



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1459/MENKES/SK/X/2010**

TENTANG

**PANDUAN PERENCANAAN DAN ANGGARAN RESPONSIF GENDER
BIDANG KESEHATAN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :**
- a. bahwa untuk melaksanakan Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender (PUG), Kementerian Kesehatan berkewajiban melakukan PUG dalam kebijakan, program dan kegiatan pembangunan kesehatan;
 - b. bahwa Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 tentang Petunjuk Penyusunan dan Penelaahan RKA-KL Tahun Anggaran 2011, menunjuk Kementerian Kesehatan menjadi *pilot project* pelaksanaan Anggaran Responsif Gender dalam penyusunan RKA-KL Tahun Anggaran 2011;
 - c. bahwa Kesepakatan Bersama Antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan Nomor 07/MEN.PP&PA/5/2010 – Nomor 593/MENKES/SKB/V/2010 tentang Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Bidang Kesehatan, perlu ditindaklanjuti;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan;

- Mengingat :**
1. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 2. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
6. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas dan Fungsi Kementerian Negara Serta Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
7. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional;
8. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010;
9. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/V/2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/60/II/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 tentang Petunjuk Penyusunan dan Penelaahan RKA-KL Tahun Anggaran 2011;
13. Kesepakatan Bersama Antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan Nomor 07/MEN.PP&PA/5/2010 – Nomor 593/MENKES/SKB/V/2010 tentang Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Bidang Kesehatan;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PANDUAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN RESPONSIF GENDER BIDANG KESEHATAN.**
- KEDUA** : Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan, sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Panduan Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan sebagai acuan bagi Kementerian Kesehatan dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran program pembangunan kesehatan yang responsif gender.
- KEEMPAT** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.



Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 4 Oktober 2010

MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1459/MENKES/SK/X/2010
Tanggal : 4 Oktober 2010

PANDUAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN RESPONSIF GENDER BIDANG KESEHATAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu tujuan pembangunan nasional adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) Indonesia sehingga mempunyai kemampuan daya saing secara global. Isu SDM sebagai prioritas pembangunan nasional merupakan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025, yang kemudian secara bertahap dijabarkan dalam perencanaan pembangunan lima tahunan dan perencanaan tahunan.

Terdapat tiga indikator kualitas SDM yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI), Indeks Pembangunan Gender (IPG) atau *Gender-related Development Index* (GDI) dan Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) atau *Gender Empowerment Measurement* (GEM). IPM atau HDI Indonesia telah mengalami peningkatan, yaitu dari 0,687 pada tahun 2004 menjadi 0,719 pada tahun 2008. Perbaikan IPM Indonesia belum diikuti oleh perbaikan IPG, meskipun IPG Indonesia mengalami peningkatan dari 0,639 pada tahun 2004 menjadi 0,664 pada tahun 2008, namun nilainya masih lebih rendah jika dibandingkan dengan nilai IPM pada tahun yang sama. Demikian pula dengan Indeks Pemberdayaan Gender, belum mengalami peningkatan yang berarti yaitu 0,597 pada tahun 2004 menjadi 0,623 pada tahun 2008 (UNDP; 2008).

IPG Indonesia pada tahun 2008 menduduki peringkat ke-94 dari 177 negara, dan di antara 10 negara-negara ASEAN, Indonesia berada pada peringkat ke-6 setelah Singapura, Brunei Darussalam, Malaysia, Thailand, dan Filipina. Sedangkan IDG Indonesia menduduki peringkat ke-107 dari 177 negara. Peningkatan IDG masih relatif kecil setiap tahunnya. Hal ini mengindikasikan bahwa upaya peningkatan kesetaraan gender di bidang sosial, ekonomi, dan politik belum berhasil secara signifikan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sejak tahun 2000, isu kesenjangan gender telah menjadi salah satu komitmen utama pemerintah. Melalui Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender (PUG) dalam Pembangunan Nasional, pemerintah telah berkomitmen menjadikan isu gender sebagai *mainstream* (arus utama) pembangunan. Inpres ini mewajibkan pemerintah pusat dan daerah melakukan pengarusutamaan gender ke dalam seluruh proses pembangunan, mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pembangunan.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu penentu kualitas SDM telah mengadopsi PUG. Komitmen pemerintah melalui Inpres Nomor 9 tahun 2000 tersebut di atas dipertegas kembali melalui Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya pasal 2 yang berbunyi "*Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama*". selain itu dalam sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009, Responsif Gender menjadi salah satu dasar penyelenggaraan SKN. Sejalan dengan peraturan- peraturan tersebut di atas, dengan memperhatikan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-2025 dan Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014 sebagai pedoman dalam penyusunan Rencana Strategis (Renstra) Tahun 2010-2014, Kementerian Kesehatan telah menjadikan isu gender sebagai *mainstream* dalam pembangunan kesehatan. PUG di Kementerian Kesehatan juga diperkuat dengan Kesepakatan Bersama Antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan Nomor 07/MEN.PP&PA/5/2010 – Nomor 593/MENKES/SKB/V/2010 tentang Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Bidang Kesehatan.

Sementara itu, isu kesehatan dan gender juga telah menjadi komitmen global yang dinyatakan dalam MDGs. Terdapat 5 tujuan MDGs yang berhubungan dengan bidang kesehatan, yaitu tujuan 1 (Memberantas Kemiskinan dan Kelaparan), melalui peningkatan status gizi balita, tujuan 4 (Menurunkan Kematian Anak), tujuan 5 (Peningkatan Kesehatan Ibu), tujuan 6 (Mengendalikan HIV/ AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya), serta tujuan 7 (Menjamin Kelestarian Lingkungan Hidup), melalui penyehatan lingkungan. Sedangkan isu gender tercantum pada tujuan 3 MDGs (Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan),



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

yang bersifat *cross cutting* dalam mencapai 7 tujuan lainnya dari 8 tujuan MDGs. Program dan kegiatan kesehatan yang berhubungan dengan pencapaian target MDGs selanjutnya diperkuat dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010 dan Inpres Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Yang Berkeadilan dengan 3 substansi yaitu pro rakyat, keadilan untuk semua, dan **pencapaian tujuan MDGs**.

Uraian di atas memberikan pemahaman bahwa kebijakan PUG bidang kesehatan telah mendapatkan dukungan kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang sangat kuat, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan kebijakan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan yang responsif gender. Perencanaan kesehatan yang responsif gender telah dinyatakan dalam dokumen perencanaan sebagaimana diuraikan tersebut di atas. Sedangkan dokumen penganggaran responsif gender bidang kesehatan atau disebut dengan Anggaran Responsif Gender (ARG) diamanahkan melalui Peraturan Menteri Keuangan Nomor 119 Tahun 2009 yang menetapkan Kementerian Kesehatan sebagai salah satu ujicoba penerapan ARG dari 7 Kementerian/Lembaga (K/L) yaitu Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Pekerjaan Umum, Departemen Kesehatan, Departemen Pertanian, Departemen Keuangan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, dan Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan. Selanjutnya penerapan ARG diperbarui dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104 Tahun 2010, yang kembali menetapkan 7 (tujuh) Kementerian/Lembaga pilot Tahun Anggaran 2011 (Kementerian Pertanian, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas) ditambah Kementerian/Lembaga yang menangani Bidang Perekonomian dan Bidang Politik, Sosial, dan Hukum (Polsoskum). Kedua Peraturan Menteri Keuangan dimaksud telah mengintegrasikan ARG dalam penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-KL).

Terdapat dua bentuk dokumen ARG dalam penyusunan RKA-KL, yaitu TOR responsif gender dan *Gender Budget Statement* (GBS). Dalam penelaahan RKA-KL kedua dokumen ARG tersebut merupakan bagian integral dari dokumen pendukung penelaahan RKA-KL yang menjadi syarat penelaahan RKA-KL oleh Direktorat Jenderal Anggaran, Kementerian Keuangan. Karena ARG telah menjadi bagian integral sistem perencanaan dan penganggaran Kementerian/Lembaga, maka Kementerian Kesehatan perlu menyusun panduan Perencanaan dan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Penganggaran Responsif Gender yang menjadi acuan bagi para perencana kesehatan dalam penyusunan ARG.

B. Tujuan Penyusunan Panduan

1. Memberikan panduan bagi para perencana dalam menyusun anggaran Responsif Gender (ARG) di bidang kesehatan.
2. Memampukan para perencana untuk mengintegrasikan perspektif gender dalam setiap tahapan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan.

C. Ruang Lingkup Panduan

1. Teknik analisis gender bidang kesehatan dengan menggunakan *Gender Analysis Pathway* (GAP)
2. Teknik penyusunan TOR (*Term of Reference*) responsif gender
3. Teknik penyusunan GBS (*Gender Budget Statement*)

Untuk mempermudah dan membantu para perencana memahami konsep gender dalam penyusunan ARG, maka dalam panduan ini juga disampaikan secara singkat tentang konsep gender dan isu gender dalam bidang kesehatan yang dapat dilihat pada BAB II.

D. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014.
4. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional.
5. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010.
6. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional (TKN).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/V/2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) Tahun 2005-025;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/60/ I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2010 –2014;
10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 tentang Petunjuk Penyusunan dan Penelaahan RKA-KL Tahun Anggaran 2011;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 878 Tahun 2006 tentang Tim Pengarusutamaan Gender Bidang Kesehatan (PUG-BK);
12. Kesepakatan Bersama Antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan tentang Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender di Bidang Kesehatan Nomor 07/MEN.PP&PA/5/2010 – Nomor 593/MENKES/SKBV/2010.

II. KONSEP GENDER DAN ISU GENDER BIDANG KESEHATAN

A. Konsep Gender

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 tanggung jawab perempuan dan laki-laki yang terjadi akibat dari dan dapat berubah oleh 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.

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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 pantas 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 ditekankan 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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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:

1. **Stereotipi** : menempatkan wanita sebagai makhluk lemah, makhluk yang perlu dilindungi, tidak penting, tidak punya nilai ekonomi, orang rumah, bukan pengambil keputusan, dan lain-lain.
2. **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.
3. **Marginalisasi** : terpinggirkan, tidak diperhatikan atau diakomodasi dalam berbagai hal, yang menyangkut kebutuhan, kepedulian, pengalaman, dan lain-lain.
4. **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.
5. **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 di ranah publik, tempat kerja, atau dalam kehidupan rumah tangga.

Untuk mengurangi bentuk ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender tersebut di atas, maka perlu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pembuat kebijakan (*policy maker*) dan pelaksana kebijakan tentang konsep dan isu gender, karena jika para pembuat dan pelaksana kebijakan masih memiliki pola pikir, sikap dan tingkah laku yang buta gender akan menghasilkan kebijakan netral atau bias gender karena tidak mempertimbangkan pengalaman, aspirasi, dan kebutuhan laki-laki dan perempuan yang berbeda. Untuk itu, para pembuat dan pelaksana kebijakan perlu sensitif gender agar dapat menghasilkan kebijakan, program dan kegiatan yang memastikan laki-laki dan perempuan memperoleh keadilan dan kesetaraan dalam akses, partisipasi, kontrol dan manfaat dalam setiap bidang pembangunan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. 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 mengonsumsi 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.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 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 *micronutrient* 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/AIDS dan penyakit Infeksi Menular Seksual (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 risiko, 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.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 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. Kalaupun 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 *reliable* 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 (KB) lebih fokus pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki mengakibatkan laki-laki mempunyai akses yang terbatas terhadap pelayanan KB dan mengakibatkan laki-laki mempunyai persepsi bahwa KB adalah urusan perempuan. Di samping 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 :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- a. Jam pelayanan (waktu) di sarana pelayanan kesehatan seringkali tidak sesuai dengan kesibukan ibu rumah tangga.
 - b. Dalam keadaan sakit perempuan harus mendapatkan izin 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/AIDS melalui hubungan heteroseksual. Perempuan lebih banyak terpajan 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.

III. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN RESPONSIF GENDER BIDANG KESEHATAN

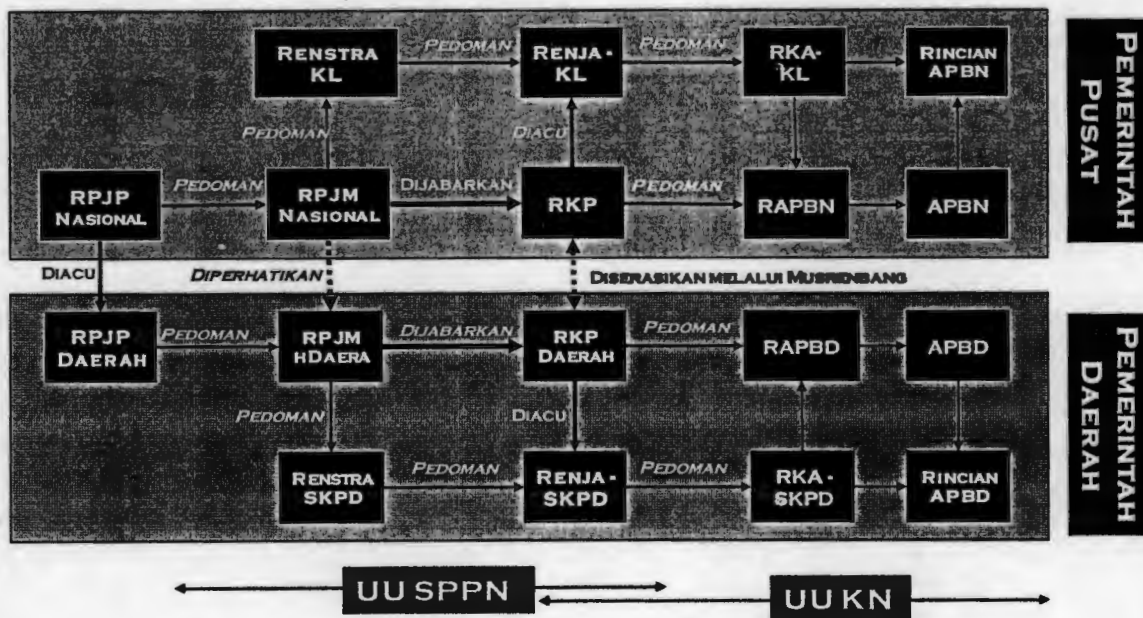
A. Sistem Perencanaan dan Penganggaran di Indonesia

Sistem perencanaan dan penganggaran nasional diatur dalam Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional seperti tertera pada bagan 1 di bawah ini :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ALUR PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN



Sumber : UU No. 25 Tahun 2004 dan UU No. 17 Tahun 2003

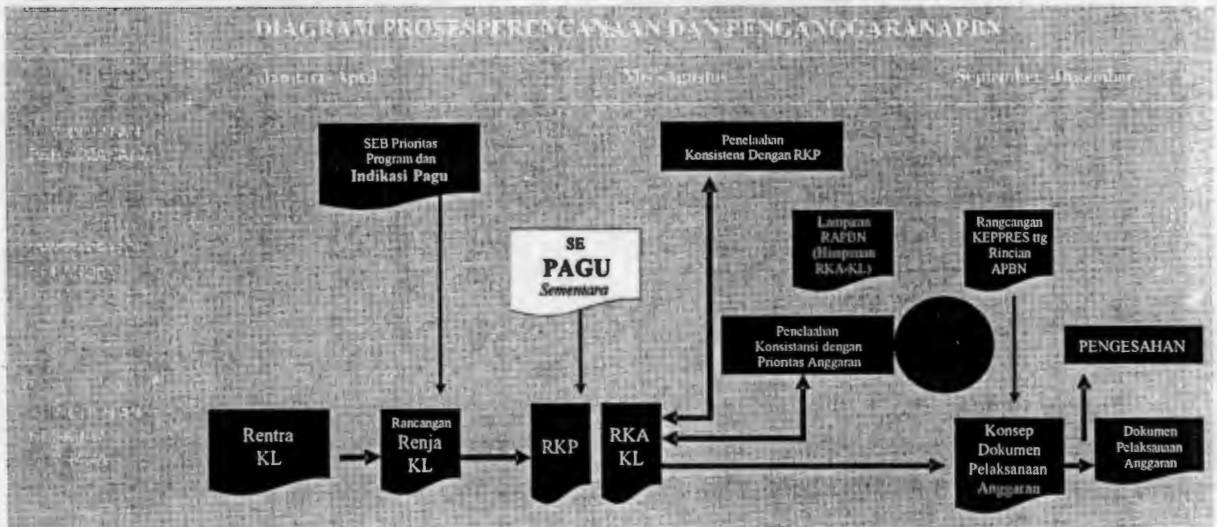
Bagan di atas memperlihatkan sistem perencanaan dan penganggaran nasional yang berlaku di pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Di bagian atas menggambarkan alur perencanaan dan penganggaran pemerintah pusat, sedangkan di bagian bawah menggambarkan alur perencanaan dan penganggaran pemerintah daerah. Dalam panduan ini, uraian akan difokuskan pada sistem perencanaan dan penganggaran di tingkat pusat, terutama untuk lingkungan Kementerian Kesehatan.

Siklus perencanaan dan penganggaran (baca tahun fiskal) di Indonesia menurut Pasal 4 Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara dimulai 1 Januari sampai 31 Desember tahun yang sama. Siklus perencanaan dan penganggaran dalam satu tahun dapat dilihat pada bagan 2 di bawah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Proses Perencanaan dan Penganggaran APBN



Bagan di atas memperlihatkan bahwa Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja K/L) harus sudah dibuat selambat-lambatnya di bulan April, dengan mengacu pada Surat Edaran Bersama Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Menteri Keuangan tentang Pagu Indikatif dan Rancangan Awal Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Atas dasar Surat Edaran Bersama tersebut diadakan Pertemuan Tiga Pihak (*Trilateral Meeting*) antara Bappenas, Kementerian Keuangan dan Kementerian/Lembaga mengenai Pembahasan Rancangan RKP dan Pagu Indikatif Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) untuk Kementerian/Lembaga tersebut. Pertemuan *trilateral meeting* menghasilkan Rancangan Rencana Kerja Kementerian/Lembaga yang merupakan perpaduan antara RKP dan Rencana Kerja Kementerian/Lembaga, yang memuat tiga hal utama yaitu; (i) kegiatan prioritas dan penganggarnya, (ii) kegiatan non prioritas dan penganggarnya, serta (iii) usulan kebijakan/kegiatan baru (inisiatif baru). Selanjutnya diadakan Rapat Koordinasi Pembangunan Tingkat Pusat dalam rangka penyusunan RKP yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden. Atas dasar RKP tersebut, selanjutnya pemerintah dan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) mengadakan rapat kerja dalam rangka Pembahasan Pembicaraan Pendahuluan Penyusunan RAPBN untuk menyepakati pokok-pokok kebijakan belanja negara. Hasil rapat kerja dengan DPR dijadikan sebagai bahan acuan penyusunan pagu sementara oleh Menteri Keuangan yang kemudian ditetapkan dengan Surat Edaran tentang Pagu Sementara Kementerian/ Lembaga.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Surat Edaran tentang pagu sementara digunakan sebagai acuan dalam menyusun RKA-KL suatu Kementerian/Lembaga, untuk selanjutnya ditelaah di Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan. Hasil penelaahan RKA-KL tersebut selanjutnya dijadikan sebagai bahan Lampiran RAPBN pada saat Presiden membacakan nota keuangan di hadapan rapat paripurna DPR pada bulan Agustus. Kegiatan selanjutnya adalah rapat kerja pemerintah bersama DPR untuk membahas RAPBN menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Pada bulan September Kementerian Keuangan menyusun Rancangan Keputusan Presiden tentang Rincian APBN. Setelah RAPBN dibahas bersama DPR, dan disahkan menjadi APBN maka ditetapkanlah pagu definitif. Atas dasar hasil rapat kerja tersebut ditetapkanlah Peraturan Presiden tentang Rincian Anggaran Pemerintah Pusat. Khusus untuk dana dekonsentrasi dan Unit Pelaksana Teknis (UPT) pusat yang berada di provinsi, Peraturan Presiden tersebut dijabarkan melalui Surat Rincian Alokasi Anggaran (SRAA) yang ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan. Atas dasar kedua dokumen tersebut (Peraturan Presiden dan SRAA), Kementerian/Lembaga menyusun Konsep Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) untuk selanjutnya ditelaah oleh Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan. Hasil penelaahan tersebut disahkan menjadi DIPA (Dokumen Pelaksanaan Anggaran) Kementerian/Lembaga oleh Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

B. Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran di Kementerian Kesehatan serta Kaitannya dengan Anggaran Responsif Gender (ARG)

Perencanaan dan penganggaran responsif gender bidang kesehatan tidak berdiri sendiri, tetapi merupakan bagian integral dari perencanaan dan penganggaran Kementerian Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada, sebagaimana dijelaskan pada Sistem Perencanaan dan Penganggaran di Indonesia. Siklus perencanaan dan penganggaran responsif gender menyesuaikan dengan siklus perencanaan dan penganggaran di Kementerian Kesehatan sebagaimana diuraikan di bawah ini :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Proses Perencanaan dan Penganggaran Kementerian Kesehatan

WAKTU	KEGIATAN	PENANGGUNG JAWAB	HASIL	PERENCANAAN DAN ANGGARAN RESPONSIF GENDER
Januari - April	<p>Penyusunan draft awal Renja K/L Kemenkes: Usulan berasal dari unit eselon II, yang kemudian direview di Setditjen/Setbadan/ Setlitjen di masing-masing unit utama. Usulan dari Unit Utama selanjutnya direview dan dikompilasi oleh Biro Perencanaan dan Anggaran.</p>	Biro Perencanaan dan Anggaran	Draft awal Renja K/L Kemenkes	Setiap unit eselon II telah melakukan perencanaan gender dengan melakukan analisis gender (metode GAP) dan telah mengidentifikasi sejumlah atau <i>list</i> Rincian Kegiatan yang responsif gender. Idealnya analisis gender dilakukan pada kegiatan prioritas.
	<p>Pembahasan rancangan awal RKP melalui Sidang Kabinet Paripurna</p>	Bappenas	SEB Pagu Indikatif dan Rancangan Awal RKP	Setelah SEB Pagu Indikatif ditetapkan dan pada saat penyusunan Renja K/L, setiap unit eselon II mereview kembali analisis gender yang telah dibuat sebelumnya dan menetapkan Rincian Kegiatan (terpilih) responsif gender.
	<p>Pertemuan <i>Trilateral Meeting</i> sebagai tindak lanjut dari SEB Pagu Indikatif dan Rancangan Awal RKP</p>	Bappenas	Dokumen <i>Trilateral Meeting</i> dalam rangka Penyusunan RKP dan Renja K/L Kemenkes	Isu gender menjadi salah satu sasaran strategis Renstra 2010-2014 yakni 'menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender, dengan menurunnya disparitas separuh dari tahun 2009. Perlu diingat bahwa kegiatan yang responsif gender tidak hanya berada di Direktorat Kesehatan Ibu saja sebagai focal point gender.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

WAKTU	KEGIATAN	PENANGGUNG JAWAB	HASIL	PERENCANAAN DAN ANGGARAN RESPONSIF GENDER
Mei - Agustus	Pertemuan Rakorbangpus tentang finalisasi RKP dan Sidang Kabinet Rancangan Akhir RKP	Bappenas	Perpres tentang RKP RKP bidang kesehatan dan Renja KL Kemenkes	Meskipun dalam Perpres RKP khususnya bidang kesehatan tidak mencantumkan secara khusus indikator gender, namun dalam perhitungan alokasi anggaran di setiap unit eselon II, telah mempertimbangkan kebutuhan anggaran Rincian Kegiatan yang responsif gender.
	Rapat kerja pemerintah dan DPR tentang Pembahasan Pembicaraan Pendahuluan Penyusunan RAPBN	Kemenkeu	SE Menkeu tentang pagu sementara	Setelah pagu sementara ditetapkan, setiap unit eselon II melakukan review kembali analisis gender yang telah dibuat (dalam hal kesesuaian pagu indikatif dan pagu sementara). Selanjutnya menyusun ARG (TOR responsif gender dan GBS) sebagai dokumen pendukung RKA-KL beserta RAB.
	Penelaahan RKA-KL di DJA Kemenkeu	Biro Perencanaan dan Anggaran (Kemenkes), Bagian PI/PA (Unit Utama)	RKAKL Kemenkes yang disetujui oleh DJA, dan dijadikan sebagai dasar RAPBN	Perencana di unit eselon II mengikuti penelaahan RKA-KL dan memberikan penjelasan yang dibutuhkan atas pertanyaan penelaah DJA tentang relevansi indikator kinerja - TOR responsif gender - GBS. (lihat tata cara penelaahan pada Bab V Sub-Bab F)
	Pidato presiden tentang RAPBN	Kementerian Keuangan - Sekretariat Negara	Nota Keuangan tentang tentang RAPBN	



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

WAKTU	KEGIATAN	PENANGGUNG JAWAB	HASIL	PERENCANAAN DAN ANGGARAN RESPONSIF GENDER
September - Desember	Rapat kerja pemerintah dan DPR untuk pembahasan RAPBN menjadi APBN	Kementerian Keuangan	Perpres tentang Rincian Anggaran Pemerintah Pusat (Pagu Definitif)	
	Review RKA-KL Kemenkes tentang kesesuaian pagu sementara dan pagu definitif	Biro Perencanaan dan Anggaran (Kemenkes), bagian PI/PA (Unit Utama)	Konsep DIPA	
	Penelaahan Konsep DIPA oleh DJPB Kemenkeu	DJPB Kemenkeu	Pengesahan DIPA	

Pada bulan Maret Biro Perencanaan dan Anggaran telah melakukan kompilasi draft awal Renja K/L Kementerian Kesehatan, atas usulan dari penanggung jawab program pada masing-masing Unit Utama. Pada saat penyusunan draft awal Renja K/L tersebut, penanggung jawab program di setiap unit eselon II telah melakukan analisis GAP dan mengidentifikasi sejumlah/ list Rincian Kegiatan yang responsif gender.

Setelah terbitnya Surat Edaran Bersama Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Menteri Keuangan tentang Pagu Indikatif dan Rancangan Awal RKP dan telah dilaksanakannya Pertemuan Tiga Pihak (*Trilateral Meeting*) antara Bappenas-Kementerian Keuangan-Kementerian Kesehatan, selanjutnya disusun Renja K/L Kementerian Kesehatan. Renja tersebut merupakan penyempurnaan atas draft awal Renja, yang diusulkan oleh Perencana Internal (PI/PA) untuk selanjutnya direview dan dikompilasi oleh Biro Perencanaan dan Anggaran. Renja K/L ini disamping mengacu pada RKP juga disusun mengacu kepada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014.

Pada saat penyusunan Renja K/L tersebut, penanggung jawab program mereview kembali hasil analisis GAP dan menetapkan Rincian Kegiatan yang responsif gender. Artinya, berdasarkan pagu indikatif yang diterima, pilihan/prioritas Rincian Kegiatan responsif gender telah disesuaikan dengan jumlah pagu yang diterima.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Setelah pagu sementara ditetapkan melalui Surat Edaran Menteri Keuangan, selanjutnya setiap eselon II menyusun RKA-KL. Salah satu dokumen pendukung RKA-KL adalah *Term of Reference (TOR) Responsif Gender dan Gender Budget Statement (GBS)*. Kedua dokumen ARG tersebut merupakan lanjutan dari hasil analisis GAP, dengan Rincian Kegiatan yang telah disesuaikan dengan pagu sementara.

Proses selanjutnya adalah penelaahan RKA-KL dengan Kementerian Keuangan c.q. Direktorat Jenderal Anggaran dengan meneliti : kesesuaian dengan pagu sementara, prakiraan maju yang telah ditetapkan tahun sebelumnya dan standar biaya; kesesuaian dengan KAK/TOR, RAB dan atau dokumen pendukung terkait; relevansi pencantuman target kinerja dan komponen masukan (*input*) yang digunakan; kesesuaian dengan hasil kesepakatan antara Kementerian Kesehatan dan komisi terkait di DPR. Pada proses penelaahan RKA-KL, perencana di masing- masing unit eselon II dan dibantu oleh Bagian PI/PA akan memberikan penjelasan yang dibutuhkan tentang relevansi antara TOR responsif gender dan GBS, serta dukungan detil kegiatan (Rincian Kegiatan) yang responsif gender terhadap pencapaian target indikator kinerja kegiatan (lihat tata cara penelaahan pada Bab V Sub-Bab F).

Himpunan RKA-KL termasuk Kementerian Kesehatan akan menjadi lampiran RAPBN. Pada bulan Agustus disampaikan nota keuangan RAPBN beserta lampirannya oleh Presiden. Selanjutnya pada periode September sampai Desember setelah dilakukan pembahasan RAPBN di DPR, penetapan pagu definitif serta disahkannya Undang-undang tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Atas dasar dokumen APBN tersebut, perencana di masing-masing eselon II menyusun Konsep DIPA dan selanjutnya ditelaah di Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan. Jika konsep DIPA telah sesuai dengan pagu definitif yang dimaksud dalam Undang-undang tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, maka DIPA disahkan oleh Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

IV. ANGGARAN RESPONSIF GENDER (ARG) BIDANG KESEHATAN

A. Definisi Operasional ARG

Anggaran Responsif Gender (ARG) merupakan sistem penganggaran yang mengakomodasikan keadilan bagi perempuan dan laki-laki dalam memperoleh akses, manfaat, berpartisipasi dalam mengambil keputusan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dan mengontrol terhadap sumber-sumber daya serta kesetaraan terhadap kesempatan dan peluang dalam memilih dan menikmati hasil pembangunan bidang kesehatan.

B. Pentingnya ARG

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 tentang Petunjuk Penyusunan dan Penelaahan RKA-KL Tahun Anggaran 2011 telah mengamanatkan penyusunan ARG. Dalam Peraturan Menteri Keuangan tersebut secara eksplisit dinyatakan bahwa penyusunan anggaran perlu didahului oleh analisis gender. Bahkan sebelumnya dalam Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional, analisis gender wajib digunakan dalam perencanaan dan penganggaran.

Perencanaan dan penganggaran responsif gender merupakan instrumen untuk mengatasi adanya kesenjangan akses, partisipasi, kontrol dan manfaat pembangunan bagi laki-laki dan perempuan yang selama ini masih senjang akibat konstruksi sosial-budaya. Tujuannya adalah mewujudkan anggaran yang lebih berkeadilan. Perencanaan dan penganggaran responsif gender bukanlah tujuan, melainkan merupakan sebuah kerangka kerja atau alat analisis untuk mewujudkan keadilan dalam penerimaan manfaat pembangunan. Perencanaan dan penganggaran responsif gender bukanlah sebuah proses yang terpisah dari sistem yang sudah ada atau terlebih diartikan sebagai rencana dan anggaran khusus untuk perempuan yang terpisah dari laki-laki.

Dalam kaitannya dengan isu kesehatan, perencanaan dan penganggaran responsif gender akan berkontribusi terhadap peningkatan kesempatan memperoleh layanan kesehatan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat baik laki-laki maupun perempuan. Melalui analisis gender akan diketahui perbedaan dan kebutuhan kesehatan laki-laki dan perempuan yang ada yang dijadikan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran yang responsif gender yang bertujuan untuk meningkatkan pencapaian target kinerja kegiatan (*output*) dan program (*outcome*) sebagaimana dinyatakan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014.

Perencanaan dan penganggaran merupakan dua proses yang saling terkait dan terintegrasi. Berikut beberapa konsep tentang perencanaan dan penganggaran responsif gender:

Pertama, perencanaan responsif gender merupakan suatu proses pengambilan keputusan untuk menyusun program, proyek ataupun kegiatan yang akan dilaksanakan di masa mendatang untuk menjawab isu-isu atau permasalahan gender di masing-masing sektor.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Kedua, perencanaan responsif gender adalah perencanaan yang dilakukan dengan memasukkan perbedaan-perbedaan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan perempuan dan laki-laki dalam proses penyusunannya.

Ketiga, penganggaran responsif gender merupakan pengarusutamaan gender ke dalam siklus penganggaran yang terdiri atas perencanaan, pembahasan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Penganggaran responsif gender akan menghasilkan anggaran responsif gender.

Keempat, anggaran responsif gender adalah anggaran yang responsif terhadap kebutuhan laki-laki dan perempuan serta memberi manfaat kepada laki-laki dan perempuan secara setara.

Ciri utama **Anggaran responsif gender** adalah menjawab kebutuhan perempuan dan laki-laki, serta memberikan manfaat kepada perempuan dan laki-laki secara setara. Melalui anggaran responsif gender kesenjangan gender diharapkan dapat dihilangkan atau setidaknya dapat dikurangi.

C. Tujuan ARG

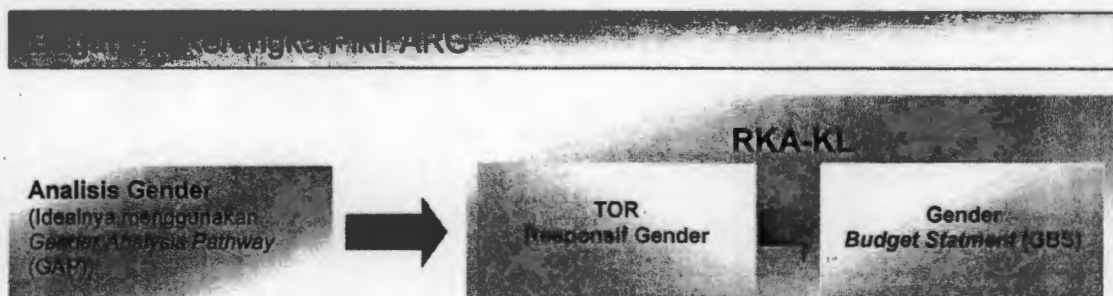
1. **Melakukan analisis gender** untuk mengetahui peran dan relasi gender perempuan dan laki-laki yang mempengaruhi status dan kebutuhan kesehatan mereka.
2. Melakukan perencanaan kebijakan, program dan kegiatan bidang kesehatan yang menciptakan akses, partisipasi, manfaat, dan kontrol terhadap upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang setara antara perempuan dan laki-laki sehingga perempuan dan laki-laki sesuai dengan status dan kebutuhan kesehatan mereka.
3. Menyusun anggaran (RKA-KL) berdasarkan hasil analisis gender untuk mencapai target indikator kinerja program dan kegiatan yang adil terhadap perempuan dan laki-laki.
4. Menjadi alat monitoring dan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan kesehatan, khususnya dalam menurunkan kesenjangan status kesehatan antara perempuan dan laki-laki.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. Letak dan Tahapan ARG

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 ARG melekat pada struktur anggaran (program, kegiatan, dan *output*) yang ada dalam RKA-KL. Suatu *output* yang dihasilkan oleh kegiatan akan mendukung pencapaian hasil (*outcome*) program. Hanya saja muatan substansi/ materi *output* yang dihasilkan tersebut dilihat dari sudut pandang (perspektif) gender. Tahapan atau kerangka pikir ARG adalah sebagaimana bagan berikut.



Berdasarkan bagan 4 di atas, ARG merupakan bagian dari RKA-KL yang mensyaratkan penyusunan 2 (dua) dokumen yaitu TOR Responsif Gender dan GBS. TOR Responsif Gender dan GBS yang benar didahului dengan Analisis Gender, yang idealnya menggunakan GAP.

E. Kategori ARG

Anggaran responsif gender dibagi atas 3 kategori, yaitu:

1. **Anggaran khusus target gender**, yaitu alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk memenuhi kebutuhan dasar khusus perempuan atau laki-laki.

Contoh : Program *Making Pregnancy Safer* (MPS), pengadaan kondom gratis bagi laki-laki, dan lain-lain.

2. **Anggaran kesetaraan gender**

Anggaran kesetaraan gender merupakan alokasi anggaran untuk mengatasi masalah kesenjangan gender. Melalui analisis gender akan diketahui adanya kesenjangan dalam relasi antara laki-laki dan perempuan dalam akses, partisipasi, kontrol dan manfaat terhadap sumber daya. Kategori ARG ini juga termasuk untuk alokasi program/kegiatan untuk keperluan kebutuhan strategis gender, untuk mengejar kekurangan/ ketertinggalannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Contoh : program beasiswa dengan kuota khusus bagi perempuan/laki-laki untuk mencapai kesetaraan partisipasi dan manfaat dalam jenjang pendidikan tertentu, suami siaga, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan laki-laki untuk daerah terisolasi, jumantik (juru pemantau jentik) laki-laki dan perempuan di setiap RT.

3. **Anggaran pelembagaan kesetaraan gender.** Merupakan alokasi anggaran untuk penguatan kelembagaan PUG.

Contoh : Penyusunan Pedoman PUG dan PPRG bidang Kesehatan, Diklat PUG-BK, penyusunan profil kesehatan dengan data terpilah berdasarkan jenis kelamin.

F. Prinsip – Prinsip ARG

ARG adalah instrumen untuk menjadikan keseluruhan perencanaan dan penganggaran pembangunan memberikan manfaat secara adil bagi perempuan dan laki-laki. Untuk itu, oleh Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010, ARG telah diadopsi sebagai salah satu pendekatan baru dalam perencanaan dan penganggaran pembangunan disamping Pendekatan Penganggaran Terpadu (*Unified Budget*), Pendekatan Penganggaran Berbasis Kinerja/PBK (*Performance Based Budgeting*), dan Pendekatan Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah/KPJM (*Medium Term Expenditure Framework*), yang telah diamanahkan dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

ARG bukan fokus pada penyediaan anggaran dengan jumlah tertentu untuk pengarusutamaan gender, tetapi bagaimana anggaran keseluruhan dapat memberikan manfaat yang adil untuk laki-laki dan perempuan. Karena itu, agar tidak disalahpahami, Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010 menekankan prinsip-prinsip ARG sebagai berikut:

1. ARG bukanlah anggaran yang terpisah untuk laki-laki dan perempuan;
2. ARG sebagai pola anggaran yang akan menjembatani kesenjangan status, peran dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan;
3. ARG bukanlah dasar yang “valid” untuk meminta tambahan alokasi anggaran;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Adanya ARG tidak berarti adanya penambahan dana yang dikhususkan untuk program perempuan;
5. Bukan berarti bahwa alokasi ARG hanya berada dalam program khusus pemberdayaan perempuan;
6. ARG bukan berarti ada alokasi dana 50% laki-laki – 50% perempuan untuk setiap kegiatan;
7. Tidak harus semua program dan kegiatan mendapat koreksi agar menjadi responsif gender, namun ada juga kegiatan yang netral gender.

G. Prasyarat ARG

Pada dasarnya setiap perencanaan dan penganggaran program diharapkan bisa menerapkan ARG, namun demikian penerapan ARG bisa berlangsung dengan baik apabila didukung dengan prasyarat sebagai berikut:

1. Kemauan politik yang tertera dalam dokumen perencanaan strategis suatu Kementerian/Lembaga termasuk kemauan dari para perencana program di K/L untuk menerapkan ARG;
2. Ketersediaan data yang terpilah menurut jenis kelamin;
3. Sumber daya manusia yang memadai (perencana dan penanggung jawab program yang mampu melakukan analisis gender);
4. Kemampuan untuk mengembangkan dan melakukan pemantauan dan evaluasi kebijakan, program dan kegiatan yang responsif gender.

V. TAHAPAN PENYUSUNAN ARG BIDANG KESEHATAN

A. 3 (tiga) Tahapan Penyusunan ARG

Penyusunan ARG terdiri dari 3 tahapan:

1. Lakukan Analisis Gender, dengan *Gender Analysis Pathway* (GAP)
2. Lakukan penyusunan *Term of Reference* (TOR)
3. Lakukan penyusunan *Gender Budget Statement* (GBS).

B. Teknik Melakukan Analisis Gender dengan metode GAP

Kunci dari penerapan anggaran responsif gender adalah dilakukannya analisis situasi yang memadai yang mampu memotret dan mendiagnosis kesenjangan yang mungkin ada berkaitan dengan situasi kesehatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

perempuan dan laki-laki dalam berbagai aspek. Analisis digunakan untuk mengidentifikasi kesenjangan situasi perempuan dan laki-laki serta faktor-faktor kebijakan dan praktik sosial, ekonomi dan budaya yang menyebabkannya.

Analisis Gender bidang kesehatan adalah proses mengidentifikasi, menganalisis, dan memberikan informasi untuk melakukan tindakan dalam rangka memperbaiki ketidakseimbangan yang timbul dari perbedaan peran gender perempuan dan laki-laki atau ketidasetaraan kekuasaan di antara keduanya, serta konsekuensinya terhadap kehidupan mereka, status kesehatan dan kesejahteraannya.

Analisis Gender bidang kesehatan menekankan pentingnya ketidaksetaraan gender dalam hubungannya dengan rendahnya status kesehatan perempuan, hambatan yang dihadapi perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan bagaimana caranya mengatasi permasalahan tersebut. Analisis gender juga berupaya mengungkapkan faktor risiko kesehatan dan permasalahannya yang dihadapi oleh laki-laki sehubungan dengan peran gender mereka (WHO, 1999).

Ada berbagai macam instrumen analisis gender, seperti *Problem Based Approach* (Proba), *Moser Gender Analysis*, *Gender Analysis Pathway* (GAP), dan lain-lain.

GAP adalah instrumen yang dikembangkan oleh BAPPENAS bersama Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan sudah banyak digunakan sebagai instrumen analisis gender terhadap kegiatan pembangunan di Indonesia.

1. Aplikasi 9 Langkah dalam GAP

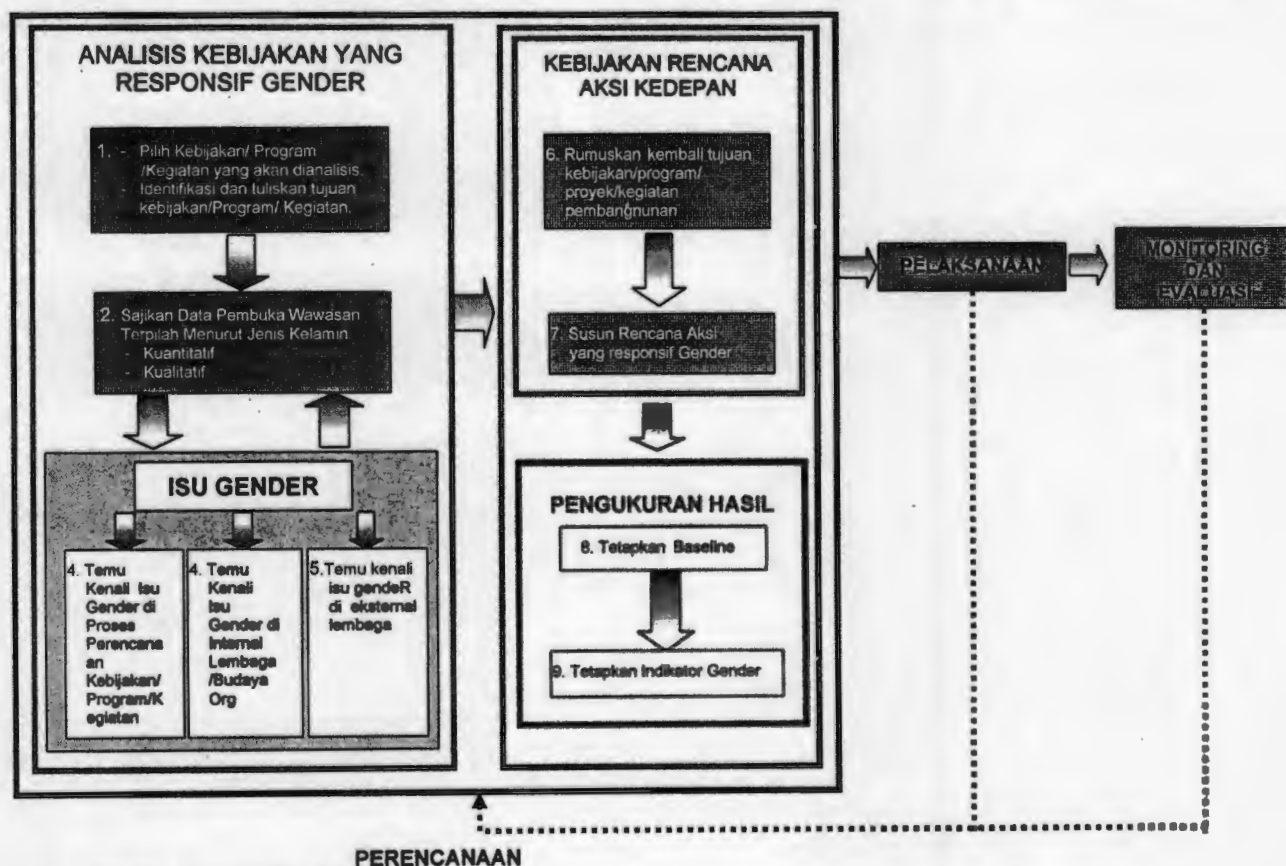
GAP merupakan salah satu alat analisis gender yang dapat digunakan untuk mereview kebijakan, dan atau program dan kegiatan bidang kesehatan. Analisis gender dilakukan secara sekuensial mulai dari tahap identifikasi tujuan, analisis situasi, penentuan Rincian Kegiatan, sampai monitoring dan evaluasi. Karena tahapan siklus perencanaan tersebut disajikan dalam matriks yang sama, akan memudahkan perencana kesehatan untuk melihat relevansi dan konsistensi antara tahapan satu dengan tahapan lainnya sehingga membentuk sekuensial yang utuh dari kebijakan atau program dan kegiatan sehingga responsif gender.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Keunggulan lainnya adalah GAP mempunyai fleksibilitas yang tinggi dalam penggunaannya. Analisis ini dapat digunakan pada level kebijakan, baik kebijakan strategis, kebijakan manajerial, maupun kebijakan operasional. Alat analisis ini dapat juga digunakan pada level program dan atau kegiatan, bahkan sampai pada level *output* dan *sub output*.

Alat Kerja Analisis Gender (Gender Analysis Pathway = GAP)



Sumber : Bappenas-CIDA, 2007

Terdapat dua kerangka analisis dalam GAP yaitu analisis kebijakan/program/ kegiatan yang responsif gender, dan penetapan Rincian Kegiatan kebijakan/ program/kegiatan ke depan. Langkah selanjutnya setelah proses perencanaan, sesuai dengan siklus manajemen program adalah pelaksanaan dan monitoring evaluasi.

Dari perspektif proses perencanaan program, terdapat lima bagian GAP, yaitu:

- a. Mengidentifikasi tujuan kebijakan/program dan kegiatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- b. Menyajikan data pembuka wawasan (data yang menunjukkan situasi perempuan dan laki-laki dalam kaitannya dengan tujuan kebijakan/program dan kegiatan).
- c. Mengidentifikasi isu gender, melalui identifikasi isu ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender dalam bidang kesehatan, identifikasi penyebab ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender tersebut atas dua faktor utama, yaitu internal kesehatan dan eksternal kesehatan.
- d. Menentukan desain kebijakan/program dan kegiatan sehingga responsif gender, meliputi penentuan tujuan dan Rincian Kegiatan atau intervensi yang akan dilaksanakan, untuk mengatasi isu kesenjangan gender yang terjadi.
- e. Menentukan indikator responsif gender yang akan digunakan dalam monitoring dan evaluasi kebijakan/program dan kegiatan.

Gender Analysis Pathway memiliki alur kerja 9 langkah yang dapat digambarkan dalam Bagan 6 sebagai berikut:

Bagan 6 Gender (Gender Analysis Pathway = GAP)

LANGKAH								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pilih Kebijakan Program/ Kegiatan yang akan dianalisis	Data Pembuka Wawasan	Isu Gender			Kebijakan dan Rencana Ke Depan		Pengukuran Hasil	
		Faktor Kesenjangan	Sebab Kesenjangan Internal	Sebab Kesenjangan Eksternal	Reformulasi Tujuan	Rincian Kegiatan/ Rencana Aksi	Data Dasar (Base-line)	Indikator Gender
Identifikasi dan tuliskan tujuan dari Kebijakan/ Program/ Kegiatan	Sajikan data pembuka wawasan yang terpilah menurut jenis kelamin -kuantitatif -kualitatif	Temukenali isu gender di proses perencanaan dengan memperhatikan 4 (empat) faktor kesenjangan yaitu akses, partisipasi, kontrol dan manfaat.	Temukenali isu gender di internal lembaga dan/ atau budaya organisasi yang dapat menyebabkan terjadinya isu gender	Temukenali isu gender di eksternal lembaga pada proses pelaksanaan	Rumuskan kembali tujuan kebijakan/ program/ kegiatan sehingga menjadi responsif gender	Tetapkan Rincian Kegiatan yang responsif gender	Tetapkan base-line	Tetapkan Indikator gender



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Langkah 1.

- a. **Pilih kebijakan atau program dan kegiatan yang telah ada.**
Kebijakan yang dipilih dapat berupa peraturan perundang-undangan bidang kesehatan, termasuk Renstra, Renja K/L dan lain-lain. Jika program memiliki struktur **kegiatan** yang kompleks, maka GAP dapat digunakan pada **level di bawah kegiatan**.
Contohnya : **Kegiatan** Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, dapat dipilih pengendalian penyakit DBD, atau malaria, flu burung, dan lain-lain, dengan alasan antara penyakit menular tersebut mempunyai struktur dan permasalahan kesehatan yang spesifik, dan isu gendernya pun berbeda.
- b. **Tuliskan tujuan dari kebijakan/program/kegiatan pada kolom 1.**
Jika yang dipilih adalah pengendalian penyakit DBD, maka merujuk pada dokumen Renstra Kemenkes 2010-2014 dan Renja K/L.
Contoh :
Program : Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Kegiatan : Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang
Tujuan adalah indikator kinerja kegiatan yang terkait dengan pengendalian penyakit DBD dengan merubah menjadi kata "kerja aktif" di depan kalimat:
- Menurunkan* angka kesakitan DBD dari 55 menjadi 54 per 100.000 penduduk pada tahun 2011; (*lampiran 1 hal. 14 Renstra Kemenkes Tahun 2010-2014*).
 - Meningkatkan* persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) dari 60% menjadi 70% pada tahun 2011 (*lampiran 1 hal. 14 Renstra Kemenkes Tahun 2010-2014*).
 - Meningkatkan* persentase kabupaten/kota yang melakukan *mapping* vektor dari 30 menjadi 40; (*diambil dari Renstra Kesehatan 2010-2014, hal 81 point B.3.3. Indikator a*)

Langkah 2.

Sajikan data pembuka wawasan yang terpilah menurut jenis kelamin untuk melihat isu kesenjangan gendernya.

Data dan informasi dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif, atau gabungan keduanya yang terkait dengan tujuan yang ada dalam langkah 1. Sumber data dapat berasal dari berbagai sumber yang *valid* dan *up to date* yang berasal dari Sistem Informasi Kesehatan (berbasis fasilitas), maupun hasil survei (berbasis komunitas), hasil-hasil penelitian lainnya dan informasi dari media. Data dapat berasal



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dari data primer ataupun sekunder, baik yang dilaksanakan sendiri oleh pengelola program maupun oleh pihak lain.

Contoh untuk pengendalian DBD :

- a) Angka Kesakitan dan tingkat keparahan laki-laki dan perempuan, juga menurut kelompok umur.
- b) Angka Kematian laki-laki dan perempuan, juga menurut kelompok umur.
- c) Data atau hasil survei tentang pengetahuan, sikap dan perilaku terpilah laki-laki dan perempuan.
- d) Angka Response Time Penderita di sarana pelayanan kesehatan terpilah laki-laki dan perempuan dan lain-lain (*sebagaimana kolom 2 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir*)

Langkah 3.

Temu kenali isu gender pada proses perencanaan kebijakan, program dan kegiatan dengan menganalisis data pembuka wawasan dengan memperlihatkan empat faktor kesenjangan gender, yaitu : Akses, Partisipasi, Manfaat, Kontrol. Kesenjangan gender dapat dilihat dari dua sisi yaitu : (i) penanggung jawab atau pengelola program, dan (ii) *beneficiaries* (masyarakat).

- Akses :

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

Contoh : *sebagaimana kolom 3 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

- Partisipasi :

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Contoh : *sebagaimana kolom 3 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

- Manfaat :

Ditujukan untuk mengetahui apakah laki-laki dan perempuan diuntungkan dalam upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) baik dari sisi *beneficiaries* (penerima manfaat) maupun *provider* (penyedia layanan kesehatan). Manfaat pelayanan kesehatan dari perspektif gender dapat dilihat dari sisi *Practical Gender Needs* (kebutuhan praktis gender) maupun *Strategic Gender Need* (kebutuhan strategis gender). Contoh : lihat kolom 3 pada Contoh Aplikasi GAP.

Kebutuhan Praktis Gender adalah kebutuhan yang bersifat segera dan didasarkan pada kondisi nyata perempuan dan laki-laki tanpa mempersoalkan ada atau tidaknya faktor-faktor ketidakadilan yang mungkin ada antara keduanya. Contoh : bantuan dana transportasi untuk wanita hamil risiko tinggi ke sarana pelayanan kesehatan; deteksi dini kanker prostat pada laki-laki, aroma *repellent* nyamuk dibuat sesuai aroma maskulin untuk meningkatkan pengguna repellent pada konsumen laki-laki di daerah endemis, dan lain-lain.

Kebutuhan Strategis Gender adalah kebutuhan yang didasarkan pada analisis tentang ketidakadilan gender dan faktor-faktor yang menyebabkannya, dan pemenuhannya dimaksudkan untuk mengubah ketidakadilan yang mungkin ada dalam konteks relasi laki-laki dan perempuan. Contoh : Suami siaga dalam program Perencanaan Persalinan dan Penanganan Komplikasi (P4K), keterwakilan wanita sebanyak 30 % dalam kepengurusan kelompok pemakai air bersih di pedesaan, dan lain-lain.

- Kontrol :

Ditujukan untuk mengetahui siapa (laki-laki atau perempuan) yang menentukan keputusan terhadap pengalokasian dan penggunaan sumber daya yang tersedia di tingkat rumah tangga, komunitas, pemerintahan yang berhubungan dengan upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).

Contoh : *sebagaimana kolom 3 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

Langkah 4.

Temukenali faktor-faktor di internal lembaga (Institusi kesehatan) dan atau budaya organisasi yang dapat menyebabkan terjadinya kesenjangan gender. Sumber penyebab kesenjangan gender secara



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

internal dapat berbentuk : produk hukum, kebijakan, desain program dan kegiatan sesuai siklus perencanaan dan siklus manajemen program, pemahaman pengelola program tentang konsep gender yang masih kurang (baik pada level pengambil keputusan maupun pelaksana kebijakan), *political will* dari pengambil keputusan, dukungan penelitian dan pengembangan kesehatan, dan lain-lain.

Contoh : *sebagaimana kolom 4 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

Langkah 5.

Temukenali faktor-faktor di eksternal lembaga dan atau budaya organisasi yang dapat menyebabkan terjadinya kesenjangan gender. Sumber penyebab kesenjangan gender secara eksternal (di luar lembaga/institusi kesehatan) yang dapat terjadi pada level rumah tangga, komunitas, pemerintahan (di luar sektor kesehatan), dan pasar, bahkan isu internasional. Ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender dapat disebabkan oleh budaya patriarki, peran dan relasi gender, diskriminasi gender (stereotipi, subordinasi, beban ganda, marginalisasi, kekerasan terhadap perempuan) yang terjadi di rumah tangga, komunitas, pemerintahan dan pasar.

Contoh : *sebagaimana kolom 5 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

Langkah 6.

Merumuskan kembali tujuan kebijakan/program/kegiatan pelayanan kesehatan pada langkah 1 sehingga responsif gender. Pada langkah ini tujuan pada langkah 1 pada ditulis ulang, lalu direview kembali dengan melihat hasil analisis pada langkah 2 sampai 5. Hasil review digunakan untuk mereformulasi **sub-tujuan** baru yang telah responsif gender. Reformulasi **sub-tujuan** yang baru menjawab kesenjangan yang diidentifikasi pada Langkah 2 sampai 5. Reformulasi **sub-tujuan** harus mendukung tercapainya **tujuan semula** pada langkah 1. Pada saat menyusun **sub-tujuan** sebaiknya mempertimbangkan *feasibility objectives* dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya yang ada seperti ketersediaan anggaran, SDM, sarana dan prasarana pendukung, dukungan kebijakan dan waktu yang tersedia.

Contoh: *sebagaimana kolom 6 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Langkah 7.

Menyusun rincian kegiatan yang responsif gender. Rincian kegiatan merupakan rincian kegiatan bidang kesehatan yang dilakukan untuk mencapai **sub-tujuan yang telah responsif gender** sebagaimana ditulis pada langkah 6.

Rincian kegiatan merupakan solusi atau pemenuhan terhadap isu *Practical Gender Needs* dan *Strategic Gender Needs* dan atau solusi atas isu kesejangan empat faktor yaitu Akses, Partisipasi, Manfaat, Kontrol untuk mencapai **sub-tujuan baru** pada langkah 6. Sebagaimana proses perencanaan lainnya, rincian kegiatan yang disusun tetap mempertimbangkan ketersediaan sumber daya yang ada, baik sumber daya pada penanggungjawab/pengelola program, maupun sumber daya yang ada pada masyarakat (*beneficiaries*).

Contoh : *sebagaimana kolom 7 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

Catatan: Rincian kegiatan yang diusulkan disesuaikan dengan pagu anggaran yang diterima (pagu indikatif, pagu sementara, pagu definitif).

Langkah 8.

Menetapkan baseline indikator responsif gender.

Baseline indikator ditujukan untuk mengetahui kemajuan intervensi kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian tujuan yang responsif gender (langkah 6). *Baseline* digunakan sebagai titik awal capaian kinerja. Baseline indikator dapat saja berasal dari data pembuka wawasan yang tercantum pada langkah 2.

Catatan: jika muncul indikator baseline baru, cantumkan rincian kegiatan untuk pengumpulan data (kembali ke langkah 7).

Contoh : *sebagaimana kolom 8 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.*

Langkah 9.

Menetapkan indikator responsif gender untuk mengukur keberhasilan pencapaian sub tujuan baru pada langkah 6 (*disebut "indikator sub-tujuan"*) dan rincian kegiatan pada langkah 7 (*disebut "indikator rincian kegiatan"*). Indikator 9 berbeda dengan indikator pada langkah 1. Sub-tujuan baru pada langkah 6 diubah menjadi pernyataan indikator sub-tujuan. Penyusunan indikator harus



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

mengikuti kriteria penyusunan indikator yang baik (SMART, atau kriteria lainnya).

Contoh : sebagaimana kolom 9 Contoh Aplikasi GAP yang tercantum dalam Formulir 1 terlampir.

C. Teknik menyusun TOR Responsif Gender

Kerangka Acuan Kerja atau *Term of Reference* yang selanjutnya disebut KAK/TOR adalah dokumen yang menginformasikan gambaran umum dan penjelasan mengenai indikator kinerja kegiatan/indikator sub-tujuan dan indikator rincian kegiatan yang akan dicapai sesuai dengan tugas dan fungsi kementerian negara/lembaga.

TOR memuat latar belakang, penerima manfaat, strategi pencapaian, dan biaya/anggaran yang diperlukan.

Dalam TOR harus jelas 5W (*Why, What, Who, When, Where* + 2 H (*How to do dan How much*)).

TOR responsif gender adalah TOR yang memasukkan data (GAP langkah 2 dan langkah 8) dan analisis AKMP (Akses, Kontrol, Manfaat, dan Partisipasi) yang dilakukan di GAP langkah 3-5 sebagai latar belakang.

GAP langkah 6 dan langkah 9 dapat dimasukkan sebagai tujuan dalam TOR.

GAP langkah 7 (rincian kegiatan) dimasukkan sebagai proses pelaksanaan dalam TOR dengan identifikasi kelompok sasaran serta menjelaskan keterwakilan dan keterlibatan aktif laki-laki dan perempuan.

Untuk lebih jelasnya, maka berikut ini disampaikan format TOR Responsif gender lengkap.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KAK/ TOR PER KELUARAN/OUTPUT KEGIATAN

Kementerian Negara/ Lembaga	:	.....	(1)
Unit Eselon I	:	.....	(2)
Program	:	.....	(3)
Hasil	:	.....	(4)
Unit Eselon II/ Satker	:	.....	(5)
Kegiatan	:	.....	(6)
Indikator Kinerja Kegiatan	:	.....	(7)
Satuan ukur dan Jenis Keluaran	:	.....	(8)
Volume	:	.....	(9)
A. Latar Belakang				
1. Dasar Hukum Tugas Fungsi/ Kebijakan	.....		(10)
2. Gambaran Umum	.....		(11)
B. Tujuan dan Penerima Manfaat				(12)
C. Strategi Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan				
1. Metode Pelaksanaan	.....		(13)
2. Tahapan dan Waktu Pelaksanaan	.....		(14)
D. Waktu Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan				(15)
E. Rencana Anggaran Biaya (RAB)				(16)
Penanggung Jawab (17)				
NIP.				(18)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Penjelasan point per point :

No.	Uraian
(1)	Diisi nama kementerian negara/ lembaga
(2)	Diisi nama unit eselon I.
(3)	Diisi nama program sesuai hasil restrukturisasi program
(4)	Diisi dengan <i>outcome</i> yang akan dicapai dalam program
(5)	Diisi nama unit eselon II.
(6)	Diisi nama kegiatan sesuai hasil restrukturisasi kegiatan
(7)	Diisi uraian indikator kinerja kegiatan
(8)	Diisi nama satuan ukur dan jenis keluaran kegiatan
(9)	Diisi jumlah volume keluaran kegiatan. Volume yang dihasilkan bersifat kuantitatif yang terukur Contoh : 5 peraturan, 200 orang peserta, 33 laporan
(10)	Diisi dengan dasar hukum tugas fungsi dan/ atau ketentuan yang terkait langsung dengan kegiatan yang akan dilaksanakan.
(11)	Gambaran Umum : Diisi dengan jenis kegiatan yang akan dilaksanakan serta penjelasan target indikator kinerja kegiatan yang akan dicapai. Pada bagian ini menjelaskan <i>What</i> dan <i>Why</i> , apakah telah menjelaskan tentang permasalahan yang dihadapi oleh kelompok sasaran, baik laki-laki dan perempuan dengan didukung data terpilah dan mengidentifikasi isu kesenjangan gendernya yang menyebabkan <i>outcome/output program</i> dan target indikator kinerja kegiatan belum tercapai. Kesenjangan gender diperoleh dari hasil analisis gender, yang mengeksplorasi mengapa (<i>why</i>) hal tersebut bisa terjadi. Selanjutnya menjelaskan tentang langkah apa (<i>what</i>) yang akan dilakukan untuk mengatasi kesenjangan gender tersebut, dengan target sasaran perempuan dan laki-laki (masih menggunakan data hasil analisis gender).
(12)	Diisi dengan tujuan dan penerima manfaat baik internal dan atau eksternal K/L, dengan membedakan sasaran perempuan dan laki-laki. Tujuan memberikan informasi tentang manfaat yang akan diterima kelompok sasaran, baik laki-laki maupun perempuan (pertanyaan <i>Who</i> tapi pada level indikator). Penerima manfaat merujuk kepada pencapaian target Indikator kinerja kegiatan terpilah menurut kelompok laki-laki dan perempuan.
(13)	Diisi dengan cara pelaksanaannya berupa kontraktual atau swakelola. Diisi dengan uraian tentang proses pelaksanaan Rincian Kegiatan , yang bersifat sekuensial, dengan tujuan memberikan gambaran bahwa detail Rincian Kegiatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No.	Uraian
	<p>dan urutan pelaksanaannya telah responsif gender. Penjelasan juga meliputi cara pelaksanaan Rincian Kegiatan apakah berupa kontraktual atau swakelola.</p> <p>Bagian ini menjelaskan langkah-langkah pelaksanaan Rincian Kegiatan yang mendukung langsung perbaikan ke arah kesetaraan gender. Jadi harus dapat menjelaskan upaya perbaikan permasalahan yang dihadapi oleh kelompok sasaran, baik laki-laki maupun perempuan :</p> <ul style="list-style-type: none">- Who (menjelaskan mengapa perempuan dan laki-laki dipilih dalam pelaksanaan detail <u>Rincian Kegiatan</u>),- When (menjelaskan mengapa waktu dan lama pelaksanaan detail <u>Rincian kegiatan</u> dipilih dengan memperhatikan akses dan partisipasi perempuan dan laki-laki),- Where (menjelaskan mengapa tempat pelaksanaan detail <u>Rincian Kegiatan</u> dipilih dengan memperhatikan akses dan partisipasi perempuan dan laki-laki),- How To Do (menjelaskan mengapa bentuk pelaksanaan <u>Rincian Kegiatan</u> sesuai dengan kebutuhan <i>beneficiaries</i>).
(14)	Diisi dengan tahapan/komponen masukan yang digunakan dalam pencapaian Indikator Kinerja kegiatan, termasuk jadwal waktu (<i>time table</i>) pelaksanaan dan keterangan lainnya yang dibutuhkan.
(15)	Diisi dengan kurun waktu pencapaian pelaksanaan
(16)	Diisi dengan lampiran RAB yang merupakan rincian alokasi dana yang diperlukan dalam pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan.
(17)	Diisi dengan nama penanggung jawab kegiatan (eselon II/ kepala satker vertikal).
(18)	Diisi dengan NIP penanggung jawab kegiatan.

Catatan: Pengisian Nomor 1 sampai 7 menggunakan dokumen Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 yakni pada Lampiran tentang Matriks Kinerja Kementerian Kesehatan.

Dalam rangka penerapan pendekatan Penganggaran Berbasis Kinerja (PBK) mulai tahun anggaran 2011, dimana penekanan/fokus berada pada **output**, maka struktur pengalokasian anggaran dirinci menurut Program, Kegiatan dan **Output**. Keluaran/**output** kegiatan adalah barang/jasa yang dihasilkan dari pelaksanaan sebuah kegiatan untuk mendukung pencapaian **outcome** program. **Output** merupakan produk utama/akhir yang bersifat spesifik yang dihasilkan oleh suatu kegiatan sebagaimana fungsi Unit Eselon II/ Satker yang bersangkutan. Setiap **output** harus dapat diidentifikasi jenis dan satuannya dengan jelas, seluruh komponen **input** yang digunakan ditetapkan oleh penanggung jawab kegiatan dan penekanan kesesuaian/relevansi masing-masing komponen **input** serta



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

biayanya dalam rangka pencapaian *output* kegiatan. Oleh karenanya setiap TOR/KAK dibuat per keluaran/*output* kegiatan.

Daftar *output* kegiatan dapat dilihat pada formulir 3 RKA-KL yang telah ditetapkan oleh penanggung jawab kegiatan/Eselon II di masing-masing unit utama dalam penyusunan RKA-KL setiap tahunnya. *Output* kegiatan dapat berupa :

1. Laporan Kegiatan dan Pembinaan, yang dapat berisikan Komponen *Input* Laporan Kegiatan, seperti : Sosialisasi/ desiminasi, peningkatan kapasitas SDM, atau komponen *input* sejenis.
2. Dokumen Perencanaan dan pengelolaan anggaran, yang berisikan Komponen *Input* seperti : Rencana Kerja Tahunan, atau dokumen lain sejenis.
3. Layanan Perkantoran, yang berisikan Komponen *Input* : gaji dan Tunjangan, operasional perkantoran dan pemeliharaan.
4. Alat pengolah data/ komputer
5. Kendaraan, dan lain-lain.

Contoh Aplikasi TOR Responsif Gender per output kegiatan sebagaimana tercantum dalam Formulir 2 terlampir.

D. Teknik Penyusunan Gender Budget Statement (GBS)

GBS adalah dokumen yang berisi pernyataan bahwa sebuah program dan kegiatan telah responsif gender. GBS merupakan perpaduan dari hasil analisis gender (analisis GAP) dan kebutuhan anggaran (TOR responsif gender) secara generik dan instan, namun secara komprehensif mencakup tentang relevansi kegiatan, indikator kinerja kegiatan, *output*, sub *output* kegiatan dan komponen *input* terhadap pencapaian target indikator kinerja kegiatan dan target *output/outcome* dari program.

GBS memberikan informasi bahwa suatu kegiatan telah responsif terhadap isu gender yang ada, dan suatu biaya telah dialokasikan pada *output* kegiatan untuk menangani permasalahan kesenjangan gender. Target Indikator kinerja kegiatan yang dicapai mesti memperhatikan kesetaraan dan keadilan bagi perempuan dan laki-laki. Karena target kinerjanya mengukur perempuan dan laki-laki, maka Rincian Kegiatan dan sub-*output* yang dilakukan pun merupakan hasil analisis gender.

Karena analisisnya menggunakan metode GAP, maka sebagian isi GBS berasal dari matriks analisis GAP. Sebagian isi GBS juga berasal dari dokumen TOR responsif gender.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Adapun format GBS yang memuat komponen-komponennya serta cara penyusunannya dapat dilihat pada Format berikut :

Bagan 8.
FORMAT GENDER BUDGET STATEMENT
(Pernyataan Anggaran Gender)

Kementerian Negara/Lembaga :
Unit Organisasi :
Unit eselon II/Satker :

Program	Nama Program yang ada pada K/L	
Kegiatan	Nama Kegiatan sebagai penjabaran program	
Indikator Kinerja Kegiatan	Indikator yang ditetapkan untuk masing-masing <i>output</i> kegiatan (merujuk kedokumen Renstra 2010-2014)	
<i>Output</i> Kegiatan	Nomenklatur <i>Output</i> dan volume satuan <i>Output</i> Kegiatan (sesuai RKA-KL)	
Analisis Situasi <i>(diharapkan tersedia angka kelompok sasaran baik laki-laki maupun perempuan. Jika tidak, hanya berupa gambaran bahwa output kegiatan yang akan dihasilkan mempunyai pengaruh kepada kelompok sasaran tertentu)</i>	Uraian ringkas yang menggambarkan persoalan yang akan ditangani/dilaksanakan oleh Kegiatan yang menghasilkan <i>output</i> , dengan menekankan uraian pada aspek gender dari persoalan tersebut. - Analisis situasi : menggambarkan terjadinya kesenjangan gender yang ada terkait dengan kegiatan yang akan dilaksanakan;	
Rincian Kegiatan <i>Diambil dari TOR bagian metode pelaksanaan</i>	Sub- <i>output</i> 1	Jenis-jenis Rincian Kegiatan yang akan dilakukan.
	Komponen <i>Input</i> 1	Tahapan pertama pelaksanaan sub- <i>output</i> 1
	Komponen <i>Input</i> 2	Tahapan kedua pelaksanaan sub- <i>output</i> 1
	Komponen <i>Input</i> 3	Tahapan ketiga pelaksanaan sub- <i>output</i> 1
	Dst...	
	Sub- <i>output</i> 2	Jenis-jenis Rincian Kegiatan yang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

		akan dilakukan
	Komponen <i>Input 1</i>	Tahapan ketiga pelaksanaan sub- <i>output 2</i>
	Komponen <i>Input 2</i>	Tahapan ketiga pelaksanaan sub- <i>output 2</i>
	Dst...	
Alokasi Anggaran <i>Output</i> Kegiatan	Jumlah anggaran (Rp) yang dialokasikan untuk mencapai suatu <i>Output</i> Kegiatan	
Dampak/hasil <i>Output</i> Kegiatan	Dampak/hasil secara luas dari <i>Output</i> Kegiatan yang dihasilkan dan dikaitkan dengan isu gender serta perbaikan ke arah kesetaraan gender yang telah diidentifikasi pada analisis situasi	

Contoh Aplikasi Gender Budget Statment (GBS) sebagaimana tercantum dalam Formulir 3 terlampir.

E. Hubungan GAP, TOR dan GBS

GAP, TOR dan GBS adalah saling berhubungan satu sama lain. Karena itu, banyak variabel informasi dalam GAP, TOR dan GBS saling berkaitan dan saling memperkuat. Oleh sebab itu, keberhasilan penyusunan GAP akan sangat memudahkan penyusunan TOR dan GBS.

Matriks berikut ini dapat menggambarkan hubungan antara Langkah-langkah dalam GAP, Komponen TOR, dan GBS.

Bagan 9.
Matriks Hubungan GAP, GBS dan TOR

GAP (KOLOM)	TOR	GBS
1	Data umum (Eselon 1, Program, Kegiatan, Indikator Kinerja Kegiatan)	Data umum (Program, Kegiatan, Indikator Kinerja Kegiatan)
2,3,4,5	Latar belakang (narasi)	Analisis situasi
6	Tujuan Umum (termasuk tujuan khusus)	Dapat saja, tujuan dari <i>output</i> /sub <i>output</i>
7	Rincian Kegiatan yang akan dilakukan	Rincian Kegiatan, sub- <i>output</i> , dan Komponen <i>Input</i>
8,9	Indikator keluaran	Dampak atau hasil <i>output</i> kegiatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

F. ARG dan Penelaahan RKA-KL

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 104/PMK.02/2010, penelaahan RKA-KL dengan muatan ARG dilakukan melalui langkah di bawah ini:

1. Suatu ARG berada pada tingkat *output* dari struktur RKA-KL;
2. Isu kesenjangan gender dan gambaran perbaikannya tercermin dari uraian analisis situasi yang ada dalam GBS maupun isu gender dalam Kerangka Acuan Kegiatan (TOR);
3. GBS minimal harus mencakup aspek-aspek seperti yang ada pada format GBS;
4. Meneliti adanya kesesuaian antara uraian GBS dengan TOR. Jika antara TOR dan GBS tidak sesuai, maka kegiatan belum dapat dikatakan responsif gender dan tidak dapat diproses untuk tahap selanjutnya. Oleh karena itu agar kegiatan memenuhi kriteria ARG, maka K/L harus memperbaiki TOR kegiatannya supaya sesuai dengan GBS;
5. Memutuskan apakah kegiatan atau sub kegiatan dimaksud sudah responsif gender atau belum berdasarkan butir 2,3, dan 4;
6. Apabila telah responsif gender, petugas penelaah DJA selanjutnya meneliti kode bagan akun standar yang dicantumkan dalam RKA-KL (sesuai dengan proses penelaahan RKA-KL umum) untuk meneliti kesesuaian RKA-KL dengan TOR dan GBS.

Untuk mempermudah proses penelaahan RKA-KL, petugas penelaah Ditjen Anggaran akan membuat daftar (*check list*) atas pertanyaan sebagai berikut:

1. Apa jenis kegiatan ARG yang akan dilaksanakan? Jenis kegiatan tersebut berupa *service delivery* atau *capacity building* dan *advokasi gender*;
2. Apakah telah tersedia dokumen GBS yang didahului dengan analisis gender;
3. Adanya isu gender yang dituangkan dalam TOR seperti:
 - i) Apakah pada bagian Latar Belakang telah dijelaskan mengenai permasalahan yang dihadapi oleh kelompok sasaran, baik laki-laki maupun perempuan;
 - ii) Apakah tujuan kegiatan secara jelas memberikan informasi tentang manfaat yang akan diterima kelompok sasaan, baik laki-laki maupun perempuan;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- iii) Apakah paparan pelaksanaan kegiatan telah menjelaskan pelibatan atau konsultasi dengan kelompok sasaran laki-laki dan perempuan;
4. Apakah isu gender yang ada dalam TOR tersebut mempunyai keterkaitan dalam GBS. Bagian GBS yang menghubungkan dengan isu gender tersebut adalah:

Analisis situasi yang berisikan:

- Gambaran kesenjangan akses, partisipasi, manfaat, kontrol antara laki-laki dan perempuan;
- Gambaran adanya faktor penghambat di internal lembaga (organisasi pemerintah) dan atau eksternal lembaga (masyarakat); yang keduanya dapat dihubungkan dengan bagian latar belakang dalam TOR;
- Indikator *Outcome* yang dapat dihubungkan dengan bagian Tujuan Kegiatan dalam TOR;
- Indikator *Input* atau *Output* yang dapat dihubungkan dengan bagian Pelaksanaan Kegiatan dalam TOR.



MENTERI KESEHATAN,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

CONTOH ANALISIS GAP PADA PROGRAM BIDANG KESEHATAN

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
KEBIJAKAN/ PERATURAN/ PROGRAM	DATA PEMBUKA WAWASAN	ISU GENDER			KEBIJAKAN & RENCANA KE DEPAN		PENGUKURAN HASIL	
		FAKTOR KESENJANGAN	SEBAB INTERNAL	SEBAB EKSTERNAL	REFORMULASI TUJUAN	RINCIAN KEGIATAN/ RENCANA AKSI	BASELINE DATA	INDIKATOR
Program (unit organisasi eselon 1): Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan;	- Data dari subdit Arbovirus 2010, Angka Penderita DBD pada Laki-laki (L) lebih tinggi (51,79%) dibanding Perempuan (P) (48,21%);	Pada perempuan 60,87% jatuh ke fase DSS, jauh di atas laki-laki yang hanya 39,13%. Sedangkan laki-laki segala usia lebih rentan terhadap insidens DBD daripada perempuan.	Angka kesakitan tidak di analisis dengan menggunakan perspektif gender terutama untuk melihat perbedaan biologis dan sosial untuk kerentanan antara perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki.	(Catatan: uraian tentang faktor eksternal bisa bersifat anekdotal - selama konsisten dengan data pembuka wawasan).	Menurunkan angka kesakitan DBD dari 55 menjadi 54 per 100.000 penduduk pada tahun 2011.	- Readaptasi survei COMBi untuk lebih menangkap pengetahuan, sikap dan perilaku laki-laki dalam pengendalian DBD; termasuk pilihan metode KIE yang efektif untuk laki-laki dan perempuan	Angka Kesakitan DBD terpilah jenis kelamin dan umur	Indikator sub tujuan yang responsif gender:
	- DBD: umur < 1 tahun : L 2,28% P 1,7%; umur 1-4 tahun :L 7,97% P 6,66%; umur 5-9	<u>Akses:</u>	Respons program bersifat netral gender, dengan asumsi kerentanan sama, prosedur	Peran perempuan sebagai caregivers dalam keluarga, membuat mereka menghabiskan lebih	Menurunkan 5% angka kematian (DSS) pada perempuan usia sekolah dan dewasa.	- Audit kematian DBD dengan fokus pada perempuan (termasuk mengukur respons	Angka Penderita DBD pada Laki-laki (L) lebih tinggi (51,79%) dibanding Perempuan (P)	Menurunnya 5% angka kematian (DSS) pada perempuan usia sekolah dan dewasa.

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9	
	<p>tahun: L 11,16% P 10,48%; umur 10-14 tahun: L 9,45% P 8,6%; umur>15 tahun: L21,13% P 20,61%; (bila ada, sebaiknya data ini juga terpilah jenis kelamin);</p>		<p>penanganan baku/sama dan akses sama.</p>	<p>banyak waktu di dalam rumah dan sering terlambat mencari pengobatan. Apalagi jika perempuan diharuskan dirawat inap, maka harus ada yang bisa menggantikan mereka dulu untuk mengurus keluarga sebelum mau dirawat. Hal ini menyebabkan perempuan sering menunda pergi mencari pengobatan sehingga seringkali saat mereka datang sudah dengan fase penyakit yang lanjut, sehingga sulit penanganan secara medisnya. Selain itu secara biologis, sistem kapiler perempuan memang lebih rentan untuk</p>			<p>time) - Revisi SOP DBD/DSS khusus untuk perempuan. - Pengembangan iklan layanan masyarakat untuk perempuan supaya segera berobat dan untuk laki-laki supaya lebih terlibat aktif dalam pengendalian DBD; - Pencanaan Gerakan Bebas Jentik dengan Duta Nasional Jumantik Laki-laki dan Perempuan. - Lomba jumantik teladan laki-laki dan perempuan baik di tatanan rumah tangga, sekolah maupun institusi.</p>	<p>(48,21%);</p>	

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
				permeabilitas sel.		(Catatan: dalam memilih rencana aksi - pertimbangkan <i>priority setting</i> K/L, <i>feasibility</i> , ketersediaan sumber daya dan dukungan politis yang diperlukan.)		
(diambil dari Renstra Kesehatan 2010-2014, kolom program/kegiatan, Lampiran 13)	- Kematian (DSS): L 39,13% P 60,87%	Laki-laki lebih sedikit terpapar pada media informasi (KIE) ttg DBD dibandingkan dengan perempuan; sehingga berakibat angka kesakitan DBD pada laki-laki lebih tinggi. Ini terbukti dari COMBi (yang menunjukkan data laki-laki yang pernah melihat iklan DBD hanya 1/3 dari perempuan.		Bila dilihat dari peran gender antara laki-laki dan perempuan maka perempuan lebih bertanggung jawab terhadap kontainer air yang terkait dengan rumah tangga /di dalam rumah seperti tempat penyimpanan air untuk mandi, minum dan cuci; sedangkan laki-laki lebih bertanggung jawab untuk wadah penampungan air yang disekitar rumah	Meningkatkan pengetahuan laki-laki dalam pengendalian DBD.		Angka kesakitan DSS terilah jenis kelamin dan umur	Menurunnya 1% insiden angka kesakitan DBD pada laki-laki.

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
				<p>seperti tangki air ataupun pembuangan sampah "besar".</p> <p>Selama ini iklan 3M lebih fokus pada wadah tampung air untuk kebutuhan rumah tangga dan belum terlalu mengena untuk peran gender laki-laki untuk pengendalian DBD.</p>				
	<p>- umur < 1 th: sero; umur 1-4th: L 30% P 0%; umur 5-9 th: L 10% P 20%; umur 10-14 th: L sero P 10%; umur >15th: L sero P 30%;</p>			<p>Laki-laki tidak maksimal dalam memanfaatkan upaya promotif kesehatan, sehingga insidens DBD lebih tinggi pada laki-laki.</p>	<p>Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melakukan mapping vektor dari 30 menjadi 40;</p>		<p>Baseline: Kematian (DSS): L 39,13% P 60,87%</p>	<p>Meningkatnya pengetahuan laki-laki dalam pengendalian DBD.</p>
Kegiatan:		<p>Laki-laki lebih sedikit terpapar pada media informasi (KIE) ttg DBD dibanding perempuan;</p>		<p>Dalam sebuah studi yang dilakukan di PoertoRico, perempuan menganggap infeksi dengue serius</p>	<p>Meningkatkan persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) dari 60% menjadi 70% pada tahun 2011</p>		<p>Survei COMBi tentang perilaku DBD - terpilah umur dan jenis kelamin;</p>	<p>Indikator rincian kegiatan:</p>

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
		sehingga berakibat angka kesakitan DBD pada laki-laki lebih tinggi. Ini terbukti dari COMBi (yang menunjukkan data laki-laki yang pernah melihat iklan DBD hanya 1/3 dari perempuan).		karena tidak ada vaksin, tingginya insidens dan dampak ekonomi dan emosinya; sedangkan laki-laki lebih memilih karena banyak orang meremehkan gigitan nyamuk				
Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang;	Survei Combi di 5 kota endemis (Batam, Mataram, Bogor, Depok, Bekasi) th 2009 ttg pengetahuan masyarakat ttg pengendalian DBD: L 22% P 78%	Diseminasi informasi media eletronik disukai masyarakat tetapi biayanya besar namun informasi yang ada belum memperhatikan kebutuhan lelaki dan perempuan.					Baseline: - Laki-laki mendengar tentang DBD = 22% (Data P2B2 th 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Teridentifikasinya sebab khusus kematian DBD pada perempuan;
(diambil dari Renstra Kesehatan 2010-2014, kolom program/kegiatan, Lampiran 14)	Pada pesan media elektronik cenderung bias gender, karena model iklan lebih banyak perempuan (misal 3M) dan repellent nyamuk beraroma bunga.	<u>Kontrol:</u>						<ul style="list-style-type: none"> • Teridentifikasinya faktor penyebab laki-laki tidak tertarik upaya promotif pengendalian DBD;

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
	- 100% kader jumentik di DKI Jakarta, Kota Mojokerto, Cimahi dan Kota Jogjakarta adalah ibu-ibu.	Walaupun angka kesakitan laki-laki lebih tinggi tapi angka kesakitan yang masuk menjadi DSS lebih rendah – perlu diteliti lebih lanjut apakah ini karena laki-laki punya kontrol lebih besar pada akses layanan kesehatan ataukah karena memang secara imunologi laki-laki lebih baik daripada perempuan terhadap DBD.						<ul style="list-style-type: none"> Meningkatnya <i>respons time</i> perempuan dalam mencari pengobatan DBD;
Tujuan:	(penting sekali data ttg hari ke berapa laki-laki dan perempuan baru mengakses layanan kesehatan);	<u>Partisipasi:</u>						Meningkatnya jumlah keterlibatan laki-laki sebagai jumentik.
- Menurunkan angka kesakitan DBD dari 55 menjadi 54 per 100.000 penduduk		Petugas penyuluh demam berdarah lebih banyak perempuan.						

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
pada tahun 2011;		<p>Kurangnya petugas jumentik laki-laki untuk melakukan pemeriksaan dan penyuluhan tentang PSN dan Penanggulangan DBD disebabkan Laki-laki menyerahkan urusan pemberantasan jentik demam berdarah di rumah untuk dilakukan oleh perempuan. Waktu penyuluhan DBD dilakukan pada pagi hari sehingga hanya perempuan yang memiliki waktu untuk mengikuti penyuluhan karena Bapak-Bapak banyak di luar rumah untuk bekerja.</p>						

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
- Meningkatkan persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) dari 60% menjadi 70% pada tahun 2011								
	<i>bila ada tambahkan data ttg jam tayang iklan atau lokasi pemasangan poster untuk melihat akses dan manfaat atas informasi kesehatan bagi perempuan/ laki-laki</i>	<u>Manfaat:</u>						
- Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melakukan <i>mapping</i> vektor dari 30 menjadi 40;		Hanya 22% Laki-laki dibandingkan 78% perempuan memiliki pengetahuan tentang DBD; maka dapat disimpulkan laki-laki kurang menggunakan upaya promotif yang dilakukan dalam pengendalian demam berdarah.						

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
(diambil dari Renstra Kesehatan 2010-2014, hal 81 point B.3.3. Indikator a)	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan Masyarakat tentang Pengendalian DBD pada L (22%) < Perempuan (78%)(Survei Market Analysisis COMBI di 5 kota: Batam, Mataram, Kota Bogor, Kota Depok, dan Kota Bekasi Tahun 2009) -- > adakah data ttg siapa (laki-laki atau perempuan) yang sebetulnya melakukan 3M di rumah tangga, siapa di lingkungan; - Sumber informasi DBD yg diinginkan oleh masyarakat : penyuluhan langsung oleh nakes: 57%; TV: 24 %; penyuluhan langsung oleh 							

Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit								
Langkah 1	Langkah 2	Langkah 3	Langkah 4	Langkah 5	Langkah 6	Langkah 7	Langkah 8	Langkah 9
	<p>kader: 12 %; media cetak: 7%.- - apakah bisa terpilah antara laki-laki dan perempuan</p>							
	<p>Adakah data % perempuan dan % laki-laki yang dirawat di RS dengan dana out of pocket atau Jamkesmas? - untuk melihat akses ke layanan kesehatan antara laki-laki dan perempuan dan kontrol atas sumber daya antara laki-laki dan perempuan.</p>							

**CONTOH APLIKASI TOR RESPONSIF GENDER
TOR/KAK per Output Kegiatan**

Output Kegiatan : Laporan Pengendalian DBD

Catatan :

Dalam kolom 7 GAP (Rencana Aksi) sebelumnya/diatas, terdapat 6 Rencana Aksi. Dari keenam Rencana Aksi tersebut, 2 diantaranya mempunyai *Output* Laporan untuk pengendalian DBD yakni *Readaptasi Survey COMBi* dan *Audit Kematian DBD*. Dalam contoh aplikasi TOR Responsif Gender berikut ini akan ditampilkan contoh TOR Responsif Gender dengan *Output* Laporan Pengendalian DBD.

Kementerian Negara/Lembaga	:	Kementerian Kesehatan
Unit Organisasi (eselon 1)	:	Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Program	:	Program Pengendalian Penyakit Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Hasil atau <i>Outcome</i>	:	Meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit bersumber binatang
UNIT Eselon II/Satker	:	Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang
Kegiatan	:	Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang
Indikator Kinerja Kegiatan (diambil dari <i>Renstra 2010-2014</i>)	:	<ul style="list-style-type: none"> - Menurunnya angka kesakitan DBD dari 55 menjadi 54 per 100.000 penduduk pada tahun 2011 untuk Nasional . - Meningkatnya persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) dari 60% menjadi 70% pada tahun 2011. - Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melakukan mapping vektor dari 30 menjadi 40
<i>Output</i>	:	Laporan Pengendalian Penderita DBD
Satuan Ukur dan Jenis Keluaran	:	Laporan
Volume	:	2 laporan (<i>Readaptasi Survey Combi</i> dan <i>Audit Kematian DBD/DSS</i>)

A. Latar Belakang

1. Dasar Hukum Tugas Fungsi/ Kebijakan

- a. Undang Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular.
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular.
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 560 Tahun 1989 tentang Jenis Penyakit Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian Lapornya dan Tata Cara Penanggulangannya;
- e. Peraturan Menteri Dalam negeri Nomor 15/2008 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender (PUG) di daerah dimana pada Pasal 4 ayat 2. Penyusunan Kebijakan Program, dan Kegiatan Pembangunan berperspektif gender sebagaimana dimaksud ayat 1 dilakukan analisis gender, dan pasal 10 Pokja PUG Provinsi mempunyai tugas menetapkan TIM teknis untuk melakukan analisis terhadap anggaran daerah.KEPMENKES Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue.
- f. Peraturan Menteri Keuangan No.104/PMK.02/2010 tentang petunjuk penyusunan dan penelahaan RAKL Tahun 2011.
- g. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 31-VI Tahun 1994 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (POKJANAL DBD), Tim Pembina LKMD Tingkat Pusat.
- h. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Dalam Pencegahan dan Pemberantasan DBD.
- i. Kesepakatan bersama antara Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak dengan Menteri Kesehatan tentang pelaksanaan tentang pengarus utamaan gender di Bidang Kesehatan No. 07/MEN.PP&PA/5/2010-No.593/MENKES/SKB/V/2010.

2. Gambaran Umum

- Data dari subdit Arbovirus 2010, Angka Penderita DBD pada Laki-laki (L) lebih tinggi (51,79%) dibanding Perempuan (P) (48,21%);
- Laki-laki segala usia lebih rentan terkena DBD.
- Kematian (DSS): L 39,13% P 60,87%
- Perempuan dewasa lebih rentan terhadap kematian (DSS). Angka DSS pada perempuan lebih tinggi, sebagai akibat dari perilaku perempuan yang terlambat dalam mencari pengobatan. Menarik untuk dilihat lebih lanjut apakah diperlukan penanganan darurat khusus untuk perempuan yang terinfeksi Dengue. Norma patriarki yang menempatkan perempuan sebagai *caregivers* dalam keluarga membuat perempuan terlambat mencari pengobatan karena harus mengurus keluarga terlebih dulu, cemas tidak ada yang menggantikan dia kalau di-rumah sakit kan sehingga membuat mereka terlambat datang ke sarana kesehatan.
- Survey Combi di 5 kota endemis (Batam, Mataram, Bogor, Depok, Bekasi) th 2009 ttg pengetahuan masyarakat ttg pengendalian DBD: L 22% P 78%

- Pada pesan media elektronik cenderung bias gender, karena model iklan lebih banyak perempuan (misal 3M) dan repellent nyamuk beraroma bunga.
- 100% kader jumantik di DKI Jakarta, Kota Mojokerto, Cimahi dan Kota Yogyakarta adalah ibu-ibu.

Akses:

Laki-laki lebih sedikit terpapar pada media informasi (KIE) ttg DBD dibanding perempuan; sehingga berakibat angka kesakitan DBD pada laki-laki lebih tinggi. Ini terbukti dari COMBI (yang menunjukkan data laki-laki yang pernah melihat iklan DBD hanya 1/3 dari perempuan

Kontrol:

Walaupun angka kesakitan laki-laki lebih tinggi tapi angka kesakitan yang masuk menjadi DSS lebih rendah – perlu diteliti lebih lanjut apakah ini karena laki-laki punya kontrol lebih besar pada akses layanan kesehatan ataukah karena memang secara imunologi laki-laki lebih baik daripada perempuan terhadap DBD

Manfaat:

Hanya 22% Laki-laki dibandingkan 78% perempuan memiliki pengetahuan tentang DBD; maka dapat disimpulkan laki-laki kurang menggunakan upaya promotif yang dilakukan dalam pengendalian demam berdarah.

Partisipasi:

Petugas penyuluh demam berdarah lebih banyak perempuan. Kurangnya petugas jumantik laki-laki untuk melakukan pemeriksaan dan penyuluhan tentang PSN dan Penanggulangan DBD disebabkan Laki-laki menyerahkan urusan pemberantasan jentik demam berdarah di rumah untuk dilakukan oleh perempuan. Waktu penyuluhan DBD dilakukan pada pagi hari sehingga hanya perempuan yang memiliki waktu untuk mengikuti penyuluhan karena Bapak-Bapak banyak di luar rumah untuk bekerja.

Angka kesakitan tidak dianalisis dengan menggunakan perspektif gender terutama untuk melihat perbedaan biologis dan sosial untuk kerentanan antara perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki.

Respons program bersifat netral gender, dengan asumsi kerentanan sama, prosedur penanganan baku/sama dan akses sama.

Angka kesakitan tidak dianalisis dengan menggunakan perspektif gender terutama untuk melihat perbedaan biologis dan sosial untuk kerentanan antara perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki.

Respons program bersifat netral gender, dengan asumsi kerentanan sama, prosedur penanganan baku/sama dan akses sama.

Peran perempuan sebagai *caregivers* dalam keluarga, membuat mereka menghabiskan lebih banyak waktu di dalam rumah dan sering terlambat mencari pengobatan. Apalagi jika perempuan diharuskan dirawat inap, maka harus ada yang bisa menggantikan mereka dulu untuk mengurus keluarga sebelum mau dirawat. Hal ini menyebabkan perempuan sering menunda pergi mencari pengobatan sehingga seringkali saat mereka datang sudah dengan fase penyakit yang lanjut, sehingga sulit penanganan secara

medisnya. Selain itu secara biologis, sistem kapiler perempuan memang lebih rentan untuk permeabilitas sel.

Bila dilihat dari peran gender antara laki-laki dan perempuan maka perempuan lebih bertanggung jawab terhadap kontainer air yang terkait dengan rumah tangga/di dalam rumah seperti tempat penyimpanan air untuk mandi, minum dan cuci; sedangkan laki-laki lebih bertanggung jawab untuk wadah penampungan air yang disekitar rumah seperti tangki air ataupun pembuangan sampah "besar". Selama ini iklan 3M lebih fokus pada wadah tampung air untuk kebutuhan rumah tangga dan belum terlalu mengena untuk peran gender laki-laki untuk pengendalian DBD.

Laki-laki tidak maksimal dalam memanfaatkan upaya promotif kesehatan, sehingga insidens DBD lebih tinggi pada laki-laki.

Dalam sebuah studi yang dilakukan di Poerto Rico, perempuan menganggap infeksi dengue serius karena tidak ada vaksin, tingginya insidens dan dampak ekonomi dan emosi nya; sedangkan laki-laki lebih memilih karena banyak orang meremehkan gigitan nyamuk

Oleh sebab itu upaya pengendalian DBD yang memang difokuskan pada pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* sebagai penular DBD, terutama melalui kegiatan PSN oleh masyarakat perlu ditingkatkan. Perlu dicarikan strategi untuk meningkatkan partisipasi laki-laki dalam pengendalian DBD. COMBi menunjukkan laki-laki tidak memiliki pengetahuan memadai sehingga angka insidens pada laki-laki lebih tinggi dan jumentik laki-laki sangatlah minim. Oleh sebab itu perlu melakukan readaptasi modul Survey COMBi untuk menangkap faktor-faktor penyebab rendahnya partisipasi laki-laki dan perlu analisis khusus untuk merumuskan kembali strategi perubahan perilaku yang lebih efektif berdasarkan perbedaan gender dalam keterlibatan aktif laki-laki dan perempuan dalam pengendalian DBD.

Sedangkan untuk merespons tinggi nya angka kematian akibat DBD/DSS pada perempuan usia sekolah dan dewasa maka sarana kesehatan harus mulai melakukan audit kematian untuk mengidentifikasi apakah penyebab dari kematian karena faktor biologis, prosedur yang perlu disempurnakan sesuai sex, ataupun karena perbedaan peran gender sehingga mempengaruhi perilaku pasien dalam mencari pengobatan.

Dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan penderita DBD tersebut, maka akan disusun laporan pelaksanaan yang terdiri dari :

- Laporan Readaptasi Survei COMBi
- Laporan Audit Kematian DBD

B. Tujuan dan Penerima Manfaat

Dengan *ouput* laporan ini akan melaporkan hasil pengendalian penderita DBD, dimana pengendalian penyakit ini bertujuan untuk :

1. Menurunkan 5% angka kematian (DSS) pada perempuan usia sekolah dan dewasa.
2. Meningkatkan pengetahuan laki-laki dalam pengendalian DBD.

Target sasaran kegiatan: provinsi endemis, bayi perempuan <1 tahun, laki-laki >15 th.

C. Strategi Pencapaian Keluaran

1. Metode Pelaksanaan : Dilaksanakan melalui metode swakelola
2. Tahapan dan Waktu Pelaksanaan (*diambil dari kolom 7 GAP*)

PELAKSANAAN	TAHAPAN	WAKTU PELAKSANAAN
Readaptasi survey COMBi untuk lebih menangkap pengetahuan, sikap dan perilaku laki-laki dalam pengendalian DBD; termasuk pilihan metode KIE yang efektif untuk laki-laki dan perempuan	Readaptasi COMBI tool untuk menangkap faktor risiko DBD pada laki-laki	
	Pelatihan enumerator COMBI	
	Survey Combi	
	Pengolahan data dan penyusunan laporan COMBI	
	Sosialisasi hasil COMBI	
	Penyusunan pesan COMBI	
	Pengadaan pesan COMBI	
	Launching pesan COMBI	
	Monitoring dan Evaluasi	
Audit kematian DBD dengan fokus pada perempuan (termasuk mengukur response time)	Pengembangan SOP	
	Pelatihan SOP	
	Survei Audit Kematian di sub nasional	

3. Indikator Keluaran : Tersusunnya laporan pengendalian pada penderita DBD

- A. Waktu Pencapaian Keluaran : tahun anggaran 2011
- B. Rencana Anggaran Biaya (RAB) (lampiran)

Penanggung Jawab,
Direktur Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang

.....
NIP.

**CONTOH APLIKASI GENDER BUDGET STATEMENT (GBS)
(Pernyataan Anggaran Gender)**

Kementerian Negara/Lembaga : Kementerian Kesehatan
 Unit Organisasi : Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
 Unit eselon II/Satker : Direktorat Pengendalian Penyakit bersumber Binatang
 Kementerian Negara/Lembaga : Kementerian Kesehatan
 Unit Organisasi (eselon 1) : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
 UNIT Eselon II/Satker : Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang

Program	Program Pengendalian Penyakit Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Kegiatan	Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang
Indikator Kinerja Kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> - Menurunnya angka kesakitan DBD dari 55 menjadi 54 per 100.000 penduduk pada tahun 2011 untuk Nasional . - Meningkatnya persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) dari 60% menjadi 70% pada tahun 2011. - Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melakukan mapping vektor dari 30 menjadi 40
Output Kegiatan	Laporan Pengendalian Penderita DBD
Analisis Situasi <i>(diharapkan tersedia angka kelompok sasaran baik laki-laki maupun perempuan. Jika tidak, hanya berupa gambaran bahwa output kegiatan yang akan dihasilkan mempunyai</i>	Data dari subdit Arbovirus 2010, Angka Penderita DBD pada Laki-laki (L) lebih tinggi (51,79%) dibanding Perempuan (P) (48,21%);
	Laki-laki segala usia lebih rentan terkena DBD.
	Kematian (DSS): L 39,13% P 60,87%
	Perempuan dewasa lebih rentan terhadap kematian (DSS). Angka DSS pada perempuan lebih tinggi, sebagai akibat dari perilaku perempuan yang terlambat dalam mencari pengobatan. Menarik untuk dilihat lebih lanjut apakah diperlukan penanganan darurat khusus untuk perempuan yang terinfeksi Dengue. Norma patriarki yang menempatkan perempuan sebagai caregivers dalam keluarga membuat perempuan terlambat mencari pengobatan karena harus mengurus keluarga terlebih dulu, cemas tidak ada yang menggantikan dia kalau di-rumah sakit kan sehingga membuat mereka terlambat datang ke sarana kesehatan.

pengaruh kepada kelompok sasaran tertentu)	Survey Combi di 5 kota endemis (Batam, Mataram, Bogor, Depok, Bekasi) th 2009 ttg pengetahuan masyarakat ttg pengendalian DBD: L 22% P 78%		
	Pada pesan media elektronik cenderung bias gender, karena model iklan lebih banyak perempuan (misal 3M) dan <i>repellen</i> nyamuk beraroma bunga.		
	100% kader jumentik di DKI Jakarta, Kota Mojokerto, Cimahi dan Kota Yogyakarta adalah ibu-ibu.		
	Oleh sebab itu upaya pengendalian DBD yang memang difokuskan pada pemberantasan nyamuk <i>Aedes aegypti</i> sebagai penular DBD, terutama melalui kegiatan PSN oleh masyarakat perlu ditingkatkan. Perlu dicarikan strategi untuk meningkatkan partisipasi laki-laki dalam pengendalian DBD. COMBi menunjukkan laki-laki tidak memiliki pengetahuan memadai sehingga angka insidens pada laki-laki lebih tinggi dan jumentik laki-laki sangatlah minim. Oleh sebab itu perlu melakukan readaptasi modul Survei COMBi untuk menangkap faktor-faktor penyebab rendahnya partisipasi laki-laki dan perlu analisis khusus untuk merumuskan kembali strategi perubahan perilaku yang lebih efektif berdasarkan perbedaan gender dalam keterlibatan aktif laki-laki dan perempuan dalam pengendalian DBD.		
	Sedangkan untuk merespons tinggi nya angka kematian akibat DBD/DSS pada perempuan usia sekolah dan dewasa maka sarana kesehatan harus mulai melakukan audit kematian untuk mengidentifikasi apakah penyebab dari kematian karena faktor biologis, prosedur yang perlu disempurnakan sesuai sex, ataupun karena perbedaan peran gender sehingga mempengaruhi perilaku pasien dalam mencari pengobatan.		
Rincian Kegiatan (diambil dari TOR bagian metode pelaksanaan)	Suboutput 1	Readaptasi survei COMBi untuk lebih menangkap pengetahuan, sikap dan perilaku laki-laki dalam pengendalian DBD; termasuk pilihan metode KIE yang efektif untuk laki-laki dan perempuan	
		Tujuan Suboutput 1 (disesuaikan dengan logika suboutput yang dipilih dan indikator Kinerja Kegiatan).	<ul style="list-style-type: none"> • Teridentifikasinya sebab khusus kematian DBD pada perempuan; • Angka Kesakitan DBD terpilah jenis kelamin dan umur
		Komponen 1	Readaptasi COMBI tool untuk menangkap faktor risiko DBD pada laki-laki
		Komponen 2	Pelatihan enumerator COMBi

		Komponen 3	Survei Combi
		Komponen 4	Pengolahan data dan penyusunan laporan COMBi
		Komponen 5	Sosialisasi hasil COMBi
		Komponen 6	Penyusunan pesan COMBi
		Komponen 7	Pengadaan pesan COMBi
		Komponen 8	Launching pesan COMBi
		Komponen 9	Monitoring dan Evaluasi
	Suboutput 2	Audit Kematian	
		Tujuan Suboutput 2 (d disesuaikan dengan logika suboutput yang dipilih dan indikator Kinerja Kegiatan).	Teridentifikasinya sebab khusus kematian DBD pada perempuan;
			Meningkatnya response time perempuan dalam mencari pengobatan DBD;
		Komponen 1	Pengembangan SOP
		Komponen 2	Pelatihan SOP
		Komponen 3	Survei Audit Kematian di sub nasional
Alokasi Anggaran Output Kegiatan	Rp. 1,629,000,000 (Jumlah anggaran yang dialokasikan untuk mencapai output kegiatan)		
Dampak/hasil Output Kegiatan	Menurunkan 5% angka kematian (DSS) pada perempuan usia sekolah dan dewasa.		
	Meningkatkan pengetahuan laki-laki dalam pengendalian DBD.		