

Journal of

JHSP Health Science and Prevention

ISSN online 2549-919X

Hubungan Personal Higiene dengan Kejadian Skabies pada Santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang Tahun 2016

Nur Muafidah, Imam Santoso, Darmiah

Efektivitas Senam Dismenore sebagai Terapi Alternatif Menurunkan Tingkat Nyeri Haid

Mei Lina Fitri Kumalasari

Determinan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui

Ika Mustika

Penyalahgunaan Alkohol di Indonesia: Analisis Determinan, SWOT dan CARAT

Eko Teguh Pribadi

Tinjauan Sistematis Terhadap Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Indonesia

Estri Kusumawati

Penilaian Risiko terhadap Paparan Debu pada Perbaikan Ruangan

Saiku Rokhim



VOLUME 1 NO 1 - APRIL 2017

Konsorsium Ilmu Kesehatan UIN Sunan Ampel Surabaya

Journal of Health Science and Prevention

Volume 01 Nomor 01 April 2017

e-ISSN: 2549-919X

Journal of Health Science and Prevention (JHSP) adalah jurnal *open access* dengan mekanisme *double blind peer-review* serta terbit dua kali dalam satu tahun dengan fokus pada kajian bidang ilmu kesehatan dan pencegahan penyakit. Jurnal ini bertujuan mendorong penyebaran ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan efektivitas, efisiensi dan efektivitas intervensi kesehatan masyarakat dalam upaya meningkatkan taraf kesehatan masyarakat. JHSP dikelola oleh Konsorsium Ilmu Kesehatan UIN Sunan Ampel Surabaya.

Editor in Chief

Moch. Irfan Hadi

Editor

Ika Mustika

Esti Novi Andyarini

Funsu Andiarna

Disain Grafis

Eko Teguh Pribadi

Mitra Bestari

Nova Lusiana (UIN Sunan Ampel Surabaya)

Tien Zubaidah (Poltekkes Kemenkes Banjarmasin)

Azizatul Hamidiyah (Akademi Kebidanan Ibrahimy Situbondo)

Diterbitkan oleh

Konsorsium Ilmu Kesehatan

UIN Sunan Ampel Surabaya

Alamat Redaksi

Fakultas Psikologi dan Kesehatan UIN Sunan Ampel

Jl. Jendral A.Yani No.117, Surabaya Jawa Timur.

Email: jhsp.uinsa@gmail.com

Website : <http://jhsp.uinsby.ac.id/index.php/jhsp>

Journal of Health Science and Prevention

Daftar Isi	Hal
Hubungan Personal Higiene dengan Kejadian Skabies pada Santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang Tahun 2016	1-9
<i>Nur Muafidah, Imam Santoso, Darmiah</i>	
Efektivitas Senam Dismenore Sebagai Terapi Alternatif Menurunkan Tingkat Nyeri Haid; Tinjauan Sistematis Penelitian Tahun 2011-2016	10-14
<i>Mei Lina Fitri Kumalasari</i>	
Determinan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui Tinjauan Sistematis Penelitian Tahun 2011 - 2016	15-21
<i>Ika Mustika</i>	
Penyalahgunaan Alkohol di Indonesia: Analisis Determinan, SWOT, dan CARAT	22-37
<i>Eko Teguh Pribadi</i>	
Tinjauan Sistematis Terhadap Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Indonesia	38-44
<i>Estri Kusumawati</i>	
Faktor Lingkungan Penyebab Penyakit Akibat Kerja Pada Peneliti Rikhus Vektora 2016	45-52
<i>Dedy Suprayogi</i>	
Penilaian Risiko Terhadap Paparan Debu pada Perbaikan Ruangan Studi Analisis Pada Perbaikan Ruangan di Gedung PT. X (Persero) Surabaya	53-59
<i>Saiku Rokhim</i>	

Hubungan Personal Higiene dengan Kejadian Skabies pada Santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang Tahun 2016

The Relation of Personal Hygiene with The Incidence of Scabies at Al Falah Male Boarding School Students Sub-district of Liang Anggang in the Year 2016

Nur Muafidah, Imam Santoso, Darmiah
Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Jurusan Kesehatan Lingkungan
fidahnur92@gmail.com

Abstract

Low personal hygiene can be a factor supporting the development of skin diseases such as scabies. In Indonesia the scabies disease numerous in boarding school. One of the things that support the transmission of scabies is personal hygiene students who are not good. The study aimed to determine the relationship of personal hygiene with the incidence of scabies on students Al Falah male boarding school students at sub-district of Liang Anggang in the year 2016. This research is an analytic observational with cross sectional design. The sample of research are students of Al Falah for boys boarding school Sub-district of Liang Anggang as many as 127 people. Data analysis using statistical Chi-square test (X²). The results showed among 127 students, 59 of them in a poor condition of personal hygiene 53 of them categorized affected with scabies (89.8 %). While the remaining 68 students were in a good condition of personal hygiene with 23 of them having scabies (33.8%). X² test results showed that there was a significant relationship, personal hygiene with the incidence of scabies on students boarding school Al Falah for boys Sub-district of Liang Anggang in the year 2016 at p-value = 0.000. Efforts should be made to reduce the incidence of scabies among others: showering twice a day using clean water, use personal belongings are not mutually borrowing, keep clean hands and nails, hygiene clothing and cleanliness of the bed.

Keywords: Personal Hygiene, Scabies, Boarding School

Abstrak

Personal higiene yang rendah dapat menjadi faktor penunjang berkembangnya penyakit kulit, seperti skabies. Di Indonesia penyakit skabies banyak terdapat pada pondok pesantren. Hal yang mendukung terjadinya penularan skabies salah satunya adalah personal higiene santri yang kurang baik. Penelitian bertujuan mengetahui hubungan personal higiene dengan kejadian skabies pada santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang tahun 2016. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancang bangun cross sectional. Sampel penelitian adalah santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang sebanyak 127 orang. Analisis data menggunakan statistik uji Chi-square (X²). Hasil penelitian menunjukkan dari 127 orang santri, 59 orang santri keadaan personal higiene kurang baik dengan kategori skabies 53 orang santri (89,8%). Sedangkan sisanya yaitu 68 orang santri keadaan personal higiene baik dengan kategori skabies 23 orang santri (33,8%). Hasil uji X² menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan personal higiene dengan kejadian skabies pada santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang Tahun 2016 pada *p-value* = 0,000. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian skabies antara lain : mandi 2 kali sehari menggunakan air bersih, menggunakan barang-barang secara pribadi tidak saling pinjam, menjaga kebersihan tangan dan kuku, kebersihan pakaian serta kebersihan tempat tidur.

Kata Kunci: Personal Higiene, Skabies, Pondok Pesantren

Pendahuluan

Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (1). Higiene yang rendah dapat menjadi faktor penunjang berkembangnya penyakit kulit, seperti skabies (2).

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitifitas terhadap *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* dan produknya. Penularannya dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Penularan secara langsung dapat terjadi melalui berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual, sedangkan penularan secara tidak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, spre, bantal, selimut dan lain-lain (2). Di Indonesia banyak terdapat pada perkampungan, penjara, asrama atau pondok pesantren dan panti asuhan yang kurang terjaga kebersihannya (3).

Asrama atau pondok pesantren adalah suatu tempat yang tersedia untuk para santri dalam menerima pelajaran-pelajaran agama Islam sekaligus tempat berkumpul dan tempat tinggalnya. Para santri yang tinggal di pondok pesantren selalu berinteraksi antara santri yang satu dengan santri yang lainnya sehingga penyakit menular berbasis lingkungan seringkali ditemukan, salah satunya adalah penyakit kulit, yaitu skabies (4).

Berdasarkan penelitian Ma'rufi, dkk (2005) pada santri Pondok Pesantren Lamongan, penilaian higiene perorangan dalam penelitian tersebut meliputi frekuensi mandi, memakai sabun atau tidak, penggunaan pakaian dan handuk bergantian, dan kebersihan alas tidur. Sebagian besar santri di Pesantren Lamongan (63%) mempunyai higiene perorangan yang jelek dengan prevalensi penyakit skabies 73,70%. Perilaku yang tidak mendukung berperilaku hidup bersih dan sehat dalam mencegah skabies diantaranya adalah sering memakai baju atau handuk bergantian dengan teman serta tidur bersama dan berhimpitan dalam satu tempat tidur (5).

Berdasarkan data Keagamaan Kementerian Agama Kantor Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2015, jumlah pondok pesantren yang ada sebanyak 240 buah. Salah satunya adalah Pondok Pesantren Al Falah Putera yang terletak di Jalan Ahmad Yani KM 23 RT.006 RW.002, Kecamatan Liang Anggang Kota Banjarbaru. Pondok Pesantren ini dibangun pada tahun 1973 dan mulai beroperasi pada tahun 1975. Jumlah santri pada tahun ajaran 2015/2016 sebanyak 1850 orang dan santri yang mukim atau tinggal di asrama sebanyak 1646 orang (6).

Menurut data klinik sanitasi Puskesmas Landasan Ulin tiga tahun terakhir, pada tahun 2013 terdapat 10 kasus skabies dengan penderita dari Pondok Pesantren Al Falah Putera 1 kasus. Pada tahun 2014 terdapat 9 kasus skabies dengan penderita dari Pondok Pesantren Al Falah Putera 2 kasus. Dan pada tahun 2015 kasus skabies meningkat menjadi 102 kasus dengan kasus terbanyak berasal dari santri pondok pesantren Al Falah Putera yaitu 87 kasus. Penderita yang datang ke puskesmas dan di rujuk ke bagian klinik sanitasi adalah santri dengan rentang usia 12-17 tahun, dan terbanyak berusia 13 tahun.

Penyakit skabies terjadi karena personal higiene yang kurang baik di kalangan santri, seperti adanya kebiasaan santri saling pinjam-meminjam alat dan bahan perlengkapan mandi (sabun, sarung atau handuk), santri jarang membersihkan tempat tidur (menjemur kasur, mengganti sarung bantal dan spre). Untuk melakukan personal higiene seperti mandi, cuci dan kakus (MCK) sumber air berasal dari sumur bor kemudian dialirkan pada bak mandi besar. Padatnya aktivitas yang dilakukan oleh para santri, pengurusan bak mandi jarang dilakukan sehingga tidak jarang air yang di gunakan untuk mendukung personal higiene kurang terjaga kualitasnya, seperti air berwarna kuning karena terdapat endapan-endapan pada dasar dan atau dinding-dinding bak mandi tersebut.

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan personal higiene dengan kejadian skabies pada santri di Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang dikarenakan pondok pesantren tersebut memiliki jumlah santri yang banyak dan penyakit skabies selalu terjadi setiap tahunnya. Sehingga dengan adanya

personal hygiene yang baik antar santri maka akan dapat mencegah atau mengurangi angka kejadian penyakit skabies di kalangan santri.

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan observasional dalam bentuk analitik dengan metode *crosssectional*. Populasi penelitian adalah seluruh santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang yang berasrama atau tinggal menetap minimal 6 bulan dan maksimal 2 tahun yaitu sebanyak 798 santri dan sampel penelitian adalah santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang dengan jumlah atau besaran sampel di hitung menggunakan rumus estimasi proporsi pada sampel acak sederhana dengan presisi mutlak (7), maka diperoleh sampel sebanyak 127 orang santri. Teknik pengambilan sampel menggunakan metoda *simple random sampling*. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah personal hygiene (kebersihan kulit, rambut, tangan dan kuku, pakaian serta tempat tidur) dan kejadian skabies pada santri. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik wawancara dan observasi. Instrument yang di gunakan adalah kuesioner dan lembar observasi. Pada penelitian data diolah secara univariat dan bivariat serta dianalisis menggunakan statistik uji beda proporsi atau uji statistik *Chi-square (X2)*.

Hasil Penelitian

Distribusi frekuensi kebersihan kulit santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel 1 berikut

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebersihan Kulit

No	Kebersihan Kulit	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Baik	66	52
2.	Kurang Baik	61	48
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 1 diatas diketahui bahwa kebersihan kulit responden terbanyak adalah kategori baik, yaitu sebanyak 66 orang (52%). Rincian persentase kriteria komponen kebersihan kulit pada santri yang termasuk kategori kurang baik dapat dilihat pada gambar 1 berikut :



Gambar 1. Persentase Kebersihan Kulit dengan Kategori Kurang Baik
(sumber: hasil analisis, 2016)

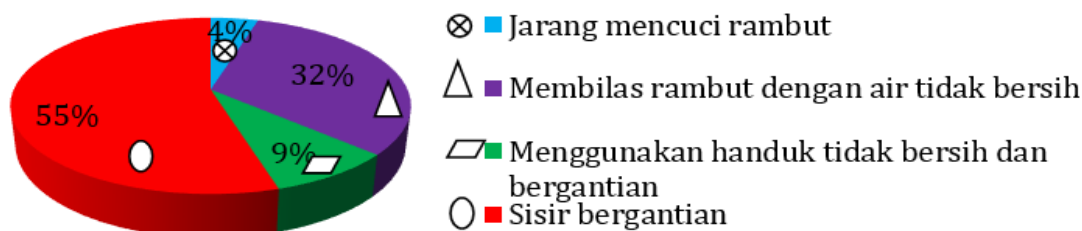
Berdasarkan gambar 1 dapat dilihat bahwa komponen kebersihan kulit pada santri tertinggi adalah yang membilas badan dengan air tidak bersih 38%. Distribusi frekuensi kebersihan rambut santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebersihan Rambut

No	Kebersihan Rambut	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Baik	50	39,4
2.	Kurang Baik	77	60,6
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa kebersihan rambut responden terbanyak adalah kategori kurang baik, yaitu sebanyak 77 orang (60,6%). Rincian persentase kriteria komponen kebersihan rambut pada santri yang termasuk kategori kurang baik dapat dilihat pada gambar 2 berikut :



Gambar 2. Persentase Kebersihan Rambut dengan Kategori Kurang Baik
(sumber: hasil analisis, 2016)

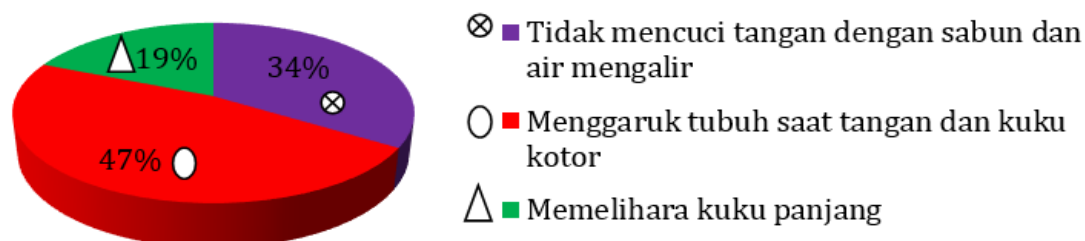
Berdasarkan gambar 2 dapat dilihat bahwa komponen kebersihan rambut dengan kategori kurang baik tertinggi pada santri adalah yang menggunakan sisir bergantian 55%. Untuk distribusi frekuensi kebersihan tangan dan kuku santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel 3 berikut :

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebersihan Tangan dan Kuku

No	Kebersihan Tangan dan Kuku	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Baik	57	44,9
2.	Kurang Baik	70	55,1
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa kebersihan tangan dan kuku responden terbanyak adalah kategori kurang baik, yaitu sebanyak 70 orang (55,1%). Rincian persentase kriteria komponen kebersihan tangan dan kuku pada santri yang termasuk kategori kurang baik dapat dilihat pada gambar 3 berikut :



Gambar 3. Persentase Kebersihan Tangan dan Kuku dengan Kategori Kurang Baik
(sumber: hasil analisis, 2016)

Berdasarkan gambar 3 dapat dilihat bahwa komponen kebersihan tangan dan kuku dengan kategori kurang baik tertinggi pada santri adalah menggaruk tubuh saat tangan dan kuku kotor

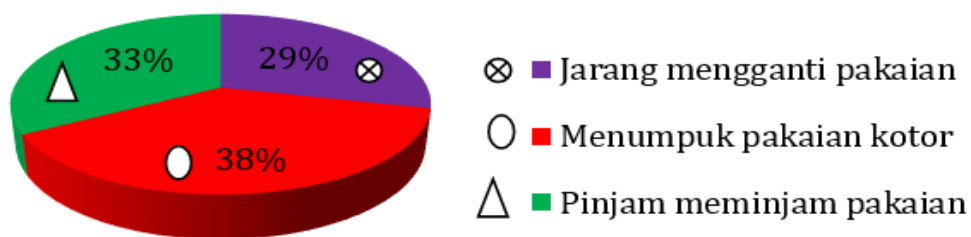
47%. Untuk Distribusi frekuensi kebersihan pakaian santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel 4 berikut :

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebersihan Pakaian

No	Kebersihan Pakaian	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Baik	68	53,5
2.	Kurang Baik	59	46,5
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa kebersihan pakaian responden terbanyak adalah kategori baik, yaitu sebanyak 68 orang (53,5%). Rincian persentase kriteria komponen kebersihan pakaian pada santri yang termasuk kategori kurang baik dapat dilihat pada gambar 4 berikut :



Gambar 4. Persentase kebersihan pakaian dengan kategori kurang baik (sumber: hasil analisis, 2016)

Pada gambar 4 dapat terlihat bahwa komponen kebersihan pakaian dengan kategori kurang baik tertinggi pada santri adalah yang menumpuk pakaian kotor 38%. Sedangkan Distribusi frekuensi kebersihan tempat tidur santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebersihan Tempat Tidur

No	Kebersihan Tempat Tidur	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Baik	77	60,6
2.	Kurang Baik	50	39,4
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa kebersihan rambut santri terbanyak adalah kategori baik, yaitu sebanyak 77 orang (60,6%). Rincian persentase kriteria komponen kebersihan tempat tidur pada santri yang termasuk kategori kurang baik dapat dilihat pada gambar 5 berikut:



Gambar 5. Persentase kebersihan tempat tidur dengan kategori kurang baik (sumber: hasil analisis, 2016)

Pada gambar 5 dapat terlihat bahwa komponen kebersihan tempat tidur dengan kategori kurang baik tertinggi pada santri adalah yang tidak menjemur kasur 2 minggu sekali 43%. Hasil pengukuran suhu dan kelembaban pada 3 kamar tidur santri yang mewakili sampel penelitian dapat dilihat pada tabel 6 berikut :

Tabel 6. Rekapitulasi Hasil Pengukuran Suhu dan kelembaban pada Kamar Santri

No	Kamar Santri	Hasil Pengukuran	
		Suhu (°C)	Kelembaban (%)
1	Abu Bakar Assidiq	29	92
2	Babul Ngatik	29	92
3	Malik 9	30	85

Sumber : Hasil observasi (2016)

Sedangkan Distribusi frekuensi kejadian penyakit skabies pada santri Pondok Pesantren Al Falah Putera dapat dilihat pada tabel 7 berikut :

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kejadian Penyakit Skabies pada Santri

No	Kejadian Penyakit Skabies	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	Skabies	76	59,8
2.	Bukan Skabies	51	40,2
Total		127	100

Sumber : Hasil analisis (2016)

Berdasarkan tabel 7 diketahui bahwa kejadian skabies pada santri adalah sebanyak 76 orang santri (59,8%). Santri termasuk kategori skabies dengan rincian gejala-gejala klinik yang di alami dapat dilihat pada gambar 6 berikut :



Gambar 6. Gejala Klinik Skabies pada Santri Pondok Pesantren Al Falah Putera (sumber: hasil analisis, 2016)

Dengan menggunakan uji *chi-square*, tabel 8 menunjukkan hasil analisis bivariat antara variabel kebersihan dan kejadian skabies pada santri Pondok Pesantren Al Falah Putera

Tabel 8. Hasil analisis bivariat antara variabel kebersihan dan kejadian skabies pada santri Pondok Pesantren Al Falah Putera

Variabel	Katagori	Skabies		Bukan Skabies		P-value
		N	%	N	%	
Kulit	Kurang Baik	55	90,2	6	9,8	0,000
	Baik	21	31,8	45	68,2	
Rambut	Kurang Baik	53	68,8	24	31,2	0,017
	Baik	23	46,0	27	54,0	
Tangan dan Kuku	Kurang Baik	55	78,6	15	21,4	0,000
	Baik	21	36,8	36	63,2	
Pakaian	Kurang Baik	53	89,8	6	10,2	0,000
	Baik	23	33,8	45	66,2	
Tempat Tidur	Kurang Baik	45	90	5	10	0,000
	Baik	31	40,3	46	59,7	
Personal Higiene	Kurang Baik	53	89,8	6	10,2	0,000
	Baik	23	33,8	45	66,2	

Sumber : Hasil analisis (2016)

Pada hasil analisis bivariat pada tabel 8 terlihat bahwa semua variabel menunjukkan $p\text{-value} < 0.005$ yang berarti bahwa semua variabel menunjukkan korelasi yang signifikan dengan kasus kejadian skabies.

Pembahasan

Kebersihan kulit yang kurang baik dapat menjadi faktor penyebab kejadian skabies pada santri. Berdasarkan gambar 1 komponen yang paling berpengaruh terhadap kebersihan kulit adalah pada santri yang menggunakan air tidak bersih sebesar 38%. Air tidak bersih dipengaruhi oleh kebersihan kolam mandi yang tidak terjaga dikarenakan jarang dikuras oleh para santri. Sehingga menyebabkan adanya endapan-endapan kuning pada dasar dan dinding kolam mandi. Endapan-endapan kuning tersebutlah yang ikut terambil saat santri menggunakan air untuk keperluan MCK. Penularan penyakit skabies dapat dipermudah oleh keadaan penyediaan air bersih yang kurang dan penyakit ini dapat terjadi dengan cara infeksi melalui kulit.

Komponen lainnya adalah adanya penggunaan sabun mandi secara bergantian sebesar 33% di kalangan santri. Penggunaan sabun secara bergantian dapat menyebabkan penularan skabies secara kontak tidak langsung karena sabun termasuk benda yang selalu digunakan oleh santri untuk membersihkan diri. Kemudian santri mempunyai kebiasaan menjemur handuk di dalam kamar sebesar 17% dan menggunakan handuk secara bergantian sebesar 12%. Handuk yang digunakan secara bergantian dan tidak dijemur dibawah sinar matahari dapat meningkatkan aktivitas tungau *Sarcoptes scabiei* pada handuk, sehingga tungau pada handuk santri yang menderita skabies dapat berpindah ke santri yang sehat. Handuk salah satu benda yang dapat menularkan penyakit skabies secara kontak tidak langsung (2). Hal ini sejalan dengan penelitian Ma'rufi dkk bahwa perilaku yang mendukung terjadinya skabies adalah sering bergantian handuk dengan teman (5). Tungau *Sarcoptes scabiei* akan lebih sukar menginfestasi individu jika mandi dengan teratur dan menggunakan handuk yang sering dicuci.

Terkait kebersihan rambut, sisir yang digunakan secara bergantian dapat menyebabkan perpindahan penyakit dari satu orang ke orang lainnya secara tidak langsung dan salah satunya adalah penyakit skabies. Penyakit skabies ini adalah penyakit yang dapat menular secara kontak tidak langsung seperti pinjam-meminjam barang-barang pribadi dan sisir adalah barang pribadi santri yang digunakan untuk merawat kebersihan rambut. Apabila santri yang sehat meminjamkan sisir ke penderita skabies atau sebaliknya, penyebaran skabies akan sangat mudah di kalangan santri (2). Komponen lainnya adalah santri menggunakan air tidak bersih untuk membasil rambut (93%), kemudian menggunakan handuk yang tidak bersih untuk mengeringkan rambut dan digunakan secara bergantian (9%). Handuk yang tidak bersih atau jarang di cuci kemudian digunakan secara bergantian dapat meningkatkan aktivitas tungau *Sarcoptes scabiei* pada handuk. Handuk salah satu benda yang dapat menularkan penyakit skabies secara kontak tidak langsung (2). Hal ini sejalan dengan penelitian Ma'rufi dkk bahwa perilaku yang mendukung terjadinya skabies adalah sering bergantian handuk dengan teman (5). Tungau *Sarcoptes scabiei* akan lebih sukar menginfestasi individu jika mandi dengan teratur dan menggunakan handuk yang sering dicuci. Selain itu terdapat 4 % santri jarang mencuci rambut dengan sampo, jarang mencuci rambut menyebabkan kebersihan rambut menjadi kurang baik dan akan menimbulkan rasa gatal, dengan adanya rasa gatal secara tidak langsung tangan akan menggaruk-garuk kepala dan kotoran yang ada di rambut akan pindah ke tangan dan kuku. Apabila kebersihan tangan dan kuku juga tidak dipelihara dengan baik maka kebersihan rambut akan menjadi faktor pendukung terjadinya kejadian skabies.

Tangan dan kuku yang kotor dapat menyebabkan bahaya kontaminasi dan menimbulkan penyakit kulit seperti skabies. Bagi penderita penyakit kulit khususnya skabies, kebersihan tangan dan kuku yang tidak terjaga akan sangat mudah penyebarannya ke bagian tubuh yang lain dan dapat juga menularkan ke orang lain misalnya melalui kontak langsung seperti berjabat tangan (2). Oleh sebab itu, perlu perhatian ekstra dalam menjaga kebersihan tangan dan kuku sebelum dan sesudah beraktivitas. Penyakit skabies tidak hanya disebabkan oleh tungau skabies, tetapi juga dapat disebabkan oleh penderita sendiri akibat garukan yang dilakukan. Garukan tersebut

dilakukan karena adanya rasa gatal, dengan garukan dapat timbul erosi, ekskoriasi, krusta dan infeksi sekunder (2).

Terkait kebiasaan menumpuk pakaian kotor pada waktu yang lama di kalangan santri, dapat meningkatkan infestasi tungau *Sarcoptes scabiei* selain kebiasaan jarang mengganti pakaian dengan pakaian bersih serta pinjam-meminjam pakaian. Pinjam-meminjam pakaian dapat mempermudah penularan skabies secara kontak tidak langsung dan memegang peranan penting (10). Hal ini sejalan dengan penelitian Ma'rufi dkk bahwa perilaku yang mendukung terjadinya skabies adalah sering memakai pakaian secara bergantian (5). Selain itu juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohmawati di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta, dimana secara statistik ada hubungan antara bergantian pakaian atau alat shalat dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta (11). Tungau *Sarcoptes scabiei* akan lebih sukar menginfestasi individu yang menggunakan pakaian bersih dan pakaian yang sering dicuci serta tidak saling pinjam-meminjam pakaian dengan orang lain.

Faktor kebersihan pakaian yang kurang baik dapat menjadi penyebab kejadian skabies pada santri. Hasil observasi menunjukkan sebagian besar santri tidak menjemur kasur minimal 2 minggu sekali, tidak mengganti sprengi dan sarung bantal dan santri jarang membersihkan tempat tidur. Kasur dan bantal yang jarang dijemur, serta sprengi dan sarung bantal yang jarang diganti dan dicuci dengan bersih dapat menjadi tempat berkembang biaknya kuman, kutu dan bakteri yang bisa menyebabkan alergi. Salah satu kutu yang dapat berkembang biak, yaitu tungau *Sarcoptes scabiei* yang dapat menyebabkan penyakit skabies. Penularan penyakit skabies ini terjadi secara tidak langsung melalui bantal dan sprengi (2).

Selain perlengkapan tidur santri, kondisi kamar tidur santri meliputi suhu dan kelembaban ruangan juga dapat berperan dalam berkembang biaknya tungau *Sarcoptes scabiei*. Suhu yang lebih lembab dan panas akan menyebabkan aktivitas tungau menjadi lebih tinggi (2). Hasil pengukuran kelembaban pada tiga kamar santri termasuk tinggi dan dapat menunjang perkembangan biakan tungau *Sarcoptes scabiei* diluar hospesnya. Pada temperatur 25°C dengan kelembaban 100% merupakan kondisi dimana tungau *Sarcoptes scabiei* dapat hidup lebih lama di luar hospes (5 hari). Sedangkan kelembaban yang semakin menurun membuat daya hidup *Sarcoptes scabiei* juga akan semakin menurun.

Sedangkan *personal hygiene* mempunyai hubungan dengan kejadian skabies pada santri karena santri yang tinggal di pondok pesantren tidak menjaga dan memelihara *personal hygiene* dengan baik. Tungau *Sarcoptes scabiei* akan lebih mudah menginfestasi individu dengan *personal hygiene* yang kurang baik (5). Apabila tidak ada tindakan pencegahan untuk meningkatkan *personal hygiene* pada santri maka akan meningkatkan kejadian skabies di kalangan santri, karena penularan penyakit skabies dapat terjadi melalui kontak langsung dan tidak langsung. Kontak langsung, yaitu kontak kulit dengan kulit misalnya berjabat tangan, tidur bersama dengan penderita skabies, sedangkan kontak tidak langsung, yaitu melalui benda-benda yang ada di sekitar dan sudah terkontaminasi oleh skabies seperti sabun mandi, handuk, pakaian, bantal, kasur dan lain-lain dan pada akhirnya bisa menimbulkan endemik skabies (2).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis diperoleh kesimpulan bahwa terhadap hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* santri dengan skabies di Pondok Pesantren Al-Falah Putera Kecamatan Liang Anggang, dimana masih banyaknya santri yang kurang memperhatikan kondisi kebersihan tangan dan kuku, rambut, pakaian dan kulit sehingga berdampak pada tingginya angka kejadian skabies di Pondok Pesantren Al-Falah Putera Liang Anggang.

Saran

Dapat disarankan bagi instansi terkait di wilayah pondok pesantren agar melakukan kegiatan-kegiatan promotif dan preventif guna mencegah timbulnya penyakit skabies di pondok pesantren. Bagi Pondok Pesantren hendaknya melakukan kerja sama dengan pihak puskesmas seperti memberikan penyuluhan secara rutin di kalangan santri (khususnya santri baru) tentang *personal hygiene* (cara merawat dan memelihara kebersihan diri). Bagi santri agar meningkatkan

personal hygiene seperti tidak menggunakan barang-barang pribadi secara bergantian dengan santri lainnya dan gunakan air bersih untuk keperluan mandi, cuci dan kakus (MCK). Dan bagi penelitian selanjutnya, perlu dikembangkan lagi dengan variabel-variabel yang lebih kompleks, karena masih banyak faktor yang mempengaruhi dalam kejadian skabies, termasuk kondisi lingkungan dan fasilitas sanitasi.

Daftar Pustaka

1. Tarwoto dan Wartonah. 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 4. Cetakan Kedua. Jakarta: Salemba Medika.
2. Djuanda, A. 2006. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Keempat*. Cetakan ketiga. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
3. Safar, Rosdiana. 2010. *Parasitologi Kedokteran*. Bandung: Yrama Widya.
4. Kuspriyanto. 2002. *Hubungan antara Praktik Kebersihan Diri dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pondok Pesantren*. Skripsi. Surakarta: Universitas Surakarta.
5. Ma'rufi, Isa, dkk. 2005. *Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies*. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, Vol.2, No.1, Juli 2005 : 11-18.
6. Kementerian Agama. 2015. *Data Keagamaan Kementerian Agama Kantor Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan*.
7. Kasjono, H. S., dan Yasril. 2009. *Teknik Sampling Untuk Penelitian Kesehatan*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
8. Potter, P. 2005. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
9. Irianto, K. 2007. *Usaha Kesehatan Pribadi*. Bandung: CV. Yrama widya
10. Mansyur. M. 2007. *Pendekatan Kedokteran Keluarga pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra-Sekolah*. *Majalah Kedokteran Indonesia* . Vol. 57, No. 2, Februari 2007. Hal : 63-67
11. Nur Rohmawati R. *Hubungan antara faktor pengetahuan dan perilaku dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta)*

Efektivitas Senam Dismenore Sebagai Terapi Alternatif Menurunkan Tingkat Nyeri Haid Tinjauan Sistematis Penelitian Tahun 2011-2016

The Effectiveness of Dysmenorrhea Gymnastics as an Alternative Therapy in Reducing Menstrual Pain A Systematic Research Review 2011-2016

Mei Lina Fitri Kumalasari

Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya
meilina3@gmail.com

Abstract

Menstrual pain occurs due to the imbalance of the hormones which will cause the uterine muscles to contract and lead to colic pain. Approximately 50 % of women worldwide and 90 % of Indonesian women suffer from menstrual pain. Pharmacological therapy is the most popular treatment used to relieve menstrual pain. Unfortunately, it leads to indisputable side effects on health. Therefore, safety alternative treatments such as dysmenorrhea gymnastics are significantly needed to improve bloodstream in the uterus and produce endorphins which can relieve menstrual pain. The aim of the study was to determine the effectiveness of dysmenorrhea gymnastics to relieve the level of menstrual pain. The method of study is systematic review on 14 studies of the effectiveness of exercise dysmenorrhea gymnastics to relieve menstrual pain. The results obtained are dysmenorrhea gymnastics can relieve menstrual pain with a mean value of 4.006. Conclusion: dysmenorrhea gymnastics can relieve menstrual pain and better done in the afternoon.

Keywords: dysmenorrhea gymnastics, menstrual pain, systematic review

Abstrak

Nyeri haid terjadi karena adanya ketidakseimbangan hormon yang akan menyebabkan otot uterus berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri yang dapat menjadi kolik. Rata-rata 50% perempuan di Dunia mengalami nyeri haid dan di Indonesia sekitar 90% perempuan pernah mengalaminya. Pengobatan selama ini kebanyakan menggunakan terapi farmakologik yang dapat memberikan beberapa efek samping apabila sering dikonsumsi. Oleh karena itu, diperlukan alternatif pengobatan yang lebih aman. Salah satunya dengan melakukan senam dismenorea yang dapat melancarkan aliran darah pada rahim dan menghasilkan hormon endorfin yang dapat menurunkan nyeri haid. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas senam dismenorea sebagai terapi alternatif menurunkan tingkat nyeri haid. Metode penelitian ini adalah systematic review dengan melakukan analisis terhadap 14 penelitian mengenai efektivitas senam dismenorea untuk mengurangi nyeri haid. Hasil yang didapatkan adalah senam dismenorea dapat menurunkan nyeri haid dengan nilai means 4,006. Kesimpulan: senam dismenorea dapat menurunkan tingkat nyeri haid dan lebih baik dilakukan pada waktu sore hari.

Kata Kunci: dismenorea, nyeri haid, tinjauan sistematis

Pendahuluan

Dismenorea atau nyeri haid adalah salah satu ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan oleh perempuan (1). Keluhan yang dirasakan biasanya adalah merasa nyeri pada perut bagian bawah dan menjalar sampai ke punggung serta paha yang disebut dengan nyeri haid atau

dismenorea (2). Hal ini terjadi karena ketidakseimbangan hormon progesteron, prostaglandin dan vasopresin. Peningkatan dari hormon ini akan menyebabkan otot uterus berkontraksi sehingga akan menimbulkan nyeri yang akan berlangsung selama beberapa jam bahkan pada beberapa kasus dapat bertahan sampai beberapa hari (3).

Nyeri haid dapat menyebabkan seseorang menjadi pusing, mual, muntah, nyeri kepala dan bahkan sampai pingsan (4). Apabila nyeri haid ini dibiarkan terus-menerus maka akan menjadi kolik. Menurut WHO, 50% perempuan di setiap negara rata-rata mengalami *dismenorea* (5). Studi epidemiologi di Amerika menyebutkan 60% perempuan mengeluhkan nyeri haid dan prevalensi di Swedia keluhan nyeri haid sejumlah 72% dari seluruh jumlah perempuan di negara tersebut. Sedangkan di Indonesia tidak diketahui secara pasti prevalensinya karena masih kurangnya kesadaran untuk memeriksakan ke pelayanan kesehatan.

Pengobatan nyeri haid terdiri dari terapi farmakologi dan non-farmakologi. Pengobatan secara farmakologi dapat dengan cara mengkonsumsi obat-obatan analgesik (6). Pengobatan non-farmakologi yang sering digunakan untuk mengurangi nyeri haid antara lain adalah pemberian obat herbal, pemberian suplemen seperti vitamin E, akupunktur, hipnoterapi, relaksasi dan olah raga (7). Terapi dengan cara olah raga dapat meringankan *dismenorea* melalui beberapa cara, seperti menurunkan stress, mengurangi gejala menstrual dengan meningkatkan metabolisme lokal dan peningkatan aliran darah lokal pada pelvis (8). Selain itu senam *dismenorea* juga dapat meningkatkan produksi hormon endorfin (9).

Salah satu olah raga yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri haid adalah dengan senam *dismenorea* (10). Senam ini dapat membantu melancarkan aliran darah pada otot sekitar rahim sehingga rasa nyeri dapat berkurang atau diatasi (11). Gerakannya terdiri dari gerakan pelepasan dan peregangan otot. *Dismenorea* merupakan salah satu topik kesehatan yang sering diteliti, sehingga jumlah penelitian tentang *dismenorea* cukup banyak, baik di dalam negeri maupun di luar negeri. Oleh karena itu, peneliti melakukan penelitian dengan pendekatan meta analisis kuantitatif menggunakan metode penelitian *systematic review* pada penelitian yang terkait dengan *dismenorea*, khususnya mengenai efektivitas senam *dismenorea* sebagai terapi alternatif *Dismenorea*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas senam *dismenorea* sebagai terapi alternatif menurunkan nyeri haid berdasarkan hasil penelitian dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2016.

Metode Penelitian

Penelitian merupakan *systematic review*. Sumber literatur dari pubmed dan google scholar. Pencarian sumber literatur menggunakan kata kunci efektivitas senam *dismenorea*, *exercise dysmenorrhea*. Hasil pencarian dibatasi penelitian 5 tahun terakhir dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2016. Dari Pubmed diperoleh 24 penelitian sedangkan pada situs *google scholar* didapatkan 61 penelitian dari dalam negeri. Penelitian tersebut dianalisis dengan kriteria inklusi berupa penelitian kuantitatif, publikasi dalam waktu 5 tahun terakhir dan terapi senam *dismenorea* tanpa dikombinasikan dengan terapi yang lainnya. Sehingga didapatkan 14 penelitian dengan rincian 12 penelitian dari dalam negeri dan 2 penelitian dari luar negeri.

Hasil Penelitian

Penelitian analisis univariat yang terlihat pada tabel 1 menunjukkan gambaran umum mengenai efektivitas senam *dismenorea* dalam mengurangi nyeri haid mulai tahun 2011 sampai dengan tahun 2016. Jumlah sampel yang digunakan cukup beragam antara 15-215 orang. Desain penelitian yang digunakan sebagian besar menggunakan *quasi experiment*. Penggunaan literatur penelitian berkisar antara 3 sampai dengan 56 literatur yang sebagian besarnya berupa penelitian terdahulu, artikel ilmiah, jurnal, *textbook* dan buku ilmiah populer. Penelitian dari luar negeri banyak menggunakan referensi berupa jurnal dan penelitian sebelumnya, sedangkan penelitian dari dalam negeri lebih banyak menggunakan referensi buku. Penelitian-penelitian ini sebagian besar menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang berisi tentang skala nyeri.

Tabel 1. Gambaran Umum Penelitian Efektivitas Senam Dismenorea

Peneliti	Thn	Variabel			Desain Penelitian	Kepustakaan		Alat Ukur
		Diteliti	Sig	n		DN	LN	
Achmad S	2011	3	3	30	Quasi Eksperiment	1	10	kuesioner
Nurul L	2012	2	2	30	Quasi Eksperiment	1	55	Kuesioner
Siti S	2013	2	2	36	Quasi Eksperiment	0	26	Kuesioner
Darsinah UH, Lismarni	2013	3	3	215	Pra Eksperiment	4	38	Kuesioner
Maria AR dkk	2014	2	0	30	True Eksperiment	0	3	Kuesioner
Istiqomah PA	2015	3	3	15	Quasi Eksperiment	0	12	Kuesioner
Rofli M dkk	2015	5	3	30	Quasi Eksperiment	0	11	Kuesioner
Tatiek FU	2015	2	2	28	Pr Eksperiment	2	6	Kuesioner
Salbiah	2015	2	2	56	Quasi Eksperiment	5	14	Kuesioner
Mia NF	2015	2	2	33	Pra Eksperiment	7	46	Kuesioner
Miladiyah R dkk	2013	2	2	30	Eksperiment	0	23	kuesioner
Tri Sdkk	2015	2	2	29	Pra Eksperiment	0	13	Kuesioner,
Saeideh R et al	2013	4	2	40	Quasi Eksperiment	31	0	kuesioner
Zeinab et al	2013	4	4	40	Quasi Eksperiment	32	0	kuesioner

Sumber : hasil observasi, 2016

Pada tabel 2 menunjukkan gambaran lama dan frekuensi untuk melakukan senam dismenorea. Penelitian-penelitian tersebut sebagian besar melaksanakan senam dismenorea tiga kali dalam seminggu dan dilaksanakan sebelum haid dalam setiap siklusnya.

Tabel 2. Waktu Pelaksanaan Senam Dismenorea

Peneliti	Tahun	Waktu Senam Dismenorea
Achmad S	2011	Tiga hari sebelum haid pada pagi atau sore hari
Nurul L	2012	Lima kali dalam satu minggu sebelum haid sebanyak
Siti S	2013	Satu kali sebelum haid
Darsinah UH, Lismarni	2013	Satu kali dalam satu siklus haid
Maria AR et al	2014	Satu kali dalam satu siklus haid
Istiqomah PA	2015	tiga hari sebelum haid pada pagi dan sore hari
Rofli M et al	2015	Minggu ketiga setelah haid pada sore hari
Tatiek FU	2015	Hari ketujuh sebelum haid pada pagi atau sore hari
Salbiah	2015	Satu kali dalam satu siklus haid
Mia NF	2015	Satu kali dalam satu siklus haid
Miladiyah R et al	2013	Empat kali dalam satu minggu selama tiga minggu
Tri S et al	2015	Tiga kali dalam satu minggu selama satu bulan
Saeideh R et al	2013	Tiga kali dalam satu minggu selama dua belas minggu
Zeinab et al	2013	Tiga kali dalam satu minggu selama delapan minggu

Sumber : hasil observasi, 2016

Tabel 3 menunjukkan hasil penelitian tentang senam dismenorea. Semua hasil penelitian menunjukkan bahwa senam dismenorea dapat menurunkan tingkat nyeri haid.

Tabel 3. Hasil Penelitian Tentang Senam Dismenorea

Peneliti	Tahun	P	Means
Achmad S	2011	0,000	3,733
Nurul L	2012	0,000	2,17
Siti S	2013	0,000	1,797
Darsinah UH, Lismarni	2013	0,000	1,722
Maria AR et al	2014	0,001	1,87
Istiqomah PA	2015	0,000	3,733
Rofli M et al	2015	0,000	0,06
Tatiek FU	2015	0,000	1,5
Salbiah	2015	0,0001	1,22
Mia NF	2015	0,000	1,58
Miladiyah R et al	2013	0,000	3,53
Tri S et al	2015	0,000	1,06
Saeideh R et al	2013	0,002	2,76
Zeinab et al	2013	<0,001	29,35

Sumber : hasil observasi, 2016

Pembahasan

Berdasarkan dari hasil 14 penelitian tersebut, dapat dilihat bahwa semua penelitian mempunyai nilai $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa penelitian-penelitian tersebut memperlihatkan hasil yang signifikan terkait efektivitas senam dismenorea dalam usaha menurunkan tingkat nyeri haid. Rata-rata dari penelitian tersebut adalah 4,006. Artinya adalah setelah dilakukan senam dismenorea, rata-rata perempuan mengalami penurunan nyeri haid sebesar 4,006. Rata-rata penurunan tingkat nyeri haid dari penelitian di luar negeri paling besar adalah pada penelitian Zeinab (12) dengan besar rata-rata 29,36 yang dapat dilihat pada tabel 3. Artinya setelah responden melakukan senam dismenorea mengalami penurunan nyeri haid sebesar 29,36. Hal ini dapat terjadi karena dengan melakukan senam, khususnya senam aerobik maka gejala fisik dan psikologis yang biasa dikeluhkan pada waktu haid dapat diatasi. Gerakan-gerakan senam dapat meningkatkan kepadatan tulang, melancarkan kerja pembuluh darah jantung, mengurangi stress dan mengurangi PMS (*Per-Menstrual Syndrome*).

Pada penelitian di Indonesia, rata-rata penurunan tingkat nyeri adalah pada penelitian dari Ahmad S (3) dengan nilai $p = 0,000$ dan nilai rata-rata 3,733. Responden dari penelitian ini mengalami penurunan tingkat nyeri sebesar 3,733 setelah melakukan senam dismenorea tiga hari sebelum haid pada waktu pagi atau sore hari. Hal ini dikarenakan dengan melakukan senam dismenorea, maka kadar *b-endorphin* di dalam darah akan meningkat empat sampai lima kali. *b-endorphin* yang keluar akan ditangkap oleh reseptor di dalam hipotalamus dan sistem limbik yang berfungsi untuk mengatur emosi. Selain itu, peningkatan *b-endorphin* dapat menurunkan rasa nyeri.

Hormon endorfin yang diproduksi oleh kelenjar pituitari ini dapat berfungsi menjadi analgesik dengan cara berikatan dengan reseptor opioid pada kedua *pre* dan *post* sinaps terminal saraf. Ketika berikatan, maka akan terjadi kaskade interaksi yang dapat menghambat pelepasan takikinin, khususnya substansi P yang terlibat dalam transmisi nyeri. Endorfin pada sistem saraf pusat mengarahkan aksi primernya pada presinaptik terminal saraf. Endorfin tidak menghambat pelepasan substansi P, tetapi menghambat pelepasan *gamma-aminobutyric acid* (GABA). Inhibisi tersebut dapat meningkatkan produksi dopamin yang berhubungan dengan rasa senang. Hormon endorfin yang dihasilkan ketika berolah raga akan dialirkan ke seluruh tubuh dan mengendalikan kondisi pembuluh darah kembali normal dan menjaga aliran darah dapat mengalir tanpa hambatan. Peningkatan metabolisme aliran darah pada pelvis yang muncul ketika berolah raga ini dapat mengurangi nyeri iskemik selama haid (11).

Belum ada aturan yang pasti untuk waktu dan frekuensi pelaksanaan senam dismenorea. Namun dengan melakukan senam secara lebih rutin dan teratur, maka intensitas nyeri akan semakin berkurang karena jumlah dan ukuran pembuluh darah akan meningkat dan mengalirkan darah keseluruh tubuh, termasuk ke organ reproduksi, sehingga nyeri haid dapat berkurang (13). Sebagian besar dari 14 penelitian tersebut melakukan senam sebanyak tiga kali dalam seminggu pada waktu sore hari. Senam dismenorea lebih dianjurkan dilakukan pada waktu sore hari karena kadar konsentrasi hormon endorfin paling tinggi ditemukan saat pagi hari dan paling rendah pada malam hari sehingga pada sore hari kadar hormon tersebut lebih stabil (14).

Kesimpulan

Senam dismenorea yang rutin dilakukan pada sore hari sebelum haid dalam setiap siklusnya dapat menurunkan tingkat nyeri haid. Rata-rata tingkat nyeri haid mengalami penurunan sebesar 4,006. Penelitian di Indonesia rata-rata paling tinggi mengalami penurunan nyeri haid sebesar 3,733 dengan nilai $p = 0,000$ dan penelitian dari luar negeri paling banyak mengalami penurunan tingkat nyeri haid sebesar 29,36 dengan nilai $p = 0,002$.

Saran

Diharapkan promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan kepada remaja putri tentang senam dismenorea lebih ditingkatkan lagi sehingga dapat menjadi alternatif pengobatan nyeri haid dan mengurangi ketergantungan pengobatan farmakologi.

Daftar Pustaka

1. Rezvani S, Taghian F, Valiani M. The Effect Of Aquatic Exercises On Primary Dysmenorrhoea In Nonathlete Girls. *Iran J Nurs Midwifery Res.* September 2013;18(5):378–83.
2. Rahmawati M, Yuniyanti B, Mundarti. Pengaruh Senam Anti Nyeri Haid Terhadap Pengurangan Dismenorea Di SMA Negeri 5 Kota Magelang Tahun 2014. *J Kebidanan.* 2015;4(9):57–68.
3. Suparto A. Efektivitas Senam Dismenore Dalam Mengurangi Dismenore Pada Remaja Putri. *Jurnal Phederal.* 2011:1-8.
4. Nuryaningsih S. Pengaruh Senam Dismenore Terhadap Tingkat Nyeri Haid Pada Menarche Remaja Putri Di MTS Tarbiyatul Muhtadiin Wilalung Kecamatan Gajah Kabupaten Demak. *Keperawatan.* 2013.<http://jurma.unimus.ac.id/index.php/perawat/article/view/239>
5. Ulfa TF. Pengaruh Senam Dysmenorhea terhadap Skala Nyeri Dysmenorhea pada Remaja Putri di SMP Ali Maksum Yogyakarta Tahun 2015. *STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta;* 2015. <http://opac.unisayogya.ac.id/id/eprint/775>
6. Harahap DU, Lismarni L. Pengaruh Senam Dismenore Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Pada Remaja Putri Di SMA Negeri 1 Baso 2013. *J Kesehat Vol 4 No 1 Januari 2013.* 2013. <http://ejurnal.stikesprimanusantara.ac.id/index.php/JKS-4-1/article/view/46>
7. Laili N. Perbedaan Nyeri Haid Sebelum dan Sesudah Senam Dismenore Pada remaja Putri Di SMAN 2 Jember. *Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.* 2012.
8. Sulistyarini T, Sari DAKW, Pratiwi N. Senam Anti Nyeri Menstruasi Efektif Menurunkan Nyeri Pada Remaja Putri Dengan Dysmenorrhea. *J Penelit KEPERAWATAN.* 2016.<http://ejurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/142>
9. Salbiah S. Penurunan Tingkat Nyeri Saat Menstruasi Melalui Latihan Abdominal Stretching. *J Ilmu Keperawatan .* 2016.<http://jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/view/5131>
10. Rahayu MA, Suryani L, Marlina R. Efektivitas Senam Dismenore Dalam Mengurangi Dismenore Pada Mahasiswa Program Studi D Iii Kebidanan Karawang Tahun 2013. *J Ilmiah Solusi.* 2014;1(2):56–61.
11. Anisa MV. The Effect of Exercises on Primary Dysmenorrhea. 2016.<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/527>
12. Samadi Z, Taghian F, Valiani M. The Effects Of 8 Weeks Of Regular Aerobic Exercise On The Symptoms Of Premenstrual Syndrome In Non-Athlete Girls. *Iran J Nurs Midwifery Res.* Januari 2013;18(1):14–9.
13. Fauziah MN. Pengaruh Latihan Abdominal Stretching Terhadap Intensitas Nyeri Haid (Dismenore) pada Remaja Putri di SMK Al Furqon Bantarkawung Kabupaten Brebes. *Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah.* 2015.
14. Marlinda R, Rosalina, Purwaningsih P. Pengaruh Senam Dismenore Terhadap Penurunan Dismenore Pada Remaja Putri Di Desa Sidoharjo Kecamatan Pati. *J Keperawatan Maternitas.* 2013 1(2).<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKMat/article/view/998>

Determinan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui Tinjauan Sistematis Penelitian Tahun 2011 - 2016

Exclusive Breastfeeding Determinants in Breastfeeding Mother A Systematic Research Review 2011 - 2016

Ika Mustika

Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Islam Negeri Sunan Ampel
i.mustika87@yahoo.co.id

Abstract

Exclusive breastfeeding until 6 month is very important for baby. The proportion of mothers who exclusively breastfeed their babies up to 6 months remains low. Factors influencing the exclusive breastfeeding namely sociodemograph factors , factors pre / post delivery , and psychosocial factors. This aims of this study to identify determinant factors of exclusive breastfeeding on mother. This research method is a systematic review , by analyzing the various studies on exclusive breastfeeding. There are 17 studies. The results obtained occupational factors most studied with significant results (median OR = 1.265). Psychosocial factors that have significant relationship is support of her husband (average OR = 4.716) and family support (average OR = 1.770). Conclusions : factors influencing the exclusive breastfeeding is occupational factor. Socialization and support from people nearby, health workers, and all parties is needed for exclusive breastfeeding for six months can be achieved.

Keywords: exclusive breastfeeding, breastfeeding mothers, systematic review

Abstrak

Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan sangat penting bagi bayi. Jumlah ibu yang menyusui secara eksklusif bayinya hingga 6 bulan masih rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif yaitu faktor sosiodemografi, faktor pra/post persalinan, serta faktor psikososial. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor determinan pemberian ASI eksklusif. Metode penelitian ini adalah systematic review, dengan melakukan analisis terhadap berbagai penelitian mengenai pemberian ASI eksklusif. Terdapat 17 penelitian dari dalam maupun luar negeri. Hasil yang didapat faktor pekerjaan paling banyak diteliti dengan hasil yang signifikan (rata-rata OR=1,265). Faktor psikososial yang memiliki hubungan signifikan adalah dukungan suami (rata-rata OR=4,716) serta dukungan keluarga (rata-rata OR=1,770). Kesimpulan : faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif yang paling banyak diteliti adalah faktor pekerjaan. Sosialisasi dan dukungan dari orang terdekat, petugas kesehatan, semua pihak yang terkait sangat diperlukan agar pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dapat tercapai.

Kata Kunci: ASI eksklusif, ibu menyusui, systematic review

Pendahuluan

ASI eksklusif merupakan pemberian ASI (Air Susu Ibu) secara eksklusif selama 6 bulan tanpa diberi makanan lain kecuali vitamin, mineral dan obat dalam bentuk oralit, tetes dan sirup (1). WHO merekomendasikan pemberian ASI selama 6 bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai dua tahun pertama kehidupan (2). ASI memiliki keseimbangan zat-zat gizi yang tepat dalam bentuk mudah dicerna dan bioavailable, serta meningkatkan sistem kekebalan dan menurunkan risiko ISPA pada bayi (3). Pemberian ASI Eksklusif yang diberikan kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan sejak awal sangat penting. ASI adalah satu-satunya makanan dan minuman terbaik untuk bayi. Komposisinya sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Melindungi dari berbagai penyakit, infeksi, mempererat hubungan batin ibu dan bayi sehingga bayi akan lebih sehat dan cerdas (4). Penelitian menyatakan bahwa inisiasi dini dalam 1 jam pertama dalam 1 jam pertama dapat mencegah 22% kematian bayi dibawah umur 1 bulan di negara-negara berkembang. Pencapaian 6 bulan ASI eksklusif bergantung pada keberhasilan

inisiasi dalam satu jam pertama. ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan, bersamaan dengan makanan pendamping ASI dan meneruskan ASI dari 6 bulan sampai 2 tahun, dapat mengurangi sedikitnya 20% kematian anak balita (4).

Menurut Depkes (2015) capaian ASI eksklusif di Indonesia belum mencapai angka yang diharapkan yakni sebesar 80 %. Berdasarkan laporan SDKI tahun 2012, capaian ASI eksklusif sebesar 42%. Sedangkan pada tahun 2013, cakupan pemberian ASI eksklusif sebesar 54,3%. Banyak faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada ibu antara faktor sosiodemografi ibu (umur, pekerjaan, pendidikan, sosial ekonomi, tempat tinggal), faktor pra/post natal (paritas, jenis persalinan, penyulit, konseling), serta faktor psikososial (dukungan suami, dukungan keluarga, keyakinan, keinginan, persepsi).

Penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif telah banyak dilakukan, baik di dalam maupun di luar negeri. Oleh sebab itu, maka peneliti melakukan penelitian dengan menggunakan metode penelitian *systematic review* pada penelitian yang terkait dengan ASI eksklusif, khususnya mengenai faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang dapat mempengaruhi pemberian ASI eksklusif berdasarkan hasil penelitian dari tahun 2011 sampai dengan 2016.

Metode Penelitian

Penelitian merupakan *systematic review*. Sumber literatur dari berbagai artikel penelitian yang diperoleh dari Pubmed dan Google Scholar. Pencarian sumber literatur menggunakan kata kunci determinan ASI eksklusif; *determine exclusive breastfeeding*; faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif. Hasil pencarian literatur dibatasi penelitian 5 tahun terakhir. Dari Pubmed didapatkan 305 penelitian, sedangkan pencarian melalui Google scholar didapatkan 89 penelitian yang berasal dari dalam negeri. Penelitian tersebut dianalisa untuk didapatkan penelitian sesuai dengan kriteria peneliti yaitu jenis penelitian kuantitatif, penelitian 5 tahun terakhir, variabel yang diteliti lebih dari 2 variabel dan sampel yang digunakan lebih dari 100 orang. Jumlah penelitian yang didapat sesuai kriteria tersebut sebanyak 17 penelitian, baik dari dalam maupun luar negeri. Sebagian besar penelitian merupakan artikel dalam jurnal ilmiah. Penelitian dari artikel jurnal internasional sebanyak 9 penelitian, sedangkan dari dalam negeri sebanyak 8 penelitian.

Hasil Penelitian

Hasil analisis univariat pada tabel 1 menunjukkan gambaran umum penelitian mengenai determinan pemberian ASI eksklusif mulai tahun 2011 sampai 2016. Jumlah sampel yang digunakan antara 120-975 orang. Sebagian besar desain penelitiannya adalah *crosssectional* dengan jumlah variabel yang diteliti > 3 variabel. Penggunaan literatur penelitian antara 15-57 literatur. Sebagian besar menggunakan literatur berupa penelitian terdahulu atau artikel ilmiah. Penggunaan buku berupa *textbook*, buku ilmiah populer, buku terbitan Kementerian Kesehatan / Depkes, serta jurnal. Dari pemanfaatan literatur ini dapat dilihat bahwa penelitian dari luar negeri lebih banyak menggunakan jurnal, artikel ilmiah maupun penelitian sebelumnya sebagai bahan referensi, sedangkan penelitian dari dalam negeri masih lebih banyak menggunakan buku atau *textbook*.

Pada Tabel 2 menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif. Faktor yang dicantumkan dalam tabel 2 merupakan faktor determinan yang banyak diteliti (>5 penelitian). Banyak faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada ibu yaitu faktor sosiodemografi, faktor pra/post natal, serta faktor psikososial. Faktor sosiodemografi merupakan faktor yang paling banyak diteliti. Faktor pekerjaan ibu merupakan faktor yang paling banyak diteliti yaitu sebanyak 15 penelitian. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif secara rinci dijelaskan pada tabel 3, tabel 4 dan tabel 5. Pada tabel 3 menunjukkan faktor sosiodemografi yang diteliti, meliputi umur, pendidikan, tempat tinggal, pekerjaan, pengetahuan ibu, mulai ibu bekerja, sosial ekonomi serta jarak interaksi ibu dan bayi. Tabel 4 memaparkan faktor pra/post persalinan yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif 6 Bulan, tabel 5 memaparkan mengenai faktor psikososial yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada ibu.

Tabel 1. Gambaran umum penelitian determinan pemberian ASI Eksklusif tahun 2011-2016

Peneliti	Tahun	Variabel diteliti	Variabel Signifikan	Jumlah Sampel	Desain Penelitian	Kepustakaan		Alat Ukur
						Dalam Negeri	Luar Negeri	
Handayani L.	2012	6	3	221	<i>cross sectional</i>	3	28	kuesioner dan data sekunder
Kurniawan, Bayu	2013	27	7	146	<i>cross sectional</i>	2	20	Kuesioner
Hamade <i>et al</i>	2013	24	5	552	<i>cross sectional</i>	0	40	Kuesioner
Shifraw <i>et al</i>	2015	7	4	648	<i>cross sectional</i>	0	17	Kuesioner
Onah <i>et al</i>	2014	14	5	400	<i>cross sectional</i>	0	27	Kuesioner
Dachew & Bifftu	2014	6	6	178	<i>cross sectional</i>	0	31	Kuesioner
Dashti <i>et al</i>	2014	23	5	345	<i>cohort study</i>	0	57	Kuesioner
Khanal <i>et al</i>	2014	5	4	975	<i>cross sectional</i>	0	32	Kuesioner
Gobel <i>et al</i>	2012	7	7	193	<i>cross sectional</i>	10	7	Kuesioner
Abdulah, GI & Ayubi, Dian	2013	7	3	120	<i>cross sectional</i>	7	3	Kuesioner
Astuti, Isroni	2013	10	8	418	<i>cross sectional</i>	15	0	Kuesioner
Dewi, Barlian P <i>et al</i>	2014	5	3	120	<i>cross sectional</i>	11	3	kuesioner dan data sekunder
Neji <i>et al</i>	2015	4	2	300	<i>non-experimental descriptive survey</i>	0	20	Kuesioner
Umar, Halimah	2013	6	5	179	<i>cross sectional</i>	11	6	Kuesioner
Nchimunya, Chimuka	2015	10	3	309	<i>cross sectional</i>	0	15	data primer
Seiful <i>et al</i>	2014	7	4	422	<i>cross sectional</i>	0	26	Kuesioner
Kusumawaty	2015	5	4	167	<i>cross sectional</i>	32	14	kuesioner inventory dari Giger

Sumber : hasil observasi, 2016

Tabel 2. Faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif yang diteliti

No. Peneliti	Tahun	Sampel	Faktor Determinan							
			Faktor Sosiodemografi			Faktor Psikososial		Faktor Pre/post natal		
			Pendidikan	Pengetahuan	Umur	Pekerjaan ibu	Sosial ekonomi	Dukungan Keluarga	Paritas ibu	Jenis Persalinan
1 Handayani L.	2012	221	v	v	v	v	v			
2 Kurniawan, Bayu	2013	146	v		v	v		v	v	v
3 Hamade <i>et al</i>	2013	552			v	v	v	v		v
4 Shifraw <i>et al</i>	2015	648				v	v			v
5 Onah <i>et al</i>	2014	400	v		v	v	v			v
6 Dachew & Bifftu	2014	178			v	v			v	v
7 Dashti <i>et al</i>	2014	373	v		v	v			v	v
8 Khanal <i>et al</i>	2014	975				v				
9 Gobel <i>et al</i>	2012	193		v		v			v	
10 Abdulah, GI & Ayubi, Dian	2013	120		v	v			v		
11 Astuti, Isroni	2013	418	v	v	v	v		v	v	
12 Dewi, Barlian P <i>et al</i>	2014	120				v			v	
13 Neji <i>et al</i>	2015	300	v		v	v				
14 Umar, Halimah	2013	179		v		v	v	v		
15 Nchimunya, Chimuka	2015	309	v		v	v	v	v		
16 Seiful <i>et al</i>	2014	422		v	v	v			v	
17 Kusumawaty	2015	167						v		
Jumlah			7	6	11	15	6	7	7	6

Sumber : hasil observasi, 2016

Tabel 3 Faktor sosiodemografi yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif 6 bulan

Faktor Sosiodemografi	Hasil Penelitian				Total
	Sign.	Sampel	Tidak sign.	Sampel	
Umur	2	178;422	9	221; 146; 552; 400; 345; 120; 418; 300; 309	11
Pendidikan	3	400; 345	4	221; 146; 300; 309	7
Tempat Tinggal	3	178; 345; 975	1	146	4
Pekerjaan	10	221; 552; 400; 178; 345; 975; 418; 120; 300; 179	5	146; 648; 309; 422; 193	15
Pengetahuan	3	221; 193; 418	3	120; 179; 422	6
Mulai Ibu Bekerja	1	178	2	146; 345	3
Sosial ekonomi	3	648; 400; 179	3	221; 552; 309	6
Jarak interaksi ibu dan bayi	1	167	-	-	1

Sumber : hasil observasi, 2016

Tabel 4 Faktor Pra/Post persalinan yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif 6 bulan

Faktor Pra/Post Persalinan	Hasil Penelitian				Total
	Sign.	Sampel	Tidak Sign.	Sampel	
Paritas	3	178; 193; 422	4	146; 345; 418; 120	7
Umur Bayi	1	975	2	400; 422	3
Jenis Persalinan	3	648; 400; 178	3	146; 552; 345	6
Berat Bayi	1	975	1	146	2
IMD	1	193	2	146; 552	3
Rooming-in	-	-	2	146; 552	2
Kehamilan direncanakan	1	552	2	345; 300	3
Konseling ANC	2	648; 422	2	146; 400	4
Konseling post natal	2	648; 193	1	146	3
Tempat bersalin	-	-	2	648; 120	2
Makanan pertama bayi	1	400	2	146; 345	3
Masalah selama menyusui	1	146	1	345	2

Sumber : hasil observasi, 2016

Tabel 5. Faktor psikososial yang mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif

Faktor Psikososial	Hasil Penelitian				Total
	Sign.	Sampel	Tidak Sign.	Sampel	
Keterpaparan Informasi	3	552; 418; 179	2	975; 120	5
Ketersediaan fasilitas	1	120	1	146	2
Dukungan Suami	6	146; 345; 193; 418; 120; 309	-	-	6
Dukungan Keluarga	6	146; 345; 120; 418; 179; 552	-	-	6
Dukungan Tenaga Kesehatan	1	418	-	-	1
Dukungan tempat kerja	-	-	2	120; 309	2
Sikap Ibu	3	221; 120; 418	1	422	4
Keyakinan untuk menyusui	2	146; 120	-	-	2
Keinginan untuk menyusui	2	146; 552	-	-	2
Dukungan teman wanita	1	309	1	552	2
Persepsi tentang menyusui	2	146;422	-	-	2
Lingkungan	1	167	-	-	1
Variasi biologi	1	167	-	-	1
Komunikasi	-	-	1	167	1
Aktifitas sosial	1	167	-	-	1

Sumber : hasil observasi, 2016

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat dilihat bahwa faktor pekerjaan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemberian ASI Eksklusif. Pada penelitian Hamade (6) didapatkan nilai OR 3,92 p -value <0,001. Sedangkan hasil penelitian Astuti (14) didapatkan nilai OR 0,17 dengan p value <0,05. Rata-rata nilai OR dari 10 penelitian tersebut adalah 1,265, artinya ibu yang tidak bekerja berpeluang 1,265 kali memberikan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Ibu yang bekerja tidak dapat menyusui secara optimal, karena mengalami kendala pengaturan waktu dalam bekerja, serta kualitas kebersamaan yang bersama bayi yang kurang (2). Keadaan dimana ibu harus kembali bekerja sebelum bayi berusia 6 bulan menyebabkan pemberian ASI tidak sebagai mana mestinya, ditambah beban kerja, stress, dan diet yang kurang menyebabkan produksi ASI tidak optimal sehingga ibu menyediakan tambahan susu formula. Akibatnya ASI eksklusif tidak berhasil (10).

Pada Tabel 4 faktor pra/post persalinan yang memiliki pengaruh signifikan terhadap pemberian ASI eksklusif adalah konseling post persalinan. Hasil penelitian Shifraw (2015) didapatkan nilai OR 2.12 p value <0.01. Ibu yang sering melakukan konseling setelah persalinan akan mendapatkan informasi yang banyak dari petugas kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku pemberian ASI eksklusif (7).

Hasil yang didapat untuk faktor jenis persalinan, terdapat 3 penelitian dengan hasil signifikan dan 3 penelitian lain tidak signifikan. Penelitian yang dilakukan Onah (2014) didapatkan hasil yang signifikan antara jenis persalinan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai OR 0.38 p value 0.05 (8). Sedangkan pada penelitian Dachew & Biffu (9), didapat nilai OR 2.00 p value 0.05. Ibu dengan *sectio cesarea* waktunya tertunda untuk memberikan ASI kepada bayinya karena ibu harus memulihkan diri dulu setelah operasi. Waktu pemulihan yang lama akan berdampak pada pemberian ASI yang tidak optimal (8). Berbeda dengan hasil yang didapat oleh Hamade, bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis persalinan dengan pemberian ASI eksklusif dengan p value 0.361 >0.05. Hal tersebut dikarenakan kondisi ibu setelah operasi memungkinkan untuk menyusui (6). Ibu sejak hamil sudah mendapatkan penyuluhan prenatal tentang cara persalinan tidak mempengaruhi pemberian ASI eksklusif. Selain itu dukungan tenaga kesehatan juga berpengaruh terhadap komitmen dalam pemberian ASI eksklusif (21)

Faktor *Rooming in* dan tempat bersalin didapatkan hasil tidak signifikan. Pada penelitian Dewi *et.al.* didapatkan nilai $p=1,000$ p value >0,001 (15). Sedangkan untuk faktor tempat bersalin didapatkan p value 0,477. Hal tersebut berarti faktor *rooming in* dan tempat bersalin tidak mempengaruhi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan (6). Faktor dukungan suami, dukungan keluarga serta dukungan tenaga kesehatan memiliki hasil signifikan terhadap pemberian ASI eksklusif. Hasil penelitian Gobel didapatkan hasil dukungan suami p value = 0,000 dengan nilai Wald= 19,16, artinya ibu menyusui yang mendapatkan dukungan dari suami berpeluang memberikan ASI eksklusif 19,16 kali dibanding ibu yang tidak mendapat dukungan dari suami (12). Penelitian Dewi, didapatkan hasil p value 0,000 dengan nilai $\phi = 0,673$, hasil tersebut sangat signifikan dimana dukungan suami memiliki kontribusi 67,3% terhadap pemberian ASI eksklusif (15). Rata-rata nilai OR dari faktor dukungan suami adalah 4,716. Suami berperan dalam pengambilan keputusan untuk menyusui, inisiasi menyusui dini, praktek menyusui, lamanya pemberian ASI. Peran suami yang mendukung ibu untuk menyusui yaitu dengan mendukung inisiasi menyusui dini, menyediakan makanan bergizi serta membelikan pompa ASI (14).

Dukungan keluarga juga signifikan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif dengan nilai rata-rata OR 1,770 dari 6 penelitian tersebut. Penelitian Umar, didapatkan hasil yang signifikan dengan nilai p value=0,000 koefisien ϕ 0,637 (17). Dukungan orang tua/keluarga merupakan faktor eksternal yang paling besar pengaruhnya terhadap ASI eksklusif, karena dukungan keluarga sangat besar pengaruhnya terhadap rasa percaya diri ibu (14). Rasa percaya diri yang kuat dan yakin akan kecukupan ASI dapat memberikan sikap yang positif dalam pemberian ASI eksklusif. Sebaliknya ibu yang kurang percaya diri cenderung kesulitan menghadapi tantangan dan kesulitan dalam menyusui bayinya (21)

Dukungan tenaga kesehatan secara signifikan dapat mempengaruhi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dengan nilai OR = 9,45 *p value* <0,05. Pelayanan kesehatan yang mendukung dan mensosialisasikan ASI eksklusif dapat mendorong ibu untuk memberikan ASI eksklusif (6, 14). Faktor psikososial lain yang mempunyai hasil signifikan adalah sikap ibu, keyakinan ibu, keinginan ibu, serta persepsi ibu tentang menyusui. Sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan memiliki pengaruh yang signifikan dengan nilai rata-rata OR 5,088 *p value* <0,05. Hal tersebut berarti sikap ibu yang mempunyai sikap yang positif mempunyai peluang 5,088 kali untuk memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang mempunyai sikap yang negatif (5, 14). Keinginan ibu untuk menyusui memiliki hasil yang signifikan dengan nilai OR 3,28 (6). Ibu yang memiliki keinginan untuk menyusui eksklusif 6 bulan mempunyai peluang 3,28 untuk memberikan ASI eksklusif 6 bulan. Ibu yang memiliki keinginan dan keyakinan yang kuat untuk menyusui eksklusif bayinya akan berpengaruh terhadap ibu dalam menghadapi masalah saat menyusui sehingga dapat memberikan ASI eksklusif dengan baik (2).

Kesimpulan

Faktor Sosiodemografi paling banyak diteliti terkait dengan pengaruhnya terhadap pemberian ASI eksklusif. Faktor status pekerjaan ibu paling banyak diteliti, dimana didapat hasil yang signifikan pada 10 penelitian dengan nilai rata-rata OR 1,265. Faktor psikososial paling sedikit diteliti namun memiliki nilai signifikan yang besar pengaruhnya terhadap pemberian ASI, terutama faktor dukungan suami dan keluarga. Rata-rata nilai OR dukungan suami yaitu OR 4,716 serta dukungan keluarga dengan nilai OR 1,770.

Saran

Sosialisasi dan dukungan yang kuat dari orang terdekat dan tenaga kesehatan sangat diperlukan agar pemberian ASI eksklusif dapat tercapai. Diharapkan semua pihak dapat memberikan dukungan terhadap pemberian ASI eksklusif, baik dari tempat kerja maupun fasilitas umum dengan memberikan tempat untuk menyusui dan memompa ASI.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practice. Part 3 Country Profiles; 2010.
2. Kurniawan, Bayu. Determinan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2013 27(4): 236-239
3. Kurniawati, Dwi dkk. . Faktor Determinan yang Mempengaruhi Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 6-12 Bulan di Kelurahan Mulyorejo Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya. *Jurnal Promkes Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair*. 2014 Juli 2(1): 15-27.
4. Roesli. *Manajemen Laktasi*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia; 2008.
5. Handayani L, Kosnin AM, Jiar YK. Breastfeeding Education in Term of Knowledge and Attitude through Mother Support Group. *Journal of Education and Learning*. 2012 6 (1): 65-72.
6. Hamade, et al. Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013, 13: 702. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/702>
7. Shifraw et al. Factors associated exclusive breastfeeding practices of urban women in Addis Ababa public health centers, Ethiopia: a cross sectional study *International Breastfeeding Journal*. 2015 10:22
8. Onah et al. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. *International Breastfeeding Journal*. 2014 9:6. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/9/1/6>
9. Dachew and Biftu. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *International Breastfeeding Journal* 2014, 9:11. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/9/1/11>
10. Dashti et al. Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a

- Prospective Cohort Study. *Nutrients*. 2014, 6: 711-728
11. Khanal et al. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding in Timor-Leste: Findings from Demographic and Health Survey 2009–2010. *Nutrients*. 2014, 6: 1691-1700
 12. Gobel et al. Determinan Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Mongolato Kecamatan Telaga Kabupaten Gorontalo. Disertasi. Pasca Sarjana Universitas Hasanudin Makasar; 2014
 13. Abdullah, Giri I., & Ayubi, Dian. Determinan Perilaku Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif pada Ibu Pekerja. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2013 Februari 7(7): 298-303
 14. Astuti, Isoni. Determinan Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Menyusui. *Jurnal Health Quality*. 2013 Nopember 4(1): 60-68
 15. Dewi, Barlian P., Salmah , U., Ikhsan M. Determinan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kebunsari Kecamatan Wonomulyo. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makasar: 2014
 16. Neji, Ol., Nkemdilim CC., & Ferdinand NF. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among mothers in tertiary health facility in Calabar, Cross River State, Nigeria. *American Journal of Nursing Science* 2015 February 4(1): 16-21 (<http://www.sciencepublishinggroup.com/j/ajns>)
 17. Umar, Halimah; Abdullah, HM. Tahir; & Prawirodihardjo, Leo. Faktor Determinan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Bekerja di Kota Parepare. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makasar: 2013
 18. Nchimunya, Chimuka. Factors affecting the adoption of exclusive breastfeeding by mothers in Chelstone, Lusaka. *International Invention Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2015 2(5): 73-79. <http://internationalinventjournals.org/journals/IJMMMS>
 19. Seiful, Wubareg; Assefaand, Getasew & Egata, Gudina. Prevalence of Exclusive Breast Feeding and its Predictors Among Infants Aged Six Months in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*. 2014 1(3)
 20. Kusumawaty, Jajuk. Faktor-Faktor Transcultural yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Mandalika Kecamatan Cikoneng Kabupaten Ciamis. *Jurnal STIKES Muhammadiyah Ciamis*. 2015 Agustus 2(1):45-58
 21. Fahriani, R., R. Rohiswatmo, A. Hendarto. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Cukup Bulan yang Dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). *Jurnal Sari Pediatri*. 2014 April 15(6): 394-402.

Penyalahgunaan Alkohol di Indonesia: Analisis Determinan, SWOT, dan CARAT

Alcohol Abuse in Indonesia: Determinant, SWOT, and CARAT Analysis

Eko Teguh Pribadi

Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Islam Negeri Sunan Ampel
ekoteguh1980@gmail.com

Abstract

Indonesia according to the Global Health Observatory (GHO-WHO) report 2010, entered the group of countries with the lowest alcohol consumption (<2,5 liters / person / capita). It should be understood that the situation of alcohol abuse in Indonesia is relatively complex. The influence of local traditions as well as the lack of policies related to production, distribution, and consumption of alcohol is believed to be a time bomb. This paper aims to capture the general description of the problem of alcohol abuse in Indonesia, to analyze the determinants of the problem through 4 aspects (social, economic, cultural, and environment), to analyze the the issue through the SWOT method, as well as an opportunity to formulate remedies through CARAT approach. The method used in this paper is the systematic review through an analysis of secondary data. From the study obtained information that in the period 2008-2010 the number of alcoholic beverages are relatively fixed and not significantly changed (0.6 liters / person / capita). The national prevalence of alcohol abuse in 2007 was 4.6%, which is the highest number is the province NTT (17.7%) while the lowest is NAD (0.4%). Through SWOT analysis, strengthen policies and regulations on the production and distribution of alcoholic beverages become a strategic choice for the problem of alcohol abuse solution. And through CARAT approach, Indonesia is expected to overcome the problem of alcohol abuse in the next 1-2 decades.

Keywords: alcohol abuse, alcohol consumption

Abstrak

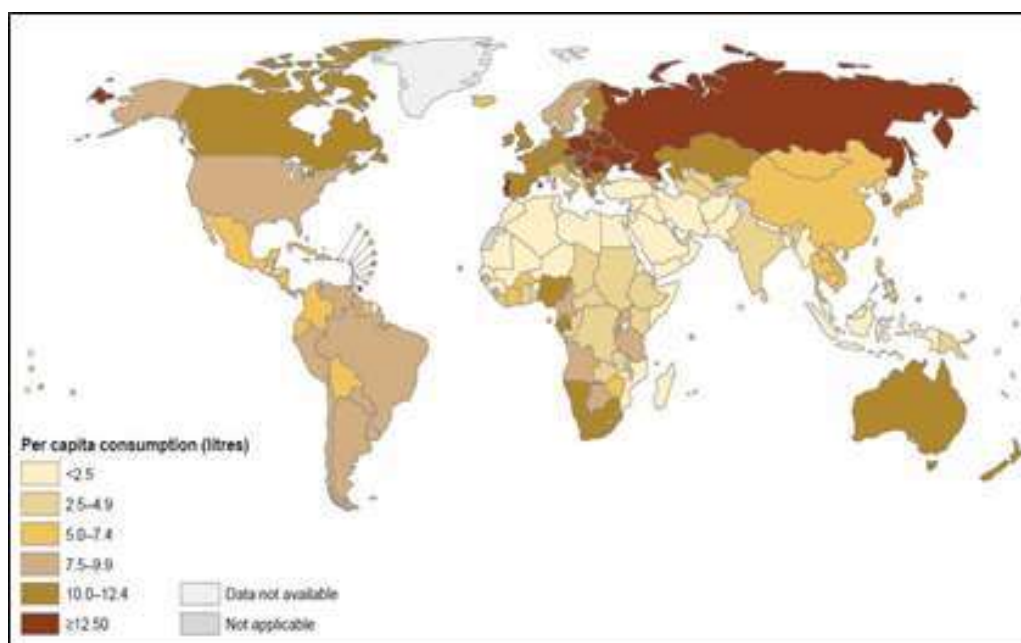
Indonesia dalam Global Health Observatory (GHO-WHO) 2010 masuk pada kelompok negara dengan konsumsi alkohol terendah (<2,5 liter/orang/kapita). Harus dipahami bahwa situasi permasalahan alkohol di Indonesia sangat kompleks. Pengaruh adat dan tradisi serta lemahnya kebijakan terkait produksi, distribusi, dan konsumsi alkohol diyakini mampu menjadi bom waktu. Tulisan ini bertujuan menangkap gambaran umum masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia, menganalisis determinan masalah melalui 4 aspek (sosial, ekonomi, kultural, dan lingkungan), melakukan analisis besaran masalah melalui metode SWOT, serta merumuskan peluang penanganan masalah melalui pendekatan CARAT. Metode yang digunakan dalam tulisan ini adalah *systematic review* melalui kajian data sekunder. Dari kajian didapatkan informasi dalam periode 2008-2010 angka pengguna minuman beralkohol relatif tetap dan tidak mengalami perubahan signifikan (0,6 liter/orang/kapita). Prevalensi peminum alkohol nasional tahun 2007 adalah 4,6%, tertinggi adalah NTT (17,7%) dan terendah NAD (0,4%). Melalui analisis SWOT, ditetapkan upaya memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol merupakan pilihan strategis penanganan masalah penyalahgunaan alkohol. Melalui pendekatan CARAT, diperkirakan Indonesia mampu mengatasi masalah penyalahgunaan alkohol dalam 1-2 dekade ke depan.

Kata Kunci: penyalahgunaan alkohol, konsumsi alkohol

Pendahuluan

Masalah penyalahgunaan alkohol tentu tidak bisa diselesaikan menggunakan satu perspektif ilmu kesehatan saja, namun harus dipahami secara holistik. Faktor tradisi, norma sosial, nilai agama, hukum dan kebijakan, termasuk juga aspek ekonomi, perkembangan media komunikasi dan teknologi juga mengambil peran dalam makin meningkatnya angka penyalahgunaan alkohol di Indonesia. Alkohol sendiri telah menjadi bagian tak terpisahkan dari perjalanan panjang peradaban manusia. Mulai peradaban mesir kuno, aristokrasi eropa, hingga peradaban modern saat ini alkohol tetap mengambil peran sebagai salah satu zat yang banyak dikonsumsi manusia. Dalam bentuk yang beragam penggunaan alkohol juga menyentuh hampir semua kelas masyarakat, anggur misalnya dianggap sebagai minuman kaum ningrat dan bir sebagai minuman rakyat jelata, bahkan dibanyak tempat alkohol juga dikenal sebagai minuman tradisional. Widianarko menulis, walaupun alkohol telah dikenal beribu tahun yang lalu, namun baru setelah melalui perjalanan sejarah yang amat panjang, pada paruh pertengahan abad 18 pada dokter di Inggris menemukan adanya efek buruk alkohol terhadap kesehatan (11). Penemuan ini akhirnya melahirkan suatu peraturan mengenai penggunaan minuman beralkohol yang disebut sebagai Gin Act tahun 1751.

Alkohol sendiri adalah zat psikoaktif yang bersifat adiktif. Psikoaktif karena alkohol bekerja secara selektif terutama pada otak, yang dapat menimbulkan perubahan pada perilaku, emosi, kognitif, persepsi, dan kesadaran seseorang. Sifat adiktif alkohol adalah sifat kecanduan atau ketergantungan seseorang terhadap zat ini. Seseorang pengguna alkohol mempunyai rentang respon yang berfluktuasi dari kondisi ringan sampai berat. Bahan psikoaktif yang terdapat dalam alkohol adalah etil alkohol yang diperoleh dari proses fermentasi madu, gula sari buah atau umbi umbian. Minuman beralkohol mempunyai kadar yang berbeda-beda, misalnya bir dan soda alkohol (1%-10% alkohol), martini dan anggur (10%-20% alkohol), dan minuman keras import yang biasa disebut sebagai whisky dan brandy (20%-50% alkohol). Alkohol sendiri dibedakan menjadi 3 golongan, golongan A berkadar 0,1%-05%, golongan B berkadar 0,5%-20%, dan golongan C berkadar 20%-50%. Meskipun tubuh manusia dapat mempergunakan sekitar 7 kal/gr alkohol yang dikonsumsi, tetapi kenyataannya tidak ada satupun proses biokimiawi tubuh manusia yang membutuhkan alkohol (7). Saat ini penyalahgunaan alkohol menjadi masalah pada hampir setiap negara di seluruh dunia. Tingkat konsumsi alkohol pada tiap negara berbeda-beda tergantung pada kondisi sosio kultural, kekuatan ekonomi, pola religi, serta bentuk kebijakan dan regulasi alkohol di tiap negara.



Gambar 1: Total Alcohol Per Capita Consumption, GHO-WHO 2010 (16).

GHO-WHO mencatat sebaran penggunaan alkohol percapita di seluruh dunia tahun 2010 melalui Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) dan menyebutkan juga bahwa penggunaan alkohol telah menyebabkan 3,3 juta jiwa kematian tiap tahunnya serta menyumbang 60 jenis penyakit yang ditimbulkan karena penyalahgunaan alkohol (16). Pada tahun 2010, total konsumsi tercatat di seluruh dunia adalah 6,2 liter alkohol murni per orang usia ≥ 15 tahun. Total konsumsi yang tidak tercatat diperkirakan mencapai 25% dari total konsumsi alkohol di seluruh dunia. Indonesia sendiri meski masih berada pada titik terendah penyalahgunaan alkohol dalam data Global Health Observatory (GHO-WHO) tahun 2010, dimana tercatat kurang dari 2,5 liter/orang/kapita namun harus dipahami bahwa situasi permasalahan alkohol di Indonesia sangatlah kompleks.

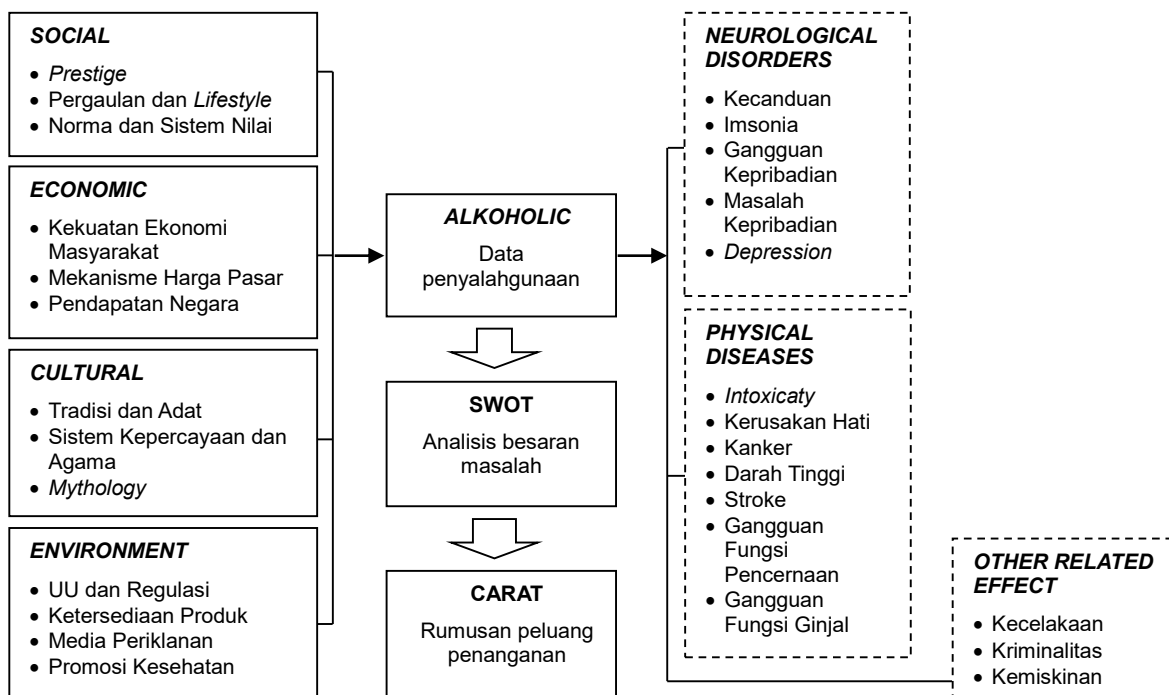
Kecenderungan mencampur minuman beralkohol dengan zat lain yang bertujuan untuk meningkatkan efek mabuk (oplosan) yang seringkali justru beresiko menimbulkan kematian sangat marak terjadi pada masyarakat. Selain itu tata niaga minuman peredaran keras di Indonesia yang terkait dengan kebijakan produksi, distribusi, dan konsumsi masih banyak memiliki celah pelanggaran dan sulit untuk mendapatkan angka pasti jumlah peredarannya. Hal lainnya adalah minuman beralkohol di Indonesia pada banyak daerah telah menjadi bagian dari minuman tradisional, yang bahkan sulit sekali untuk mengetahui kadar kandungan pasti alkohol murni didalamnya. Tradisi minum minuman beralkohol yang telah mengakar pada beberapa kelompok masyarakat tertentu, seperti Tuak dan Badeg yang khas di daerah Gresik, Lamongan, dan Tuban, Arak di Bali, Sagoer dan Cap Tikus dari Manado, Sopi yang berasal dari Maluku, Lapen di Yogyakarta, serta Ciu dari Banumas. Benang merah dari berbagai minuman beralkohol ini adalah kesemuanya berangkat dari tradisi dan telah menjadi nilai sosial masyarakat.

Nilai sosial mencerminkan budaya suatu masyarakat dan berlaku bagi sebagian besar anggota masyarakat penganut kebudayaan tersebut (5). Jika individu menerima suatu nilai tertentu, dia dapat menjadikannya sebagai tujuan hidupnya. Guna mengatur perilaku individu dalam kelompok agar sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku dibuatlah norma-norma tertentu, berupa peraturan yang disetujui oleh anggota masyarakat, yang menguraikan secara rinci tentang perilaku yang harus atau justru tidak boleh dilakukan dalam suatu keadaan atau kedudukan tertentu. Norma sosial kadang juga mencakup jenis sanksi atau imbalan yang akan diberikan kepada mereka yang melanggar atau mematuhi peraturan tersebut. Jadi norma sosial ini digunakan sebagai mekanisme kontrol terhadap perilaku individu dalam masyarakat.

Di Indonesia umumnya pengenalan terhadap alkohol justru terjadi pada saat usia remaja. Masa pertumbuhan paling beresiko dimana seseorang pertama kali mencoba mengkonsumsi alkohol adalah masa remaja. Ini adalah masa yang sangat kritis dimana sering menjadi pintu masuk penyalahgunaan alkohol. Terdapat lima faktor penyebab penyalahgunaan alkohol pada remaja, yang dapat diidentifikasi yakni pemberian informasi yang tidak tepat; kontrol yang lemah dari orang tua; adanya fasilitas dan materi lebih dari orang tua; kepribadian yang labil dan pengaruh teman pergaulan; serta lemahnya mental remaja (3). Terkait hal ini, masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia tidak bisa dianggap remeh, banyak sekali faktor yang terkait di dalamnya sehingga strategi dan upaya penanganannya pun harus dilakukan secara komprehensif dan multi dimensi. Untuk itulah maka tulisan ini dibuat dengan tujuan menangkap gambaran umum masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia, menganalisis determinan masalah melalui 4 aspek (sosial, ekonomi, kultural, dan *environment*), melakukan analisis besaran permasalahan melalui metode SWOT, serta merumuskan peluang penanganan masalah melalui pendekatan CARAT.

Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam tulisan ini adalah *systematic review* melalui kajian data sekunder untuk menangkap gambaran determinan penyalahgunaan alkohol di Indonesia, kemudian dianalisis menggunakan SWOT dan CARAT. Dimana rancang bangun penelitian dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2: Rancang bangun penelitian

Gambaran Penyalahgunaan Alkohol di Indonesia

Laporan Litbangkes RI [2] melalui riset kesehatan Nasional RISKESDAS tahun 2007 pada 33 propinsi di Indonesia, menunjukkan bahwa prevalensi nasional peminum alkohol (responden usia ≥ 10 tahun) selama 12 bulan terakhir adalah 4,6%. Sebanyak 15 propinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, dimana propinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur (17,7%), Sulawesi Utara (17,4%), dan Gorontalo (12,3%). Sementara untuk prevalensi nasional peminum alkohol dalam satu bulan terakhir adalah 3,0% dengan 13 propinsi yang memiliki nilai diatas prevalensi nasional, dimana Sulawesi Utara (14,9%) memiliki angka prevalensi tertinggi dan Nanggroe Aceh Darussalam (0,4%) dengan prevalensi terendah. *Trend* prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir usia 15-24 tahun sebesar 5,5% dan 3,5%, yang selanjutnya meningkat menjadi 6,7% dan 4,3% pada usia 25-34 tahun, namun kemudian akan turun dengan bertambahnya umur. Menurut jenis kelamin, prevalensi peminum alkohol lebih besar laki-laki dibanding perempuan. Sedangkan menurut pendidikan, prevalensi minum alkohol tinggi tampak pada yang berpendidikan tamat SMP dan tamat SMA. Serta prevalensi peminum alkohol di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan.

Dalam riset ini standar persepsi ukuran minum minuman beralkohol yang digunakan yaitu satu minuman setara dengan bir volume 285 ml. Masih berdasar sumber data yang sama, jenis minuman beralkohol yang paling sering dikonsumsi masyarakat adalah bir 24,7%, likuor (*whiskey, vodka* dll) 9,7%, *wine* 22,5%, dan alkohol tradisional 43,1%. Bir dominan dikonsumsi di Kepulauan Riau, Gorontalo, sedangkan *wine* dominan dikonsumsi di Sulawesi Tenggara, sementara alkohol tradisional dominan dikonsumsi di Sumatera Utara, Bali, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat (6).

Provinsi	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir	Karakteristik Responden	Pernah minum alkohol dalam 12 bulan terakhir	Masih minum alkohol dalam 1 bulan terakhir
NAD	1,5	0,4	Kelompok Umur (Tahun)		
Sumatera Utara	6,1	4,4			
Sumatera Barat	1,5	0,7			
Riau	3,4	1,3			
Jambi	2,7	1,7			
Sumatera Selatan	2,9	2,1			
Bengkulu	2,8	1,8			
Lampung	2,2	1,4			
Bangka Belitung	4,4	2,5			
Kepulauan Riau	5,9	3,7			
DKI Jakarta	4,0	2,7			
Jawa Barat	2,6	1,3			
Jawa Tengah	2,2	1,1			
DI Yogyakarta	3,2	1,7			
Jawa Timur	1,9	1,0			
Banten	1,6	0,9			
Bali	6,4	4,6			
Nusa Tenggara Barat	2,0	1,2	Laki-laki	8,8	5,8
Nusa Tenggara Timur	17,7	13,5	Perempuan	0,7	0,4
Kalimantan Barat	8,8	4,8	Pendidikan		
Kalimantan Tengah	6,5	3,5			
Kalimantan Selatan	1,2	0,5			
Kalimantan Timur	3,4	1,7			
Sulawesi Utara	17,4	14,9			
Sulawesi Tengah	8,9	6,4			
Sulawesi Selatan	5,9	3,9	Tidak sekolah	3,1	2,1
Sulawesi Tenggara	7,7	5,8	Tidak tamat SD	3,8	2,5
Gorontalo	12,3	10,7	Tamat SD	4,5	3,0
Sulawesi Barat	4,0	2,6	Tamat SMP	5,5	3,5
Maluku	8,2	5,0	Tamat SMA	6,0	3,8
Maluku Utara	7,4	4,4	Tamat PT	3,9	2,4
Papua Barat	8,1	4,9	Tipe Daerah		
Papua	6,7	4,4			
Indonesia	4,6	3,0	Perkotaan	3,9	2,5
			Perdesaan	5,1	3,3

Gambar 3: Data Konsumsi Alkohol di Indonesia, Litbangkes RI 2008 (2)

Sementara itu menurut catatan *World Health Organization* (12) dalam *The Global Status Report on Alcohol and Health 2011*, disebutkan data di Indonesia pada rentang tahun 2003-2005 persentase peminum alkohol dalam 30 hari terakhir pada pria 4,3% dan wanita 0,8%. Tingkat konsumsi alkohol perkapita pada remaja usia ≥ 15 tahun di Indonesia (total populasi) adalah 0,06 (*recorded*) dan 0,50 (*unrecorded*) liter alkohol murni. Dan tercatat tingkat perkapita konsumsi alkohol diantara remaja peminum (*drinkers*) mencapai 16.9 liter alkohol murni. Data lebih komprehensif mengenai gambaran penyalahgunaan alkohol di Indonesia rentang tahun 2008-2014 ditunjukkan pada laporan *World Health Organization* (WHO) dalam *The Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Dalam laporannya selain terdapat data mengenai tingkat konsumsi alkohol per capita pada usia ≥ 15 tahun di Indonesia (*recorded or not recorded*), WHO secara eksplisit juga menunjukkan angka mortalitas dan morbiditas penyalahgunaan alkohol periode tahun 2012 meliputi *Age Standardized Death Rates* (ASDR), *Alcohol Attributable Fractions* (AAF) serta *Years of Life Lost* (YLL). Dalam laporannya tersebut juga terdapat deskripsi singkat mengenai bentuk keberadaan serta pemberlakuan kebijakan pemerintah Indonesia terkait peredaran minuman beralkohol di negara ini (13).

Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)			
	Average 2003-2005	Average 2008-2010	Change
Recorded	0.1	0.1	→
Unrecorded	0.5	0.5	→
Total	0.6	0.6	→
Total males / females	1.1	0.1	
WHO South-East Asia Region	2.9	3.5	

Abstainers (%), 2010			
	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	74.2	90.0	82.1
Former drinkers* (15+)	14.5	5.2	9.8
Abstainers (15+), past 12 months	88.6	95.2	91.9

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Patterns of drinking score, 2010 LEAST RISKY < 1 2 3 4 5 > MOST RISKY

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010	
Males (15+)	9.4
Females (15+)	1.7
Both sexes (15+)	7.1

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010		
	Population	Drinkers only
Males (15+)	4.9	42.8
Females (15+)	0.3	6.2
Both sexes (15+)	2.6	31.9

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2010*		
	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	1.3	1.3
Females	0.3	0.2
Both sexes	0.8	0.7
WHO South-East Asia Region	2.2	1.7

*12-month prevalence estimates (15+).
**Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

POLICIES AND INTERVENTIONS	
Written national policy (adopted/revised) / National action plan	No / —
Excise tax on beer / wine / spirits	Yes / Yes / Yes
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	21 / 21 / 21
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	No / No / No
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages: Hours, days / places, density Specific events / intoxicated persons / petrol stations	Yes, No / Yes, No No / No / No
National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %	Zero tolerance
Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	Yes / Yes
Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	Yes / Yes
Legally required health warning labels on alcohol advertisements / containers	Yes / Yes
National government support for community action	No
National monitoring system(s)	Yes

Gambar 4: Country Profile - The Global Status Report on Alcohol and Health, WHO 2014 (13)

Analisis Faktor Determinan

Harus disadari bahwa permasalahan penyalahgunaan alkohol bukanlah semata-mata hanya masalah perilaku individu, melainkan masalah sosial yang harus ditangani secara kolektif dengan memperhatikan semua dimensi yang terkait didalamnya. Terdapat empat dimensi utama yang menjadi determinan dalam kasus penyalahgunaan alkohol (*social, economic, cultural, and environment*).

1. Social Determinant

- a. *Prestige*. Banyak sekali kasus penyalahgunaan alkohol yang terjadi pada masyarakat kita terkait dengan masalah *prestige*. Saat ini telah muncul anggapan bahwa dengan mengkonsumsi minuman beralkohol maka nilai dan derajat seseorang dalam lingkungan sosialnya dapat meningkat. Minuman beralkohol merk import dipandang sebagai tanda status sosial ekonomi seseorang. Tentu saja ini tidak mengherankan bila ditinjau dari segi harga, beberapa produk minuman beralkohol import golongan C seperti *Rhum, Brandy, Red Label, dan Black Label* bisa berharga 1 hingga 5 juta rupiah per botol di pasaran. Sudah barang tentu penilaian masyarakat terhadap status dan *prestige* (sosial ekonomi) seseorang yang akrab dengan konsumsi minuman jenis ini akan meningkat. Sementara itu nilai *prestige* dari pengkonsumsian alkohol juga berkembang pada masyarakat kalangan bawah. Alkohol dipandang sebagai lambang pergaulan, keberanian, dan asumsi-asumsi lain terkait sisi kemaskulinan melekat erat pada minuman ini. Pada masyarakat kelas bawah tentu saja sulit untuk mendapatkan minuman-minuman merk import, sehingga pilihan utama mereka ditujukan pada beberapa produk lokal seperti Bir Hitam, Cap Tikus, Raja Jemblung, Arak dan Tuak. Pada sisi ini *prestige* seseorang yang mengkonsumsi alkohol tidak lagi dikaitkan dengan status sosial ekonomi, melainkan status kejantanan dan keberanian dalam lingkaran pergaulan sosial. Pada kalangan masyarakat kelas ini, konsumsi alkohol umumnya dilakukan secara berkelompok pada tempat-

tempat umum yang secara etis tidak layak dijadikan sebagai tempat minum (pos ronda, trotoar jalan, dll), istilah pesta miras sering dilabelkan pada aktifitas ini. Ironisnya justru berbagai masalah sosial terkait alkohol seperti kriminalitas, perkelahian, dan tindakan asusila berawal dari sini.

- b. *Lifestyle*. Pengkonsumsian alkohol yang marak di Indonesia juga tidak bisa lepas dari pengaruh perubahan gaya hidup. Berbagai club hiburan malam yang menyediakan alkohol sebagai menu utama, menjadi pilihan pertama dalam memanjakan diri bagi remaja dan kaum eksekutif. Istilah “dugem” ataupun “melantai” bukanlah menjadi hal asing bagi kebanyakan remaja di kota-kota besar. Sementara di daerah rural, tempat hiburan seperti club dangdut, warung remang, ataupun kegiatan hiburan insidental lain seperti panggung hiburan dan acara-acara ceremonial juga tidak lepas dari penggunaan alkohol. Pergaulan menjadi kunci dalam permasalahan alkohol terkait pengaruh perubahan gaya hidup. Bagaimanapun juga faktor perubahan *lifestyle* atau gaya hidup bukanlah faktor yang berdiri sendiri, melainkan faktor dengan bentuk perubahan yang mensyaratkan corak kolektif (*social pattern*) didalamnya, dan biasanya perubahan *lifestyle* ini muncul melalui pengaruh pergaulan.
 - c. Sistem Norma. Norma sosial baik itu merupakan nilai keluarga ataupun nilai masyarakat sering berpengaruh pada masalah penyalahgunaan alkohol. Karakter dan nilai individu dibentuk melalui proses adopsi nilai keluargadan nilai masyarakat. Norma sosial ini memiliki dimensi etis dengan konsekwensi yang tidak mengikat, dan sering digunakan sebagai mekanisme kontrol terhadap perilaku individu dalam kehidupan bermasyarakat (5). Dalam kasus penyalahgunaan alkohol pada individu, tidaklah sulit untuk menemukan keterkaitannya dengan keberadaan sistem nilai dan norma dalam keluarga si pengguna. Individu pengguna alkohol sering berasal dari lingkungan keluarga yang juga mengkonsumsi alkohol, atau keluarga yang memiliki peran kontrol minim terhadap perkembangan perilaku individu yang bersangkutan. Peranan keluarga menjadi sangat dominan dalam pembentukan perilaku individu terkait masalah penyalahgunaan alkohol. Sementara dalam beberapa lingkungan masyarakat kita, perilaku alkoholik masih ditoleransi pada batas-batas tertentu. Stigma negatif merupakan bentuk tertinggi dari konsekwensi yang dilabelkan pada pengguna alkohol. Peran masyarakat dalam kontrol perilaku terkait dengan sistem norma, hanya terbatas pada kontrol terhadap dampak negatif alkohol secara sosial (gangguan keamanan, perkelahian, kriminalitas, dll). Untuk penggunaan alkohol seperti pesta pesta miras, acara minum, dan lainnya masih ditoleransi sebatas tidak memiliki dampak terhadap gangguan keamanan pada lingkungan umum.
2. *Economic Determinant*
- a. Kekuatan Ekonomi Masyarakat. Meningkatnya jumlah pengguna alkohol di Indonesia dapat diasosiasikan dengan faktor keterjangkauan harga minuman beralkohol dibandingkan dengan daya beli atau kekuatan ekonomi masyarakat. Di tahun 2016 Indonesia memiliki *GDP Per Capita* sebesar US\$.3.636 per tahun, atau setara dengan sekitar Rp.4.000.000 perbulan (17). Secara rasional dengan mayoritas penduduk Indonesia dengan rata-rata pendapatan bulanan sebesar 4 juta rupiah sudah barang tentu produk minuman beralkohol (berlabel) menjadi sulit untuk dijangkau, namun pada kenyataannya jumlah pengguna minuman keras di tanah air dari tahun ke tahun justru meningkat. Tingginya harga minuman beralkohol merk import menjadikan minuman jenis ini lebih akrab dengan pengguna dari lapisan atas, sementara masyarakat kalangan bawah lebih banyak membelanjakan uangnya pada minuman keras merk lokal ataupun beberapa minuman tradisional. Masalah baru muncul ketika beberapa produk minuman keras lokal (tradisional) seringkali tidak terdaftar pada Balai Pengawasan Obat dan Makanan Republik Indonesia (BPOM). Sehingga kadar alkohol dalam minuman sering tidak diketahui oleh pengguna. Selain itu masyarakat dengan alasan penghematan dan menambah efek memabukkannya, juga sering melakukan pencampuran antara minuman keras dengan cairan lain (oplosan), seperti spiritus, minyak babi, propelen, obat-obatan,

ataupun *softdrink*. Di berbagai daerah di tanah air, beberapa kasus *intoxinaty* (keracunan) yang berujung pada kematian sering kali berawal dari hal ini.

Detik News (15). "Kota Yogyakarta. Total korban tewas akibat menenggak miras oplosan di Propinsi DIY mencapai 9 orang. Mereka berasal dari Kabupaten Bantul dan Kota Yogya. Mereka minum di lokasi yang terpisah dan waktu yang berbeda," kata Kasat Reskrim Polres Bantul, AKP Anggaito Hadi Prabowo, Minggu (15/5/2016). Sejumlah korban lain masih dalam perawatan yang tersebar di beberapa rumah sakit di DIY seperti RS Jogja (Wirosaban), RS Bethesda dan RS Nur Hidayah Bantul."

Di atas merupakan kutipan berita pada salah satu media *online* nasional mengenai pesta minuman keras oplosan yang berakhir dengan kematian.

- b. Mekanisme Harga Pasar. Pasar memainkan peran dalam mempengaruhi pola konsumsi masyarakat terhadap alkohol. Minuman beralkohol import ataupun minuman beralkohol yang terdaftar (*licensed*) jauh lebih aman bagi penggunaannya, hal ini karena pada merk-merk tersebut kandungan alkoholnya telah diketahui secara pasti karena tertetera pada kemasan. Sehingga si pengguna alkohol dapat menyesuaikan pola konsumsinya dengan kadar kandungan alkohol yang ada pada minuman. Sementara minuman beralkohol lokal (tradisional) yang tidak terdaftar akan sulit untuk dideteksi nilai kandungan alkohol didalamnya, sehingga justru memiliki resiko lebih tinggi terhadap si pengguna. Minuman beralkohol merk import dan minuman beralkohol domestik terdaftar, memiliki harga yang relatif cukup tinggi dipasaran, bila dibandingkan dengan minuman beralkohol lokal dan tradisional. Hal ini dikarenakan tingginya biaya masuk minuman import, biaya perijinan produksi dan distribusi, biaya pajak dan cukai, serta biaya produksi dan pemasarannya, sementara banyak minuman jenis lokal yang tidak terdaftar dan tidak memiliki ijin produksi. Bandingkan harga minuman beralkohol merk *Mansion* atau *Jack Daniels* yang ada dalam kisaran Rp.500.000 s/d Rp.1.500.000 per botol (300-600 ml), dengan harga minuman lokal Arak Bali, Tuak, atau Cukrik dengan harga Rp.25.000 s/d Rp.80.000 per liter. Sudah barang tentu masyarakat pecandu alkohol khususnya lapisan ekonomi menengah bawah lebih memilih untuk mengkonsumsi minuman lokal karena harganya yang relatif lebih murah, namun di sisi lain memberikan resiko yang justru lebih tinggi.
- c. Pendapatan Negara. Masalah penyalahgunaan alkohol terkesan kurang mendapatkan perhatian serius dari pemerintah, ini mungkin karena sifatnya yang ambivalen. Alkohol merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan terbesar (kesehatan dan sosial) selain itu alkohol masih menjadi primadona penyumbang devisa negara (ekonomi) baik melalui pajak maupun cukai (*tax, revenue, and excise*). Dalam UU RI No.14 Tahun 2015 disebutkan, sumber penerimaan Negara Republik Indonesia diperoleh dari 3 komponen utama, yakni penerimaan perpajakan, penerimaan negara bukan Pajak, serta penerimaan hibah dalam dan luar negeri (9). Dalam UU tentang APBN tahun anggaran 2016 ini disebutkan jumlah anggaran pendapatan negara dan hibah tahun anggaran 2016 sebesar Rp.1.822.545.849.136.000 (lebih dari seribu delapan ratus triliun). Penerimaan dari cukai hasil tembakau dan minuman mengandung methyl alkohol sebesar 144.6 triliun. Jumlah ini belum mewakili pendapatan sektor pajak lain terkait produk alkohol dan variannya, seperti pajak pendapatan dan pertambahan nilai (PPH dan PPN) barang import, bea masuk luar negeri dan perdagangan internasional, pajak perijinan industri dan usaha dagang, dan pajak produksi dan periklanan, dan lain sebagainya. Yang estimasi kotornya bisa lebih dari 10% total APBN. Dengan kisaran seperti ini tentu saja akan sulit bagi pemerintah untuk membatasi meningkatnya perkembangan industri alkohol di Indonesia, terlebih memang sektor ini menarik investor asing. Catatan WHO-SEARO pada tahun 2002 saja di Indonesia terdapat 588 *alcoholic beverage factories*, 2 perusahaan importir, dan 82 perusahaan distributor induk (8). Selain itu juga terdapat dua perusahaan besar produsen minuman beralkohol yang mendapatkan lisensi dari dua perusahaan bir raksasa internasional, yaitu BIR BINTANG (*International HEINEKEN Beer Company*) dengan produksi 1.350.000 hectoliter minuman beralkohol pertahun, serta ANKER BIR (*International ANCHOR Beer Company*) yang menyuplai 900.000 hectoliter minuman beralkohol per tahun di

Indonesia. Dalam tinjauan ekonomi makro pemerintah juga mengalami masalah dilematis, karena masih ada jutaan rakyat Indonesia yang mengantungkan hidupnya pada industri minuman beralkohol (produksi, distribusi, pemasaran, dll). Pelarangan semua bentuk industri alkohol di Indonesia tentu saja bukan menjadi pilihan bijaksana dalam menangani permasalahan penyalahgunaan alkohol di tanah air. Karena hal ini justru akan menimbulkan masalah sosial baru seperti pengangguran dan kemiskinan, terlebih pondasi ekonomi negara kita masih sangatlah rapuh.

3. *Cultural Determinant*

- a. Tradisi dan Adat. Pada banyak kebudayaan di berbagai belahan dunia, alkohol telah dikenal dan memiliki perannya sendiri secara kultural. Di Cina alkohol dikenal dalam bentuk arak sering digunakan dalam acara *ceremonial* dan juga dikenal sebagai obat dan bumbu masak. Sementara di Jepang pengonsumsi alkohol (Arak Jepang) juga dilakukan dalam acara pertemuan formal (*bussiness*) atau perayaan keberhasilan. Di Indonesia banyak daerah memiliki keterikatan dengan penggunaan alkohol, baik itu penggunaan untuk perayaan adat, ataupun penggunaan alkohol sebagai obat yang dipercaya mampu memberikan dampak positif bagi kesehatan tubuh, yang akarnya bisa ditarik dalam konteks kultur dominan. Di Bali sebagai daerah yang selalu penuh akan wisatawan lokal maupun asing, konsumsi minuman beralkohol baik tradisional maupun dengan merk dagang menjadi semacam keseharian yang umum dijumpai. Sementara di Tuban Jawa Timur, minuman beralkohol yang disebut *badeg* tidak akan sulit untuk ditemukan hampir di setiap rumah di sepanjang pesisir pantai utara ini Pulau Jawa ini. Di Minahasa penyajian minuman keras *sagoer* yaitu cairan yang disadap dari pohon enau dan mengandung kadar alkohol sekitar 5% kerap disajikan dalam setiap acara pesta dan sudah merupakan hal wajib. Bahkan minuman khas ini disajikan harian dan dipercaya mampu menjadi pendorong kerja untuk kalangan petani. Budaya pesta dan minum dipercaya merupakan hasil akulturasi antara tradisi lokal dan budaya Portugis ini tetap dipelihara hingga saat ini. Sosiolog Sarwono mengatakan, adat dan tradisi lokal tentu memiliki karakteristiknya sendiri, serta memiliki pengaruh yang berbeda dalam pembentukan perilaku (5). Bentuk budaya dan tradisi merupakan pedoman bagi sistem nilai dan norma masyarakat, hal ini berpengaruh terhadap penilaian baik dan buruk secara subyektif, dengan derajat yang berbeda untuk setiap daerah. Dari sini tentu masalah penyalahgunaan alkohol pada masyarakat dapat kita ditelusuri melalui konteks budaya, namun untuk penanganannya tentu saja membutuhkan usaha yang jauh lebih kompleks karena kultur dominan di tiap-tiap daerah tentu saja beragam.

Kompasiana [18]. *"Pernah surat kabar yang sangat terkenal di Manado menurunkan berita Miras adalah pembunuh nomor 1 di Sulut. Menyikapi tulisan tersebut, kita pastinya menengok sejarah jauh ke belakang. Cap Tikus sudah ada di tanah Minahasa sejak lama, ia bahkan sudah seperti membudaya dalam sendi kehidupan masyarakat Minahasa. Di warung-warung kecil, kita dapat menemukan Cap Tikus dijual bebas. Minuman dengan kadar alkohol bisa sampai 70% ini sudah menjadi semacam cap (brand) orang Minahasa. Kalo nintau bagate Cap Tikus sama deng bencong jo! (kalau tidak bisa minum Cap Tikus berarti banci alias bukan laki-laki sejati."*

Kutipan tersebut bisa memberikan contoh tentang bagaimana masyarakat kita masih marak mengonsumsi alkohol atas dasar tradisi dan kebiasaan yang telah menjadi bagian dari nilai sosialnya. Kultur dan tradisi tidaklah mungkin dapat diberikan label penilaian negatif atau positif apapun bentuknya, karena setiap daerah memiliki akar sejarah yang berbeda dan berpengaruh terhadap apa yang diyakini. Pendekatan masalah penyalahgunaan alkohol dengan perangkat budaya tidak akan mampu memberikan hasil yang optimal, karena sama seperti etika, nilai, dan sistem kepercayaan, mekanisme kontrol perilaku terkait penyalahgunaan alkohol melalui perangkat kultur hanya akan memberikan kerangka etis normatif tanpa ada kerangka hukum positif dengan pertanggungjawaban nyata. Pendekatan melalui tradisi dan adat lokal pada masalah penyalahgunaan alkohol hendaknya lebih ditujukan sebagai pintu masuk untuk memahami karakter dan besaran masalah yang terjadi pada tiap-tiap kelompok masyarakat dengan kultur yang beragam.

- b. Sistem Kepercayaan dan Agama. Di Indonesia terdapat lima agama resmi dan berbagai bentuk kepercayaan yang berakar dari tradisi. Walaupun secara eksplisit hanya agama Islam yang memuat aturan dalam kitab sucinya (Al-Qur'an) tentang pelarangan alkohol untuk dikonsumsi, namun bukan berarti perangkat aturan yang sama tidak berlaku pada agama dan kepercayaan lain. Kaum Yahudi yang memiliki sejarah dan akar yang sama dengan agama Islam (*Smith*) juga memuat secara tegas tentang aturan pengkonsumsian minuman hasil fermentasi anggur. Sedangkan kaum umat Nasrani masih mentoleransi pengkonsumsian alkohol, ini dapat dilihat dari sejarah Kristus yang melakukan perjamuan anggur dengan para muridnya "Perjamuan Terakhir" sebelum disalib oleh tentara Romawi. Sementara pada kepercayaan Budhis, Hindi, dan kepercayaan Cina juga tidak ditemukan adanya larangan eksplisit terhadap pengkonsumsian alkohol. Namun tentu saja semua agama dan kepercayaan di atas melarang pengkonsumsian jenis makanan atau minuman yang dapat memberikan dampak negatif bagi pengkonsumsinya, atau juga larangan terhadap pengkonsumsian jenis makanan dan minuman tertentu secara berlebihan. Hal ini membuktikan bahwa semua agama tidak akan menganjurkan pada pemeluknya untuk merusak dirinya sendiri dengan mengkonsumsi makanan dan minuman tertentu (alkohol), walaupun setiap agama memiliki batas toleransi berbeda terhadap pengkonsumsinya. Pendekatan agama dalam penanganan masalah penyalahgunaan alkohol sama halnya dengan memberikan kerangkafiktif dalam membatasi tindakan dan perilaku seseorang. Bagaimanapun juga agama dan keyakinan hanya mampu memberikan batasan yang bersifat subyektif terhadap apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan, dengan pertanggungjawaban vertikal antara seseorang dengan apa yang diyakininya. Batasan ini sangat variatif, keropos, dan mudah untuk dimanipulasi bukan dari sisi religius melainkan dari sisi mekanisme kontrol. Masalah alkohol harus dipahami dan dianalisis melalui konteks hubungan horisontal manusia dengan manusia dan bukan konteks vertikal manusia dengan Tuhan.

4. *Environmental Determinant*

- a. Peraturan dan Kebijakan. Di Indonesia telah banyak dikeluarkan produk perundangan yang mengatur tentang masalah alkohol, baik itu regulasi mengenai produksi dan distribusinya, maupun peraturan tentang penggunaannya untuk konsumsi. UU RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. UU RI Nomor 05 Tahun 1997 Tentang Psicotropika. Serta UU RI Nomor 39 Tahun 2007 Tentang Perubahan atas Undang Undang Nomor 11 Tahun 1995 Tentang Cukai. UU ini berisikan peraturan mengenai barang kena cukai. Salah satunya dikenakan terhadap barang yang mengandung etil alkohol atau etanol, dengan tidak mengindahkan bahan yang digunakan dan proses pembuatannya. Dalam UU ini disebutkan juga tentang tarif cukai (non tembakau) untuk barang yang dibuat di Indonesia sebesar 1150% harga jual pabrik dan 80% harga jual eceran (10). Masih banyak lagi ditemukan Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Permen, dan terkait Alkohol. Namun masih juga ditemukan pelanggaran terhadap peraturan perundangan terkait minuman keras (beralkohol). Produk minuman keras lokal dan tradisional misalnya yang bisa dipastikan dijual tanpa kemasan yang menginformasikan kandungan alkohol dan tanggal kadaluwarsa. Selain itu banyak industri minuman lokal lebih memilih untuk beroperasi secara ilegal dikarenakan pemberlakuan UU RI Nomor 39 Tahun 2007, yang mengatur besaran tarif cukai antara 80%-1150% dari harga dasar. Di Indonesia juga diatur mengenai larangan penjualan minuman beralkohol untuk konsumen di bawah usia 21 tahun, dan lagi-lagi peraturan ini sekedar menjadi peraturan. Dan sangat disayangkan bahwa RUU Tahun 2015 Tentang Larangan Minuman Beralkohol di Indonesia hingga saat ini masih menuai tarik ulur kepentingan dan belum disahkan menjadi UU.\

Di berbagai daerah di Indonesia banyak diterbitkan Perda tentang minuman beralkohol, namun pada pertengahan Mei 2016 Mendagri mencabut ratusan Perda tentang Miras diberbagai daerah dengan alasan untuk diakselerasikan dengan Peraturan Perundangan. Setiap peraturan yang diberlakukan di daerah tergantung pada karakteristik dan kepentingan masing-masing daerah. Motif ekonomi sering menjadi pertimbangan dalam pembuatan dan pelaksanaan peraturan daerah ini. Di Bali

misalnya peraturan mengenai penggunaan minuman beralkohol tentu saja sangatlah toleran, mengingat Pendapatan Asli Daerah (PAD) Bali lebih banyak dari sektor pariwisata yang akrab dengan pengkonsumsian alkohol. Pada beberapa daerah memang sering terdengar tentang razia penertiban dan penangkapan pelaku minuman keras (alkohol), baik itu produsen, distributor, maupun di tingkat konsumennya. Namun upaya penegakan hukum ini juga terkesan musiman, tidak didasari oleh kesungguhan, dan hanya dilakukan pada tataran tentatif, bahkan sering dijumpai pelanggaran penyalahgunaan minuman beralkohol justru dilakukan oleh aparat penegak hukum itu sendiri.

- b. Ketersediaan Produk. Faktor lain yang mempengaruhi masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia adalah ketersediaan produk minuman beralkohol yang bisa diakses oleh siapapun dari semua kelompok umur. Produk minuman keras beralkohol sangat mudah untuk ditemukan dimanapun baik secara legal maupun ilegal. Saat ini satu-satunya hal yang membatasi keterjangkauan produk minuman beralkohol terhadap akses masyarakat adalah mekanisme harga pasar. Bagi kalangan *middle high class*, produk-produk minuman keras (import dan terdaftar) sangatlah mudah diperoleh di swalayan ataupun klub hiburan malam, pada tempat-tempat ini minuman beralkohol dengan kadar di atas 50% pun (*Rhum* dan *Brandy*) bisa diperjual belikan secara legal. Sementara untuk masyarakat kelas bawah, minuman keras lokal dan tidak terdaftar yang dijual secara ilegal diberbagai tempat, lebih menjadi pilihan utama.
- c. Media Periklanan. Iklan berfungsi dalam menginformasikan produk yang diproduksi secara massal kepada masyarakat, agar masyarakat tergerak untuk membeli atau mengkonsumsi produk tersebut. Iklan cenderung menciptakan hasrat dalam diri konsumen, menyarankan pada konsumen untuk melengkapi sesuatu yang kurang dalam dirinya, dan menawarkan produknya sebagai jawaban (4). Dalam kasus penyalahgunaan alkohol di Indonesia, paparan iklan komersial untuk produk minuman beralkohol ini memang tidaklah gencar dilakukan di media. Namun beberapa iklan mengenai minuman carbon dengan kandungan *zero alcohol* masih sering dijumpai baik pada media cetak maupun media elektronik. Hal ini disadari atau tidak dapat menumbuhkan keinginan dalam diri masyarakat untuk mengkonsumsi produk minuman yang diiklankan tersebut, dan lambat-laun keinginan tersebut akan berkembang hasrat untuk mengkonsumsi produk minuman beralkohol. Keinginan ini bisa terjadi terutama pada kalangan remaja yang sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya, selalu ingin mencari pengalaman dan mencoba sesuatu yang baru, termasuk juga mencoba mengkonsumsi minuman beralkohol. Tahun 2015 banyak upaya dilakukan pemerintah untuk penertiban peredaran minuman beralkohol. Sejak 16 April 2015 semua minimarket dilarang dan tidak lagi dapat menjual minuman beralkohol sesuai dengan Peraturan Menteri Perdagangan No. 6 tahun 2015 mengenai Pengendalian dan Pengawasan terhadap Pengadaan, Peredaran, dan Penjualan Minuman Beralkohol, dan semenjak ini pula hampir tidak pernah dijumpai iklan produk minuman beralkohol diberbagai media di Indonesia.
- d. Promosi Kesehatan. Peranan provider kesehatan dalam mempromosikan kesehatan terkait masalah alkohol baik itu sosialisasi di tingkat masyarakat maupun advokasi pada tingkatan *decision maker* menjadi sangat vital. Promosi kesehatan melalui iklan layanan kesehatan terbukti mampu memberikan rangsangan terhadap perubahan perilaku individu dan masyarakat (1). Di Indonesia program promosi kesehatan termasuk keberadaan iklan layanan kesehatan sebagai upaya edukasi dini terkait masalah alkohol masih sangat minim. Sebagai upaya penanganan permasalahan penyalahgunaan alkohol, program promosi kesehatan ini harus berfokus pada dua jalur yaitu upaya transfer informasi dan pengetahuan kesehatan pada masyarakat (sosialisasi) dan pada pembuat kebijakan (advokasi) mengenai dampak negatif dari pengkonsumsian alkohol, ditinjau dari segi kesehatan maupun segi sosial. Diharapkan dengan pengoptimalan fungsi promosi kesehatan, maka di satu sisi masyarakat dapat secara sadar untuk menghindari penyalahgunaan alkohol, dan pada sisi lain pemerintah (*decision maker*) mampu merumuskan dan melaksanakan peraturan mengenai minuman beralkohol yang lebih berpihak terhadap bidang kesehatan. Promosi kesehatan tidak boleh

dipahami sebagai program tunggal dibawah Kementerian Kesehatan saja, namun sebagai upaya terpadu lintas sektor antar kementerian

Analisis SWOT

Strategi penanganan permasalahan penyalahgunaan alkohol di Indonesia dapat dilakukan dengan pendekatan analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Oppurtunities, Threats*), yang dimulai dengan identifikasi faktor internal dan eksternal. Dimana dalam pemetaan faktornya ditemukan 4 faktor kekuatan dan 6 faktor kelemahan pada sisi internal, serta 2 faktor peluang dan 2 faktor ancaman pada sisi eksternal.

Tabel 1. SWOT - Penilaian Faktor Internal dan Eksternal, dengan Skala Linkert 5 sangat tinggi, 4 tinggi, 3 sedang, 2 rendah, 1 sangat rendah

Faktor Internal	Urgensi	Faktor
Strengths		
1. Mayoritas mayarakat Indonesia adalah kaum Muslim	2	6,25%
2. Norma dan sistem nilai dominan	1	3,13%
3. Kultur dominan yang menganggap alkohol sebagai larangan	1	3,13%
4. Keberadaan peraturan, regulasi dan perangkat hukum	4	12,50%
Weaknesses		
1. Keberadaan minuman keras lokal tradisional tidak terdaftar	5	15,63%
2. Pengaruh pergaulan, lifestyle, dan nilai prestige dari pengkonsumsian alkohol	3	9,38%
3. Ketersediaan dan keterjangkauan minuman beralkohol	5	15,63%
4. Kekuatan ekonomi makro termasuk pendapatan negara dan GDP PCI Indonesia	5	15,63%
5. Media periklanan komersial cetak dan elektronik	2	6,25%
6. Minimnya program pomosi kesehatan terkait masalah alkohol	4	12,50%
Jumlah	32	100%
Faktor Eksternal	Urgensi	Faktor
Opprtunities		
1. Upaya penanganan masalah alkohol skala internasional (WHO)	3	21,4%
2. Mekanisme harga pasar sebagai kontrol peredaran minuman beralkohol	4	28,6%
Threats		
1. Arus globalisasi dan perang kebudayaan	3	21,4%
2. Perdagangan bebas dan maraknya produk alkohol import	4	28,6%
Jumlah	14	100%

Tabel 2. SWOT - Faktor Kunci dan Peta Posisi Kekuatan

Faktor Internal	
Strengths	Weaknesses
1. Keberadaan peraturan, regulasi dan perangkat hukum	1. Kekuatan ekonomi makro termasuk pendapatan negara dan GDP PCI Indonesia
2. Mayoritas mayarakat Indonesia adalah kaum Muslim	2. Ketersediaan dan keterjangkauan minuman beralkohol (legal dan ilegal)
Faktor Eksternal	
Opprtunities	Threats
1. Mekanisme harga pasar sebagai kontrol peredaran minuman beralkohol	1. Perdagangan bebas dan maraknya produk alkohol import
2. Upaya penanganan masalah alkohol skala internasional (WHO)	2. Arus globalisasi dan perang kebudayaan

Tabel 3. SWOT - Strategi Intervensi Faktor Kunci

Faktor Eksternal	Faktor Internal	Strengths 1. Keberadaan peraturan, regulasi dan perangkat hukum 2. Mayoritas masyarakat Indonesia adalah kaum Muslim	Weaknesses 1. Kekuatan ekonomi makro termasuk pendapatan negara dan GDP PCI Indonesia 2. Ketersediaan dan keterjangkauan minuman beralkohol (legal dan ilegal)
	Opportunities 1. Mekanisme harga pasar sebagai kontrol peredaran minuman beralkohol 2. Upaya penanganan masalah alkohol skala internasional (WHO)	Strategi (SO) 1. Desain kebijakan dan regulasi yang berpihak pada kesehatan serta memperkuat penegakan hukum 2. Dukungan terhadap upaya global penanganan alkohol yang disesuaikan karakteristik nasional	Strategi (WO) 1. Intervensi terhadap mekanisme harga pasar domestik untuk produk alkohol 2. Pembatasan peredaran produk minuman keras melalui pengawasan pasar
	Threats 1. Perdagangan bebas dan maraknya produk alkohol import 2. Arus globalisasi dan perang kebudayaan	Strategi (ST) 1. Regulasi terhadap produk minuman import 2. Memperkuat kultur dan keyakinan lokal dalam mengimbangi arus masuk globalisasi	Strategi (WT) 1. Peningkatan pertumbuhan ekonomi nasional 2. Memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol

Tabel 4. SWOT – Perumusan Tujuan Alternatif

Faktor Kunci Keberhasilan		Alternatif Tujuan (WT)
Kelemahan Kunci Internal	Kelemahan Kunci Eksternal	
1. Kekuatan ekonomi makro termasuk pendapatan negara dan GDP PCI Indonesia 2. Ketersediaan dan keterjangkauan minuman	1. Perdagangan bebas dan maraknya produk alkohol import 2. Arus globalisasi dan perang kebudayaan	1. Peningkatan pertumbuhan ekonomi nasional 2. Memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol

Tabel 5. SWOT - Penilaian Tujuan Alternatif, dengan kriteria Manfaat (M), Kemampuan Mengatasi Kelemahan (KML), Kemampuan Mengatasi Ancaman (KMA), Total Nilai (TN)

No	Strategi Alternatif	M	KML	KMA	TN
1	Peningkatan pertumbuhan ekonomi nasional	5	4	3	12
2	Memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol	5	3	5	13

Tabel 6. SWOT - Penetapan Strategi Utama

Strategi Alternatif	Efektivitas	Efisiensi	Kemudahan	Total	Keterangan
Peningkatan pertumbuhan ekonomi nasional	4	3	2	9	Evaluasi
Memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol	5	5	4	14	Terpilih

Pilihan utama strategi untuk penanganan masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia melalui analisis SWOT adalah dengan memperkuat kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol.

Pendekatan CARAT

Penanganan masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia melalui pendekatan CARAT (*Concrete, Ambitious, Realistic, Acceptable, and Time*) dengan berdasarkan hasil analisis SWOT yang dititik beratkan pada penguatan kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol di Indonesia.

1. *Concrete*

- a. Desain dan pemberlakuan peraturan perundang-undangan terkait masalah alkohol (produksi, distribusi, peijinan, dll) yang berorientasi kesehatan (*healthy public policy*).
- b. Desain dan pemberlakuan peraturan daerah terkait masalah alkohol yang disesuaikan dengan karakteristik budaya dan tradisi lokal masing-masing.
- c. Pengawasan dan monitoring implementasi peraturan perundang-undangan yang dilaksanakan melalui kerjasama antar departemen dan masyarakat terkait (Kesehatan, Perindustrian, POLRI, Pemuka Agama, Tokoh Masyarakat, dll).

2. *Ambitious*

- a. Terciptanya peraturan perundangan yang lebih berorientasi kesehatan (*healthy public policy*).
- b. Terciptanya peraturan daerah yang sesuai dengan karakteristik kultur dominan daerah.
- c. Terwujudnya kerjasama yang erat antar sektor baik formal maupun non formal, terkait pengawasan penggunaan produk minuman bealkohol.

3. *Realistic*

Beberapa hal mendasar yang harus diperhatikan terkait nilai kewajaran pilihan strategi.

- a. Keseriusan pemerintah dalam mendesain dan mengimplementasikan peraturan perundangan tentang minuman beralkohol baik di tingkat produksi, distribusi, dan konsumsi.
- b. Keseriusan berbagai pihak dalam pengawasan implementasi peraturan tentang alkohol.
- c. Dampak perubahan yang muncul pasca penanganan masalah penyalahgunaan alkohol (dimensi sosial, kultural, dan ekonomi).

4. *Acceptable*

- a. Perumusan peraturan perundangan (pusat dan daerah) mengenai pengaturan alkohol yang saling menguntungkan, baik bagi sektor kesehatan, sosial, maupun ekonomi.
- b. Desain peraturan dan kebijakan daerah terkait alkohol harus disesuaikan dengan kultur dominan dan nilai sosial yang berlaku pada masing-masing daerah tanpa mengorbankan kepentingan masyarakat serta dapat diterima tanpa ada pergesekan dengan kultur dan keyakinan lokal, terutama untuk jenis minuman beralkohol tradisional.

5. *Time*

Estimasi pencapaian penanganan masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia melalui strategi penguatan kebijakan adalah 1 hingga 2 dekade ke depan dengan kondisi.

- a. Peraturan perundangan baik pusat maupun daerah mengenai alkohol telah diterapkan secara sempurna, baik itu kerangka kontrol (UU) maupun instrumen kontrolnya (aparatus hukum) dan masyarakat.

Kesimpulan

Beberapa kesimpulan yang dapat diambil dari paparan ini adalah:

1. Terdapat empat determinan utama yang mempengaruhi masalah penyalahgunaan alkohol (*social, economic, cultural, dan environment*), dimana tiap dimensi memiliki peranan dan kontribusi yang berbeda namun memiliki ikatan kompleks.
2. Penguatan kebijakan dan regulasi terhadap produksi dan distribusi minuman beralkohol merupakan pilihan strategis penanganan masalah penyalahgunaan alkohol yang didapat melalui analisis SWOT.
3. Dengan pendekatan CARAT diperkirakan Indonesia mampu mengatasi masalah penyalahgunaan alkohol dalam 1-2 dekade kedepan.

Saran

Beberapa saran yang dapat diberikan penulis terkait tulisan ini, antara lain.

1. Dibutuhkan suatu upaya multidimensi dengan keterlibatan semua pihak dalam penanganan masalah penyalahgunaan alkohol di Indonesia, misalnya dengan program STOPS alkohol yang melibatkan ahli kesehatan, praktisi hukum, entrepreneur, pemuka agama, aktivis sosial, dan lain-lain yang terkoordinasi untuk penyelesaian masalah penyalahgunaan alkohol melalui *skill* dan *expertasinya* masing-masing.
2. Pemerintah harus mampu mendesain suatu peraturan perundangan tentang produksi, distribusi, dan penggunaan alkohol dengan memperhatikan aspek ekonomi, sosial, kultural, dan kesehatan.

Peran dan fungsi promkes harus kembali sesuai filosofi dasarnya (*advokasi, networking, dan edukasi*), serta memiliki kekuatan untuk ikut menentukan arah kebijakan nasional dan daerah (*healthy public policy*) terkait penanganan masalah penyalahgunaan alkohol ini.

Daftar Pustaka

1. Ewles L. Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Gajahmada University Press; 1998.
2. Litbangkes RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
3. Mason & Windle. Teens in Distress Series Adolescent Stress and Depression. California: Brooks Cole Publishing Company; 2002.
4. Noviani R. Jalan Tengah Memahami Iklan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2002.
5. Sarwono S. Sosiologi Kesehatan. Edisi Pertama. Yogyakarta: Gajahmada University Press; 1993.
6. Suhardi. Preferensi Peminum Alkohol di Indonesia menurut Riskesdas 2007. Buletin Penelitian Kesehatan Vol.39 No.4. Jakarta: PTTKEK Litbangkes RI; 2011.
7. Sundeen SJ, Stuart GW. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. Sixth Edition. Philadelphia: The CV Mosby; 1997.
8. Technical Expert Consultation. Development of Community Based Projects on the Prevention of Harm from Alcohol Abuse. Bali: WHO-SEARO; June 2002
9. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2015. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2016. Jakarta: Sekretariat Kabinet RI; 2015.
10. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2007. Perubahan atas Undang Undang Nomor 11 Tahun 1995 Tentang Cukai. Jakarta: Sekretariat Kabinet RI; 2007
11. Widianarko B. Teknologi Produk Nutrisi & Keamanan Pangan. Jakarta: Seri Iptek Pangan Vol. 1; 2000.
12. World Health Organization. The Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Geneva: WHO Press; 2011.

13. World Health Organization. The Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: WHO Press; 2014.
14. Woteki CE, Thomas PR. Eat for Life: The Food and Nutrition Board's Guide to Reducing Your Risk of Chronic Disease. First Edition. New York: Springer Publishing Company; 1992.
15. Detik News. Total Warga Bantul dan Kota Yogya yang Tewas akibat Miras Oplosan 9 Orang. <https://news.detik.com/berita/3210786/total-warga-bantul-dan-kota-yogya-yang-tewas-akibat-miras-oplosan-9-orang/> [accessed May 2016].
16. GHO-WHO. Global Information System on Alcohol and Health. <http://www.who.int/gho/alcohol/en/> [accessed May 2016].
17. KNOEMA World Data Atlas. Indonesia - GDP per Capita. <https://knoema.com/atlas/indonesia/gdp-per-capita/> [accessed June 2016].
18. Kompasiana. Cap Tikus Minuman Ciptaan Dewa, Pembunuh Nomor 1 di Sulut, Karena Itu Brenti Jo Bagate? http://www.kompasiana.com/michusa/cap-tikus-minuman-ciptaan-dewa-pembunuh-nomor-1-di-sulut-karena-itu-brenti-jo-bagate_551f598ca33311db2bb66e58 [accessed June 2016].

Tinjauan Sistematis Terhadap Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Indonesia

A Systematic Review againts Risk Factors on The Low-weight Birth Incidence in Indonesia

Estri Kusumawati

Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya
estri.kusumawati@yahoo.com

Abstract

The high number of maternal and infant mortality still become the main focus on health problems solving in developing countries. In Indonesia, most neonatal mortality occurs in the first week of life primarily cause by low-weight birth / premature. Birth weight is an important and reliable indicator for the survival of neonates and infants, both in physical or mental growth and development status. LwB could caused by numerous complex factors and related to each other and also maternal factors that affect the baby's birth weight. The purpose of this study was to determine the factors affected the incidence of LwB during 2009-2016. This is a sistematic review study with the source of data obtained from the LwB journal research. The subject to analyze in this study are researchs during the years of 2009 untill 2016 with the total of 14 articles. The study divided risk factors into five associated factors with LwB. From those factors are divided again into 20 aspects, with the results showed that the most dominant cause of the LwB risk are nutrition status, gemeli, economic status, the ANC visiting frequency (less than 4 times), and anemia.

Keywords: systematic review, risk factor, LwB

Abstrak

Kematian ibu dan bayi di Indonesia yang masih tinggi merupakan fokus utama pemecahan masalah kesehatan di negara berkembang. Sebagian besar angka kematian neonatus terjadi pada minggu pertama kehidupan dengan penyebab terbesar di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah/premature. Berat lahir adalah indikator yang penting dan reliabel bagi kelangsungan hidup neonatus dan bayi, baik ditinjau dari segi pertumbuhan fisik dan perkembangan status mental. BBLR dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks dan saling berkaitan satu sama lain dan faktor maternal yang juga berpengaruh terhadap berat bada bayi saat lahir. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor - faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR tahun 2009-2016 berdasarkan jurnal penelitian tentang BBLR. Penelitian ini merupakan penelitian sistematis review. Sumber data didapat dari jurnal penelitian tentang kejadian BBLR. Penelitian yang digunakan adalah penelitian dari tahun 2009-2016 yang berjumlah 14 penelitian yang terdiri dari karya tulis ilmiah dan skripsi. Dalam penelitian ini peneliti membagi menjadi lima faktor risiko penyebab kejadian BBLR. Dari kelima faktor tersebut dibagi menjadi 20 aspek, dengan hasil paling dominan risiko penyebab kejadian BBLR adalah status gizi, gemeli, status ekonomi, jumlah kunjungan ANC kurang dari 4 kali, anemia.

Kata Kunci: systematic review, faktor risiko, BBLR

Pendahuluan

Kematian ibu dan bayi di Indonesia yang masih tinggi merupakan fokus utama pemecahan masalah kesehatan di negara berkembang termasuk Indonesia. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia menurut hasil survei penduduk antar sensus (SUPAS) 2015 sebesar 22,23 per 1.000

kelahiran hidup (1). Sebagian besar angka kematian neonatus terjadi pada minggu pertama kehidupan dengan penyebab terbesar di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah/premature (29%), asfiksia (27%), tetanus neonatorum (10%), masalah gangguan pemberian ASI (9,5%), masalah hematologi (5,6%), infeksi (5,4%), dan lain-lain (13,5%) (2).

Berat lahir adalah indikator yang penting dan reliabel bagi kelangsungan hidup neonatus dan bayi, baik ditinjau dari segi pertumbuhan fisik dan perkembangan status mental. Berat badan lahir juga digunakan sebagai indikator umum untuk mengetahui status kesehatan, gizi dan sosial ekonomi dari negara maju dan negara berkembang. Berat lahir yang tidak seimbang dapat menyebabkan komplikasi bagi ibu dan bayinya. Keadaan ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) didefinisikan oleh World Health Organization (WHO) sebagai berat badan saat dilahirkan kurang dari 2500 gram. Hal ini berdasarkan observasi epidemiologi yang mengatakan bahwa bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram diperkirakan berisiko 20 kali kali besar meninggal selama masa pertumbuhan jika dibandingkan dengan bayi dengan berat badan lahir normal (3).

Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda berusia kurang dari 20 tahun. Hal ini terjadi karena di usia kurang dari 20 tahun organ reproduksi belum mature dan belum memiliki sistem transfer plasenta seefisien wanita dewasa. Pada usia tua meskipun telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin dan menyebabkan kelahiran BBLR. Faktor usia bukanlah faktor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita berusia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun. Penyakit yang di derita ibu juga menjadi penyebab terjadinya BBLR seperti penyakit infeksi saluran kencing, suka merokok atau minum-minuman keras, penyakit malaria, anemia, persalinan prematur. Ibu yang merokok lebih besar kemungkinan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak merokok. Selain itu, faktor perilaku juga mempengaruhi kejadian BBLR, Tinuk Istiarti (2000) menemukan bahwa ada hubungan yang positif antara pengetahuan, sikap, praktek ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan BBLR. Pengetahuan yang rendah mengenai pelayanan antenatal akan berisiko 3,43 kali lebih tinggi untuk melahirkan BBLR, sikap yang kurang baik terhadap pelayanan antenatal akan berisiko 8,62 kali lebih tinggi untuk melahirkan BBLR. Faktor- faktor lain yang mempengaruhi BBLR adalah status gizi sebelum dan selama hamil, karakteristik sosial ekonomi (pendidikan, ibu, pekerjaan ibu, status ekonomi), biomedis ibu, riwayat persalinan dan pelayanan antenatal (frekuensi periksa hamil, tenaga periksa hamil, umur kandungan saat memeriksakan kehamilannya (4). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor- faktor risiko yang menimbulkan kejadian BBLR pada bayi berdasarkan hasil penelitian akademis.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang berbentuk *systematic review*. Pendekatan yang digunakan adalah *case control*. Pengulasan kembali mengenai topik tertentu yang menekankan pada pertanyaan tunggal yang telah diidentifikasi secara sistematis, dinilai, dipilih dan dikumpulkan dan disimpulkan menurut kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya berdasarkan bukti penelitian yang berkualitas dan sesuai dengan pertanyaan penelitian. Sumber data didapatkan dari hasil pencarian melalui internet berupa hasil penelitian tentang BBLR dari tahun 2009 hingga 2016. Sumber kajian didapat dari hasil penelitian dari berbagai perguruan tinggi di Indonesia. Setelah melalui proses penelusuran diperoleh 14 hasil penelitian tentang BBLR. Penelusuran data dilakukan pada periode Februari 2017. Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah KTI dan skripsi yang meneliti tentang faktor- faktor risiko penyebab kejadian BBLR dan menggunakan data sekunder.

Hasil Penelitian

Tabel 1. Gambaran Umum Penelitian Kejadian BBLR

Peneliti	Thn	Variabel		n	Desain penelitian	Kepustakaan		Alat Ukur
		Diteliti	Sig.			DN	LN	
Suryati	2013	7	4	39	Cross sectional	10	1	N/A
Dewi Sulistyorini, dkk	2015	9	2	68	Cross sectional	12	0	1 (ceklist)
Sagung Adi Sresti, dkk	2015	9	2	72	Cross sectional	11	18	N/A
Nining hasanah,dkk	2011	3	3	46	Case control	28	0	1 (ceklist)
Vitrianingsih, dkk	2013	7	5	293	Cross sectional	11	2	N/A
Khairina, dkk	2013	10	5	100	Cross sectional	14	0	N/A
Dian Alya	2014	4	2	118	Case control	24	0	N/A
Ismi Trihardiani	2011	10	4	250	Cross sectional	31	14	N/A
Ros Rahmawati, dkk	2010	5	2	94	Cross sectional	18	0	N/A
Pipit Festy	2009	9	4	232	Case control	21	6	N/A
Emi Pemilu Kusparlina	2013	4	3	23	Cross sectional	20	0	N/A
Lia Amalia	2011	10	5	140	Case control	6	1	N/A
Sandra Surya Rini,dkk	2013	10	9	64	Case control	3	9	N/A
Rosmala Nur,dkk	2016	6	4	174	Case control	11	1	N/A

Pada tabel 2 menunjukkan lima faktor risiko penyebab kejadian BBLR agar lebih mudah dalam pembahasannya. Faktor tersebut adalah faktor ibu, faktor janin, faktor sosial ekonomi, faktor pelayanan ANC dan faktor penyakit/kelainan lainnya

Tabel 2 Faktor Risiko Penyebab Kejadian BBLR yang diteliti

Variabel	IBU			JANIN				SOSIAL EKONOMI			PELAYANAN ANC	PENYAKIT/ KELAINAN LAIN							
	Usia Ibu	Jarak Kehamilan	Paritas	Status Gizi	Tinggi Badan	Umur Kehamilan	Gemeli	Kelainan Plasenta	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Status Ekonomi	Frekuensi ANC	Anemia	Riwayat Obstetri	Ukuran LILA	Pertambahan BB	Rokok	Hipertensi	Penyakit Kronis
Suryati	v	v	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	v	-	-	-	-	-	v
Dewi Sulistyorini, dkk	v	v	v	v	-	v	v	-	-	-	-	-	v	-	-	-	-	-	v
Sagung Adi Sresti, dkk	v	v	v	v	-	-	-	v	v	-	-	-	v	v	-	-	-	-	v
Nining Hasanah,dkk	v	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vitrianingsih, dkk	v	-	v	v	-	-	-	-	v	v	-	-	v	-	-	-	-	-	-
Khairina, dkk	v	-	v	v	-	-	-	-	v	-	v	v	-	-	-	-	v	v	v
Dian Alya	v	-	v	-	-	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ismi Trihardiani	v	v	v	v	v	-	-	-	-	v	-	v	v	-	v	-	-	-	-
Ros Rahmawati, dkk	v	-	v	v	-	-	-	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pipit Festy	v	v	v	-	v	-	-	-	-	v	-	-	v	-	v	v	-	-	-
Emi Pemilu Kusparlina	-	-	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lia Amalia	v	-	v	v	-	-	-	-	v	-	v	v	v	-	-	-	v	-	-
Sandra Surya Rini,dkk	v	v	v	v	-	-	-	-	v	v	v	v	v	-	-	-	-	-	-
Rosmala Nur,dkk	-	v	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	-	-	v	-	v	-
Jumlah	12	7	13	10	2	1	2	1	6	4	3	4	9	1	2	2	2	2	4

Tabel 3 Faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor ibu

Faktor Ibu	Hasil Penelitian				
	Sig.	Sampel	Tidak sig.	Sampel	Total
Usia Ibu	5	68;118;250;23;64	7	39;72;46;293;100;94;232	12
Jarak Kehamilan	3	39;68;64	4	37;250;232; 174	7
Paritas	7	72;46;250;94;140;64;174	5	68;37;293;100;118;232	12
Status Gizi	8	39;293;100;250;23; 140;64	2	68;37	10
Tinggi Badan	1	250	1	232	2

Tabel 4 Faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor janin

Faktor Janin	Hasil Penelitian				
	Sig.	Sampel	Tidak sig.	Sampel	Total
Umur Kehamilan	1	68	0	0	1
Gemeli	1	118	1	68	2
Kelainan Plasenta	1	72	0	0	1

Tabel 5 Faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor sosial ekonomi

Faktor Sosial Ekonomi	Hasil Penelitian				
	Sig.	Sampel	Tidak sig.	Sampel	Total
Tingkat Pendidikan	4	293;100;140;64	1	94	5
Pekerjaan	2	293;64	1	250	3
Status Ekonomi	3	100;140;64	0	0	3

Tabel 6 Faktor Risiko Kejadian BBLR Menurut Faktor Pelayanan ANC

Faktor Pelayanan ANC	Hasil Penelitian				
	Sig.	Sampel	Tidak sig.	Sampel	Total
Frekuensi ANC	2	100;64	2	250;140	4

Tabel 7 Faktor Risiko Kejadian BBLR Menurut Faktor Penyakit/Kelainan lainnya

Faktor Penyakit/Kelainan lainnya	Hasil Penelitian				
	Sig.	Sampel	Tidak sig.	Sampel	Total
Anemia	8	39;72;293;250;232;140;64;174	1	68	9
Riwayat Obstetri buruk	0	0	1	72	1
Ukuran LILA	1	232	1	250	2
Pertambahan BB	2	232;174	0	0	2
Rokok	2	100;140	0	0	2
Hipertensi	2	100;174	0	0	0
Penyakit Kronis	1	39	2	68;72	3

Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis univariat tabel 1 tentang gambaran penelitian BBLR yang diteliti, dapat disimpulkan penelitian tentang kejadian BBLR banyak dilakukan oleh mahasiswa/ dosen kebidanan dan beberapa oleh mahasiswa keperawatan dan kesehatan masyarakat. Sampel digunakan dalam penelitian adalah bayi baru lahir dengan kisarannya adalah 30 sampai dengan 300 bayi. Dilihat dari design penelitiannya sebagian besar menggunakan design penelitian cross sectional. Rancangan *cross sectional* banyak digunakan pada penelitian skripsi dibandingkan tesis. Penelitian yang menggunakan pendekatan *cross sectional* memberikan temuan yang bermakna mengenai faktor yang menyebabkan kejadian BBLR. Dilihat dari segi penggunaan literatur, literatur yang digunakan dalam negeri dan luar negeri. Untuk literatur dalam negeri berjumlah 10 sampai 30 literatur dengan tahun kisaran referensi antara 1994 sampai 2013, baik yang berupa buku, artikel, jurnal kesehatan baik dalam negeri. Sedangkan, untuk literatur luar negeri sekitar 0-18, sebagian besar belum menggunakan literatur luar negeri. Literatur luar negeri yang digunakan meliputi buku teks dan jurnal internasional. Alat ukur yang digunakan pada penelitian BBLR adalah ceklist untuk mengambil data rekam medis dari rumah sakit maupun puskesmas. Alat ukur yang digunakan dapat dijamin keabsahannya karena *checklist* dibuat sesuai dengan kebutuhan data yang telah ada di rekam medis.

Pada tabel 3 menunjukkan distribusi faktor risiko yang berasal dari ibu. Faktor risiko yang sering diteliti antara lain usia ibu, jarak kehamilan, paritas, status gizi dan tinggi badan. Faktor ibu banyak diteliti karena saat berada di dalam kandungan nutrisi janin didapatkan melalui ibunya sehingga keadaan ibu sangat memungkinkan secara langsung menyebabkan kejadian BBLR. Dari total 14 penelitian terdapat 13 penelitian yang meneliti tentang usia ibu dimana terdapat lima penelitian yang menunjukkan hasil signifikan atau yang berarti bahwa usia ibu memberikan makna terhadap kejadian BBLR (8,9,11,12,17). Aspek jarak kehamilan diteliti oleh tujuh peneliti, dimana tiga penelitian diantaranya memberikan hasil signifikan (5,17,18), sedangkan empat penelitian lainnya menunjukkan hasil yang tidak signifikan (6,7,12,14).

Pada aspek paritas terdapat tujuh penelitian yang memberikan hasil signifikan dari total 12 penelitian yang meneliti tentang paritas. Status gizi memberikan hasil yang signifikan pada tujuh penelitian dari total sepuluh penelitian yang dilakukan dengan hanya dua penelitian saja yang memberikan hasil tidak signifikan. Tinggi badan ibu memberikan hasil yang signifikan pada satu penelitian dan tidak signifikan juga pada satu penelitian(14). Dari hasil analisis tentang faktor ibu, aspek status gizi memberikan hasil yang paling dominan dengan nilai $OR=15,625(5)$ dan $R=24,733(17)$. Asupan gizi sangat menentukan kesehatan ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Kebutuhan gizi pada masa kehamilan akan meningkat sebesar 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi itu dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, plasenta, volume darah, dan pertumbuhan rahim.

Tabel 4 merupakan distribusi faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor janin, dilihat dari aspek umur kehamilan terdapat satu penelitian(6) yang meneliti umur kehamilan dengan BBLR menunjukkan hasil signifikan. Aspek kedua adalah gemeli/bayi kembar terdapat pada dua penelitian dengan hasil signifikan (6,11). Aspek ketiga tentang kelainan plasenta menunjukkan hasil signifikan(7). Aspek gemeli/bayi kembar memberikan hasil signifikan pada dua penelitian dengan nilai $OR=3,028(11)$.

Tabel 5 menggambarkan distribusi frekuensi faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor sosial ekonomi dimana terdapat tiga aspek yang sering diteliti antara lain tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status sosial. Aspek tingkat pendidikan terdapat pada lima penelitian, empat penelitian menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai $OR=3,059(9)$ dan satu penelitian dengan hasil tidak signifikan(7). Selanjutnya, aspek pekerjaan terutama pekerjaan ibu terdapat pada tiga penelitian. Hasil signifikan ditunjukkan pada dua penelitian(9),(17) dengan nilai $OR=2,581(9)$ sedangkan hasil tidak signifikan pada satu penelitian(12). Terakhir aspek status ekonomi, terdapat pada tiga penelitian dengan hasil signifikan dengan nilai $OR=4,354(16)$, $OR=4,930(17)$. Dari hasil di atas aspek status ekonomi memberikan hasil paling dominan. Pada ibu dengan status ekonomi yang baik memungkinkan ibu hamil berada dalam lingkungan yang lebih baik, seperti jauh paparan asap, rokok dan lain-lain. Hidup dalam keadaan sosioekonomi yang baik juga dapat menjamin kecukupan nutrisi selama hamil untuk mendapatkan hasil akhir janin yang optimal. Keadaan ekonomi menjauhkan dari stress yang mengganggu keseimbangan hormonal ibu (7).

Tabel 6 menggambarkan distribusi frekuensi faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor pelayanan ANC, yaitu frekuensi ANC/jumlah kunjungan ANC. Aspek frekuensi ANC terdapat pada empat penelitian dengan hasil dua penelitian (10),(17) signifikan dengan nilai $OR=1,711(10)$, $OR=52,111(17)$ artinya Frekuensi ANC kurang dari 4 kali selama masa kehamilan memberikan risiko BBLR sebesar 1,711(10) kali dan 52,111(17) kali. Pelayanan antenatal bertujuan menjaga kesehatan fisik/mental ibu dan bayi dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai nutrisi, mendeteksi dini kelainan pada janin. Ibu hamil yang rutin melakukan kunjungan ANC lebih besar kemungkinan terdeteksi jika terjadi kelainan sehingga dapat cepat tertangani terutama masalah pertumbuhan janin.

Tabel 7 menggambarkan distribusi frekuensi faktor risiko kejadian BBLR menurut faktor penyakit/kelainan lainnya, terdapat tujuh aspek yang diteliti. Aspek pertama adalah anemia yang terdapat pada sembilan penelitian, dengan delapan penelitian menunjukkan hasil signifikan dengan nilai OR tertinggi sebesar 23,385(17). Aspek kedua ukuran LILA terdapat pada dua penelitian(12),(14) dan satu penelitian(14) hasil signifikan dengan nilai $OR=6,307$. Aspek

pertambahan BB menunjukkan hasil yang signifikan pada dua penelitian(14,18) dengan nilai OR=8,624(14), OR=2,519(18). Aspek selanjutnya adalah rokok, aspek rokok terdapat pada dua penelitian (10,16) menunjukkan hasil signifikan dengan nilai OR=5,516(16). Aspek hipertensi, terdapat pada dua penelitian(17,18) menunjukkan hasil signifikan dengan nilai OR=2,692(17).

Kesimpulan

Dari hasil analisis tinjauan sistematis terhadap faktor risiko kejadian berat badan lahir rendah di Indonesia dapat disimpulkan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR antara lain :

1. Faktor ibu dipengaruhi beberapa aspek antara lain usia ibu, jarak kehamilan, paritas, status gizi, tinggi badan. Dari beberapa aspek tersebut aspek status gizi memberikan hasil paling dominan dengan nilai OR=20,179 artinya ibu hamil dengan status gizi yang kurang naik akan berpeluang 20,179 kali melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil dengan status gizi yang baik.
2. Faktor janin dipengaruhi beberapa aspek antara lain umur kehamilan, gemeli (kembar) dan kelainan plasenta. Aspek gemeli memberikan hasil paling dominan dengan nilai OR=3,028 artinya ibu hamil gemeli akan berpeluang 3,028 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil tidak gemeli.
3. Faktor sosial ekonomi dipengaruhi beberapa aspek antara lain tingkat pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi. Status ekonomi memberikan hasil paling dominan dengan nilai OR=4,642 artinya ibu hamil dengan status ekonomi yang kurang baik berpeluang 4,642 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil dengan status ekonomi baik.
4. Faktor Pelayanan ANC yaitu frekuensi ANC/jumlah kunjungan ANC memberikan hasil signifikan dengan nilai OR=26,911 artinya ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC kurang dari standar (4 kali ANC) akan berpeluang 26,911 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC lebih dari 4 kali.
5. Faktor penyakit/kelainan lainnya antara lain anemia, Riwayat Obstetri, ukuran LILA, penambahan BB, rokok, hipertensi, penyakit kronis. Anemia memberikan hasil paling dominan dengan nilai OR=23,385 artinya ibu hamil yang mengalami anemia akan berpeluang 23,385 kali melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil yang tidak mengalami anemia.

Saran

Diharapkan kedepan terdapat penelitian tentang faktor risiko BBLR sehingga dapat mengetahui kemungkinan perubahan jenis komplikasi yang merupakan risiko terbesar pada kejadian BBLR.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. 2015.
2. Sarimawar,Djaja. Penyakit Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir (Neonatal) dan Sistem Pelayanan Kesehatan yang berkaitan di Indonesia. JKPKBPPK; 2010.
3. OECD,dkk. Health at Glance:Asia Pasific 2012. OECD Publishing; 2012.
4. Setyowati T. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bayi Lahir dengan Berat Badan Rendah (Analisa data SDKI 2004). Badan Litbang Kesehatan; 2004.
5. Suryati S. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian BBLR DI Wilayah Kerja Puskesmas Air Dingin Tahun 2013. J Kesehat Masy Andalas. 2014;8(2):71–7.
6. Sulistyorini D,dan Putri. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Bblr Di Puskesmas Pedesaan Kabupaten Banjarnegara Tahun 2014. Medsains. 2015;1(1):23–9.
7. Mahayana SAS, Chundrayetti E, others. Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di RSUD Dr. M. Djamil Padang. Jurnal Kesehatan Andalas . 2015;4(3). <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/345>
8. Nining Hasanah, Titik Kurniawati, Lingga Kurniati. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang BBRT RSUD Dr. Kariadi Semarang Tahun 2010.
9. Vitrianingsih. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Berat Lahir Bayi Di Rsud Wonosari Gunungkidul Yogyakarta Tahun 2012. Med Respati. 2015;10(1).
10. Khairina, Robiana Madjo. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2013.

11. Alya D, U'budiyah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh Tahun 2013. Skripsi Program Studi Diploma IV Kebidanan STIKes Ubudiyah Banda Aceh. 2014.
12. Trihardiani I, Trihardiani I. Faktor risiko kejadian berat badan lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang. Diponegoro University; 2011. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/32555/>
13. Ros Rahmawati, Andi Nur Jaya. Pengaruh Faktor Maternal Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Daerah Ajjatpannge Watan Soppeng Kabupaten Soppeng Tahun 2010. *Jurnal Media Kesehatan Poltekkes Makasar*. 2(2).
14. Pipit Festy W. Analisis Faktor Risiko pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Kabupaten Sumenep [Skripsi]. [Surabaya]: Fakultas Ilmu Kesehatan UM Surabaya; 2010.
15. Kusparlina EP. Hubungan Antara Umur Dan Status Gizi Ibu Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas Dengan Jenis BBLR. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES*. 2016;7(1).
16. Amalia.L. Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Dr.MM Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo. *Jurnal SAINTEK*. 2011 Nopember;6(3).
17. Surya Rini S, Trisna W IGA, others. Faktor–Faktor Risiko Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah Di Wilayah Kerja Unit Pelayanan Terpadu Kesmas Gianyar li. *E-J Med Udayana* . 2015;4(4).
18. Nur R, Arifuddin A, Novila R. Analisis Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Preventif*. 2016.

Penilaian Risiko Terhadap Paparan Debu
pada Perbaikan Ruangan
Studi Analisis Pada Perbaikan Ruangan di Gedung PT. X (Persero)
Surabaya

*Risk Assessment to Dust Exposure in Room Maintenance
Analysis Study to The Room Maintenance at PT. X (Persero)
Building in Surabaya*

Saiku Rokhim

Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya
saiku_rokhim_avicenna@yahoo.com

Abstract

As one of the particulate chemicals, dust could occur in most of the production process and can create interference for workers health and safety. As one of the air pollution sources, dust could become a potential hazard which exist in room maintenances. Protection to workers is a must in order to reduce the risk of respiratory tract syndrome that often could be found in this cases. The aim of this study is to conduct a risk assessment to dust exposure in room maintenance, which held by contractors in PT. X (Persero) building in Surabaya. This is an cross sectional study with observation approach. The object of this research is the repairing works. The results indicate that the activities which could produce dust, such as: walls sanding using sandpaper, the tiles dismantle, sawmilling, the wood fiber refining, grinding, mixing and stirring cast materials, and room cleaning. Dust produced from a variety of works including sanddust, cement, lime, wood and dust mixed with paint. The results show that three types of works considere as high-risk activity (value > 12-25), 3 types of work consider as midle risk activities (value > 5-12), and one activity considered as a low-risk work (grades 1-5). The dusk factors controlling should be held regularly, in order to minimize the risk leveln againts the workers.

Keywords: risk assessment, room maintenance, dust

Abstrak

Debu merupakan salah satu bahan kimia yang bersifat partikel dan dapat timbul atau terjadi pada sebagian proses produksi dan dapat menyebabkan gangguan terhadap pekerja baik kesehatan maupun keselamatan kerjanya. Perbaikan ruangan merupakan kegiatan dengan salah satu bahaya potensial yang ada berupa debu. Sehingga pekerjaanya berisiko mengalami gangguan pada saluran pernapasan apabila tidak ada pengendalian terhadap faktor debu. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan penilaian risiko terhadap paparan debu pada perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya. Penelitian ini menggunakan metode observasional, sedangkan menurut waktunya termasuk penelitian cross sectional. Obyek penelitian ini adalah pekerjaan perbaikan ruangan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan yang dapat menghasilkan debu antara lain: mengamplas dinding ruangan dengan menggunakan kertas amplas, pembongkaran keramik, pemotongan kayu menggunakan gergaji, penghalusan serat kayu, menggerinda, penyampuran dan pengadukan bahan cor, dan pembersihan ruangan. Debu yang dihasilkan dari berbagai pekerjaan tersebut antara lain : debu pasir, semen, kapur, kayu, dan debu yang bercampur cat. Adapun hasil penilaian risiko terhadap paparan debu didapatkan : sebanyak 3 jenis pekerjaan berisiko tinggi (nilai > 12 – 25), 3 jenis pekerjaan berisiko sedang (nilai > 5 – 12), dan 1 jenis pekerjaan berisiko rendah (nilai 1 – 5). Saran yang dapat diberikan adalah perlu dilakukan pengadaan pengendalian terhadap faktor debu, sehingga dapat meminimalisir tingkat risiko yang di alami pekerja.

Kata Kunci: penilaian risiko, perbaikan ruangan, debu

Pendahuluan

Salah satu dampak negatif adanya paparan debu di perusahaan adalah pengaruhnya terhadap paru para pekerja dan masyarakat di sekitar daerah perindustrian. Hal ini disebabkan pencemaran udara akibat proses pengolahan atau hasil industri tersebut. Berbagai zat dapat mencemari udara seperti debu, asap, uap, *fume*, *mist*, dan gas.

Debu merupakan salah satu bahan kimia yang bersifat partikel dan dapat timbul atau terjadi pada sebagian proses produksi dan dapat menyebabkan gangguan terhadap pekerja baik kesehatan maupun keselamatan kerjanya (1). Debu merupakan salah satu faktor yang menyebabkan timbulnya PAK. Debu termasuk penyebab PAK dari faktor kimia. Paparan akibat debu mempunyai tiga respon yang berbeda, yaitu respon *allergic* atau *atopi* (*high fever* pada saluran pernapasan) dan paparan yang menahun dapat menyebabkan COPD (*Chronic Obstruksive Pulmonary Disease*), respon perubahan *immunologic* pada jaringan paru dan pada perubahan tersebut dapat terjadi secara permanen. Penyakit yang disebabkan oleh ketiga respon tersebut dikenal sebagai *allergic alveolitis* atau hipersensitivitas *pneumonitis* (2).

Berdasarkan penelitian Prasetya dan Paskarini (2013) diperoleh informasi sebanyak 75% pekerja dari 80 responden yang telah mengalami keluhan pada saluran pernapasan berupa batuk akibat paparan debu (3). Begitu juga penelitian yang dilakukan Aditya 2006, bahwa sebanyak 87,5% pekerja dari 24 responden menyatakan adanya keluhan subyektif pada saluran pernafasan akibat paparan debu di tempat kerja.

Berdasarkan penelitian Atmaja disimpulkan bahwa kadar debu di Bagian *Finish Mill* PT. Semen Gresik (Persero) Tbk., Gresik terdapat 50% tenaga kerja merasa bahwa paparan debu agak mengganggu, 87,5% tenaga kerja menderita keluhan subyektif saluran pernapasan. Macam keluhan subyektif saluran pernafasan yang diderita adalah bersin(62,5%) dan batuk (54,2%) (4).

Menurut Surat Edaran Menteri Pekerja No. 01 Tahun 1997 bahwa NAB debu (*total dust*) adalah 10 mg/m³ dengan tidak mengandung asbes dan kandungan silika bebas < 1% (1). Debu dapat masuk ke dalam saluran pernapasan dan dapat menimbulkan perubahan pada jaringan paru yang berakibat berkurangnya fungsi faal paru. Oleh karena itu diperlukan upaya untuk melindungi pekerja dari faktor debu. Menurut Undang-Undang No. 1 Tahun 1970 Pasal 3 Ayat 1 Huruf G, tentang Syarat-Syarat Keselamatan Kerja mengharuskan adanya tindakan untuk mencegah dan mengendalikan terhadap timbulnya paparan suhu, kelembaban, debu, kotoran, asap, uap, gas, hembusan angin, cuaca, sinar atau radiasi, suara dan getaran (5).

Dari uraian latar belakang di atas, jelaslah betapa bahayanya pengaruh debu bagi pekerja. Paparan debu secara tidak langsung bisa menyebabkan ketidaknyamanan dalam bekerja dan paparan debu dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan gangguan kesehatan khususnya bagi pekerja yang terpapar secara langsung dan terus-menerus, dengan kemungkinan akan menimbulkan gangguan kesehatan pada saluran pernapasan.

Gedung PT. X (Persero) Surabaya merupakan salah satu kantor perusahaan yang terdiri dari 12 lantai. Sekalipun di PT. X (Persero) Surabaya tidak dilakukan *handling* produksi, namun bahaya debu dapat menjadi salah satu bahaya potensial yang dapat mengganggu terhadap kesehatan saluran pernafasan pekerja.

Pada survei di gedung PT. X (Persero) Surabaya, terdapat perbaikan di lantai 2 dan lantai 9. Perbaikan ruangan ini dilakukan oleh pekerja kontraktor. Adanya perbaikan di lantai tersebut menimbulkan debu yang cukup tinggi bahkan kondisi *filter* AC tampak debu yang cukup tebal sehingga kondisi ini menyebabkan ketidaknyamanan pekerja baik pekerja kontraktor yang memperbaiki ruangan ataupun pekerja PT. X sendiri. Kondisi ini pula yang menyebabkan pekerja di bagian AC harus membersihkan filter sesering mungkin, sementara ketika membersihkan *filter* pekerja tidak memakai masker. Adapun hirarki pengendalian dalam hal ini belum dilakukan oleh perusahaan ataupun dari pihak kontraktor sendiri, baik secara teknik, administratif, maupun penggunaan alat pelindung pernapasan (*masker*). Sehingga dengan tidak adanya pengendalian terhadap faktor debu, maka debu akan mudah terhirup ke dalam saluran pernapasan. Yang pada akhirnya risiko menderita gangguan terhadap saluran pernapasan akan tetap ada apabila tidak

ada pengendalian terhadap faktor debu. Oleh karenanya pentingnya penelitian ini dengan tujuan untuk melakukan penilaian risiko terhadap paparan debu pada perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode observasional, sedangkan menurut waktunya termasuk penelitian cross sectional. Obyek penelitian ini adalah pekerjaan perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya. Data yang terkumpul pada penelitian ini diperoleh dari data primer yang berupa data observasi. Instrument yang digunakan dalam pengumpulan data ini adalah lembar observasi. Pengukuran besarnya risiko dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Besarnya risiko dapat diukur dengan menggunakan rumus Risiko = Dampak x Peluang
2. Skala pengukuran "Dampak" dapat menggunakan kriteria pada tabel 1

Tabel 1. Skala pengukuran "Dampak"

Skala	Makna	Keterangan
1	= <i>Insignificant</i>	Dampaknya <i>tidak significant</i>
2	= <i>Minor</i>	Dampaknya kecil
3	= <i>Moderat</i>	Dampaknya sedang
4	= <i>Major</i>	Dampaknya besar
5	= <i>Catastrophic</i>	Dampaknya significant / sangat besar

Sumber : Standards Australia to Support The Australia / New Zealand Standard for Risk Management (AS/NZS 4360)

3. Skala pengukuran "Peluang" dapat menggunakan kriteria pada tabel 2

Tabel 2. Skala pengukuran "Peluang"

Skala	Makna	Keterangan
1	= <i>Rare</i>	Kemungkinan terjadinya sangat kecil / jarang
2	= <i>Unlikely</i>	Kemungkinan terjadinya cukup / sekali-kali
3	= <i>Moderate</i>	Kemungkinan terjadinya sedang
4	= <i>Likely</i>	Kemungkinan terjadinya sering
5	= <i>Certain</i>	Kemungkinan terjadinya hampir selalu terjadi / pasti

Sumber : Standards Australia to Support The Australia / New Zealand Standard for Risk Management (AS/NZS 4360)

4. Dari hasil perkalian antara dampak dan peluang risiko kemudian dilakukan pengurutan tingkat risiko dari yang tertinggi sampai dengan yang terendah. Tingkat risiko yang tertinggi adalah berniali 25 (5x5), sedangkan tingkat risiko terendah adalah 1 (1x1).
5. Berdasarkan hasil analisis risiko yang dilakukan, kemudian dipetakan besaran risiko yang ada dengan mengelompokkan menjadi 3 tingkatan, yaitu :
 - Risiko tinggi : nilai > 12 – 25
 - Risiko sedang : nilai > 5 – 12
 - Risiko rendah : nilai 1 – 5

Hasil Penelitian

Kegiatan perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya berada di lantai 2 dan lantai 9. Dari hasil observasi kegiatan perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya, pekerjaan yang dapat menghasilkan debu adalah Mengamplas dinding ruangan dengan menggunakan kertas amplas, pembongkaran keramik, pemotongan kayu menggunakan gergaji, penghalusan serat kayu, menggerinda, penyampuran dan pengadukan bahan cor, dan pembersihan ruangan (tabel 3).

Tabel 3. Pekerjaan Perbaikan Ruang

No	Pekerjaan	Kegiatan
1	Pengangkutan peralatan dan bahan baku	Peralatan dan bahan baku yang dibutuhkan dimasukkan ke dalam ruang yang akan diperbaiki. Peralatan dan bahan baku ini merupakan pendukung dalam proses perbaikan ruangan.
2	Mengamplas dinding	Pekerjaan mengamplas dinding ruangan dengan menggunakan kertas amplas. Penggunaan amplas ditujukan untuk menghilangkan cat yang lama pada dinding dan menghaluskan dinding agar dapat dicat ulang.
3	Pembongkaran keramik	Pembongkaran keramik hanya dilakukan pada keramik yang telah aus atau rusak. Keramik yang dibongkar ini tepatnya di lantai 2 dan lantai 9
4	Pemotongan kayu	Pemotongan kayu dilakukan dengan menggunakan alat gergaji. Namun yang sering digunakan adalah gergaji listrik untuk mempercepat pekerjaan karena tidak perlu memakan waktu yang lama dibandingkan dengan gergaji tangan.
5	Penghalusan serat kayu	Kayu hasil pemotongan kemudian dihaluskan pada tiap-tiap permukaannya dengan alat penghalus serat kayu. Alat ini ada yang menggunakan tenaga listrik dan ada pula yang menggunakan tenaga tangan. Jenis pekerjaan penghalusan serat kayu ini berfrekuensi cukup tinggi terlebih-lebih yang menggunakan tenaga tangan. Dan hasil akhirnya akan dihaluskan kembali menggunakan amplas.
6	Pembentukan kayu sesuai desain	Pada proses pembentukan, jenis pekerjaan yang dilakukan antara lain : menggabungkan beberapa kayu yang sudah di olah menjadi satu rangkaian untuk mendapatkan suatu bentuk desain yang diinginkan, serta pemotongan kembali untuk mendapatkan bagian yang lebih kecil yang nantinya akan di gabungkan dengan bagian yang lain sesuai dengan desain.
7	Pemasangan pasak atau paku	Pemasangan pasak atau paku dilakukan dengan menggunakan hammer. Untuk menggabungkan beberapa kayu biasanya dengan menggunakan paku atau pasak dan lem kayu.
8	Menggerinda	Menggerinda dilakukan pada keramik untuk mendapatkan ukuran dan model sesuai yang diinginkan.
9	Pembuatan bahan cor	Pembuatan bahan cor dilakukan dengan penyampuran dan pengadukan bahan cor. Bahan cor digunakan untuk menggantikan bagian dinding yang rusak.
10	Pengecatan	Pemberian warna atau pengecatan dilakukan pada dinding maupun kayu-kayu yang sudah dibentuk. Sehingga didapatkan nilai artistik pada ruangan
11	Pembersihan ruangan	Membersihkan ruangan setelah selesai proses perbaikan ruang.

Upaya pengendalian terhadap paparan debu pada perbaikan ruangan masih belum ada, baik yang dilakukan oleh pihak kontraktor terhadap pekerjaannya maupun pihak PT. X (Persero) Surabaya terhadap pekerjaannya sendiri. Secara teknik seperti pengadaan ventilasi tidak dapat dilakukan. Ruang yang diperbaiki adalah ruang kantor yang sudah didesain tertutup dan terbuka hanya pada pintu, namun terdapat AC. Adapun ketika proses perbaikan ruang tersebut, AC dinyalakan. Secara administratif seperti pemberlakuan shift kerja tidak memungkinkan dilakukan. Pekerjaan perbaikan dilakukan mulai pukul 08.00 sampai 16.00 atau 17.00, dan istirahat hanya pukul 12.00 – 13.00. Pengadaan alat pelindung diri khususnya alat pelindung pernafasan atau masker juga belum ada baik bagi pekerja kontraktor perbaikan ruangan maupun bagi pekerja PT. X sendiri.

Dari hasil identifikasi pada pekerjaan perbaikan ruangan dengan memperhatikan pengendalian yang dilakukan, hasil penilaian risiko terhadap paparan debu pada bagian perbaikan ruangan yang dilakukan oleh kontraktor di gedung PT. X (Persero) Surabaya terlihat pada tabel 4 berikut :

Tabel 4. Penilaian risiko terhadap paparan debu pada bagian perbaikan ruangan di gedung PT. X (Persero) Surabaya.

No	Pekerjaan	Risiko Debu	Dampak					Peluang					Tk Risiko	Ket	
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
1	Mengamplas dinding ruangan dengan menggunakan kertas amplas	Penyebab: menggosok dinding dengan amplas Dampak: gangguan pernafasan					X			X				15	Risiko tinggi
2	Pembongkaran keramik	Penyebab: pembongkaran keramik yang sudah terpasang di lantai Dampak: gangguan pernafasan			X			X						3	Risiko rendah
3	Pemotongan kayu menggunakan gergaji	Penyebab: menggergaji kayu Dampak: gangguan pernafasan				X			X					12	Risiko sedang
4	Penghalusan serat kayu	Penyebab: menggosok kayu hingga halus dengan menggunakan amplas Dampak: gangguan pernafasan					X		X					15	Risiko tinggi
5	Menggerinda	Penyebab: meratakan permukaan keramik dengan alat gerinda Dampak: gangguan pernafasan					X	X						10	Risiko sedang
6	Penyampuran dan pengadukan bahan cor	Penyebab: pembuatan bahan cor dari semen dan pasir Dampak: gangguan pernafasan					X	X						10	Risiko sedang
7	Pembersihan ruangan	Penyebab: membersihkan ruangan setelah selesai perbaikan Dampak: gangguan pernafasan				X			X					16	Risiko tinggi

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian pada kegiatan perbaikan ruangan di gedung PT. X (Persero) Surabaya, berbagai debu yang muncul dari berbagai pekerjaan tersebut antara lain debu anorganik yaitu debu kapur yang bercampur cat dan semen putih yang dihasilkan dari proses mengamplas dinding ruangan dengan menggunakan kertas amplas, debu keramik dan debu cor (debu pasir dan debu semen) yang dihasilkan dari proses pembongkaran keramik, debu kayu yang dihasilkan dari proses pemotongan kayu, debu kayu yang kecil dan sangat halus yang dihasilkan dari proses penghalusan kayu dengan amplas menghasilkan; Debu keramik yang dihasilkan dari proses menggerinda keramik, debu semen dan debu pasir yang dihasilkan dari proses penyampuran dan pengadukan bahan cor dan berbagai campuran debu yang dihasilkan akibat proses pembersihan ruangan.

Secara umum debu yang dihasilkan pada perbaikan ruangan antara lain : debu pasir, semen, kapur, kayu, dan debu yang bercampur cat. Berbagai debu tersebut dihasilkan dari proses mekanis. Debu dari hasil mekanis memiliki diameter 0,1-50 μ atau lebih. Proses mekanis ini dapat menimbulkan debu yang halus yang melayang di udara dan debu yang kasar

mengendap pada permukaan (2). Dilihat dari jenisnya, jenis debu yang dihasilkan dari pekerjaan perbaikan tersebut termasuk *deposite particulate matter* yaitu partikel debu yang hanya berada di udara dan partikel ini segera mengendap karena ada daya tarik bumi (6). Debu kapur dan semen, yang dihasilkan dari kegiatan perbaikan ruangan termasuk *Nuisance dust*. *Nuisance dust* adalah debu yang mengganggu kenikmatan kerja. Debu ini tidak menyebabkan terjadinya fibrosis, tetapi menyebabkan iritasi pada kulit, selaput lendir atau hanya menyebabkan endapan pada mata dan hidung (2). Debu pasir yang dihasilkan dari kegiatan perbaikan ruangan termasuk *proliferative dust* yaitu debu yang menyebabkan terjadinya fibrosis jaringan paru, sehingga elastisitas jaringan paru akan berkurang, misalnya debu silika bebas dan debu asbes (2).

Dari hasil penelitian menunjukkan debu pasir dan debu semen lebih dominan. Paparan debu pasir terutama yang mengandung silika telah diketahui sebagai salah satu faktor risiko infeksi TB paru. Diketuainya besar risiko paparan debu silika terhadap timbulnya TB paru dapat menjadi suatu aset dalam upaya advokasi program pemberantasan TB di tempat kerja (7). Begitu pula dengan faktor debu semen, pada penelitian di pemukiman warga sekitar pabrik semen di Desa Kuala Indah sebanyak 19 responden mengalami keluhan kesehatan dan keluhan kesehatan yang paling banyak dialami oleh responden yaitu iritasi kulit sebanyak 73,7% responden (8). Paparan faktor debu semen pada pekerja bagian produksi di pabrik Semen Nkalagu Nigeria, menyebabkan peningkatan transaminase serum atas nilai referensi. Nilai-nilai peningkatan ini mengindikasikan adanya kerentanan terhadap hepatitis (9).

Berdasarkan hasil identifikasi, upaya pengendalian terhadap paparan debu pada perbaikan ruangan masih belum ada, baik yang dilakukan oleh pihak kontraktor terhadap pekerjaannya maupun pihak PT. X (Persero) Surabaya terhadap pekerjaannya sendiri. Prioritas bagi pengembang maupun pengelola bangunan, masalah desain dan konstruksi merupakan hal-hal yang diperhatikan oleh konsumen (10) sehingga upaya pengendalian terhadap bahaya sering diabaikan.

Pada dasarnya penerapan upaya untuk melindungi tenaga kerja tersebut ditujukan untuk mengurangi paparan tenaga kerja terhadap potensi bahaya, sehingga idealnya tingkat paparan berada di bawah tingkat yang membahayakan. Keberhasilan upaya yang dipilih ditentukan oleh kemampuannya sendiri untuk mengurangi risiko perorangan, dengan ketentuan harus tetap efektif dan tetap memberikan perlindungan yang sama selama tenaga kerja melakukan pekerjaannya (11). Tidak adanya pengendalian terhadap faktor debu di tempat kerja akan menyebabkan paparan debu dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Hal ini pada akhirnya menimbulkan efek terhadap kesehatan. Secara umum pengaruh bahan yang masuk melalui inhalasi baik yang berupa fumes, gas dan debu akan menimbulkan efek terhadap kesehatan yang dapat berupa efek akut maupun kronik. Efek akut terjadi langsung setelah kontak dengan bahan kontaminan, sedangkan efek kronik terjadi pada paparan yang berjangka lama (12).

Berdasarkan hasil risk assessment pada tabel 2, menunjukkan bahwa sebanyak 3 jenis pekerjaan berisiko tinggi (nilai > 12 – 25), 3 jenis pekerjaan berisiko sedang (nilai > 5 – 12), dan 1 jenis pekerjaan berisiko rendah (nilai 1 – 5). Risiko tinggi terjadi karena peluang terjadinya paparan debu sedang sementara dampak negatif terhadap kesehatan yang ditimbulkannya sangat besar atau karena peluang terjadinya paparan sering dan dampak negatif yang ditimbulkannya besar. Risiko sedang terjadi dikarenakan sekalipun dampak negatif terhadap kesehatan yang ditimbulkannya sangat besar namun peluang terjadinya paparan debu cukup atau karena dampak negatif yang ditimbulkannya besar namun peluang terjadinya paparan sedang. Risiko rendah terjadi karena peluang terjadinya paparan debu sedang sementara dampak negatif terhadap kesehatan yang ditimbulkannya sangat kecil.

Tingginya nilai risiko menunjukkan tingkat keparahan yang akan dialami pekerja juga semakin tinggi. Debu yang masuk ke dalam saluran napas, menyebabkan timbulnya reaksi mekanisme pertahanan non-spesifik berupa batuk, bersin, gangguan *transport mukosilier* dan fagositosis oleh *makrofag*. Otot polos di sekitar jalan napas dapat terangsang sehingga menimbulkan penyempitan (13). Berbagai debu industri seperti debu yang berasal dari pembakaran arang batu, semen, keramik, besi, penghancuran logam dan batu, asbes dan silika

dengan ukuran 3-10 μ akan ditimbun di paru. Efek yang lama dari paparan ini menyebabkan paralysis cilia, hipersekresi, dan hipertrofi kelenjar mucus. Keadaan ini menyebabkan saluran napas rentan terhadap infeksi dan timbul gejala batuk menahun yang produktif (6).

Kesimpulan

Berbagai debu yang dihasilkan pada perbaikan ruangan antara lain : debu pasir, semen, kapur, kayu, dan debu yang bercampur cat. Debu tersebut dihasilkan dari berbagai proses pekerjaan yaitu mengampelas dinding, pembongkaran keramik, pemotongan kayu, penghalusan serat kayu, menggerinda, penyampuran dan pengadukan bahan cor, dan pembersihan ruangan. Adapun hasil penilaian risiko menunjukkan bahwa sebanyak 3 jenis pekerjaan berisiko tinggi (nilai > 12 – 25), 3 jenis pekerjaan berisiko sedang (nilai > 5 – 12) dan 1 jenis pekerjaan berisiko rendah (nilai 1 – 5).

Saran

Pengadaan pengendalian terhadap faktor debu pada perbaikan ruangan perlu dilakukan, baik oleh kontraktor maupun pihak pengelola gedung, sehingga dapat meminimalisir tingkat risiko yang di alami pekerja kontraktor maupun pekerja lain disekitarnya.

Daftar Pustaka

1. Depertemen Tenaga Kerja R.I. Surat Edaran Menteri Pekerja No. 01 Tahun 1997 Tentang Nilai Ambang Batas Faktor Kimia di Lingkungan Kerja. Jakarta : Depnaker, 1997.
2. Siswanto A. *Penyakit paru kerja*. Balai Hiperkes dan Keselamatan Kerja Jawa Timur : Depnaker, 1991.
3. Prasetya S, Paskarini I. Factors Associated with Respiratory Complaints on Spinning Labor in PT. Lotus Indah Textile. Keselamatan, Kesehatan, dan Lingkungan Kerja. 2013 Mar 12;1(1).
4. Atmaja, aditya dkk. Identifikasi kadar debu di lingkungan kerja dan keluhan subjektif pernafasan tenaga kerja bagian finish mill. Jurnal kesehatan masyarakat. 2007; 3:161-172.
5. Depertemen Tenaga Kerja R.I. *Undang-Undang No. 01 Tahun 1970 Tentang Keselamatan Kerja*. Jakarta : Depnaker, 1970.
6. Yunus F. *Diagnosa penyakit paru kerja*. Cermin dunia kedokteran. 1997; 70 : 18-23.
7. Diandini R, Roestam AW, Yunus F. Pengaruh pekerjaan dengan pajanan debu silika terhadap risiko tuberkulosis paru. Majalah kedokteran Indonesia. 2009 September; 59(9): 412-417.
8. Khairiah, Ashar T, Santi DN. Analisis konsentrasi debu dan keluhan kesehatan pada masyarakat di sekitar pabrik semen di desa kuala indah kecamatan sei suka kabupaten batu bara. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. 2012.
9. Meo SA. Chest radiological findings in Pakistani cement factory workers. Saudi medical journal. 2003; 3: 287-290.
10. Tistogondo J. Renovasi rumah tinggal sederhana sebagai pemenuhan kebutuhan konsumen pada perumahan di Kabupaten Sidoarjo. 2004 Februari; 4(1):35-41.
11. Harrington JM, Gill FS. *Kesehatan kerja*. Jakarta : EGC, 2003.
12. Aditama TY, Giri PS. *Polusi udara dan kesehatan paru*. Majalah kesehatan masyarakat Indonesia. 1996; XXIV(3).
13. Djojodibroto D. *Kesehatan kerja di perusahaan*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama, 1999.

Panduan Penulisan

(*Author Guidelines*)

1. Untuk memenuhi standar penulisan jurnal, naskah yang dikirim sekurang-kurangnya memuat; judul, abstrak, pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, kesimpulan, dan daftar pustaka
2. Judul menggambarkan secara jelas substansi penelitian/kajian dan maksimal terdiri dari 20 kata dengan font Arial ukuran 16
3. Abstrak merupakan ringkasan penelitian untuk memberikan gambaran singkat topik yang dibahas secara cepat. Abstrak ditulis dengan menggunakan Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Abstrak maksimal terdiri dari 250 kata untuk masing-masing Bahasa, dengan maksimal kata kunci 10 kata.
4. Naskah ditulis dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Jumlah karakter yang diperkenankan minimal 4000 kata dan maksimal 7000 kata.
5. Naskah disusun pada layout kertas A4 (21.0 x 29.7 cm) format 2 (dua) kolom (bolak-balik). Format margin 2 cm pada sisi kanan, atas, bawah dan 3 cm pada sisi kiri.
6. Huruf yang digunakan Arial ukuran 10 point dengan paragraf 1 spasi.
7. Nomor dan judul tabel ditulis di sisi kiri atas tabel. Nomor dan judul gambar ditulis di sisi kiri di bawah gambar. Sumber gambar dicantumkan langsung pada bagian belakang judul gambar
8. Penulisan Daftar pustaka memakai menggunakan metode *Vancouver Style* dan diwajibkan untuk menggunakan aplikasi sitasi standar (Zotero, Mendeley, Endnote, dsb)

ETIKA PUBLIKASI

Publication Ethics and Malpractice Statement

Journal of Health Science and Prevention adalah jurnal nasional bermitra bestari yang diterbitkan dua kali setahun dalam bentuk online oleh Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya, Jawa Timur Indonesia. Pernyataan ini menjelaskan perilaku etis seluruh pihak yang terlibat dalam penerbitan artikel dalam JHSP, termasuk penulis, dewan penyunting, mitra bestari, dan penerbit. Pernyataan ini didasarkan pada COPE's Best Practice Guidelines for Journal Editors.

Pedoman Etik Penerbitan

Penerbitan artikel dalam JHSP merupakan sebuah blok bangunan penting dalam perkembangan suatu jejaring pengetahuan yang koheren dan dihormati. Hal ini merupakan cerminan langsung dari kualitas kerja para penulis dan lembaga-lembaga yang mendukung mereka. Artikel yang direview mendukung dan mengandung metode ilmiah. Karena itu, penting untuk menyetujui standar-standar perilaku etis yang diharapkan untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penerbitan, yaitu: penulis, penyunting jurnal, mitra bestari, penerbit, dan masyarakat.

UIN Sunan Ampel Surabaya sebagai penerbit JHSP bertanggungjawab mengawal seluruh tahap penerbitan secara sungguh sungguh dan mengakui tanggungjawab etik dan tanggungjawab lainnya. Lembaga selain berkomitmen untuk memastikan bahwa iklan cetak ulang dan pendapatan komersial lainnya tidak memiliki dampak atau pengaruh terhadap keputusan editorial, juga berkomitmen untuk membantu komunikasi dengan pengelola jurnal dan/atau penerbit yang lain jika dipandang berguna dan diperlukan.

Keputusan Penerbitan

Penyunting JHSP bertanggungjawab memutuskan mana dari artikel yang diserahkan harus diterbitkan. Validasi karya tersebut dan arti pentingnya bagi peneliti dan pembaca harus selalu mendorong keputusan tersebut. Para penyunting dapat dipandu oleh kebijakan dewan penyunting jurnal dan dibatasi oleh ketentuan hukum sebagaimana yang harus ditegakkan menyangkut pencemaran nama baik, pelanggaran hak cipta, dan penjiplakan (*plagiarism*). Penyunting dapat berunding dengan penyunting yang lain atau tim penilai dalam membuat keputusan ini.

Perlakuan yang Adil

Penyunting selalu menilai naskah berdasarkan kandungan intelektualnya tanpa membedakan ras, gender, orientasi seksual, keyakinan agama, asal usul etnik, kewarganegaraan atau filsafat politik para penulis.

Kerahasiaan

Para penyunting dan staf penyunting tidak boleh mengungkapkan informasi apapun mengenai naskah yang diserahkan kepada orang lain selain penulis, penyunting ahli, mitra bestari, dan penerbit.

Pemberitahuan dan Konflik Kepentingan

Bahan-bahan yang tidak diterbitkan yang diungkap dalam naskah yang diserahkan tidak boleh digunakan dalam riset penyunting sendiri tanpa persetujuan tertulis yang jelas dari penulis.

Kontribusi kepada Keputusan Editorial

Penilaian mitra bestari membantu penyunting dalam membuat keputusan editorial dan melalui komunikasi editorial dengan penulis bisa juga membantu penulis menyempurnakan tulisannya.

Kecepatan

Setiap penilai yang dipilih yang merasa tidak memenuhi kualifikasi untuk menilai penelitian yang dilaporkan dalam suatu naskah atau mengetahui bahwa ulasan cepatnya akan tidak mungkin harus memberitahu kepada penyunting dan membebaskan dirinya dari proses penilaian.

Kerahasiaan

Setiap naskah yang diterima untuk dinilai harus diperlakukan sebagai dokumen rahasia. Dokumen itu tidak boleh ditunjukkan atau dibahas dengan orang lain kecuali diberi wewenang oleh penyunting.

Standar Objektivitas

Penilaian harus dilakukan secara objektif. Kritik bersifat pribadi terhadap penulis tidak dibenarkan. Penilai harus menyatakan pandangan mereka secara jelas dengan argumen yang mendukung.

Pengakuan Sumber

Penilai harus mengidentifikasi karya yang diterbitkan yang relevan yang tidak dikutip oleh penulis. Setiap pernyataan bahwa suatu observasi, derivasi, atau argumen telah dilaporkan sebelumnya harus disertai dengan kutipan yang relevan. Seorang penilai juga harus meminta penyunting untuk memperhatikan kemiripan atau tumpang tindih antara naskah yang dinilai dan tulisan lainnya yang telah diterbitkan.

Pemberitahuan dan Konflik Kepentingan

Informasi atau pendapat rahasia yang diperoleh melalui penilaian mitra bestari harus disimpan rahasia dan tidak boleh digunakan untuk kepentingan pribadi. Para penilai tidak boleh menimbang naskah di mana mereka memiliki konflik kepentingan yang berasal dari hubungan atau koneksi yang bersifat persaingan, kerja sama, atau lainnya dengan penulis manapun, perusahaan, atau lembaga yang terkait dengan tulisan.

Standar Pelaporan

Penulis harus menyajikan laporan yang akurat dari karya yang dibuat dan pembahasan yang objektif tentang signifikansinya. Data pokok harus direpresentasikan secara akurat dalam tulisan. Sebuah tulisan harus mencakup detail dan referensi yang cukup untuk memungkinkan orang lain mengulangi karya itu. Pernyataan-pernyataan curang atau yang dengan sengaja tidak akurat merupakan perilaku yang tidak etis dan tidak dapat diterima.

Orisinalitas dan Penjiplakan

Para penulis harus memastikan bahwa mereka telah menulis karya yang seluruhnya asli, dan bahwa mereka telah mengutip dengan benar jika menggunakan karya dan/atau kata-kata orang lain.

Penerbitan Ganda, Pengulangan atau Berbarengan

Seorang penulis secara umum tidak boleh menerbitkan naskah yang secara esensial menjelaskan penelitian yang sama dalam lebih dari satu jurnal atau penerbitan utama. Menyerahkan naskah yang sama kepada lebih dari satu jurnal secara bersamaan merupakan perilaku tidak etis dan tidak dapat diterima.

Pengakuan Sumber

Pengakuan wajar terhadap karya orang lain harus selalu diberikan. Para penulis harus mengutip publikasi yang berpengaruh dalam menentukan sifat dari karya yang dilaporkan.

Kepengarangan Tulisan

Kepengarangan harus dibatasi kepada mereka yang memberikan sumbangan penting kepada konsepsi, desain, eksekusi atau penafsiran kajian yang dilaporkan. Seluruh orang yang memberikan sumbangan penting harus dicantumkan sebagai penulis bersama (*co-authors*). Jika terdapat orang lain yang ikut serta dalam aspek-aspek penting tertentu dari proyek penelitian, mereka harus diakui atau dicantumkan sebagai penyumbang (*contributors*). Penulis yang tepat harus memastikan bahwa seluruh penulis bersama yang tepat dimasukkan dalam tulisan, dan bahwa seluruh penulis bersama telah melihat dan menyetujui versi akhir dari tulisan dan telah menyepakati penyerahannya untuk penerbitan.

Pemberitahuan dan Konflik Kepentingan

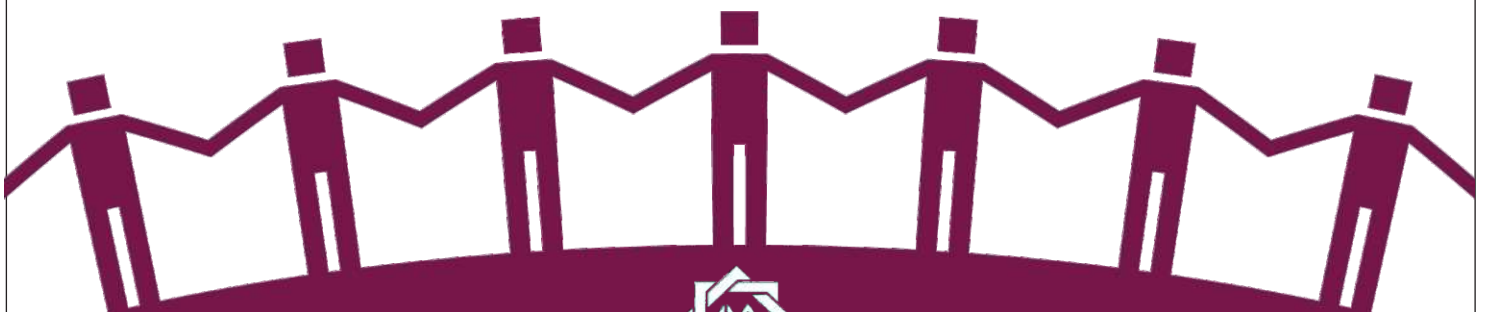
Seluruh penulis harus memberitahukan dalam naskah mereka setiap konflik keuangan atau konflik substantif lainnya yang mungkin diduga mempengaruhi hasil atau penafsiran naskah mereka. Seluruh dukungan keuangan untuk proyek harus diberitahukan.

Kesalahan mendasar dalam karya-karya yang diterbitkan

Jika seorang penulis menemukan kesalahan atau ketidakakuratan yang berarti dalam karya publikasinya, menjadi kewajiban penulis untuk segera memberitahu editor atau penerbit jurnal dan bekerja sama dengan penyunting untuk menarik kembali atau membetulkan tulisan.

Author Free of Charge

Para penulis tidak diwajibkan membayar, baik untuk submit, pengolahan, atau publikasi artikel.



Konsorsium Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri Sunan Ampel
Jl, Jendral A. Yani No 117, Surabaya - Jawa Timur
email: jhsp.uinsa@gmail.com

