

## Perempuan dan Kesehatan

### Catatan Jurnal Perempuan

Perempuan dan Kesehatan

#### Artikel

Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak  
*Inang Winarso & Ressa Ria Lestari*

Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara  
*Evania Putri Riflyana*

Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga  
*Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani*

Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDG: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)  
*Saskia Wieringa*

Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan  
*Abby Gina & Atnike Sigiro*

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten  
*Dyan Widyaningsih, Elza Samantha Elmira, dan Andi Misbahul Pratiwi*

Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu  
*Dewi Komalasari & Jane Daniels*

Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia  
*Herna Lestari & Atnike Nova Sigiro*

Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatera: Antara Norma Agama, Adat dan Negara  
*Dina Lumbantobing, Sita Van Bemmelen, Andi Misbahul Pratiwi & Anita Dhewy*

Diterbitkan oleh:

YAYASAN  
**YJP**  
JURNAL  
PEREMPUAN

Yayasan Jurnal Perempuan  
No. Akreditasi: 748/Akred/P2MI-LIPI/04/2016

# Gerakan 1000 Sahabat Jurnal Perempuan

Pemerhati Jurnal Perempuan yang baik,

Jurnal Perempuan (JP) pertama kali terbit dengan nomor 01 Agustus/September 1996 dengan harga jual Rp 9.200,-. Jurnal Perempuan hadir di publik Indonesia dan terus-menerus memberikan yang terbaik dalam penyajian artikel-artikel dan penelitian yang menarik tentang permasalahan perempuan di Indonesia.



Tahun 1996, Jurnal Perempuan hanya berolah kurang dari seratus eksemplar yang didistribusikan sebagian besar secara gratis untuk dunia akademisi di Jakarta. Kini, oplah Jurnal Perempuan berkisar 3000 eksemplar dan didistribusikan ke seluruh Indonesia ke berbagai kalangan mulai dari perguruan tinggi, asosiasi profesi, guru-guru sekolah, anggota DPR, pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat dan kalangan umum seperti karyawan dan ibu rumah tangga.

Kami selalu hadir memberikan pencerahan tentang nasib kaum perempuan dan kelompok minoritas lainnya melalui kajian gender dan feminisme. Selama perjalanan hingga tahun ini, kami menyadari betapa sangat berat yang dihadapi kaum perempuan dan betapa kami membutuhkan bantuan semua kalangan termasuk laki-laki untuk peduli pada perjuangan perempuan karena perjuangan ini.

Jurnal Perempuan menghimbau semua orang yang peduli pada Jurnal Perempuan untuk membantu kelangsungan penerbitan, penelitian dan advokasi Jurnal Perempuan. Tekad kami adalah untuk hadir seterusnya dalam menyajikan penelitian dan bacaan-bacaan yang bermanfaat untuk masyarakat Indonesia dan bahkan suatu saat dapat merambah pembaca internasional. Kami berharap anda mau membantu mewujudkan cita-cita kami.

Bila anda percaya pada investasi bacaan bermutu tentang kesetaraan dan keadilan dan peduli pada keberadaan Jurnal Perempuan, maka, kami memohon kepada publik untuk mendukung kami secara finansial, sebab pada akhirnya Jurnal Perempuan memang milik publik. Kami bertekad menggalang 1000 penyumbang Jurnal Perempuan atau 1000 Sahabat Jurnal Perempuan. Bergabunglah bersama kami menjadi penyumbang sesuai kemampuan anda:

- SJP Mahasiswa S1 : Rp 150.000,-/tahun
- SJP Silver : Rp 300.000,-/tahun
- SJP Gold : Rp 500.000,-/tahun
- SJP Platinum : Rp 1.000.000,-/tahun
- SJP Company : Rp 10.000.000,-/tahun

Formulir dapat diunduh di <http://www.jurnalperempuan.org/sahabat-jp.html>

Anda akan mendapatkan terbitan-terbitan Jurnal Perempuan secara teratur, menerima informasi-informasi kegiatan Jurnal Perempuan dan berita tentang perempuan serta kesempatan menghadiri setiap event Jurnal Perempuan.

Dana dapat ditransfer langsung ke bank berikut data pengirim, dengan informasi sebagai berikut:

**- Bank Mandiri Cabang Jatipadang atas nama Yayasan Jurnal Perempuan Indonesia  
No. Rekening 127-00-2507969-8**

(Mohon bukti transfer diemail ke [ima@jurnalperempuan.com](mailto:ima@jurnalperempuan.com))

Semua hasil penerimaan dana akan dicantumkan di website kami di: [www.jurnalperempuan.org](http://www.jurnalperempuan.org)

Informasi mengenai donasi dapat menghubungi Himah Sholihah (Hp 081807124295,  
email: [ima@jurnalperempuan.com](mailto:ima@jurnalperempuan.com)).

Sebagai rasa tanggung jawab kami kepada publik, sumbangan anda akan kami umumkan pada tanggal 1 setiap bulannya di website kami [www.jurnalperempuan.org](http://www.jurnalperempuan.org) dan dicantumkan dalam Laporan Tahunan Yayasan Jurnal Perempuan.

Salam pencerahan dan kesetaraan,

**Gadis Arivia**

(Pendiri Jurnal Perempuan)



ISSN 1410-153X

**PENDIRI**

Dr. Gadis Arivia  
Prof. Dr. Toeti Heraty Noerhadi-Roosseno  
Ratna Syafrida Dhanny  
Asikin Arif (Alm.)

**DEWAN PEMBINA**

Dr. Gadis Arivia  
Prof. Dr. Toeti Heraty Noerhadi-Roosseno  
Mari Elka Pangestu, Ph.D.  
Svida Alisjahbana

**DIREKTUR EKSEKUTIF**

Dr. Atnike Nova Sigiro

**PEMIMPIN REDAKSI**

Anita Dhewy, M.Si.

**DEWAN REDAKSI**

Dr. Atnike Nova Sigiro (Pascasarjana Diplomasi, Universitas Paramadina)  
Prof. Dr. Sulistyowati Irianto (Antropologi Hukum Feminisme, Universitas Indonesia)  
Prof. Sylvia Tiwon (Antropologi Gender, University California at Berkeley)  
Prof. Saskia Wieringa (Sejarah Perempuan & Queer, Universiteit van Amsterdam)  
Prof. Dr. Musdah Mulia (Pemikiran Politik Islam & Gender, UIN Syarif Hidayatullah)  
Dr. Nur Iman Subono (Politik & Gender, FISIPOL Universitas Indonesia)  
Mariana Amiruddin, M.Hum. (Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan)  
Yacinta Kurniasih, M.A. (Sastra dan Perempuan, Faculty of Arts, Monash University)  
Soe Tjen Marching, Ph.D (Sejarah dan Politik Perempuan, SOAS University of London)

**EDITOR TAMU**

Dr. Rosalia Sciortino (Universitas Mahidol, SEA Junction, Program MAMPU)  
Astutik Supraptini, M.A. (Program MAMPU)

**MITRA BESTARI**

Prof. Mayling Oey-Gardiner (Demografi & Gender, Universitas Indonesia)  
David Hulse, PhD (Politik & Gender, Ford Foundation)  
Dr. Pinky Saptandari (Politik & Gender, Universitas Airlangga)  
Dr. Kristi Poerwandari (Psikologi & Gender, Universitas Indonesia)  
Dr. Ida Ruwaida Noor (Sosiologi Gender, Universitas Indonesia)  
Katharine McGregor, PhD. (Sejarah Perempuan, University of Melbourne)  
Prof. Jeffrey Winters (Politik & Gender, Northwestern University)  
Ro'fah, PhD. (Agama & Gender, UIN Sunan Kalijaga)  
Tracy Wright Webster, PhD. (Gender & Cultural Studies University of Western Australia)  
Prof. Kim Eun Shil (Antropologi & Gender, Korean Ewha Womens University)  
Prof. Merlyna Lim (Media, Teknologi & Gender, Carleton University)

Prof. Claudia Derichs (Politik & Gender, Universitaet Marburg)  
Sari Andajani, PhD. (Antropologi Medis, Kesehatan Masyarakat & Gender, Auckland University of Technology)  
Dr. Wening Udasmoro (Budaya, Bahasa & Gender, Universitas Gajah Mada)  
Prof. Ayami Nakatani (Antropologi & Gender, Okayama University)  
Dr. Antarini Pratiwi Arna (Hukum & Gender, Indonesian Scholarship and Research Support Foundation)  
Dr. Widjajanti M Santoso (Gender, Sosiologi & Media, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia)  
Dr. Lidwina Inge Nurtjahyo (Hukum & Gender, Universitas Indonesia)  
Francisca Saveria Sika Ery Seda, Ph.D. (Sosiologi, Gender & Kemiskinan, Universitas Indonesia)  
Ruth Indiah Rahayu, M. Fil. (Sejarah, Gender & Filsafat, Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara)  
Prof. Maria Lichtmann (Teologi Kristen dan Feminisme, Appalachian State University, USA)  
Assoc. Prof. Muhamad Ali (Agama & Gender, University California, Riverside)  
Assoc. Prof. Mun'im Sirry (Teologi Islam & Gender, University of Notre Dame)  
Assoc. Prof. Paul Bijl (Sejarah, Budaya & Gender, Universiteit van Amsterdam)  
Assoc. Prof. Patrick Ziegenhain (Politik & Gender, Goethe University Frankfurt)  
Assoc. Prof. Alexander Horstmann (Studi Asia & Gender, University of Copenhagen)

**REDAKSI PELAKSANA**

Andi Misbahul Pratiwi, M.Si.

**SEKRETARIS REDAKSI**

Abby Gina Boangmanalu, M.Hum.

**REDAKSI**

Dewi Komalasari  
Sera Ferrawati

**SEKRETARIAT DAN SAHABAT JURNAL PEREMPUAN**

Himah Sholihah  
Gery Andri Wibowo

**DESAIN & TATA LETAK**

Dina Yulianti

**ALAMAT REDAKSI :**

Jl. Karang Pola Dalam II No. 9A, Jati Padang  
Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12540  
Telp./Fax (021) 2270 1689  
E-mail: [yjp@jurnalperempuan.com](mailto:yjp@jurnalperempuan.com)  
[redaksi@jurnalperempuan.com](mailto:redaksi@jurnalperempuan.com)

**WEBSITE:**

[indonesianfeministjournal.org](http://indonesianfeministjournal.org)

Cetakan Pertama, Agustus 2019

## Daftar Isi

### Catatan Jurnal Perempuan

Perempuan dan Kesehatan/Women and Health ..... iii

### Artikel

- Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak/ *Cultural Value Factors That Affect Mother and Child Health* ..... 165-176  
*Inang Winarso & Ressa Ria Lestari*
- Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara/ *The Vulnerability of Occupational Health of Women Home Workers: A Study in Labor-Intensive Industries in Penjaringan, North Jakarta* ..... 177-192  
*Evania Putri Rifyana*
- Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga/ *Preliminary Study on Access to Health Services for Elderly Women: The Age and Socio-Economic Issues of Elderly Women in Pancuran Village, Salatiga* ..... 193-204  
*Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani*
- Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDG: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)/ *Data Collection to Fulfil the Targets for the SDGs: The APIK Gender Justice Index (AGJI)* ..... 205-219  
*Saskia Wieringa*
- Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan/ *Personal Experiences of Women Surviving Breast Cancer as a Confrontation of the Meaning of the Women's Body* ..... 221-232  
*Abby Gina & Atnike Sigi*
- Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten/ *Poor Women's Access to Pregnancy and Childbirth Examination Services in Indonesia: Case Study in Five Districts* ..... 233-246  
*Dyan Widyaningsih, Elza Samantha Elmira, dan Andi Misbahul Pratiwi*
- Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu/ *Review of Policy-Oriented Research on Maternal Mortality* ..... 247-258  
*Dewi Komalasari & Jane Daniels*
- Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia/ *Women's and Health Officer's Knowledge on Access to Reproductive and Sexual Health Services Covered by the National Health Insurance: Surveys in 15 Districts-Cities in Indonesia* ..... 259-273  
*Herna Lestari & Atnike Nova Sigi*
- Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatra: Antara Norma Agama, Adat dan Negara/ *Community Knowledge and Behavior Towards Unwanted Pregnancy in Eight Provinces of Sumatra: Between Religious, Customary and State Norms* ..... 275-288  
*Dina Lumbantobing, Sita Van Bemmelen, Andi Misbahul Pratiwi & Anita Dhewy*

JP edisi ini diterbitkan oleh Yayasan Jurnal Perempuan dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama antara Pemerintah Australia dan Indonesia bertujuan untuk meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia ke layanan penting dan program pemerintah lainnya dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Pandangan dalam artikel merupakan perspektif masing-masing penulis dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia maupun Pemerintah Australia.

# Perempuan dan Kesehatan

## *Women and Health*

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang senantiasa menjadi isu penting bagi publik maupun individu di dalamnya, termasuk perempuan. Bagi Indonesia, isu kesehatan merupakan salah satu persoalan penting yang diatur dalam konstitusi dan alokasi sumber daya di dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Namun, berbagai data dan riset memperlihatkan masih kompleksnya persoalan kesehatan publik maupun kesehatan berdasarkan gender dan kelompok usia.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2018 menyebutkan masalah gizi dan penyakit tidak menular merupakan pekerjaan rumah terbesar Indonesia. Data yang sama mencatat bahwa Kementerian Kesehatan hanya mampu mengurangi angka *stunting* dari 37,2 persen menjadi 30,8 persen selama lima tahun. Gizi buruk hanya sedikit berkurang, dari 19,6 persen menjadi 17,6 persen. Sementara itu, angka obesitas justru mengalami peningkatan dari 14,8 persen menjadi 21,8 persen. Pada saat yang sama penyakit tidak menular, seperti kanker, strok, gangguan ginjal kronis, diabetes, dan hipertensi hampir semua mengalami peningkatan.

Kondisi bidang kesehatan di Indonesia juga dapat dilihat dari kondisi kesehatan keluarga dan kesehatan perempuan. Saat ini ditemukan munculnya rintangan dalam pemberian vaksin untuk penyakit menular seperti vaksin Measles & Rubella (MR) dan polio sehubungan dengan ketidaksesuaian standar produk dengan nilai-nilai agama, maupun mitos-mitos seputar dampak dari vaksin terhadap anak.

Sementara itu, data Kementerian Kesehatan tahun 2015 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, dari 100.000 kelahiran hidup, sekitar 305 diantaranya berakhir dengan kematian sang ibu. Data Kementerian Kesehatan 2017 juga memperlihatkan jumlah penderita AIDS tertinggi menurut status/pekerjaan adalah pada ibu rumah tangga sebanyak 14.721 jiwa.

Bidang kesehatan merupakan isu penting bagi gerakan perempuan dan studi feminis. Kaum feminis menemukan adanya kesenjangan dalam hubungan antara perempuan, kesehatan dan dunia medis. Pada gelombang kedua gerakan perempuan di dunia, kelompok feminis berjuang untuk mengangkat isu kesehatan perempuan ke permukaan. Dampak positif dari gerakan perempuan tersebut kita rasakan hari ini dengan semakin banyak perempuan yang berkiprah di bidang kedokteran dan meningkatnya perhatian dan sumber daya yang didedikasikan untuk isu kesehatan perempuan. Meskipun demikian feminis tetap bersikap kritis terhadap bidang medis yang masih bias atau netral

gender. Seperti diagnosis, pemberian resep atau tindakan medis yang berbeda antara laki-laki dan perempuan terkait stereotip gender atau riset-riset medis yang tidak menyertakan analisis berbasis jenis kelamin.

Lebih jauh pemikiran feminis menawarkan pendekatan komprehensif terhadap isu kesehatan. Pendekatan ini didasarkan pada konsep yang menempatkan manusia sebagai kesatuan (tubuh dan pikiran) yang berinteraksi dengan lingkungan sosial dan fisik mereka. Dengan demikian, pendekatan ini mendefinisikan kesehatan secara holistik, sebagai hasil dari hubungan sosial. Hal ini berbeda dengan pendekatan biomedis yang memandang tubuh secara mekanis, menempatkan individu sebagai kumpulan dari komponen.

Pendekatan feminis juga mendorong pengakuan perbedaan fisiologis dan sosial antar jenis kelamin dan mengakui keberagaman individu, entah laki-laki atau perempuan, kaya atau miskin, heteroseksual atau preferensi seksual lainnya, berkebutuhan khusus atau tidak, dan seterusnya, yang menggunakan pendekatan interseksionalitas. Pendekatan feminis memandang kesehatan adalah masalah keadilan sosial.

Di Indonesia isu kebijakan di bidang kesehatan juga menjadi perhatian gerakan perempuan. Persoalan angka kematian ibu misalnya, telah menjadi fokus perhatian gerakan perempuan sejak beberapa dekade silam. Namun hingga hari ini masih menjadi persoalan genting yang tak kunjung teratasi.

Kesehatan perempuan juga berhubungan dengan posisi perempuan sebagai subjek. Khususnya dalam persoalan kesehatan reproduksi, pengetahuan mengenai Hak dan Kesehatan Seksual dan Reproduksi sangat menentukan tidak hanya kondisi kesehatan fisik perempuan tetapi juga *well-being* perempuan.

Sejumlah riset dalam Jurnal Perempuan edisi ini memperlihatkan bahwa nilai dan unsur budaya yang hidup dalam masyarakat memiliki pengaruh yang kuat terhadap keyakinan, keputusan, sikap dan perilaku masyarakat terkait kesehatan perempuan. Aspek konteks lokal perlu dipertimbangkan secara serius dalam seluruh upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan perempuan. Selain itu, pengalaman perempuan berhadapan dengan isu kesehatan hendaknya tidak dilihat secara sama dan universal. Seluruh aspek ini perlu dipahami dengan baik oleh para pengambil kebijakan dan tenaga kesehatan sehingga kebijakan kesehatan dan layanan kesehatan benar-benar mempertimbangkan suara dan kebutuhan perempuan. Lebih jauh kebijakan dan layanan kesehatan hendaknya memosisikan perempuan sebagai subjek yang berhak mengambil keputusan terkait kesehatannya. (Anita Dhewy)



---

Inang Winarso & Ressa Ria Lestari (Asosiasi Antropologi Indonesia [AAI] Pengurus Daerah Jawa Barat, Bandung, Jawa Barat, Indonesia)

**Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak**

*Cultural Value Factors That Affect Mother and Child Health*

Kode Naskah: DDC 305  
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 165-176, 1 gambar, 1 tabel, 6 daftar pustaka

Mother and child health as a key indicator of community welfare is measured by the Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR). But why have efforts to reduce MMR and IMR not yet reached the target? This research answers this question by using an approach of cultural values in mother and child health. The focus of this research is on the human life cycle starting from marriage, pregnancy, birth and death in Situbondo Regency, East Java and Ngada Regency, NTT. Research has found four cultural elements that predominantly influence health beliefs, family and community decisions in dealing with maternal and infant health problems. These cultural elements are the religious system, the kinship system, the knowledge system and the livelihood system. These four systems can increase or decrease the risk of maternal and infant mortality. The government must consider the cultural values of the community in making health policies. First, strengthen factors that reduce the risk of maternal and child mortality. Second, reduce the factors that increase the risk of maternal and child mortality.

Keywords: cultural values, ethnography, mother and child health, maternal mortality, infant mortality

Kesehatan ibu dan anak sebagai indikator kunci kesejahteraan masyarakat diukur dengan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Namun mengapa upaya menurunkan AKI dan AKB belum mencapai target? Riset ini menjawab pertanyaan tersebut dengan menggunakan pendekatan nilai budaya dalam kesehatan ibu dan anak. Fokus riset ini adalah pada siklus hidup manusia mulai dari perkawinan, kehamilan, kelahiran dan kematian di Kabupaten Situbondo Jawa Timur dan Kabupaten Ngada NTT. Riset menemukan empat unsur budaya yang dominan memengaruhi keyakinan (*health belief*), keputusan keluarga dan masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan ibu dan bayi. Unsur budaya itu adalah sistem religi, sistem kekerabatan, sistem pengetahuan dan sistem mata pencarian. Keempat sistem itu dapat meningkatkan maupun menurunkan risiko kematian ibu dan bayi. Pemerintah harus mempertimbangkan nilai budaya masyarakat dalam membuat kebijakan kesehatan. Prinsip pertama, memperkuat faktor yang menurunkan risiko kematian ibu dan anak. Kedua, mengurangi faktor yang meningkatkan risiko kematian ibu dan anak.

Kata kunci: nilai budaya, etnografi, kesehatan ibu dan anak, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi

---

Evania Putri Rifyana (Trade Union Rights Centre [TURC] Lembaga Pusat Studi dan Advokasi Perburuhan, Jakarta Pusat, Indonesia)

**Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara**

*The Vulnerability of Occupational Health of Women Home Workers: A Study in Labor-Intensive Industries in Penjaringan, North Jakarta*

Kode Naskah: DDC 305  
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 177-192, 11 gambar, 2 bagan, 26 daftar pustaka

Labor-intensive industries oriented to low prices, has a strategy of reducing labor costs to compete in a competitive market. To streamline the production burden, the company issues a portion of its production commodities to workers outside the factory, in this case homeworkers. The majority of homeworkers are poor women who live around industrial areas. Through a qualitative approach, this study wants to find out the working conditions of women homeworkers working in labor-intensive industries, especially in the shoe sector, in the slums of the Capital City of Jakarta, namely the Penjaringan area, North Jakarta. The study found that women homeworkers do not have access to proper occupational health, making their conditions vulnerable. This vulnerability is influenced by poor working environment conditions, inadequate Health and Safety (K3), and the absence of social protection and security for women homeworkers. In addition, the house, which is used as a production space on a massive scale, also has implications for the daily survival of women homeworkers and their families.

Keywords: women, homeworkers, laborers, Occupational Health and Safety (OHS)

Industri padat karya yang berorientasi harga murah, memiliki strategi menekan biaya tenaga kerja untuk bersaing di pasar yang kompetitif. Untuk mengoptimalkan beban produksi, perusahaan mengeluarkan sebagian komoditas produksinya kepada buruh-buruh di luar pabrik, dalam hal ini pekerja rumahan. Pekerja rumahan mayoritas digeluti oleh para perempuan miskin yang tinggal di sekitar kawasan industri. Melalui pendekatan kualitatif, penelitian ini ingin mengetahui kondisi kerja perempuan pekerja rumahan yang bekerja di industri padat karya khususnya pada sektor sepatu, di kawasan kumuh Ibu Kota Jakarta, yakni wilayah Penjaringan, Jakarta Utara. Penelitian ini menemukan bahwa perempuan pekerja rumahan tidak memiliki akses kesehatan kerja yang layak sehingga membuat kondisi mereka rentan. Kerentanan ini dipengaruhi oleh kondisi lingkungan kerja yang buruk, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang tidak memadai, serta tidak adanya perlindungan dan jaminan sosial bagi perempuan pekerja rumahan. Selain itu, rumah yang dijadikan ruang produksi dengan skala masif, juga berimplikasi pada kelangsungan hidup sehari-hari perempuan pekerja rumahan dan keluarganya.

Kata kunci: Perempuan, Pekerja rumahan, Buruh, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

---

Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani (Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga, Indonesia)

**Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga**

*Preliminary Study on Access to Health Services for Elderly Women: The Age and Socio-Economic Issues of Elderly Women in Pancuran Village, Salatiga*

Kode Naskah: DDC 305  
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 193-204, 1 gambar, 3 tabel, 38 daftar pustaka

The increasing number of elderly people from year to year shows the high life expectancy in elderly women. This situation coupled with cultural and social aspects can trigger vulnerability for elderly women, including the health aspect. This study aims to describe the factors of access to health services for elderly women in the village of Pancuran, Salatiga. The method used is descriptive-quantitative with data collection carried out in Pancuran Village using a questionnaire. Elderly women in Pancuran Village have different economic, educational, employment and social status backgrounds but have the same vulnerability to access health services due to the unavailability of *posyandu* for the elderly in Pancuran Village. Nevertheless, efforts to access health services are still underway. This research shows that cultural involvement in health care is needed to realize integrated, patient-centered, and gender-friendly health services.

Keywords: elderly women, health services, social culture

Meningkatnya jumlah lansia dari tahun ke tahun menunjukkan tingginya angka harapan hidup pada lansia perempuan. Situasi ini ditambah dengan aspek budaya dan sosial dapat memicu kerentanan bagi lansia perempuan termasuk pada aspek kesehatan. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan faktor-faktor akses layanan kesehatan pada lansia perempuan di desa Pancuran, Salatiga. Metode yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan pengambilan data dilakukan di Desa Pancuran dengan menggunakan kuesioner. Lansia perempuan yang ada di Desa Pancuran memiliki latar belakang ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan status sosial yang berbeda tetapi memiliki kerentanan yang sama untuk mengakses layanan kesehatan karena ketetersediaan *posyandu* santun lansia di Desa Pancuran. Walaupun demikian, upaya untuk mengakses layanan kesehatan tetap dilakukan. Penelitian ini menunjukkan bahwa pelibatan budaya dalam layanan kesehatan diperlukan untuk mewujudkan layanan kesehatan terintegrasi, berpusat pada pasien, dan ramah gender.

Kata kunci: lansia perempuan, layanan kesehatan, sosial budaya

---

Saskia Wieringa (Universitas Amsterdam, Amsterdam, Belanda)

### **Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDGs: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)**

*Data Collection to Fulfil the Targets for the SDGs: The APIK Gender Justice Index (AGJI)*

Kode Naskah: DDC 305

Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 205-219, 10 tabel, 23 daftar pustaka

Indonesia has committed itself to the 2030 Agenda with 17 Sustainable Development Goals (SDGs) which were approved by the United Nations on September 25, 2015. Seventeen objectives and 169 related targets must be achieved by 2030. Gender equality is an independent goal (SDG number 5), but gender related issues are also contained in the goal of poverty alleviation (SDG 1), health care including maternal and child health (SDG 3) and education (SDG 4). SDG number 16 concerns a commitment to peace, access to justice and strong institutions. Reliable and inclusive gender statistics are needed to monitor progress towards achieving gender equality and justice and to identify key gender inequalities that require policy interventions. Both quantitative and qualitative data are needed. In addition, certain problems are specific for women, such as maternal death. Given the wide diversity in gender relations and socio-economic conditions of the Indonesian archipelago subnational data are required. This article outlines the methodology of designing the APIK Gender Justice Index. The main findings are that the availability of sex-disaggregated data at the subnational level leaves much to be desired. The AGJI proves to be a reliable, comprehensive and flexible tool that can easily be used by policy makers and activists to design policies and programs to address gender-based discrimination in Indonesia, for instance in the field of health. The AGJI is based on locally available data. The advantages of the AGJI are that it can be computed with a minimum of cost and effort to achieve a maximum of reliability and ease in use. The GSI was found to be comparable with the Global Gender Gap Index (GGGI) for Indonesia but it is more sensitive to

political empowerment. The AGJI assesses in how far women have been able to take up leadership positions at subnational levels, including at the village level and are represented in the major decision-making bodies such as the judiciary.

Keywords: gender index, gender justice, gender statistics, SDGs

Indonesia telah berkomitmen dalam Agenda 2030 dengan 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) yang telah disepakati oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tanggal 25 September 2015. Tujuh belas tujuan dan 169 target terkait harus dicapai pada tahun 2030. Kesetaraan gender merupakan tujuan independen (SDG nomor 5), namun isu terkait gender juga terdapat dalam tujuan Menghapus Kemiskinan (SDG 1), pelayanan kesehatan termasuk kesehatan ibu dan anak (SDG 3) dan pendidikan (SDG 4). SDG nomor 16 mengenai komitmen untuk perdamaian, akses pada keadilan dan kelembagaan yang kuat. Statistik gender yang inklusif dan dapat diandalkan dibutuhkan untuk memonitor kemajuan dalam pencapaian kesetaraan gender dan keadilan dan untuk mengidentifikasi kunci kesenjangan gender yang membutuhkan intervensi kebijakan. Data kuantitatif dan kualitatif dibutuhkan, selain persoalan tertentu yang khusus terjadi pada perempuan misalnya kematian ibu melahirkan. Dengan luasnya keberagaman dalam relasi gender dan kondisi sosial ekonomi di kepulauan Indonesia, data dari daerah sangat diperlukan. Artikel ini menekankan metodologi perancangan Indeks Keadilan Gender APIK. Temuan utama adalah ketersediaan data terpilah berdasarkan jenis kelamin di daerah masih rendah. AGJI terbukti dapat menjadi alat yang dapat diandalkan, komprehensif, dan fleksibel yang dapat digunakan dengan mudah oleh pembuat kebijakan dan aktivis untuk merancang kebijakan dan program dalam menangani diskriminasi berdasarkan gender di Indonesia, misalnya dalam bidang kesehatan. AGJI didasarkan pada data yang tersedia secara lokal. AGJI dapat dikomputerisasi dengan biaya dan usaha yang kecil namun dengan keuntungan yang maksimum dan mudah digunakan. GSI sebanding dengan Indeks kesenjangan gender global (*Global Gender Gap Index/GGGI*) untuk Indonesia namun lebih sensitif pada pemberdayaan politik. AGJI dapat mengakses sejauh mana perempuan dapat mengambil posisi kepemimpinan di tingkat daerah termasuk tingkat dasar dan representasi di lembaga pengambilan keputusan utama seperti dalam lembaga peradilan.

Kata kunci: indeks gender, keadilan gender, statistik gender, SDGs

---

Abby Gina & Atnike Sigiro (Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

### **Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan**

*Personal Experiences of Women Surviving Breast Cancer as a Confrontation of the Meaning of the Women's Body*

Kode Naskah: DDC 305

Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 221-232, 14 daftar pustaka

This study highlights the experiences faced by women breast cancer survivor in Jakarta in defining their bodies. Despite of medical assessment, breast cancer needs to be analyzed through feminist's lense because breast cancer has close link with discourse of sexual body and engendered body. This study used a qualitative methodology that emphasizes critical analysis. Data collection was gathered through interviews with 8 women who are breast cancer survivors. The research reveals that under the normality of femininity of the patriarchal society, the women breast cancer survivors could confront the dominant interpretation upon women's body

Keywords: breast cancer, body experience, gender structure, feminine, body normalization

Penelitian ini mengangkat pengalaman yang dihadapi oleh perempuan penyintas kanker payudara di Jakarta dalam memandang ketubuhan.

Selain analisis medis, persoalan kanker payudara juga perlu dianalisis dengan kacamata feminis karena kanker payudara memiliki kaitan erat dengan diskursus tubuh yang berjenis kelamin dan tubuh yang tergenderkan. Penelitian ini menggunakan metodologi kualitatif yang menekankan pada analisis kritis. Pengumpulan data penelitian diperoleh melalui wawancara dengan delapan narasumber yang merupakan perempuan penyintas kanker payudara. Penelitian ini mengungkap bahwa dibawah normativitas feminin yang dibangun dalam masyarakat yang patriarkis, para perempuan penyintas kanker payudara dapat melakukan konfrontasi terhadap dominasi pemaknaan atas tubuh perempuan.

Kata kunci: kanker payudara, pengalaman tubuh, struktur gender, feminin, normalisasi tubuh

---

<sup>1</sup>Dyan Widyaningsih, <sup>1</sup>Elza Samantha Elmira & <sup>2</sup>Andi Misbahul Pratiwi (<sup>1</sup>The SMERU Research Institute, Cikini, Jakarta, Indonesia & <sup>2</sup>Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

### **Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten**

*Poor Women's Access to Antenatal Care and Childbirth Services in Indonesia: A Case Study in Five Districts*

Kode Naskah: DDC 305  
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 233-246, 2 tabel, 3 gambar, 13 daftar pustaka

The health of pregnant women often becomes an indicator of human development. On the other hand, the fact of the high maternal mortality rate, raises questions related to the government's attention to the health of pregnant women, especially women in poor areas. This article focuses on poor women's access to health services for antenatal care and childbirth in five regencies in Indonesia. The aspects studied include the availability of health services for antenatal care and childbirth, poor women's access to these services, and supporting factors/actors and barriers to poor women's access to health services. This article showed that the availability of health facilities is not always in line with the increased awareness of pregnant women to access these services. Road infrastructure condition, distance, and cost to access health service still remain a challenge. Meanwhile, the policy of incentives and disincentives to traditional birth attendants has an influence on the increasing number of pregnant women who check their pregnancies and childbirth at health facilities. Thus, health issues of pregnant women and safe childbirth require a different effort. Aspects of the local context and supporting infrastructure also require serious attention.

Keywords: access to health for poor women, antenatal care, childbirth.

Kesehatan perempuan hamil kerap menjadi tolok ukur pembangunan manusia. Di sisi lain, fakta mengenai tingginya angka kematian ibu memunculkan pertanyaan terkait perhatian negara terhadap kesehatan perempuan hamil, terutama perempuan di daerah miskin. Tulisan ini berfokus pada akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di lima kabupaten di Indonesia. Aspek yang dikaji meliputi ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, akses perempuan miskin terhadap layanan ini, serta faktor/aktor yang mendukung dan menghambat akses tersebut. Tulisan ini memperlihatkan bahwa ketersediaan fasilitas pemeriksaan kehamilan dan persalinan tidak selalu sejalan dengan peningkatan akses perempuan hamil terhadap fasilitas tersebut. Faktor infrastruktur jalan, jarak, dan biaya masih menjadi kendala. Sementara itu, kebijakan insentif dan disinsentif kepada dukun bayi memiliki pengaruh terhadap peningkatan jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Dengan demikian, persoalan kesehatan ibu hamil hingga persalinan yang aman memerlukan upaya yang tidak seragam. Aspek konteks lokal dan infrastruktur pendukung juga perlu diperhatikan secara serius.

Kata kunci: akses perempuan miskin, pemeriksaan kehamilan, persalinan.

---

<sup>1</sup>Dewi Komalasari & <sup>2</sup>Jane Daniels (<sup>1</sup>Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia & <sup>2</sup>MAMPU, Setia Budi, Jakarta, Indonesia)

### **Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu**

*Review of Policy-Oriented Research on Maternal Mortality*

Kode Naskah: DDC 305  
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 247-258, 34 daftar pustaka

Maternal mortality remains an unresolved critical issue. This condition indicates that women's reproductive health rights has not yet been fulfilled. Maternal mortality occurs due to medical and non-medical factors. Even though a small amount of those deaths still happens due to unpreventable causes, however most of those deaths could have been prevented and avoided. Government efforts to address the problem of maternal mortality are carried out through various policies that focus on medical factors and through programs aimed at increasing the coverage and quality of maternal health services. On the other hand, other factors such as social economic and cultural are being neglected. A review of researches on the theme of maternal mortality found various factors that contributed to the causes of maternal mortality such as socio-cultural barriers that limit women's access to health, ranging from poverty, geography and local culture. Unmet need for contraception in family planning program, adolescence reproductive health issue that still hasn't been addressed in a serious and comprehensive manner, as well as unsafe abortion are the key underlying causes of maternal mortality.

Keywords: maternal mortality, reproductive health, family planning, adolescence reproductive health, unsafe abortion

Kematian ibu merupakan salah satu persoalan perempuan yang belum teratasi hingga saat ini. Kondisi ini menunjukkan hak perempuan atas kesehatan reproduksi masih belum terpenuhi. Kematian ibu pada umumnya terjadi karena penyebab dari faktor medis dan nonmedis. Meski sejumlah kecil kematian masih tetap terjadi karena sebab yang tidak bisa dihindari, namun kebanyakan kematian seharusnya bisa/dapat dicegah dan dihindari. Upaya pemerintah mengatasi persoalan kematian ibu dilakukan melalui berbagai kebijakan yang memfokuskan pada faktor medis dan melalui program-program yang bertujuan meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan ibu. Namun di sisi lain melupakan faktor lain seperti sosial ekonomi dan budaya. Tinjauan terhadap riset-riset bertema kematian ibu menemukan berbagai faktor yang menyumbang pada penyebab masih terjadinya kematian ibu seperti hambatan sosial budaya yang membatasi akses perempuan terhadap kesehatan, mulai dari kemiskinan, geografis dan budaya setempat. Kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi pada program keluarga berencana, persoalan kesehatan reproduksi remaja yang belum ditangani secara serius dan komprehensif serta abortif tidak aman juga turut menyumbang sebagai penyebab masih terjadinya kematian ibu.

Kata kunci: kematian ibu, kesehatan reproduksi, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, abortif tidak aman.

---

<sup>1</sup>Herna Lestari & <sup>2</sup>Atnike Nova Sigiro (<sup>1</sup>Yayasan Kesehatan Perempuan, Jakarta, Indonesia & <sup>2</sup>Jurnal Perempuan/ Universitas Paramadina, Jakarta, Indonesia)

### **Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia**

*Women's and Health Officer's Knowledge on Access to Reproductive and Sexual Health Services Covered by the National Health Insurance: Surveys in 15 Districts-Cities in Indonesia*

Kode Naskah: DDC 305

Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 259-273, 15 tabel, 22 daftar pustaka

The availability of reproductive and sexual health services provided by the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/ JKN) in Indonesia could expand women's access to reproductive and sexual health services. However, the knowledge of community and service provider will determine to what extent women will access the reproductive and sexual health services provided by JKN. This article assesses and analyzes the knowledge of women and health officers about the availability of reproductive and sexual health services provided in JKN. The article elaborates for main findings from the research that was conducted by women organizations that are members of the Women's Health Care Network (Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan or JP2K). JP2K conducted longitudinal research with a series of surveys in 2015, 2016, and 2017 in 15 regions of districts/cities in Indonesia on knowledge and access to reproductive and sexual health services provided by JKN. The surveys show limited knowledge of the respondents, both women and health officers, about forms and scope of reproductive and sexual health services that are covered by JKN. The research concludes that one of the important agendas for encouraging women's access to health services covered by JKN is through intensifying the socialization of the scope of sexual and reproductive health to women and health facility officers.

Keywords: national health insurance, reproductive and sexual health, women's health

Tersedianya layanan kesehatan reproduksi dan seksual dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dapat memperluas akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi dan seksual. Namun, pengetahuan masyarakat dan penyedia layanan akan menentukan sejauh mana perempuan akan mengakses layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dicakup oleh program JKN tersebut. Artikel ini berusaha menilai dan menganalisis pengetahuan kaum perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan tentang layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dicakup oleh program JKN. Di dalam artikel ini akan dipaparkan temuan utama penelitian yang dilakukan oleh kelompok organisasi perempuan yang tergabung di dalam Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan (JP2K). JP2K melakukan penelitian longitudinal dengan metode survei pada tahun 2015, 2016, dan 2017 di lima belas wilayah kabupaten/kota di Indonesia. Hasil survei tersebut memperlihatkan masih terbatasnya pengetahuan responden perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan tentang bentuk dan cakupan layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dibiayai oleh JKN. Penelitian ini menyimpulkan bahwa salah satu agenda penting untuk mendorong akses perempuan terhadap layanan JKN adalah sosialisasi mengenai cakupan layanan kesehatan reproduksi dan seksual bagi kaum perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan.

Kata kunci: jaminan kesehatan nasional, kesehatan reproduksi dan seksual, kesehatan perempuan

<sup>1</sup>Dina Lumbantobing, <sup>1</sup>Sita Van Bemmelen, <sup>2</sup>Andi Misbahul Pratiwi & <sup>2</sup>Anita Dhewy (<sup>1</sup>PERMAMPU, Medan, Indonesia &

<sup>2</sup>Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

**Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatra: Antara Norma Agama, Adat dan Negara**

*Community Knowledge and Behavior Towards Unwanted Pregnancy in Eight Provinces of Sumatra: Between Religious, Customary and State Norms*

Kode Naskah: DDC 305

Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 275-288, 2 tabel, 8 daftar pustaka

Based on field observations and experiences in assisting women by the PERMAMPU Consortium, there are still many women who face unwanted pregnancy (KTD). Therefore it is needed research to find out the needs of women related to KTD. This article focuses on three things, namely (1) understanding and knowledge of informants about KTD; (2) perception of the best and the worst solutions for KTD cases; (3) women's behavior related to KTD. The study uses three categories of KTD: KTD experienced by married women, KTD experienced by unmarried women, and KTD experienced by victims of acts of violence. This article is written from the 2014 PERMAMPU Consortium research report entitled *The Compilation of Unwanted Pregnancy Research Reports/KTD in Eight Provinces, Sumatra Island*. The study used a qualitative approach with data collection conducted through interviews and FGDs. This paper shows that there are similarities and differences in the understanding, perceptions, behavior of women and society in relation to KTD. Various forms of rules and norms generally view pregnancy as natural, so that it is always desirable, have controlled women and society in behaving and handling KTD. There are various forms of KTD and various forms of coping methods that are not always in line with existing rules and are generally done secretly. Thus, women who experience unwanted pregnancy need recognition of their problems, including their voices and needs and supported to make decisions for themselves.

Keywords: unwanted pregnancy, religious norms, customary norms, abortion

Berdasarkan pengamatan lapang dan pengalaman dalam pendampingan perempuan yang dilakukan oleh Konsorsium PERMAMPU diketahui bahwa masih banyak perempuan yang menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Untuk itu diperlukan penelitian guna mengetahui kebutuhan perempuan terkait KTD. Artikel ini berfokus pada tiga hal yaitu (1) pemahaman dan pengetahuan narasumber mengenai KTD; (2) persepsi tentang solusi terbaik dan tidak baik untuk kasus KTD; (3) perilaku perempuan terkait KTD. Penelitian ini menggunakan tiga kategori KTD yaitu, KTD yang dialami perempuan menikah, KTD yang dialami perempuan belum menikah, dan KTD yang dialami korban kekerasan. Artikel ini disarikan dari laporan penelitian Konsorsium Perampung tahun 2014. dengan judul *Kompilasi Laporan Penelitian Kehamilan Tidak Diinginkan/KTD di Delapan Provinsi, Pulau Sumatra*. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan FGD. Tulisan ini menunjukkan terdapat kesamaan dan perbedaan pemahaman, persepsi dan perilaku perempuan dan masyarakat terkait KTD. Berbagai bentuk aturan dan norma yang secara umum memandang kehamilan sebagai kodrat sehingga otomatis selalu diinginkan telah mengendalikan perempuan dan masyarakat dalam bersikap dan menangani KTD. Kenyataannya telah terjadi berbagai bentuk KTD dan berbagai bentuk cara mengatasi yang tak selalu sejajar dengan aturan yang ada dan umumnya dilakukan secara tersembunyi. Dengan demikian perempuan yang mengalami KTD memerlukan pengakuan terhadap masalahnya, termasuk didengar suara dan kebutuhannya serta didukung untuk mengambil keputusan secara sadar bagi dirinya.

Kata kunci: kehamilan tidak diinginkan, norma agama, norma adat, aborsi.

## Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDGs: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)<sup>1</sup>

### *Data Collection to Fulfil the Targets for the SDGs: The APIK Gender Justice Index (AGJI)*

**Saskia Wieringa**

Universitas Amsterdam  
Spui 21, 1012 WX Amsterdam, Netherlands

sewieringa@xs4all.nl

Kronologi Naskah: diterima 21 Juli 2019, direvisi 20 Agustus 2019, diputuskan diterima 26 Agustus 2019

#### Abstract

Indonesia has committed itself to the 2030 Agenda with 17 Sustainable Development Goals (SDGs) which were approved by the United Nations on September 25, 2015. Seventeen objectives and 169 related targets must be achieved by 2030. Gender equality is an independent goal (SDG number 5), but gender related issues are also contained in the goal of poverty alleviation (SDG 1), health care including maternal and child health (SDG 3) and education (SDG 4). SDG number 16 concerns a commitment to peace, access to justice and strong institutions. Reliable and inclusive gender statistics are needed to monitor progress towards achieving gender equality and justice and to identify key gender inequalities that require policy interventions. Both quantitative and qualitative data are needed. In addition, certain problems are specific for women, such as maternal death. Given the wide diversity in gender relations and socio-economic conditions of the Indonesian archipelago subnational data are required. This article outlines the methodology of designing the APIK Gender Justice Index. The main findings are that the availability of sex-disaggregated data at the subnational level leaves much to be desired. The AGJI proves to be a reliable, comprehensive and flexible tool that can easily be used by policy makers and activists to design policies and programs to address gender-based discrimination in Indonesia, for instance in the field of health. The AGJI is based on locally available data. The advantages of the AGJI are that it can be computed with a minimum of cost and effort to achieve a maximum of reliability and ease in use. The GSI was found to be comparable with the Global Gender Gap Index (GGGI) for Indonesia but it is more sensitive to political empowerment. The AGJI assesses in how far women have been able to take up leadership positions at subnational levels, including at the village level and are represented in the major decision-making bodies such as the judiciary.

Keywords: gender index, gender justice, gender statistics, SDGs

#### Abstrak

Indonesia telah berkomitmen dalam Agenda 2030 dengan 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) yang telah disepakati oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tanggal 25 September 2015. Tujuh belas tujuan dan 169 target terkait harus dicapai pada tahun 2030. Kesetaraan gender merupakan tujuan independen (SDG nomor 5), namun isu terkait gender juga terdapat dalam tujuan Menghapus Kemiskinan (SDG 1), pelayanan kesehatan termasuk kesehatan ibu dan anak (SDG 3) dan pendidikan (SDG 4). SDG nomor 16 mengenai komitmen untuk perdamaian, akses pada keadilan dan kelembagaan yang kuat. Statistik gender yang inklusif dan dapat diandalkan dibutuhkan untuk memonitor kemajuan dalam pencapaian kesetaraan gender dan keadilan dan untuk mengidentifikasi kunci kesenjangan gender yang membutuhkan intervensi kebijakan. Data kuantitatif dan kualitatif dibutuhkan, selain persoalan tertentu yang khusus terjadi pada perempuan misalnya kematian ibu melahirkan. Dengan luasnya keberagaman dalam relasi gender dan kondisi sosial ekonomi di kepulauan Indonesia, data dari daerah sangat diperlukan. Artikel ini menekankan metodologi perancangan Indeks Keadilan gender APIK. Temuan utama adalah ketersediaan data terpilah berdasarkan jenis kelamin di daerah masih rendah. AGJI terbukti dapat menjadi alat yang dapat diandalkan, komprehensif, dan fleksibel yang dapat digunakan dengan mudah oleh pembuat kebijakan dan aktivis untuk merancang kebijakan dan program dalam menangani diskriminasi berdasarkan gender di Indonesia, misalnya dalam bidang kesehatan. AGJI didasarkan pada data yang tersedia secara lokal. AGJI dapat dikomputerisasi dengan biaya dan usaha yang kecil namun dengan keuntungan yang maksimum dan mudah digunakan. GSI sebanding dengan Indeks kesenjangan gender global (*Global Gender Gap Index/GGGI*) untuk Indonesia namun lebih sensitif pada pemberdayaan politik. AGJI dapat mengakses sejauh mana perempuan dapat mengambil posisi kepemimpinan di tingkat daerah termasuk tingkat dasar dan representasi di lembaga pengambilan keputusan utama seperti dalam lembaga peradilan.

Kata kunci: indeks gender, keadilan gender, statistik gender, SDGs

## Pendahuluan

Indeks keadilan gender APIK (AGJI) adalah hasil dari program Membuat Aturan Hukum Bermakna untuk Perempuan Miskin dan Kelompok Rentan (selanjutnya disebut Program Aturan Hukum). Program ini dilaksanakan oleh sekretariat nasional APIK bekerja sama dengan tujuh kantor LBH APIK di Jakarta, Medan, Makassar, Palu, Semarang, Mataram dan Jayapura, dari 2014-2019.<sup>2</sup> Artikel ini melakukan penilaian kinerja proyek percontohan.

AGJI terdiri dari tiga bagian, Indeks status gender kuantitatif (GSI), ukuran kemajuan kualitatif perempuan (WPM) dan analisis dampak proyek khusus. GSI, yang terdiri dari empat blok, memberikan gambaran umum status relasi gender di wilayah tertentu dan dapat digunakan untuk beragam tujuan kebijakan baik oleh pemerintahan daerah maupun Lembaga swadaya masyarakat. WPM menyediakan informasi yang khusus perempuan seperti kematian ibu melahirkan, sunat perempuan dan perkawinan anak serta ukuran kemajuan hukum dan sosial perempuan. Bagian ketiga diadaptasi secara khusus untuk kebutuhan proyek APIK saat ini dan mengukur hak sipil dan akses ekonomi perempuan.

AGJI secara khusus dirancang untuk program Aturan Hukum, berdasarkan analisis indikasi gender yang ada, terutama hak sipil dan pemberdayaan perempuan. AGJI didasarkan pada metodologi *barefoot*, yakni data yang paling relevan dikumpulkan oleh aktivis LSM dari lembaga di tingkat provinsi dan penanggung jawab yang relevan. AGJI mempunyai filosofi bahwa pengguna indeks harus dapat mengumpulkan data dan mengomputerisasi hasilnya. Alat ini fleksibel dan komprehensif sehingga dapat membantu aktivis gender dan pembuat kebijakan serupa untuk merancang dan memonitor kebijakan dan program mereka.

Pada 1995, UNDP (United Nations Development Program/Badan Program Pembangunan PBB) mempresentasikan dua indeks gender pertamanya, indeks pembangunan terkait gender (GDI/Gender-related Development Index) dan pengukuran pemberdayaan gender (GEM/Gender Empowerment Measure), dalam persiapan Konferensi Perempuan Dunia Keempat tahun 1995 di Beijing. Indeks-indeks ini mengukur perbedaan gender dalam kemampuan dan kesempatan manusia (mengikuti karya Amartya Sen)<sup>3</sup> daripada mengikuti pendapatan nasional. Namun demikian pendapatan nasional tetap dominan, yang berarti bahwa negara kaya (kecuali beberapa negara) tetap lebih tinggi, sebagai kelompok daripada negara miskin dan bahwa langkah menuju kesejahteraan

secara domestik yang telah dilakukan negara miskin dianggap tidak cukup.<sup>4</sup> Kedua, variabel yang dianggap relevan untuk negara berpendapatan tinggi masih mendominasi. Ketiga, beberapa indikator memiliki kekurangan (panjang umur misalnya adalah indikator tetap dan sangat lambat berubah. Keempat, GDI dan GEM bergantung pada data internasional (seperti dari ILO atau UNESCO) yang datanya sudah tertinggal pada saat dipresentasikan karena organisasi internasional ini pertama-tama harus mengumpulkan data nasional dan melakukan harmonisasi agar dapat dibandingkan secara internasional. Kelima, indeks khusus perempuan tidak dapat dikumpulkan misalnya angka kematian ibu. Lebih jauh lagi, kekhususan nasional hilang akibat proses harmonisasi yang kompleks yang memerlukan perbandingan data nasional. Akhirnya, akibat kerumitan rumus ini, indeks-indeks ini hanya dapat dikomputerisasi dan dicek oleh ahli statistik.

Pada tahun-tahun terakhir, indikasi gender yang lain telah dikembangkan. Misalnya Forum Ekonomi Dunia (*World Economic Forum*) merancang Indeks kesenjangan gender global GGGI (*Global Gender Gap Index*). Komisi Ekonomi PBB untuk Afrika (UN Economic Commission for Africa/UNECA) mengembangkan indeks sendiri, yaitu Indeks Gender dan Pembangunan Afrika AGDI (*African Gender and Development Index*), berdasarkan data nasional. Indeks ini dikombinasikan dengan bagian kuantitatif dan bagian kualitatif khusus perempuan. Bagian terakhir ini disebut kartu nilai kemajuan perempuan Afrika AWPS (*African Women's Progress Scorecard*). Pengukuran ini memfokuskan pada kinerja kebijakan di empat area, hak perempuan, aspek ekonomi dan sosial serta kekuasaan politik. Metodologi AGDI menjadi informasi bagi AGJI, meskipun rancangan bagian kedua dari AGJI sangat berbeda.<sup>5</sup> Pada tahun 2010 UNDP mempresentasikan indeks gender yang lain yaitu indeks ketidaksetaraan gender, (*Gender Inequality Index/GII*).<sup>6</sup>

Bagian kuantitatif AGJI, yaitu indeks status gender (*Gender Status Index/GSI*), mengukur kesenjangan gender di bidang kesehatan, pendidikan, pendapatan dan kekuasaan politik. Diperkirakan data dikumpulkan berdasarkan standar yang disusun secara nasional sehingga harmonisasi data tidak diperlukan. Tidak ada prosedur memberatkan yang dimasukkan. Empat blok GSI (kesehatan, pendidikan, pendapatan, dan kekuasaan) menerima porsi yang sama, demikian juga dengan indikator yang ada dalam masing-masing blok. Ukuran kemajuan perempuan terdiri dari indikator khusus perempuan seperti angka kematian

ibu melahirkan, kekerasan dalam rumah tangga, Undang-Undang Perkawinan, hak reproduksi dan sunat perempuan. AGJI juga memiliki spesifikasi harus mudah digunakan. Pengguna yang dimaksud adalah aktivis dan pegawai di tingkat pemerintah daerah. Oleh karena itu, komputerisasi dibuat sederhana dan transparan. Bagian ketiga AGJI mengumpulkan informasi tentang akses terhadap hak perempuan.

Dengan mempertimbangkan luasnya keberagaman dan ukuran saja, rata-rata tingkat nasional tidak dapat diandalkan untuk merepresentasikan situasi di tingkat daerah. Kegagalan usaha di berbagai daerah untuk memonitor SDGs ini disebabkan di tingkat nasional. UNDP berpendapat tentang pentingnya penyediaan data daerah dan telah diterbitkan dalam indeks pembangunan manusia daerah Subnational Human Development Index (SHDI) pada tahun 2018.<sup>7</sup>

Indonesia telah menyusun indeks pembangunan manusia tingkat provinsi (HDI) dan GII daerah tahun 2015. Untuk tujuh daerah tempat AGJI telah dihitung, dengan data tersedia, sebagai berikut:

**Tabel 1 HDI dan GII tingkat provinsi tahun 2015<sup>8</sup>**

Provinsi	HDI	GIJ
DKI Jakarta	78.99	0,110
Jawa Tengah	69.49	0,331
Sulawesi Tengah	68.75	0,536
Sulawesi Selatan	69.15	0,477
Sumatra Utara	69.51	0,481
NTB	62.67	0,463
Papua	57.25	0,516

Sumber: Kementerian Kesehatan 2016; dihitung dari tabel 1.19, dan BPS 2018, h. 63.

Dinilai dari Tabel 1, ketidaksetaraan gender paling rendah tercapai di Jakarta dan tertinggi di Papua.<sup>9</sup> Tahun 2016, BPS (Badan Pusat Statistik) mengadaptasi GII untuk konteks Indonesia dan menghitungnya untuk tingkat daerah.<sup>10</sup> GII hanya memiliki satu bagian kuantitatif yang terdiri dari tiga blok dengan lima total indikator. Blok pertama adalah indeks kesehatan reproduksi yang terdiri dari indikator proksi untuk kematian ibu melahirkan yang akan dibahas di bawah ini dan tingkat kelahiran di usia remaja (15-19). Blok kedua terkait pemberdayaan terdiri dari dua indikator. Pertama, tingkat pendidikan yang dinilai sampai dengan akhir tingkat pendidikan menengah pertama. Kedua tentang komposisi jenis kelamin dalam dewan perwakilan. Blok ketiga terkait ekonomi dan menghitung tingkat partisipasi tenaga

kerja.

GII memiliki beberapa keuntungan. Hasilnya berupa angka tunggal yang dapat digunakan untuk menentukan peringkat ketidaksetaraan gender di tingkat daerah. Kedua, GII mengombinasikan indikator kekhususan perempuan (angka kematian ibu, angka kelahiran) dengan statistik gender kuantitatif. Ketiga, penggunaan tingkat kelahiran remaja memberikan indikasi kuat maraknya perkawinan anak.<sup>11</sup> Keempat, GII hanya memiliki indikasi terbatas. Karakter ini sesuai untuk membandingkan di tingkat makro namun membatasi penggunaannya untuk tujuan kebijakan.

GII memiliki batasan lain, yaitu pertama, tidak transparan. Komputerisasi harus dilakukan oleh ahli statistik. Prosesnya meliputi masing-masing tujuh langkah dengan rumus yang berbeda. Kedua, sifatnya sangat sederhana, dengan angka indikator yang merupakan kemunduran utama. Kekurangan indikator berarti banyak informasi tidak akan dipertimbangkan, termasuk didalamnya hukum keluarga dan perundangan lainnya serta dimensi penting seperti hak sipil, ekonomi dan politik. Ketiga, penggunaan indikator proksi untuk tingkat kematian ibu sangat bermasalah, karena mengurangi angka kematian ibu yang tinggi di Indonesia merupakan komponen utama dalam program SDGs. Indikator proksi, proporsi perempuan yang tidak melahirkan di fasilitas kesehatan tidak cukup, yang akan dibahas di bawah ini.<sup>12</sup> Keempat, GII terbatas untuk pengukuran kekuasaan politik, hanya terukur untuk perempuan pembuat kebijakan sementara di tingkat bawah sampai ke desa, demikian juga dengan bidang kehakiman masih diabaikan. Kesenjangan gender dalam pengupahan dan pendapatan, serta tingkat pendidikan di atas pendidikan menengah pertama juga masih diabaikan.

### Indeks Status Gender

Indeks status gender AGJI mengukur kesenjangan gender dalam bidang kesehatan, pendidikan, pendapatan, dan kekuasaan politik di tingkat provinsi. AGJI terdiri dari empat blok yang masing-masing mempunyai bobot yang sama. Setiap blok terdiri dari sejumlah indikator yang juga memiliki bobot yang sama di dalam bloknnya. Kesehatan diukur dengan kesenjangan gender dalam kematian anak, serta HIV dan tingkat penyakit menular seksual. Pendidikan juga diukur dengan kesenjangan gender sampai tahun pertama setelah menyelesaikan sekolah menengah pertama. Pendapatan diukur dengan kesenjangan gender di sektor

formal. Blok terakhir tentang kekuasaan politik, dengan indikator terbanyak, sembilan, dari kesenjangan gender

terkait anggota dewan perwakilan provinsi sampai ke tingkat desa, termasuk jumlah hakim baik di pengadilan agama dan pengadilan negeri, jaksa dan polisi.

**Tabel 2 Indeks Status Gender**

Indikator	Nilai	Rata-rata	Indeks Status Gender
Kematian anak			
HIV/ PMS			
Sekolah dasar			
Sekolah menengah pertama			
Sekolah menengah atas			
Diploma/universitas			
Pendapatan sektor formal			
Dewan provinsi			
Dewan kabupaten			
Hakim pengadilan agama			
Hakim pengadilan negeri			
Jaksa penuntut umum			
Polisi			
Kepala kecamatan			
Kepala desa			
Badan perwakilan desa			

Sumber: penulis, dirancang untuk program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

AGJI memiliki satu sisi skala yang hanya mengukur pencapaian yang berbeda oleh perempuan dibandingkan laki-laki. Nilai 100 ditetapkan ketika kesetaraan gender tercapai atau dicapai lebih tinggi oleh perempuan. Hanya satu indikator terbalik dipakai, yaitu ketika perempuan memiliki tingkat HIV/PMS lebih tinggi tidak berarti

perempuan lebih berdaya, bahkan sebaliknya. Jadi dalam kasus ini tingkat infeksi yang lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki berarti kesenjangan gendernya lebih besar.

Tabel 3 memberikan nilai keseluruhan dari indeks dan peringkat setiap provinsi. Data menunjukkan bahwa perbedaan kesenjangan gender sangat luas dan signifikan diantara provinsi di Indonesia.

**Tabel 3 nilai keseluruhan Indeks status gender untuk 7 provinsi**

provinsi	nilai
Sulawesi Tengah (Palu)	72.2
Jawa Tengah (Semarang)	70.9
Sulawesi Selatan (Makassar)	70.6
DKI Jakarta	69.8
Sumatra Utara (Medan)	66.6
Papua (Jayapura)	63
NTB (Lombok, Mataram)	61.9

Sumber: penulis, dihitung dalam program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

Dari Tabel 3, status perempuan dapat disimpulkan tertinggi di Sulawesi Tengah diantara provinsi yang berpartisipasi dalam proyek percontohan ini, sementara nilai terendah terdapat di NTB (Nusa Tenggara Barat/ West Nusa Tenggara) disebabkan sebagian karena fakta tingginya tingkat infeksi PMS/HIV pada perempuan dibandingkan laki-laki. Nilai kekuasaan politik pun rendah. Kesimpulan kedua adalah perbedaan besar antar provinsi. Analisis variabel tertentu akan menjelaskan faktor-faktor yang mendasari kesimpulan ini.

Di seluruh tujuh provinsi tempat AGJI dihitung, kesetaraan gender hampir tercapai di bidang pendidikan kecuali di Jakarta dengan nilai 58. Hal ini terutama disebabkan oleh besarnya kesenjangan gender di tingkat universitas. Di provinsi yang angka terkait diploma/ universitas tidak tersedia, angka proksi 80 digunakan.<sup>13</sup> Proksi juga digunakan dalam variabel pendapatan yang ditetapkan untuk diseragamkan pada angka 69,2, sebagaimana dibahas di bawah ini. Perbedaan utama antara laki-laki dan perempuan dihubungkan dengan tingkat rendahnya kekuasaan perempuan dalam hubungannya dengan laki-laki. Dalam hal ini, Jakarta

dianggap memiliki nilai lebih tinggi dibanding provinsi-provinsi lainnya, dengan nilai 52, dibandingkan dengan NTB yang hanya memiliki hampir 10, atau terendah diantara tujuh provinsi.

Akibat beberapa masalah teknis dalam pengumpulan data, angka-angka tidak selalu dapat dibandingkan. Data didapat secara langsung dari sumber, misalnya dinas pendidikan, dinas kesehatan dan dinas tenaga kerja di tingkat provinsi; yang merupakan sumber data untuk tingkat nasional yang berarti juga untuk tingkat internasional. Sumber lain adalah data survei dan sensus. Jika data diperlukan, yang hanya dikumpulkan dalam survei secara nasional seperti survei demografi dan kesehatan, data tersebut pasti akan diberikan kepada biro statistik di tingkat provinsi, namun data ini sering kali tidak tersedia untuk tim APIK.<sup>14</sup>

Perbandingan dengan GII sangat menarik. Pada tahun 2015, GII secara keseluruhan untuk Indonesia adalah 0,466. Sebagaimana GII mengukur ketidaksetaraan, nilai yang lebih rendah berarti kesetaraan lebih tinggi. Tabel 4 menunjukkan nilai GII dan hubungannya dengan nilai GSI per provinsi:

**Table 4 Indeks ketidaksetaraan gender (GII) dan Indeks Status Gender (GSI) per provinsi dalam program Aturan Hukum tahun 2015**

Provinsi	GSI	GII
Sulawesi Tengah (Palu)	72,2	0,536
Jawa Tengah (Semarang)	70,9	0,331
Sulawesi Selatan (Makassar)	70,6	0,477
DKI Jakarta	69,8	0,110
Sumatra Utara (Medan)	66,6	0,481
Papua	63	0,516
NTB (Lombok, Mataram)	61,9	0,463

Sumber: nilai GII BPS 2017, h. 63

Dari tabel di atas jelas bahwa GSI dan GII mengukur isu yang berbeda dan bergantung dari data dan indikator yang berbeda. Beberapa anomali tampak jelas. Tahun 2015 nilai GII di DKI Jakarta misalnya menunjukkan kesetaraan gender yang tinggi, membutuhkan eksplorasi lebih jauh. Tahun 2017, dua tahun kemudian, secara mengejutkan nilai GII meloncat sampai 230, lebih dari dua kali lipat (BPS 2017, h. 63). Sebagaimana nilai GII pada indikator individual tidak tampak, maka faktor penyebab perbedaan antara GI dan GII tidak jelas.

#### kesehatan

Variabel kesehatan dalam GSI terdiri dari dua indikator, umur panjang, yang digunakan dalam

indikasi lain (misalnya indeks pembangunan gender UNDP) tidak digunakan sebagai indikator tetap, karena perubahan yang lambat, yang juga membutuhkan penyesuaian perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan. Pilihan diputuskan pada dua indikator yang lebih cenderung berubah dalam jangka pendek sampai menengah. Kesenjangan gender pada kematian balita dipilih sebagai indikasi pilihan anak dengan jenis kelamin tertentu. Pada lima dari tujuh provinsi yang diteliti, tercapai angka 100, yang berarti bahwa hanya ada beberapa indikasi pilihan terhadap anak laki-laki di Indonesia. Di Sumatra Utara, nilainya mencapai 94,6, yang hampir setara. Indikator ini direkomendasikan untuk diganti dengan stunting.

Indikator lainnya yang dipilih adalah infeksi PMS dan/ atau HIV. HIV dan PMS awalnya berdampak kepada orang-orang yang terlibat dalam perilaku seksual berisiko atau pengguna injeksi obat-obatan terlarang. Orang-orang yang terlibat dengan perilaku seksual berisiko sering kali adalah pekerja seks (laki dan perempuan, di Indonesia, penggunaan kondom sangat rendah),<sup>15</sup> orang-orang dengan beberapa pasangan, LSL/MSM<sup>16</sup> dan perempuan yang ingin hamil. Biasanya tingkat infeksi laki-laki dengan PMS/HIV lebih tinggi di tahap awal epidemi HIV/AIDS. Kelompok dengan risiko terendah terdiri dari perempuan dan laki-laki yang terlibat dalam hubungan seksual monogami dengan pasangan yang tidak terinfeksi. Di Indonesia (sebagaimana di negara lain) laki-laki sering kali memiliki lebih banyak pasangan daripada perempuan. Namun perempuan memiliki risiko infeksi lebih besar akibat faktor-faktor biologinya.<sup>17</sup> Ketika mencapai tahapan ledakan epidemi maka perempuan heteroseksual monogami menjadi berisiko. Indikator ini merupakan indikator terbalik, dengan pengertian bahwa semakin tinggi tingkat perempuan dengan PMS/HIV mengindikasikan bahwa epidemi telah mencapai tingkat yang tinggi. Hal ini juga merujuk pada pemberdayaan seksual. Tingkat infeksi yang tinggi terhadap perempuan biasanya berhubungan dengan rendahnya posisi tawar untuk melakukan praktik hubungan seksual yang aman.<sup>18</sup>

Di dua wilayah (Palu dan Makassar) tingkat infeksi laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Di Jawa Tengah, Sumatra Utara dan Papua, tingkat infeksi perempuan lebih tinggi daripada laki-laki yang menandakan bahwa epidemi AIDS sudah berada di tahap yang lebih luas. Di NTB, jumlah perempuan terinfeksi dua kali lipat dibanding laki-laki menandakan telah terjadi ledakan epidemi dan rendahnya posisi tawar seksual perempuan. Hal yang mengejutkan adalah tidak tersedianya data di Jakarta.

*Pendidikan*

Selain Jakarta, semua wilayah lain melaporkan pencapaian yang mendekati kesetaraan antara laki-laki dan perempuan. Baik Papua dan DKI Jakarta mempunyai nilai lebih rendah di semua indikator dari variabel ini. Di Jakarta, pencapaian mendekati kesetaraan ada di tingkat penyelesaian sekolah dasar, tetapi pada tingkat yang lebih tinggi, kesenjangan melebar. Pada tingkat SLTP (Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama) kesenjangan gender dilaporkan pada angka 64,2, di tingkat SLTA (Sekolah Lanjutan Tingkat Atas) kesenjangan gender melebar sampai 44,9. Sementara di tahap awal pendidikan tinggi (S1, Sarjana 1, BA) kesenjangan gender meningkat sampai

32,5. Di NTB, data untuk tingkat pendidikan tinggi tidak tersedia.

*Variabel pendapatan*

Indikator yang dipilih untuk variabel ini adalah kesenjangan gender untuk pendapatan di sektor formal. Indikator ini umumnya paling dapat diakses dan angkanya dapat diandalkan karena pendapatan sektor informal tidak selalu dikomputerisasi dalam cara yang sama. Namun ternyata mengumpulkan data untuk indikator ini justru paling sulit. Tidak ada tim yang dapat mengumpulkan data yang dapat diandalkan, meskipun mereka meminta pada biro statistik provinsi. Meskipun variabel pendapatan telah dikritik terkait HDI, GDI dan GEM (Charmes & Wieringa 2003), tim memutuskan bahwa hal ini adalah variabel penting. Proksi diputuskan untuk digunakan guna mengatasi masalah pengumpulan data. Taniguchi dan Tuwo, dalam laporan 2014 tentang kesenjangan gender pada pengupahan di Indonesia untuk Asian Development Bank, mengomputerisasi kesenjangan gender secara keseluruhan pada angka 69,2. Menariknya, mereka menyimpulkan bahwa urbanisasi cenderung memberikan keuntungan pada pekerja laki-laki daripada pekerja perempuan.

Dalam kasus ini, mungkin berarti bahwa kesenjangan upah di Jakarta lebih tinggi daripada di daerah rural. Sayangnya, kami tidak memiliki data tersebut. Taniguchi dan Tuwo berpendapat bahwa kesenjangan gender dalam pengupahan bukan akibat dari alasan pasar dan lebih disebabkan karena diskriminasi gender. Dalam kajian kami, kami mencatat bahwa di hampir semua tempat (kecuali Jakarta) perempuan telah mencapai kesetaraan dengan laki-laki di bidang pendidikan sampai tingkat sekolah menengah. Namun demikian hal ini tidak membuka akses perempuan terhadap pasar tenaga kerja, seperti digarisbawahi oleh Taniguchi dan Tuwo.

GII menggunakan tingkat partisipasi tenaga kerja. Untuk Indonesia tingkat partisipasi tenaga kerja untuk periode yang dihitung oleh GSI, dapat dilihat di Tabel 5.

**Tabel 5 tingkat partisipasi tenaga kerja perempuan dan laki-laki di Indonesia, tahun 2010 dan 2015.**

Tahun	Laki-laki	perempuan	Tingkat
2010	83,76	51,76	0,617
2015	82,71	48,87	0,590

Dihitung dari tabel 5.4, BPS 2016, h. 74.<sup>19</sup>

Baik untuk laki-laki maupun perempuan, partisipasi tenaga kerja menurun ada periode waktu yang dihitung,

namun penurunan tingkat partisipasi tenaga kerja lebih besar menyebabkan tingkat secara keseluruhan menurun.

Dikarenakan kesediaan indikator dan sifatnya sensitif, AGJI direkomendasikan untuk menambahkan indikator ini. Namun penting bagi indikator pendapatan untuk ada di sektor formal, agar dapat menekan dinas provinsi yang relevan untuk mengumpulkan data. Informasi ini akan lebih lengkap jika data pada sektor informal dan di waktu yang sama dapat tersedia.

### *Kekuasaan Politik*

Dengan pendidikan yang hampir mendekati kesetaraan setidaknya sampai Sekolah Menengah Atas (di empat wilayah) dan secara umum nilai pada variabel kesehatan tinggi, komponen utama untuk menghitung kesenjangan gender di Indonesia adalah variabel kekuasaan politik, disamping komponen pendapatan. Variabel GSI ini terdiri dari sembilan indikator, yang secara bersamaan menentukan nilai dalam blok kekuasaan politik. Satu-satunya pengecualian dari umumnya nilai rendah adalah Jakarta. Hal ini sebenarnya lebih sebagai gambaran positif, namun demikian peneliti tidak dengan mudah menemukan kinerja perempuan dibandingkan laki-laki dalam banyak indikator dimana jumlah di wilayah lain relatif rendah, misalnya persentase petugas kepolisian dan ketua lingkungan. Nilai terkait hakim (pengadilan negeri) dan jaksa yang tersedia di Jakarta menunjukkan nilai perempuan dihubungkan dengan laki-laki sering kali lebih tinggi daripada indikator lain. Nilai terendah dialami oleh NTB yang mengindikasikan dominasi laki-laki di segala bidang kehidupan publik.

Sehubungan dengan anggota Dewan Perwakilan Rakyat, dengan pengecualian DKI Jakarta (37%), perempuan menduduki kursi antara 7,9% (Papua), 10% (NTB) dan 29% (Jawa Tengah) Di tingkat kabupaten, tingkat nilai perempuan umumnya rendah, hanya di Papua agak tinggi (11%). Dua jenis hakim dimasukkan dalam indeks, yaitu hakim pengadilan agama (Islam) dan hakim pengadilan negeri. Persentase hakim pengadilan agama perempuan sangat bervariasi. Di Sulawesi Tengah, perempuan menduduki 40% kursi, sedikit lebih tinggi di Sumatra Utara. Namun demikian di NTB tidak ada hakim perempuan di pengadilan agama, sementara ada sekitar 8% di Jawa Tengah. Tidak ada data di dua provinsi lainnya. Baik di DKI Jakarta, Jawa Tengah dan Sulawesi Tengah perempuan menduduki setengah kursi hakim di pengadilan negeri. Di NTB, nilai untuk indikator yang sama adalah 22%. DKI Jakarta dan Jawa Tengah mempunyai jumlah jaksa perempuan lebih banyak

daripada laki-laki. Sebaliknya jumlah polisi perempuan sangat rendah. Di tiga provinsi, polisi perempuan kurang dari 10% dari total petugas polisi (Jawa Tengah, Sumatra utara dan NTB). Tidak ada angka di DKI Jakarta. Di Papua, polisi perempuan berjumlah 16,2%. Di Palu, Sulawesi Tengah, perempuan menduduki sepertiga posisi dan di Makassar 13%. Dua indikator yang juga dimasukkan untuk menangkap tingkat pemerintahan yang lebih rendah adalah kepala kecamatan dan kepala desa. Dalam dua indikator, kesenjangan gender sangat lebar. Untuk dua provinsi dimana data tersedia, nilai kepala kecamatan kurang dari 15%. Persentase kepala desa perempuan bahkan lebih rendah. Tiga provinsi melaporkan nilai sekitar 5%, sementara di NTB dan Papua, tidak ada kepala kecamatan atau kepala desa yang dilaporkan. Di Makassar, nilainya agak tinggi dengan 15% kepala desa perempuan. Sembilan indikator ini memberikan gambaran yang komprehensif tentang kekuasaan politik perempuan, termasuk di pengadilan.

### **Metode Penelitian**

Data yang dipakai dalam indeks ini seharusnya tersedia dan dapat didapatkan dengan mudah di berbagai kantor pemerintahan yang relevan. Data ini merupakan data primer yang sangat penting bagi pemerintah provinsi untuk merancang kebijakan. NGO juga membutuhkan akses data ini untuk membantu melakukan penilaian tentang prioritas dan implementasi proyek. Namun demikian, peneliti yang terlibat dalam proyek percontohan ini menghadapi banyak kesulitan untuk mengakses data yang diperlukan. Pada awalnya, pengumpulan data diasumsikan akan mudah dibandingkan sehingga tidak diperlukan pelaksanaan harmonisasi yang rumit. Bagaimanapun proyek ini berhubungan dengan daerah-daerah di dalam satu negara. Asumsi ini tidak selalu berlaku. Kematian ibu melahirkan (lihat di bawah) dan HIV/PMS mungkin adalah area dimana proses pengumpulan data berbeda-beda secara nasional. Hal ini membutuhkan riset yang lebih jauh.

### **Kesimpulan Umum**

Kesenjangan gender di berbagai daerah di Indonesia relatif lebar. Kesimpulan kedua adalah lebarnya perbedaan antar daerah. Kesenjangan gender di Papua dan NTB, daerah yang memiliki nilai terendah yaitu sekitar 10 lebih rendah dari daerah dengan nilai tertinggi di Sulawesi Tengah. GSI membandingkan dengan baik dengan laporan global tentang hubungan gender yang dipakai secara luas, Indeks Global Kesenjangan

Gender (GGGI) dari Forum Ekonomi Dunia (WEF). Dalam indeks ini, Indonesia berada di posisi ke-92 (dari 146 negara), dengan nilai total 0,681, dengan perbedaan hanya 0,03.<sup>20</sup> Jika kita menghitung keseluruhan nilai GSI untuk tujuh provinsi dalam proyek ini, hasilnya adalah 67,8. Sebagaimana dalam GSI, variabel kesehatan dan pendidikan GGGI mengindikasikan kesetaraan gender hampir tercapai. Variabel ekonomi GGGI terdiri dari dua indikator, partisipasi ekonomi (0,60) dan pendapatan (0,48). Proksi Asian Development Bank yang digunakan dalam GSI (pendapatan sektor formal) lebih tinggi daripada kesenjangan gender terkait pendapatan dalam laporan WEF (yang berarti kesenjangan yang lebih rendah menurut Asian Development Bank).

Perbedaan besar antara laporan GSI dan Global Gender Gap adalah bahwa GSI lebih mendetail terkait hubungan pemberdayaan politik. Indikator yang digunakan WEF lebih sederhana, terdiri dari persentase perempuan di parlemen dan posisi menteri dan durasi yang dipegang kepala negara perempuan (dalam periode 50 tahun).

Keuntungan GSI dari AGJI adalah bahwa GSI dapat dikumpulkan di tingkat daerah, sehingga tersedia data yang lebih detail yang mengindikasikan kesenjangan

gender di Indonesia sendiri. Kedua, variabel yang paling mencemaskan seperti pemberdayaan perempuan dapat dilihat lebih detail. Hal ini dapat dikomputerisasi dengan mudah dan murah. Seperti yang telah dibahas sebelumnya, hal yang direkomendasikan adalah menambah indikator partisipasi tenaga kerja dan memperbaiki proses pengumpulan data di tingkat provinsi.

### Pengukuran Kemajuan Perempuan (Women's Progress Measure/WPM)

Bagian kedua dari AGJI disebut pengukuran kemajuan perempuan, memfokuskan pada isu yang relevan secara langsung dengan pemberdayaan perempuan namun tidak bisa disisipkan dalam analisis gender seperti Angka Kematian Ibu melahirkan (AKI) dan sunat perempuan (*Female Genital Mutilation/FGM*). WPM terdiri dari lima variabel: mengukur AKI dan FGM, Undang-Undang Kekerasan dalam Rumah Tangga, Undang-Undang Perkawinan dan hak reproduksi. Kemajuan diukur dalam rentang waktu lima tahun. Data paling baru yang tersedia pada saat paralegal APIK mengumpulkan data adalah tahun 2015 (atau terkadang 2014), dan data lima tahun sebelumnya, 2010 (atau 2009).

**Tabel 6 Angka Kematian Ibu**

Provinsi/wilayah	Skor GSI	AKI 2010	AKI 2015
Sulawesi Tengah (Palu)	72,2	611	619
Jawa Tengah (Semarang)	70,9	na	na
Sulawesi Selatan (Makassar)	70,6	1123	967
DKI Jakarta	69,8	na	74 (tahun 2014)
Sumatra Utara (Medan)	66,6	577	352
Papua (Jayapura)	63	130 (tahun 2009)	106 (tahun 2014)
NTB (Lombok, Mataram)	61,9	37	239

Sumber: penulis, dihitung dalam program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

Angka kematian ibu melahirkan merupakan masalah yang sangat besar di Indonesia, yaitu 359 pada tahun 2012, dan lebih tinggi dari negara-negara tetangga. Indonesia gagal mencapai tujuan MDGs untuk mengurangi angka kematian ibu.<sup>21</sup> SDGs mempunyai tujuan untuk mengurangi kematian ibu sampai dengan 70 per 100.000 kelahiran seperti yang tidak mungkin tercapai. Hal ini diperkirakan oleh WHO di Indonesia, Korea Utara, Myanmar dan India.<sup>22</sup>

Meskipun Indonesia sudah mengalami kemajuan dengan pelatihan dukun bayi dan penyediaan fasilitas kesehatan, angka kematian ibu tidak menurun. Ideologi dan praktik gender tradisional terutama pembagian

kerja gender memengaruhi efektivitas langkah-langkah yang telah diambil. AKI yang tinggi berhubungan dengan subordinasi gender perempuan secara umum dan tindakan yang diambil untuk menguranginya tidak semata-mata bergantung pada kemajuan medis semata.<sup>23</sup> Inilah alasan utama penggunaan proksi oleh GII untuk AKI (misalnya proporsi kelahiran yang dibantu oleh petugas kesehatan yang terlatih tidak cukup untuk menunjukkan keseriusan masalah).

Mengumpulkan data AKI terbukti tidak mudah bagi peneliti APIK, yang juga menjadi alasan penggunaan proksi oleh BPS, secara umum, pengumpulan data untuk AKI tidak merata dan cenderung bias di tingkat lokal.<sup>24</sup>

Dalam proyek APIK, hanya Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan dan Sumatra Utara yang menyediakan data yang mengindikasikan perubahan AKI yang dianggap cukup dapat diandalkan. Di Sumatra Utara, tingkat AKI menurun dalam periode kajian dari 577 ke 352, yang dekat dengan tingkat AKI secara nasional. Di Sulawesi Tengah, AKI sedikit meningkat dalam periode ini dari 611 ke 619. Di NTB, AKI rendah pada tahun 2009 dan meningkat tanpa alasan yang jelas pada tahun 2014. Angka di dua provinsi di Sulawesi hampir dua kali lipat dari tingkat nasional. Peneliti APIK di Jawa Tengah (di tahun yang sama) dan di DKI Jakarta (2009) tidak dapat mengumpulkan data. Analisis kesehatan yang lebih jauh dan faktor gender diperlukan untuk menjelaskan AKI di beberapa wilayah penelitian.

### *Sunat Perempuan*

Sunat perempuan terjadi secara luas di Indonesia. Hal ini sering kali dilakukan setelah bayi dilahirkan: lebih dari 80% kasus sunat perempuan dilakukan saat bayi berumur kurang dari satu tahun. Diperkirakan 60 juta perempuan mengalami sunat.<sup>25</sup> Data tentang sunat perempuan sulit ditemukan di tingkat provinsi. Data yang paling dapat diandalkan dikumpulkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2013, yang dikumpulkan dalam survei nasional dengan jawaban dari 115.000 responden: lebih dari setengah anak perempuan di bawah umur sebelas tahun telah disunat pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan 2013, h. 207). Namun demikian topik ini hampir tidak pernah didiskusikan dalam dokumen kebijakan nasional.

Kebijakan resmi Indonesia tentang sunat perempuan tidak konsisten. Indonesia berusaha melarang praktik ini pada tahun 2006. Namun ulama muslim mengeluarkan fatwa bahwa praktik ini adalah bagian dari praktik religius, meskipun tidak tercantum secara tertulis di dalam Alquran. Pada 2010, Kementerian Kesehatan Indonesia mengeluarkan peraturan yang membolehkan tenaga medis untuk melakukan sunat pada anak perempuan. Dengan demikian, negara membenarkan praktik yang sebelumnya dimaksudkan untuk dihapuskan. Argumen yang dipakai untuk melakukan sunat secara medis adalah bahwa sunat lebih baik dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih daripada berisiko infeksi parah jika dilakukan secara tradisional. Namun demikian, secara medis justru bisa lebih berbahaya. Bidan terlatih cenderung menggunakan gunting yang dapat memotong kulit termasuk memotong bibir vagina bagian dalam dan menyakiti atau menghilangkan klitoris. Praktisi sunat tradisional menggunakan pisau lipat dan lebih bersifat

simbolis dengan menggesekkan. Namun praktik ini bervariasi. Ada daerah yang hanya mengiris ringan, sementara daerah lain memotong bibir dalam bahkan klitoris. Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan menghapus peraturan ini, namun klinik dan lembaga kesehatan swasta tetap melakukan prosedur ini.

**Tabel 7 persentase anak perempuan di bawah usia 11 tahun yang mengalami sunat perempuan tahun 2013**

Provinsi	Persentase
Sulawesi Tengah	53
Jawa Tengah	28
Sulawesi Selatan	38
DKI Jakarta	70
Sumatra Utara	55
NTB	71
Papua	3

Sumber: Kementerian Kesehatan 2015, h. 207. Persentase dalam tabel di atas diperkirakan berdasarkan tabel 3.13.15.<sup>26</sup>

Tingginya persentase di Jakarta mungkin disebabkan oleh fakta bahwa secara umum tingkat sunat perempuan lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan.<sup>27</sup>

### *Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (UU PKDRT)*

Sebagaimana terjadi di negara lain, kekerasan dalam rumah tangga adalah masalah besar di Indonesia.<sup>28</sup> Lima indikator digunakan untuk mengukur kemajuan implementasi UU Penghapusan KDRT tahun 2004, yaitu laporan kepada polisi atau kepada APIK, laporan kepada kantor P2TP2A,<sup>29</sup> dan permintaan cerai dari perempuan di pengadilan agama dan pengadilan negeri. Tingginya jumlah perempuan yang melaporkan kekerasan dalam rumah tangga yang dialami pada polisi diasumsikan sebagai indikator pemberdayaan perempuan dan pengetahuan petugas tentang undang-undang ini, serta tingkat sensitivitasnya. Variasi pelaporan kepada APIK mungkin berhubungan dengan kekuatan dan kualitas staf APIK, namun juga faktor eksternal seperti jumlah orang yang melapor kepada pihak berwenang. Demikian juga tingginya jumlah perempuan yang meminta cerai diasumsikan sebagai indikator pemberdayaan perempuan, karena dalam situasi rendahnya pemberdayaan, mereka akan terlalu takut atau terlalu terintimidasi untuk menceraikan suaminya.

**Tabel 8 Implementasi UU PKDRT**

Provinsi	GSI	PKDRT	2010 (b2009)	2015 (b 2014)
Sulawesi Tengah	72,2	Melapor polisi	543	1345
		Melapor ke APIK	163	349
		P2TP2A	370	564
		Perceraian pengadilan negeri	50	123
		Perceraian pengadilan agama	129	296
Jawa Tengah	70,9	Melapor polisi	632	1971
		Melapor ke APIK	75	51
		P2TP2A	373	1971
		Perceraian pengadilan negeri	21	228
		Perceraian pengadilan agama	9914	41150
Sulawesi Selatan (Makassar)	70,6	Melapor polisi	455	352
		Melapor ke APIK	19	461
		P2TP2A	-	48
		Perceraian pengadilan negeri	951	1499
		Perceraian pengadilan agama	-	-
DKI Jakarta	69,8	Melapor polisi	4 (b)	35 (b)
		Melapor ke APIK	793	579
		P2TP2A	950	1612
		Perceraian pengadilan negeri	4	61
		Perceraian pengadilan agama	4655	7904
Sumatra Utara	66,6	Melapor polisi	276	881
		Melapor ke APIK	65	60
		P2TP2A	-	-
		Perceraian pengadilan negeri	1424	4631
		Perceraian pengadilan agama	6275	9607
NTB	61,9	Melapor polisi	-	126 (b)
		Melapor ke APIK	-	19
		P2TP2A	-	336
		Perceraian pengadilan negeri	-	56
		Perceraian pengadilan agama	4002	-
Papua	63			

Sumber: penulis, dihitung dalam program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

Pada umumnya, tingkat pelaporan kepada polisi meningkat. Hal ini mungkin berhubungan dengan lebih besarnya kepercayaan pada polisi karena mereka lebih sensitif gender. Hal ini juga terkait dengan kerja keras dan tumbuhnya keahlian paralegal APIK yang menjadi konselor sebaya bagi perempuan korban yang melapor. Jumlah pelapor kepada P2TP2A mengindikasikan efektivitasnya sebagai lembaga negara baru.

*Undang-Undang Perkawinan*

Undang-Undang Perkawinan tahun 1974 membolehkan poligami hanya dengan syarat, yaitu persetujuan istri pertama. Debat terakhir tentang

pernikahan siri mengindikasikan bahwa laki-laki masih terlibat dalam poligami dengan hak perempuan hanya sedikit terpenuhi. Pernikahan siri hanya terdaftar pada penghulu. Dalam banyak kasus poligami, istri pertama tidak memberikan persetujuan. Istri kedua pun mungkin tidak tahu bahwa suami barunya sudah menikah.<sup>30</sup>

Masalah besar lainnya adalah tetap tingginya tingkat Perkawinan anak, sekitar 23% dari jumlah pernikahan. Setiap tahun, 340.000 anak perempuan menikah di bawah usia 19 tahun dan 50.000 diantaranya bahkan di bawah usia 15. Indonesia menduduki peringkat ketujuh di dunia dan kedua di ASEAN, setelah Kamboja. Pengantin anak menghadapi risiko kesehatan dan biasanya putus

sekolah.<sup>31</sup> UNICEF dan BPS menerbitkan laporan pada tahun 2016 yang menunjukkan prevalensi perkawinan di bawah umur 22,82% pada tahun 2015, dan sedikit menurun menjadi 24,17% pada tahun 2013.<sup>32</sup>

Satu dari lima perempuan pada usia 20 dan 24 menyatakan bahwa mereka sudah pernah menikah setidaknya sekali sebelum mereka mencapai usia 18 tahun; banyak dari mereka sudah menikah pada usia 16 atau 17. Pada tahun 2015, prevalensi perempuan menikah di bawah usia 16 adalah 3,54% dan 1,12% untuk yang di bawah 15 tahun. Prevalensi perkawinan anak di daerah perdesaan 27,11% yang lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan 17,09% menurut data 2015.<sup>33</sup>

Pasal 7 Undang-Undang Perkawinan tahun 1974 mengatur usia pernikahan untuk perempuan minimum 16 tahun dan untuk laki-laki 19 tahun, meskipun UU Perlindungan Anak tahun 2002 menentukan bahwa anak-anak adalah mereka yang berusia di bawah 18 tahun. Namun demikian pengadilan agama memberikan dispensasi pada anak perempuan berusia 15 tahun untuk menikah, terutama di daerah tempat perkawinan anak

dianggap normal. Pasal 7 UU Perkawinan menetapkan bahwa pengadilan dapat memberikan dispensasi ini.

Mahkamah Konstitusi memutuskan pada awal Desember 2018 bahwa usia pernikahan untuk perempuan minimum 16 tahun sebagaimana diatur dalam UU Perkawinan 1974 adalah inkonstitusional dan melanggar prinsip-prinsip kesetaraan.<sup>34</sup> SDGs menyatakan bahwa perkawinan anak adalah pelanggaran hak anak. Tujuan kelima, target ketiga SDGs mensyaratkan bahwa negara menghapuskan praktik yang merugikan dari perkawinan anak dan perkawinan paksa.

Variabel ini memiliki tiga indikator, dua terkait perkawinan anak yaitu perkawinan di bawah usia 15 dan perkawinan di usia 15 sampai 19 tahun. Indikator ketiga adalah perkawinan poligami yang dilakukan secara resmi. Pada perkawinan poligami resmi, perempuan yang dipoligami ini memiliki hak yang lebih daripada dalam pernikahan siri. Pada perkawinan poligami resmi, istri pertama memberikan persetujuan pada suaminya untuk menikahi perempuan lain. Dengan asumsi bahwa tingkat penipuan suami lebih rendah dan adanya pemberdayaan yang lebih tinggi dari kedua istri atau lebih.

**Tabel 9 Implementasi UU Perkawinan**

Provinsi	Skor GSI	UU Perkawinan	2010 (b2009)	2015 (b 2014)
Sulawesi Tengah, Palu	72,2	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	-	-
		Poligami resmi	-	-
Jawa Tengah, Semarang	70,9	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	190	3876
		Poligami resmi	-	-
Sulawesi selatan, Makassar	70,6	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	-	-
		Poligami resmi	-	4
DKI Jakarta	69,8	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	-	-
		Poligami resmi	-	-
Sumatra utara, Medan	66,6	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	2897	1195
		Poligami resmi	26	79
NTB, Lombok, Mataram	61,9	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	-	-
		Poligami resmi	-	-
Papua, Jayapura	63	Pernikahan di bawah 15 tahun	-	-
		Pernikahan usia 14-19 tahun	-	-
		Poligami resmi	-	-

Sumber: penulis, dihitung dalam program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

Tidak ada data yang terkumpul untuk anak perempuan menikah di bawah 15 tahun. Kabar baik muncul dengan rendahnya angka pada tahun 2015 dibandingkan 2010 di Sumatra Utara, sementara data di Jawa Tengah sulit untuk diterjemahkan.

Karena tidak ada data yang dapat diandalkan, BPS menggunakan proksi untuk GII, anak-anak yang lahir dari ibu yang belum berusia 19 tahun. Di satu pihak, hal ini sepertinya dapat dibenarkan karena perkawinan anak sering kali dilakukan karena anak telah mengalami kehamilan, dan perempuan harus memiliki anak segera

setelah menikah. Di pihak lain, tidak semua pernikahan mengakibatkan kehamilan.

#### Hak Reproduksi

Untuk variabel ini, dua indikator diseleksi setelah diskusi intensif; meningkatnya laki-laki pemakai kontrasepsi dan menurunnya persentase pengabaian kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi. Indikator pertama menilai apakah laki-laki melakukan tanggung jawabnya terkait kontrasepsi dan indikator kedua menilai kinerja keseluruhan dari program reproduksi pemerintah daerah.

**Tabel 10 kesehatan reproduksi**

Provinsi	GSI	Hak reproduksi	2010 (b2009)	2015 (b2014)
Sulawesi Tengah, Palu	72,2	Peningkatan akseptor laki-laki	70283	80264
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	-	-
Jawa Tengah, Semarang	70,9	Peningkatan akseptor laki-laki	45430	36322
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	-	-
Sulawesi Selatan, Makassar	70,6	Peningkatan akseptor laki-laki	5004	5849
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	8,10%	20,37%
DKI Jakarta	69,8	Peningkatan akseptor laki-laki	1593(b)	1436 (b)
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	13,69%	13,20%
Sumatra Utara, Medan	66,6	Peningkatan akseptor laki-laki	1429414	1604457
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	18,57	16,22
NTB, Lombok, Mataram	61,9	Peningkatan akseptor laki-laki	20.614(b)	23.675 (b)
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	-	15,34%
Papua, Jayapura	63	Peningkatan akseptor laki-laki	-	11701
		penurunan kebutuhan yang tak terpenuhi	-	29,70%

Sumber: penulis, dihitung dalam program APIK tentang Aturan Hukum di Indonesia, 2014-2019

Di Sulawesi Tengah dan Sulawesi Selatan, sebagaimana terjadi di Sumatra Utara dan NTB, jumlah laki-laki yang bergabung dalam program keluarga berencana meningkat, meskipun jumlah di Sulawesi Selatan sangat rendah. Di Jakarta, jumlah partisipasi laki-laki juga rendah bahkan menurun. Di Jawa Tengah, jumlahnya menurun dan tetap rendah untuk provinsi yang sangat padat penduduk.

Persentase pasangan yang tidak terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, bervariasi. Data tidak ada di dua daerah. Di NTB dan Papua, hanya ada data tahun 2015. Interpretasi data ini tidak selalu jelas. Pada umumnya, situasi idealnya adalah bahwa semua kebutuhan kontrasepsi terpenuhi. Dengan perspektif ini, menurunnya kebutuhan yang tidak terpenuhi seperti dilaporkan di Sumatra Utara dan sedikit di Jakarta adalah kabar baik.

Di lain pihak, peningkatan juga menunjukkan bahwa lebih banyak pasangan sadar bahwa mereka perlu mengikuti program keluarga berencana, dan mereka tidak mempertimbangkan kemungkinan ini sebelumnya sehingga tidak dilaporkan sebagai kebutuhan yang tidak terpenuhi.

#### Bagian Ketiga

Bagian ketiga AGJI terdiri dari dua variabel, hak ekonomi dan hak sipil. Komponen ini adalah yang paling fleksibel dalam alat ini dan dapat diadaptasi untuk menilai kebijakan dan proyek terkait gender yang berbeda. Untuk kebutuhan program ini, hak dan akses ekonomi dan sosial penting untuk dikumpulkan. Sebagaimana kasus pengumpulan data untuk komponen lainnya, data tidak

selalu tersedia sehingga peneliti LBH APIK menghadapi permasalahan serius dalam melakukan penilaian.

Variabel hak ekonomi mempunyai tiga indikator yaitu jumlah perempuan yang mempunyai hak kepemilikan tanah (dibandingkan dengan laki-laki), jumlah perempuan yang mempunyai sertifikat atas rumahnya dan jumlah perempuan yang mempunyai akses terhadap kredit. Sayangnya, tidak ada tim yang berhasil mendapatkan data, meskipun data ini penting untuk menilai kemajuan pemberdayaan perempuan, baik berkaitan dengan SDGs dan CEDAW, yang telah diratifikasi oleh Indonesia.

Blok terkait hak sipil adalah inti proyek APIK tentang aturan hukum untuk perempuan miskin dan kelompok rentan. Dengan dasar observasi mendekati kelompok target, tim APIK mengidentifikasi 12 indikator; dokumen yang harus dimiliki setiap orang seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP), akte kelahiran, kartu keluarga, surat nikah atau surat cerai serta dokumen yang dibuat untuk kelompok dengan hak tertentu seperti kartu kesehatan, kartu raskin, kartu pintar yang menyediakan pendidikan untuk anak-anak dari keluarga miskin, kartu kesejahteraan keluarga, dan kartu untuk nelayan dan nelayan perempuan, atau kartu lansia atau kartu untuk orang dengan disabilitas. Idealnya, variabel ini dapat menunjukkan kemajuan dari waktu yang diindikasikan sebelumnya, namun hanya sedikit tim yang dapat mengumpulkan data untuk 2010 (atau 2009). Hal ini juga berhubungan dengan fakta bahwa beberapa kartu ini baru ada belum lama ini.

## Penutup

Perancangan AGJI dilakukan dengan cara yang partisipatif. Peserta terutama adalah pengacara dan paralegal, yang belajar untuk mengurai unsur sosial ekonomi dalam relasi gender. Diskusi tentang blok kekuasaan politik sangat berharga, dengan hasil daftar posisi yang mempunyai dampak langsung tentang kekuasaan perempuan dalam konteks khusus Indonesia. Komponen kualitatif, WPM, menyediakan data khusus perempuan dan sepertiga data merupakan informasi yang relevan untuk proyek ini. Bagian kedua yang terakhir dapat dengan mudah diadaptasi untuk topik atau konteks lainnya dengan menyeleksi variabel yang relevan.

Meskipun proyek percontohan ini sederhana, data yang ditemukan sangat menarik. Faktanya GSI sebanding dengan laporan Indeks kesenjangan gender global, sementara metodologinya jauh lebih murah dan

sederhana, sementara indikator yang digunakan lebih luas jangkauannya sehingga dapat digunakan secara luas.

GII yang mutakhir yang dikomputerisasi oleh BPS dapat memberi peringkat pada daerah namun merupakan perangkat yang kompleks yang mempunyai ketersediaan data relevan yang rendah apalagi terkait dengan absennya indikator AKI. Selain itu metodologi GII tidak terlalu transparan, sementara AGJI merupakan alat yang jauh lebih mudah dan sederhana. Meskipun usaha menyusun peringkat menjadi proses tersendiri yang menarik karena peringkat lebih tinggi atau lebih rendah tidak secara langsung memberitahukan pada aktivis atau pembuat kebijakan tentang permasalahan yang terjadi di wilayah terkait dan cara mengatasinya.

## Daftar Pustaka

- BPS 2017, *Berita resmi statistik prevalense kekerasan terhadap perempuan di Indonesia. Hasil SPHPN 2016 No. 29/03/th. XX, 30* Maret, Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- BPS 2018, *Kajian Lanjutan Indeks Ketimpangan Gender*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- Charmes, J 2015, *Time Use Across the World: Findings of a World Compilation of Time Use Surveys*, UNDP Human Development Report Office, background Paper, New York.
- Charmes, J & Wieringa, SE 2003, "Measuring women's empowerment: an assessment of the Gender-related Development Index and the Gender Empowerment Measure", *Journal of Human Development*, vol. 4, no.3.
- Dijkstra, G 2002, "Revisiting UNDP's GDI and GEM: towards an alternative", *Social Indicators research* 57, hh. 301-38.
- Katjasungkana, N 2013, "The Indonesian family as a contested site of women's rights: the implementation of the Domestic Violence Act", dalam M Mohamad & SE Wieringa (eds.), *Family ambiguity and domestic violence in Asia; concept, law and process*, Sussex Academic Press, Eastbourne.
- KPPPA & BPS 2013, *Profil perempuan Indonesia 2013*, KPPPA, Jakarta.
- Komnas Perempuan 2010, *Catatan Tahunan Tentang Kekerasan Terhadap Perempuan 2010*, Komnas Perempuan, Jakarta.
- Lianawati, E 2009, *KDRT; tiada keadilan tanpa kepedulian; perspektif psikologi feminis*, Paradigma, Yogyakarta. (particularlry on the UU KDRT)
- Marcoes, L & Hidayat, S (eds) 2018, *Mendrobrak kawin anak; membangun kesadaran kritis pencegahan kawin anak*, Yayasan Rumah Kita Bersama, Jakarta.
- Ministry of Health of the Republic of Indonesia 2016, *Profil kesehatan Republik Indonesia 2015 The 2015 Health Profile of the Indonesian Republic 2015*, Ministry of Health, Jakarta.
- Mundayat, AA, Noerdin, E, Agustioni, E, Aripurnami, S & Wahyuni, S 2010, *Target MDGs menurunkan angka kematian ibu tahun 2015 sulit dicapai*, Women's Research Institute, Jakarta.

Sen, A 1985, *Commodities and capabilities*, Elsevier Science, Amsterdam New York, N.Y.

Sen, A 2001, *Development as freedom*, Oxford University Press, Oxford New York.

Taniguchi, K & Tuwo, A 2014, *New evidence on the gender wage gap in Indonesia*, ADB economic series Working paper Series.

UNDP 1996, *Human development report*, UNDP, New York.

Wieringa, SE & Mohamad, M 2013, "Domestic Violence: an introduction to the debates", dalam M Mohamad & SE Wieringa (eds.), *Family ambiguity and domestic violence in Asia*, Sussex Academic Press, Eastbourne, hh. 12-29.

Wieringa, SE 2015, "Gender harmony and the happy family; Islam, gender and sexuality in post-reformasi Indonesia", *Journal of South East Asian Research*, vol. 23, no. 1, hh. 5-27.

Wieringa, SE 2019, *Rule of law in Indonesia from the eyes of poor women and vulnerable groups; legal empowerment and the APIK gender justice index (AGJI)*, APIK, Jakarta.

Woodward, M & Rohmaniyah, I 2014, "*The tawdry tale of 'syech' Puji and Luftiana: child marriage and polygamy on the boundary of the pesantren world*", dalam BJ Smith & M Woodward (eds.), *Gender and power in Indonesian Islam; leaders, feminists, Sufis and pesantren selves*, Routledge, London and New York, hh. 157-175.

World Economic Forum 2016, *The Global Gender Gap report*, World Economic Forum, Geneva.

Yentriyani, A, Ratih, A & Chandrakirana, K 2009, *Kita bersikap; empat dasawarsa kekerasan terhadap perempuan dalam perjuangan berbangsa*, Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan, Jakarta.

Zaluchu, F 2018, *Gender inequality behind maternal mortality in Nias Island North Sumatra, Indonesia; towards a gender audit*, PhD thesis, University of Amsterdam, Amsterdam.

## Catatan Akhir

- 1 Proyek ini dilaksanakan dengan bantuan paralegal dan staf dari LBH APIK: Jakarta, Jayapura, Makassar, Mataram, Medan, Sulawesi Tengah dan Semarang. Koordinator proyek: Nursyahbani Katjasungkana; Tim proyek nasional terdiri dari Young Suwan MA, Asnifriyanti Damanik S.H., Khotimun Sutanti. Komentar yang sangat membantu untuk artikel ini diberikan oleh Nursyahbani Katjasungkana dan Jacques Charmes. Proyek buku oleh penulis artikel ini tentang proyek secara keseluruhan sedang disiapkan saat penulisan artikel ini.
- 2 LBH APIK adalah Lembaga Bantuan Hukum, Asosiasi Perempuan Indonesia untuk Keadilan
- 3 Lihat Sen, 1985 and 2001.
- 4 Charmes and Wieringa 2003, Dijkstra 2002.
- 5 AGDI dan AWPS dirancang oleh SE Wieringa dan J Charmes atas permintaan Komisi Ekonomi PBB untuk Afrika. Saat ini 42 dari 54 negara Afrika mengimplementasikan indeks ini. Mereka yang sangat berperan penting dalam perancangan dan implementasinya adalah Josephine Ouédraogo, Thokozile

Ruzvidzo, Tacko Ndiaye. Beatrice Duncan dan Gonzague Rosalie beserta timnya sebanyak anggota lainnya dalam tim negara-negara.

- 6 Lihat diskusi seutuhnya tentang laporan APIK tentang berbagai indikasi gender, Wieringa 2019.
- 7 <http://hdi.globaldata.org>
- 8 Data HDI daerah diambil dari Kementerian Kesehatan 2016; Profil Kesehatan Republik Indonesia 2015, berdasarkan Tabel 1.19. data GII dari BPS 2018, h. 63.
- 9 Bagian Indonesia dari pulau besar ini dibagi menjadi dua bagian yaitu Papua dan Papua Barat. Dalam Bahasa Inggris, secara keseluruhan disebut West Papua. Dalam tabel ini, provinsi Papua berarti bagian timur dari yang disebut sebagai West Papua dalam Bahasa Inggris. Rendahnya kesenjangan gender yang dilaporkan dalam GII tahun 2015 di Jakarta luar biasa dan membutuhkan penjelasan lebih jauh. Nilai GSI dalam AGJI, didiskusikan dalam bagian terakhir di laporan yang memberikan gambaran berbeda.
- 10 Perancangan GII Indonesia didiskusikan dalam BPS 2016. (KPPPA & BPS 2016) kalkulasi daerah dipresentasikan dalam BPS 2017.
- 11 Namun hubungan ini tidak langsung seperti disarankan dalam BPS 2016 (KPPPA & BPS 2016, h. 69). Namun demikian, tidak semua perempuan melahirkan segera setelah menikah. Tingkat kesuburan remaja yang tinggi adalah hal yang menjadi perhatian. Pada 2016, 26% bayi dilahirkan oleh remaja perempuan berusia di bawah 20 tahun (KPPPA & BPS 2016, h. 69).
- 12 Zaluchu 2018.
- 13 Perkiraan angka ditemukan untuk provinsi yang informasinya tersedia.
- 14 Beberapa tabel dalam DHS dipisahkan berdasarkan daerah, namun informasi ini tidak selalu tersedia untuk peneliti di tingkat provinsi.
- 15 Tentang tingkat penggunaan kondom yang rendah dan hubungannya dengan infeksi HIV, lihat contoh <http://www.asiaone.com/health/low-condom-use-blamed-new-hiv-cases-indonesia>. Namun sebaliknya ulama konservatif yang berpengaruh menyatakan yang mereka sebut sebagai kondomisasi masyarakat, dengan ketakutan akan membawa pada seks bebas. Mereka mengampanyekan untuk tidak melakukan hubungan seksual dan bertujuan membatasi kondom hanya untuk pasangan suami istri. <https://qz.com/433657/indonesian-lawmakers-want-to-fight-aids-by-restricting-access-to-condoms/>
- 16 LSL singkatan dari Lelaki yang berhubungan Seks dengan Lelaki. Merupakan terjemahan dari istilah Bahasa Inggris MSM atau *Men having Sex with Men*.
- 17 Lihat misalnya tentang 10 dampak PMS yang berbeda terhadap perempuan *Factsheet 10 of the Centre for Disease Control and Prevention, on 10 Ways STDs Impact Women Differently from Men*, <https://www.cdc.gov/std/health-disparities/stds-women-042011.pdf>

- 18 Tentang hubungan antara pemberdayaan seksual perempuan dan tingkat HIV misalnya <https://www.theglobalfight.org/empowering-women-girls-shrink-global-hiv-epidemic/>
- 19 BPS memiliki data yang baru, namun tidak digunakan dalam artikel ini karena kami memilih tahun yang sama dengan yang digunakan GSI. BPS tingkat nasional juga memiliki lebih banyak data tentang kesenjangan gender dalam pengupahan namun proyek percontohan ini bertujuan mengumpulkan data di tingkat provinsi, yang tidak tersedia di sini.
- 20 Laporan 2015 tahun yang sama dengan GSI
- 21 Lihat Mundayat, Arif, Noerdin, Agustioni, Aripurnami dan Sri Wahyuni, 2010.  
Target MDG 5 adalah mengurangi AKI pada tahun 2015 sampai tiga perempat dari tingkat tahun 1990. Untuk Indonesia, berarti mengurangi dari 390 per 100.000 kelahiran hidup hingga 102. (Zaluchu 2018, hh. 44-46). Zaluchu mengutip Bappenas 2014.
- 22 WHO 2018, Regional progress in survival of new borns, children and mothers: Moving towards Global Strategy targets [apps.who.int](http://apps.who.int) kemajuan regional terkait kelahiran baru yang bertahan hidup, anak dan ibu, langkah menuju strategi global
- 23 Ini adalah alasan Zaluchu 2018 mengajukan pelaksanaan audit gender disamping audit biasa yang berhubungan dengan ibu
- 24 Lihat Zaluchu 2018 tentang diskusi mendetail tentang kemungkinan bias dalam pengumpulan data AKI
- 25 UNICEF 2016, profil negara tentang sunat perempuan *Female genital mutilation/cutting, country profiles*.
- 26 Berdasarkan Riset Kesehatan dasar 2013 (Riskesdas)
- 27 Lebih jauh diskusi tentang sunat perempuan <http://theconversation.com/female-genital-cutting-common-in-indonesia-offered-as-part-of-child-delivery-by-birth-clinics-54379>
- 28 Lihat Katjasungkana 2013. Lihat juga Lianawati 2009 dan Yentriyani, Ratih dan Chandrakirana, 2009. Lihat juga Mohamad dan Wieringa 2013.
- 29 P2TP2A, Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak
- 30 Lihat Wieringa 2015 untuk contoh penipuan pernikahan seperti ini.
- 31 lihat Marcoes dan Hidayat eds 2018. Lihat juga Woodward, dan Rohmaniyah 2014. Lihat <https://www.asiasentinel.com/society/indonesia-child-marriage-problem/>
- 32 Angka lain yang disediakan oleh KPPPA dan BPS (2013) laporan ini menemukan persentase usia pernikahan pertama di bawah 15 tahun adalah 11,13, di bawah 19 tetap 32,10, dan di atas 19 adalah 56,76 (2013, h. 65). Data ini adalah data nasional. Di perdesaan lebih banyak anak perempuan menikah di bawah umur daripada di perkotaan. Baik di perkotaan maupun di perdesaan, perkawinan di bawah umur terkait dengan rendahnya tingkat pendidikan (2013, h. 66). Terutama dalam profil perempuan Indonesia 2013, data AKI tidak dimasukkan.
- 33 [https://www.unicef.org/indonesia/UNICEF\\_Indonesia\\_Child\\_Marriage\\_Reserach\\_Brief\\_.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/UNICEF_Indonesia_Child_Marriage_Reserach_Brief_.pdf)
- 34 APIK adalah bagian dari koalisi ini.



## Ucapan Terima Kasih pada Mitra Bestari

1. Prof. Sylvia Tiwon (University of California, Berkeley)
2. Dr. Rosalia Sciortino (Mahidol University & Chulalongkorn University)
3. Dr. Widjajanti M Santoso (Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia)
4. Ro'fah, PhD. (UIN Sunan Kalijaga)
5. Dr. Ida Ruwaida Noor (Universitas Indonesia)
6. Ruth Indiah Rahayu, M. Fil. (Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara)



## ETIKA & PEDOMAN PUBLIKASI BERKALA ILMIAH JURNAL PEREMPUAN

<http://www.jurnalperempuan.org/jurnal-perempuan.html>

**Jurnal Perempuan** (JP) merupakan jurnal publikasi ilmiah yang terbit setiap tiga bulan dengan menggunakan sistem *peer review* (mitra bestari) untuk seleksi artikel utama, kemudian disebut sebagai Topik Empu. Jurnal Perempuan mengurai persoalan perempuan dengan telaah teoritis hasil penelitian dengan analisis mendalam dan menghasilkan pengetahuan baru. Perspektif JP mengutamakan analisis gender dan metodologi feminis dengan irisan kajian lain seperti filsafat, ilmu budaya, seni, sastra, bahasa, psikologi, antropologi, politik dan ekonomi. Isu-isu marjinal seperti perdagangan manusia, LGBT, kekerasan seksual, pernikahan dini, kerusakan ekologi, dan lain-lain merupakan ciri khas keberpihakan JP. Anda dapat berpartisipasi menulis di JP dengan pedoman penulisan sebagai berikut:

1. Artikel merupakan hasil kajian dan riset yang orisinal, autentik, asli dan bukan merupakan plagiasi atas karya orang atau institusi lain. Karya belum pernah diterbitkan sebelumnya.
2. Artikel merupakan hasil penelitian, kajian, gagasan konseptual, aplikasi teori, ide tentang perempuan, LGBT, dan gender sebagai subjek kajian.
3. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia, sejumlah 10-15 halaman (5000-7000 kata), diketik dengan tipe huruf *Calibri* ukuran 12, *Justify*, spasi 1, pada kertas ukuran kwarto dan atau layar *Word Document* dan dikumpulkan melalui alamat email pada ([redaksi@jurnalperempuan.com](mailto:redaksi@jurnalperempuan.com)).
4. Sistematika penulisan artikel disusun dengan urutan sebagai berikut: **Judul** komprehensif dan jelas dengan mengandung kata-kata kunci. Judul dan subbagian dicetak tebal dan tidak boleh lebih dari 15 kata. **Nama** ditulis tanpa gelar, institusi, dan alamat email dicantumkan di bawah judul. **Abstrak** ditulis dalam dua bahasa: Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia secara berurutan dan tidak boleh lebih dari 100-150 kata, disertai 3-5 kata kunci. **Pendahuluan** bersifat uraian tanpa subbab yang memuat: latar belakang, rumusan masalah, landasan konseptual, dan metode penelitian. **Metode Penelitian** berisi cara pengumpulan data, metode analisis data, serta waktu dan tempat jika diperlukan. **Pembahasan** disajikan dalam subbab-subbab dengan penjudulan sesuai dalam kajian teori feminisme dan/atau kajian gender seperti menjadi ciri utama JP. **Penutup** bersifat reflektif atas permasalahan yang dijadikan fokus penelitian/kajian/ temuan dan mengandung nilai perubahan. **Daftar Pustaka** yang diacu harus tertera di akhir artikel.
5. Catatan-catatan berupa referensi ditulis secara lengkap sebagai catatan tubuh (*body note*), sedangkan keterangan yang dirasa penting dan informatif yang tidak dapat disederhanakan ditulis sebagai **Catatan Akhir** (*endnote*).
6. Penulisan Daftar Pustaka adalah secara alfabetis dan mengacu pada sistem *Harvard Style*, misalnya (Arivia 2003) untuk satu pengarang, (Arivia & Candraningrum 2003) untuk dua pengarang, (Candraningrum, Dhewy & Pratiwi 2016) untuk tiga pengarang, dan (Arivia et al. 2003) untuk empat atau lebih pengarang. Contoh:  
Arivia, G 2003, *Filsafat Berperspektif Feminis*, Yayasan Jurnal Perempuan, Jakarta.  
Amnesty International (AI) 2010, *Left Without a Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia*, diakses pada 5 Maret 2016, [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AmnestyInternational\\_for\\_PSWG\\_en\\_Indonesia.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AmnestyInternational_for_PSWG_en_Indonesia.pdf)  
Candraningrum, D (ed.) 2014, *Body Memories: Goddesses of Nusantara, Rings of Fire and Narrative of Myth*, Yayasan Jurnal Perempuan, Jakarta.  
Dhewy, A 2014, "Faces of Female Parliament Candidates in 2014 General Election", *Indonesian Feminist Journal*, vol. 2 no. 2, h. 130-147.  
"Sukinah Melawan Dunia" 2014, *KOMPAS*, 18 Desember, diakses 20 Desember 2014, <http://nasional.kompas.com/read/2014/12/18/14020061/Sukinah.Melawan.Dunia>
7. Kepastian pemuatan diberitahukan oleh Pemimpin Redaksi dan atau Sekretaris Redaksi kepada penulis. Artikel yang tidak dimuat akan dibalas via email dan tidak akan dikembalikan. Penulis yang dimuat kemudian akan mendapatkan dua eksemplar JP cetak.
8. Penulis wajib melakukan revisi artikel sesuai anjuran dan review dari Dewan Redaksi dan Mitra Bestari.
9. Hak Cipta (*Copyright*): seluruh materi baik narasi visual dan verbal (tertulis) yang diterbitkan JP merupakan milik JP. Pandangan dalam artikel merupakan perspektif masing-masing penulis. Apabila anda hendak menggunakan materi dalam JP, hubungi [redaksi@jurnalperempuan.com](mailto:redaksi@jurnalperempuan.com) untuk mendapatkan petunjuk.

YAYASAN  
**YJP**  
JURNAL  
PEREMPUAN

Jl. Karang Pola Dalam II No. 9A  
Jati Padang, Pasar Minggu,  
Jakarta Selatan 12540  
INDONESIA  
Phone/Fax: +62 21 22701689

**MAMPU** | Kemitraan Australia - Indonesia  
untuk Kesetaraan Gender  
dan Pemberdayaan Perempuan

