Pandangan ini tidak jarang diklaim sebagai pandangan Tuhan. Keputusan mempunyai anak, baik kapan maupun jumlahnya masih lebih ditentukan oleh kaum laki-laki tanpa memperhatikan apakah kehamilan itu akan membawa dampak buruk bagi kesehatan perempuan atau tidak, apakah perempuan siap untuk hamil atau tidak. Kalaupun secara kultural (dan agama) perempuan hanya dianggap mesin pengembang biak, ketahanan dan kesehatan mesin tersebut tidak pernah terpikirkan untuk dipelihara secara tertib. Dengan adanya kemajuan teknologi, reproduksi dapat dilakukan dengan bantuan yang sebenarnya penerapannya memerlukan payung hukum karena sangat berkaitan dengan masalah agama dan hukum yang ada.

Kesehatan reproduksi juga berkaitan erat dengan kesehatan seksual atau kehidupan seks yang sehat karena proses reproduksi memang sebagian besar dilakukan melalui proses hubungan seks antara laki-laki dan perempuan. "sebagian besar", karena sekarang sudah ada teknologi reproduksi dengan bantuan seperti inseminasi buatan, bayi tabung dan kloning. Tidak mungkin proses reproduksi berlangsung sehat tanpa kehidupan seksual

yang sehat. Pengertian kehidupan seksual yang sehat itu sendiri adalah jika hubungan sehat dilakukan secara sukarela (tanpa paksaan atau ancaman), jika ia dapat dinikmati oleh kedua belah pihak, jika ia tidak menimbulkan ketakutan akan resiko yang dapat terjadi (kehamilan yang tidak diinginkan, kerusakan organ reproduksi, dan penyakit), dan jika ia tidak menjadi penyebab penularan penyakit.

Untuk mencegah hal-hal yang negatif dari seluruh masalah kesehatan reproduksi (dari kehidupan seks yang sehat sampai pengaturan hak dan pengaturan kehamilan) diperlukan pendidikan kesehatan reproduksi yang sebaiknya diberikan sejak remaja, sejak sebelum memasuki kehidupan berkeluarga. Pendidikan kesehatan reproduksi ditujukan untuk mempersiapkan mereka menjadi pasangan suami istri yang sehat dan orang tua yang bertanggungjawab.

Kebijakan penanggulangan kemiskinan dilaksanakan oleh banyak institusi, baik di tingkat nasional maupun daerah. Misalnya semua rencana pembangunan yang dirumuskan oleh semua instansi pemerintah dan pemerintah daerah telah mencantumkan konsep gender, tapi dalam praktek masih banyak aksi pemerintah yang bias gender. Keberpihakan negara dalam melindungi TKW di luar negeri terlihat masih belum optimal. Penanganan terhadap prostitusi, pornografi, dan pornoaksi selalu dilakukan dengan cara-cara yang memarginalkan perempuan. Isu aborsi yang juga menjadi salah satu sebab utama kematian maternal

yang tinggi juga belum di respon dengan memadai. DPR periode 1999-2004 telah menyetujui revisi Undang-Undang kesehatan yang dalam satu pasalnya menyebutkan tentang kewajiban negara untuk melindungi perempuan dari aborsi yang tidak aman. Namun Presiden Megawati belum menandatangani hingga berakhir masa jabatannya dan hingga sekarang belum jelas sikap dari pemerintah Susilo Bambang Yudoyono dan DPR periode 2004 s.d 2009 (Muhadjir M Darwin, 2005:178).

Untuk menjamin implementasi di lapangan seberapa jauh sensitivitas dan responsivitas gender semua pemangku kebijakan, pekerja penanggulangan kesehatan seperti di tingkat pusat dan daerah memantau dan mengevaluasi kebijakan. Karena untuk memantau kebijakan juga seharusnya secara konsisten. Tekanan perlu diberikan kepada orang yang duduk di Komite Penanggulangan Kemiskinan Pusat dan daerah. Jika yang duduk di instansi ini tidak paham dan peduli dengan gender, mudah diduga bahwa kebijakan tersebut tidak akan terimplementasi dengan baik di lapangan. Jika Komite Penanggulangan kemiskinan telah diisi oleh orang yang tepat, masih belum terjamin kebijakan tersebut tidak didukung dengan riassorsis dan otoritas yang memadai atau lembaga terkait tidak memberikan dukungan penuh rencana aksi maka penanggulangan kemiskinan terabaikan. Karena sejauh ini belum ada koordinasi yang baik antar instansi, dan antar instansi pemerintah

dengan organisasi nonpemerintah dalam menanggulangi kemiskinan yang berspektif gender.

Selanjutnya menurut Mansour fakih (2004:51) menyebutkan, ketika negara mendapatkan kesempatan untuk memiliki kekuasaan mengelola dan mengontrol sepenuhnya urusan sipil, politik, ekonomi, sosial, dan budaya, ternyata amanat itu dikhianati dan mengakibatkan dehumanisasi dan kesengsaraan sebagian besar rakyat miskin. Penggusuran, pencaplokan tanah demi untuk pembangunan serta berbagai pemaksaan program pembangunan seperti Keluarga Berencana, Program pertanian, maupun berbagai program kesehatan telah mengakibatkan jutaan rakyat menderita.

III PENUTUP

Gender dalam kesehatan dan kemiskinan, diperlukan hak asasi kepada kaum perempuan ; dengan terjaminnya perlindungan perempuan atau untuk membuka dan melawan pelanggaran terhadap hak-hak yang didasarkan pada jenis kelamin atau Gender. Kewajiban negara untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan spesifik perempuan karena kebutuhan-kebutuhan ini melekat pada dirinya. Harus selalu menjadi landasan bertindak , Laki-laki dan perempuan, dalam prakteknya dalam hak asasi manusia belum diterapkan secara setara.

Daftar Pustaka

- Abu Zaid, Nasr Hamid, 1994. *Kritik Wacana Agama*. Yogyakarta: LKIS
- Ahmad,Suhelmi.2001. *Pemikiran Politik Barat*. Jakarta. Gramedia Pustaka Utama.
- Atashendartini Habsjah,2008. *Jurnal Perempuan*. Jakarta: No 61 Cetakan pertama.
- Fakih, Mansour,2004. *Analisis Gender*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Giddens ,Anthony. 2002. *The Constitution of Society: Teori Strukturasi untuk Analisis Sosial*. University California: Mark Poster.
- Mufidah Ch. 2003. *Paradigma Gender*. Malang: Bayumedia Publising.
- Women, Law dan Development Internastional dan Human Raight Watch Women's Rights Project.2001. *Hak Asasi Manusia Kaum Perempuan*. Penerjemah Ismu M Gunawan. Jakarta: Sinar Harapan.
- Komisi Hak Asasi Manusia,2002. *Pendidikan Hak Asasi Manusia Bagi Rohaniawan*.Jakarta: Komisi Nasional Hak Asasi Manusia.
- Jeremy Seabrook, 2006 : *Kemiskinan Global*. Yogyakarta: Risest Book.
- Kartono Muhamad, 2006. *Kesehatan Perempuan dalam Undang-Undang*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan. Cetakan Pertama, No 49.2006.

Djaka Soehendra, 2010. *Sertifikat Tanah dan Orang Miskin*. Jakarta: HuMa.

M Darwin, Muhadjir. 2005. *Negara dan Perempuan*. Yogyakarta: Media Wahana.

Irianto, Sulistyowati. 2006. *Perempuan dan Hukum: Menuju Hukum Yang*

Berpersepektif Kesetaraan dan Keadilan. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

Fakih, Mansour. 2004. *Bebas dari Neoliberalisme*. Yogyakarta: Insist Press.