



# POTRET KESEHATAN PEREMPUAN DI AREA PERKEBUNAN KELAPA SAWIT

Dr. ANNISA NURRACHMAWATI, SKM, M.KES

Dr. IKE ANGGRAENI G, SKM, M.KES

RIZA HAYATI IFROH, SKM, M.KM

RENY NOVIANTI, SKM, MKES

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa:

Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).

Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/ atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/ atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

# **POTRET KESEHATAN PEREMPUAN DI AREA PERKEBUNAN KELAPA SAWIT**

**Dr. Annisa Nurrachmawati, SKM, M.KES**

**Dr. Ike Anggraeni G, SKM, M.KES**

**Riza Hayati Ifroh, SKM, M.KM**

**Reny Novianti, SKM, MKES**

# **POTRET KESEHATAN PEREMPUAN DI AREA PERKEBUNAN KELAPA SAWIT**

**Edisi Pertama**  
Copyright @ 2022

**ISBN 978-623-377-424-6**

15,5 x 23 cm  
86 h.  
cetakan ke-1, 2022

## **Penulis**

Dr. Annisa Nurrachmawati, SKM, M.KES  
Dr. Ike Anggraeni G, SKM, M.KES  
Riza Hayati Ifroh, SKM, M.KM  
Reny Novianti, SKM, MKES

## **Penerbit**

### **Madza Media**

Anggota IKAPI: No.273/JTI/2021  
Kantor 1: Jl. Pahlawan, Simbatan, Kanor, Bojonegoro  
Kantor 2: Jl. Bantaran Indah Blok H Dalam 4a Kota Malang  
redaksi@madzamedia.co.id  
www.madzamedia.co.id

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi dengan cara apapun,  
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotocopy tanpa izin sah  
dari penerbit.

# KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kepada Allah Yang Maha Kuasa, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, buku berjudul Potret Kesehatan Perempuan di Area Perkebunan Kelapa Sawit dapat diselesaikan dengan baik. Dalam penyelesaian buku ini diucapkan terima kasih kepada Islamic Development Bank (IDB) yang telah mendanai penelitian yang hasilnya disajikan dalam buku ini. Apresiasi juga disampaikan kepada unsur pimpinan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unmul atas izin penelitian dan dukungan lainnya. Terima kasih disampaikan pula kepada PT Tritunggal Sentra Buana yang telah memberikan izin untuk pengambilan data kualitas hidup dan status kesehatan perempuan yang menetap di area perkebunan kelapa sawit.

Tim penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan demi perbaikan. Akhirnya tim peneliti berharap semoga buku yang telah diselesaikan ini bermanfaat bagi kita semua, terutama untuk perbaikan status kesehatan perempuan di area perkebunan kelapa sawit.

Tim Penulis FKM Unmul

Ketua

Dr. Annisa Nurrachmawati, SKM, M.Kes.

NIP.197902112005012002

# DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>i</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>ii</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>iv</b>
<b>Bab I Pendahuluan</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian.....	4
<b>Bab 2 Tinjauan Pustaka</b> .....	<b>6</b>
A. Kualitas Hidup (Health Related Quality of Life).....	6
B. Dampak Aktivitas Perkebunan Sawit Terhadap Kualitas Hidup, Kerawanan Pangan dan Kesenjangan Gender Pada Perempuan.....	9
C. Kerangka Teori .....	13
<b>Bab 3 Metode Penelitian</b> .....	<b>16</b>
A. Rancangan Penelitian .....	16
B. Pengambilan Sampel.....	17
C. Analisis Data.....	20
<b>Bab 4 Hasil dan Pembahasan Penelitian</b> .....	<b>21</b>
A. Karakteristik Responden .....	21
B. Gambaran Kualitas Hidup.....	22

C. Hubungan Status Pekerjaan Terhadap Kualitas Hidup Perempuan.....	28
D. Kondisi Kerawanan Pangan dan Keragaman Konsumsi Pangan Tingkat Keluarga di Area Perkebunan Kelapa Sawit.....	32
E. Gambaran Keluhan Fisik pada Perempuan Pekerja.....	46
F. Relasi Gender dalam Institusi Keluarga dan Pekerjaan pada Perempuan di Perkebunan Sawit.....	51
G. Persepsi dan Upaya Koping Perempuan terhadap Kualitas Hidup.....	56
<b>Bab 5 Kesimpulan dan Saran .....</b>	<b>62</b>
<b>Lampiran.....</b>	<b>65</b>
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>68</b>

# DAFTAR TABEL

Tabel 1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi.....	21
Tabel 2	Gambaran Kualitas Hidup Perempuan Berdasarkan Empat Domain WHOQOL .....	23
Tabel 3	Domain Kesehatan Fisik Berdasarkan Indikator WHOQOL.....	23
Tabel 4	Domain Kesehatan Psikologis Berdasarkan Indikator WHOQOL.....	25
Tabel 5	Domain Kesehatan Psikologis Berdasarkan Indikator WHOQOL.....	26
Tabel 6	Domain Kesehatan Lingkungan Berdasarkan Indikator WHOQOL.....	27
Tabel 7	Nilai Rerata Peringkat pada Tiap Domain Kualitas Hidup Perempuan.....	28
Tabel 8	Hasil uji beda skor kualitas hidup .....	30
Tabel 9	Domain Kesehatan Lingkungan Berdasarkan Indikator WHOQOL.....	31
Tabel 10	Kebiasaan Konsumsi Sumber Protein Hewani dan olahannya.....	34
Tabel 11	Tabel Kebiasaan Konsumsi Sumber Protein Nabati dan olahannya.....	36
Tabel 12	Kebiasaan Konsumsi Sayuran .....	38



Tabel 13	Kebiasaan Konsumsi Buah-buahan .....	41
Tabel 14	Tabel Kebiasaan Konsumsi Makanan Cepat Saji .....	42
Tabel 15	Kebiasaan Konsumsi Minuman .....	44
Tabel 16	Pengeluaran Pangan, Status Ketahanan Pangan, dan Status Gizi.....	45
Tabel 17	Relasi Gender Intrahousehold.....	52



### A. Latar Belakang

Area perkebunan sawit yang terus berkembang pesat menjadi komoditi unggulan di Kalimantan Timur. Luas areal kelapa sawit pada tahun 2010 sebesar 563.561 Ha dan kini tahun 2016 mencapai 1.150.078 Ha (Dinas Perkebunan Provinsi Kalimantan Timur, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa sektor tersebut esensial bagi daerah karena menjadi sumber penyediaan bahan baku energi serta menopang perekonomian. Kontribusi perkebunan kelapa sawit yang tinggi terhadap sektor ekonomi yang tinggi ini, di sisi lain menimbulkan dampak bagi lingkungan dan sosial budaya (Obidzinski, Andriani, Komarudin, & Andrianto, 2012).

Kontribusi perkebunan kelapa sawit yang tinggi terhadap sektor ekonomi yang tinggi ini berbanding terbalik terhadap kerusakan yang ditimbulkannya. Hasil studi mengemukakan bahwa sebagian pemangku kepentingan, karyawan, petani, dan rumah tangga mengalami kenaikan pendapatan yang signifikan, namun dampak tersebut tidak dirasakan merata oleh seluruh masyarakat (Obidzinski, Andriani, Komarudin, & Andrianto, 2012).

Beberapa studi menunjukkan bahwa perkebunan kelapa sawit telah menyebabkan beberapa dampak, di antaranya dampak eksternal sekunder yang signifikan seperti pencemaran air, erosi tanah, dan polusi udara (Clay, 2004; Darma & Widyaliza, 2015; Rosenberg, 1999; Sargeant, 2001). Konsekuensi polusi udara dalam bentuk kabut selain efek medis, juga diperkirakan menyebabkan: hilangnya keanekaragaman hayati, mengurangi cadangan karbon hutan, penutup tanah dan bahan organik, meningkatkan emisi gas rumah kaca, dan dalam jangka panjang, meningkatnya pemanasan global dan kenaikan permukaan air laut. (Sargeant, 2001)

Meskipun telah banyak studi yang berfokus pada dampak bagi lingkungan dan sosial budaya tetapi belum banyak studi yang berfokus pada kesehatan perempuan yang bekerja atau yang ikut tinggal di area perkebunan kelapa sawit. Perkebunan kelapa sawit memang identik dengan pekerja laki-laki tetapi pekerja perempuan juga cukup banyak perannya di area perkebunan. *LSM Indonesia's Sawit Watch Association* (2016) memperkirakan bahwa jumlah pekerja penanam kelapa sawit di Indonesia pada tahun 2016 melebihi 10 juta. Dari jumlah tersebut, 70 persen diperkerjakan sebagai buruh harian, di mana sebagian besar pekerja lepas tersebut adalah perempuan yang sebagian besar ditugasi untuk melakukan pemupukan dan penyemprotan pestisida. Perempuan pekerja lepas menerima upah yang lebih rendah, bekerja tanpa keselamatan dan perlindungan kesehatan yang memadai, harus menyediakan alat kerja mereka sendiri dan tidak mendapatkan cuti haid. Perempuan pekerja lepas menerima upah yang lebih rendah, bekerja tanpa keselamatan dan

perlindungan kesehatan yang memadai, harus menyediakan alat kerja mereka sendiri dan tidak mendapatkan cuti haid.

Studi Mohamadpour (2012) sebagian menunjukkan sebagian besar perempuan pekerja di perkebunan sawit mengalami permasalahan dari berbagai faktor fisik dan sosial yang berhubungan tidak langsung dengan status kesehatan dan status gizinya. Studi di Indonesia serta India menunjukkan terjadi peningkatan kekerasan dalam rumah tangga, perilaku minum alkohol pada suami, peningkatan prostitusi, peningkatan risiko penyebaran penyakit menular seksual serta HIV/AIDS dan komunikasi yang buruk dengan pasangan merupakan pengalaman umum yang dianggap oleh perempuan sebagai faktor yang menyebabkan kualitas hubungan perkawinan buruk (Down To Earth, 2014; D'Souza, Karkada, Somayaji, et al., 2013). Hal-hal tersebut mengindikasikan bahwa terjadi permasalahan kualitas hidup utamanya terkait kesehatan pada perempuan sebagai dampak dari perkebunan yang dipengaruhi oleh efek majemuk dari berbagai faktor fisik dan sosial.

Di Indonesia masih belum banyak dijumpai studi sejenis yang menilai status kesehatan perempuan di area perkebunan kelapa sawit. Oleh sebab itu penelitian ini penting dilakukan mengingat mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan, meningkatkan gizi termasuk ke dalam penjabaran tujuan kedua dari *Sustainable Development Goals (SDG's)*, sedangkan kesetaraan gender merupakan tujuan kelima dari SDG's. Hal tersebut menunjukkan perlunya studi mengenai dua hal tersebut yang menjadi fokus pembangunan baik nasional maupun global.

Selain obyek studi yang termasuk ke dalam tujuan SDG's, penelitian ini strategis pula untuk dilaksanakan karena selaras dengan peta jalan penelitian Universitas Mulawarman Kalimantan Timur terutama pada bidang unggulan budaya dan informasi yaitu kesetaraan dan harmonisasi hidup di lingkungan tropis dengan tema/ topik unggulan hubungan manusia dan lingkungan. Hasil dari riset ini potensial dalam memberikan basis bukti bagaimana hubungan signifikan antara lingkungan alam dengan manusia khususnya, bagaimana kondisi serta adaptasi manusia terhadap perubahan lingkungan. Selain itu temuan dari studi ini dapat menjadi jembatan (*bridge*) dan memberikan petunjuk untuk pengembangan ilmu selanjutnya.

Berdasarkan uraian tersebut itu diperlukan kajian lebih dalam untuk memperoleh data baik secara statistik yang valid dan akurat maupun kedalaman informasi yang diperoleh dari metode kualitatif sehingga dapat memberikan informasi yang detail untuk menggambarkan dengan komprehensif status kesehatan perempuan yang tinggal di area perkebunan kelapa sawit khususnya pada perempuan usia produktif di Kabupaten Kutai Kartanegara.

## **B. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi status kesehatan pada perempuan di area perkebunan kelapa sawit dalam rangka menunjang adaptasi manusia dengan lingkungan. Adapun tujuan khusus dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi kualitas hidup perempuan di area perkebunan kelapa sawit
2. Mengukur secara rinci status gizi perempuan yang tinggal di area perkebunan kelapa sawit, serta keragaman pangan
3. Mengeksplorasi persepsi perempuan mengenai relasi gender dalam rumah tangga dan pekerjaan.

### A. Kualitas Hidup (Health Related Quality of Life)

Kualitas hidup dapat diartikan secara subjektif tergantung pada persepsi individu mengenai kesejahteraannya dan kualitas lebih dari sekedar mengenai dimensi kesehatan, lebih multidimensional meliputi antara lain partisipasi dalam kehidupan sosial, dan baik dalam sosial ekonominya (Bowling, 2014). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai pencapaian mereka dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai masyarakat di mana individu tersebut tinggal, serta hubungan antara pencapaian tersebut dengan tujuan, harapan, standar juga hal-hal yang penting dalam hidup. Kualitas hidup ini merupakan konsep yang luas dengan banyak faktor yang mempengaruhi meliputi status kesehatan fisiologis, status kesehatan mental, relasi sosial, hingga faktor internal individu dan hubungannya dengan kondisi lingkungan tertentu (World Health Organisation., 1997).

Menurut Azuwardi (2014), kualitas hidup menjadi standar individu dalam kehidupan berdasarkan budaya dan sistem nilai hidup. Sedangkan menurut Putri (2015), kualitas hidup adalah konsep individu dalam nilai kepuasan, kebermaknaan, dan



kesejahteraan hidup. Selain itu, kualitas hidup menjadi evaluasi secara subjektif dan objektif terhadap nilai hidup yang dianut.

Kualitas hidup yang buruk atau baik memiliki dampak dalam kehidupan individu. Dampak dari kualitas hidup yang buruk itu dapat berupa frustrasi, kecemasan, rasa putus asa menjalani aktivitas. Individu dengan kualitas hidup yang baik membuat seseorang akan lebih percaya diri, bahagia, dan bersyukur atas kehidupannya dan optimis untuk masa depan yang lebih baik.

Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) telah membentuk suatu alat ukur untuk kualitas hidup individu yaitu WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). Instrumen ini telah diteliti pada 15 negara yang berbeda budaya, norma, dan adat istiadat. Maka seluruh hal yang berkaitan dengan etik pada setiap kelompok dapat diatasi perbedaannya (Hakim et al., 2019).

Pada instrumen tersebut, kualitas hidup memiliki beberapa dimensi, dalam Azuwardi (2014) terdapat 4 dimensi yang meliputi:

1. Dimensi kesehatan fisik, dimensi ini sangat mempengaruhi kondisi individu dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Di mana setiap kegiatan yang dilakukan dapat memberikan pelajaran dan pengalaman baru dalam kehidupan. Pengalaman ini akan menjadi pelajaran bagi individu dalam menjalankan kehidupan. Cakupan dimensi ini adalah aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit, dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, dan kapasitas kerja.

2. Dimensi Psikologis, berkaitan dengan kondisi kesehatan mental individu. Dimensi ini berkaitan dengan kemampuan individu dalam menghadapi berbagai tuntutan, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar. Selain itu dimensi psikologis berkaitan dengan kondisi fisik, apabila fisik individu dalam kondisi baik maka dapat melakukan aktivitas positif yang mempengaruhi kesehatan mental. Cakupan dimensi psikologis meliputi konsentrasi, memori, belajar, berpikir, spiritualitas, harga diri, perasaan positif maupun negatif, serta citra tubuh dan penampilan.
3. Dimensi hubungan sosial, merupakan hubungan antara dua individu yang saling mempengaruhi, mengubah, dan memperbaiki tingkah laku. Di mana setiap manusia adalah makhluk sosial sehingga dalam menjalankan aktivitas sehari-hari diperlukan hubungan dengan manusia lainnya. Hubungan sosial ini berkaitan dengan relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

Dimensi lingkungan, suatu kualitas hidup akan berhubungan dengan kondisi lingkungan di mana individu tinggal. Terdapat beberapa cakupan dalam dimensi ini yaitu keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan kegiatan sehari-hari, termasuk sarana dan prasarana yang tersedia untuk menunjang kehidupan. Selain itu terdapat beberapa hal juga yang berkaitan dengan dimensi lingkungan yaitu sumber pendapatan, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi, partisipasi, kebisingan, iklim, serta transportasi

WHOQOL terdiri dari 100 pertanyaan serta sudah diterjemahkan dalam berbagai bahasa. Namun sebagai bentuk singkat, WHO menyusun WHOQOL-24 yang merupakan versi singkat sehingga responden tidak memerlukan waktu yang lama dalam mengisi instrumen ini. Adapun 24 pertanyaan ini mencakup 4 aspek kualitas hidup, yaitu kesehatan fisik yang terdiri dari 7 pertanyaan, aspek psikologis yang terdiri dari 6 pertanyaan, aspek hubungan sosial yang terdiri dari 3 pertanyaan, dan aspek lingkungan terdiri dari 8 pertanyaan. WHOQOL-24 menambahkan dua pertanyaan yang menggambarkan 2 aspek yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan secara umum (Hakim et al., 2019).

Persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai individu tinggal. Kehidupan antara individu yang tinggal di kota/wilayah satu dengan yang lain bergantung pada konteks budaya, sistem, dan berbagai kondisi yang berlaku pada wilayah tersebut. Kualitas hidup bervariasi antara individu yang tinggal di kota/wilayah satu dengan yang lain bergantung pada konteks budaya, sistem, berbagai kondisi yang berlaku pada wilayah tersebut. Selain itu kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu.

## **B. Dampak Aktivitas Perkebunan Sawit Terhadap Kualitas Hidup, Kerawanan Pangan dan Kesetaraan Gender Pada Perempuan**

Keterlibatan pekerja perempuan di sektor perkebunan telah memiliki akar sejarah cukup panjang di Indonesia. Perempuan

lebih dahulu terlibat dalam pekerjaan di perkebunan teh. Sumbangsih keterlibatan ini cukup tinggi terhadap perekonomian. Studi Kalyanaratne (2014), menyatakan dengan peningkatan kesehatan dan produktivitas, pekerja perempuan berpotensi mampu berkontribusi 15-20% dalam investasi dalam industri teh. Hal tersebut menunjukkan baik tenaga kerja laki-laki dan perempuan merupakan aset penting yang harus ditingkatkan produktivitas dan efisiensi kerjanya dalam lingkungan relasi kerja gender yang produktif dan adil.

Dampak ekspansi industri berbasis lahan dan ekstraktif dialami secara berbeda oleh perempuan daripada laki-laki. Perempuan sering menanggung beban industri yang lebih berat karena adanya ekspansi tanpa menikmati potensi keuntungan. Dampak negatif perubahan lingkungan, ketersediaan lapangan kerja formal bagi anggota masyarakat, pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM) dan menyebabkan kemiskinan dan ketidakadilan. Isu-isu ini dapat menimbulkan dampak yang berbeda pada laki-laki dan perempuan, yang disebut dampak gender. Hal ini dapat terjadi di berbagai industri, termasuk perkebunan sawit (Sarku, 2016).

Pembangunan di seluruh bidang ditujukan mencapai kesejahteraan bagi seluruh warga negara, juga mencapai kesetaraan dan keadilan gender. Kemitrasejajaran laki-laki dan perempuan mencakup kebersamaan dalam berbagi pekerjaan rumah tangga, pengawasan sumber daya dan kekuasaan, pengambilan keputusan keluarga terhadap penggunaan sumber daya dan hasilnya, kesempatan memperoleh pekerjaan yang

dibayar, partisipasi politik, dan berbagi upah yang lebih adil (Hubeis, 2010). Pemenuhan tujuan ini menghadapi sejumlah kendala seperti masih ditemui berbagai ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender di berbagai sektor, termasuk di sektor perkebunan.

Adanya sistem pembagian kerja di bidang perkebunan sawit, melanggengkan hubungan gender yang berbasis patriarki yang sudah lama berlangsung di masyarakat Indonesia hal ini turut memperburuk ketidaksetaraan yang ada. Selain itu, perempuan yang bertindak sebagai kepala rumah tangga mungkin tidak menerima atau menjalani prosedur yang lebih rumit untuk menerima pembayaran jika mereka tidak memiliki perwakilan laki-laki ( Marcoes, 2015). Hal ini juga ditemukan pada studi Li (2015) di perkebunan sawit Kalimantan Barat, di mana ekspansi kelapa sawit mengancam untuk mengusir perempuan lokal dari tanah mereka, tempat mereka menanam tanaman pangan. Pekerjaan dan kontribusi perempuan terhadap produksi kelapa sawit sebagian besar tidak diakui. Ketika mereka berada, perempuan terwakili secara berlebihan dalam kategori 'pekerja lepas', dengan hak terbatas untuk kondisi kerja yang layak.

Dalam studi mereka tentang dimensi gender pada ekspansi perkebunan kelapa sawit di lima komunitas di Kalimantan Timur, Elmhirst et al. (2015) menemukan bahwa jika terdapat kegiatan sosialisasi atau pertemuan antara masyarakat dengan pihak perusahaan kelapa sawit, sejalan dengan kebiasaan lokal setiap rumah tangga cenderung mengirim wakil, biasanya yang hadir adalah kepala keluarga yaitu suami jika perempuan turut hadir,

mereka diharapkan lebih tenang, hanya berperan sebagai pendengar. Hal ini membuat hilangnya kesempatan perempuan memperoleh kompensasi yang didapat dari penjualan tanah dan penentuan tanah yang akan disewakan kepada perusahaan, serta dari keanggotaan kelompok petani kecil, dan distribusi manfaat dari panen dan penjualan kelapa sawit.

Selain permasalahan terkait gender, perempuan dari rumah tangga pekerja atau yang tinggal di area perkebunan kelapa sawit juga rentan mengalami masalah terkait kerawanan pangan. Studi Mohammadpour (2012) di perkebunan sawit Malaysia menemukan bahwa 24.9% keluarga pekerja perkebunan sawit mengalami kerawanan pangan tingkat keluarga, 19.5% perempuan mengalami kerawanan pangan tingkat individu, dan 40.8% anak dari keluarga pekerja perkebunan sawit mengalami kelaparan.

Solusi atas berbagai masalah ketidakadilan gender tersebut diperlukan adanya upaya pemberdayaan perempuan. Sara H. Longwee (dalam Marwanti dan Astuti, 2012) menyebutkan “Kerangka Pemampuan Perempuan” untuk pemberdayaan perempuan mencakup tiga hal: (1) *capacity building* bermakna membangun kemampuan perempuan; (2) *cultural change* yaitu perubahan budaya yang memihak kepada perempuan; (3) *adjustment* adalah penyesuaian struktural yang memihak perempuan.

Pemberdayaan perempuan merupakan proses kesadaran dan pembentukan kapasitas (*capacity building*) terhadap partisipasi yang lebih besar untuk memiliki kekuasaan dan pengawasan

dalam pembuatan keputusan. Pemberdayaan perempuan ternyata berperan penting terhadap kelangsungan hidup keluarga, baik berkenaan dengan pembinaan moral anak, maupun pemenuhan kebutuhan ekonomi keluarga (Tjiptaningsih, 2017).

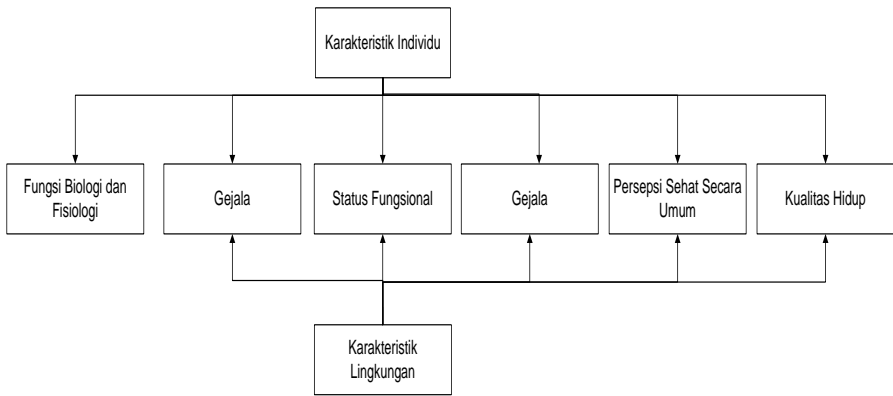
### C. Kerangka Teori

Persentase perempuan yang mengalami masalah kesehatan akibat perubahan lingkungan lebih besar dibanding laki-laki yaitu 91 persen dibanding 85 persen (*The Energy and Resource Institute (TERI)*, 2006). Berdasar hal tersebut menjadi penting untuk mengeksplorasi serta menganalisis pengaruh faktor lingkungan tersebut terhadap kualitas hidup. Eksplorasi mengenai hal tersebut pada penelitian ini mengacu pada model kualitas hidup dari Wilson dan Clearly (1995).

Model ini dibuat untuk menjelaskan hubungan antara variabel kesehatan dengan kualitas hidup. Model ini menjelaskan hubungan kausal antara lima tipe variabel hasil pengukuran yang berbeda. Variabel pertama adalah biologi dan fisiologis pengukuran termasuk dalam variabel ini adalah hasil pemeriksaan laboratorium dan tes fisik. Variabel kedua adalah status kesehatan individu berdasar kumpulan gejala yang dirasakan baik fisik dan psikologis. Variabel ketiga adalah variabel status fungsional yaitu meliputi kemampuan individu menjalankan fungsi-fungsi tertentu.

Variabel keempat persepsi individu mengenai kondisi kesehatannya secara umum melalui pembobotan dan penilaian individu terhadap gejala dan fungsi. Keempat variabel ini beserta

variabel karakteristik individu dan karakteristik lingkungan mempengaruhi kualitas hidup (Sousa & Kwok, 2006).



Gambar 2. 1 Model of Quality of Life

Sumber : (Wilson & Cleary, 1995)

Model ini dibuat untuk menjelaskan hubungan antara variabel kesehatan dengan kualitas hidup. Model ini menjelaskan hubungan kausal antara lima tipe variabel hasil pengukuran yang berbeda. Variabel pertama adalah biologi dan fisiologis pengukuran termasuk dalam variabel ini adalah hasil pemeriksaan laboratorium dan tes fisik. Variabel kedua adalah status kesehatan individu berdasar kumpulan gejala yang dirasakan baik fisik dan psikologis. Variabel ketiga adalah variabel status fungsional yaitu meliputi kemampuan individu menjalankan fungsi-fungsi tertentu.

Variabel keempat persepsi individu mengenai kondisi kesehatannya secara umum melalui pembobotan dan penilaian individu terhadap gejala dan fungsi. Keempat variabel ini beserta



variabel karakteristik individu dan karakteristik lingkungan mempengaruhi kualitas hidup (Sousa & Kwok, 2006).

### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *mixed method* yaitu metode yang berfokus pada pengumpulan, analisis, dan pencampuran data kuantitatif dan kualitatif dalam satu studi atau rangkaian studi. Premis utamanya adalah bahwa penggunaan pendekatan kuantitatif dan kualitatif, dalam kombinasi, memberikan pemahaman yang lebih baik tentang masalah penelitian daripada pendekatan keduanya saja (Creswell, 2014). Selanjutnya desain *explanatory sequential* digunakan sebagai pendekatan dari *mixed method*. Metode ini berdasar pada latar belakang kuantitatif yang kuat pada tahap pertama kemudian menggunakan hasilnya untuk merencanakan (atau membangun ke) fase kualitatif kedua. Hasil kuantitatif biasanya menginformasikan jenis informan untuk dipilih secara purposif untuk fase kualitatif dan jenis pertanyaan yang akan diajukan informan. Tujuan keseluruhan dari desain ini adalah agar data kualitatif membantu menjelaskan secara lebih rinci hasil kuantitatif awal. Penelitian ini akan dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut

**Tahap 1.** Mengurus perizinan serta pertemuan dengan *stakeholder* utama di Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara bidang Kesehatan Ibu, puskesmas, tokoh masyarakat, tokoh agama setempat dan kepala desa.

**Tahap 2.** Memilih sampel selanjutnya melakukan dilakukan pengukuran status gizi, *dietary intake*, kesehatan reproduksi dan kesehatan keluarga

**Tahap 3.** Melakukan analisa data, selanjutnya memilih responden dengan kriteria yang merepresentasikan responden yang berbeda-beda karakteristiknya.

**Tahap 4.** melakukan pengambilan data melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara dengan informan terpilih untuk mengetahui upaya *koping* perempuan terhadap masalah kesehatan reproduksi dan gizi.

**Tahap 5.** Melakukan triangulasi data untuk mengkonfirmasi hasil wawancara Informan dalam tahap ini adalah bidan desa serta tokoh masyarakat yang ada.

**Tahap 6.** Melakukan analisa data serta interpretasi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi implikasi penelitian

## **B. Pengambilan Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah perempuan usia produktif (15-49 tahun) yang tinggal di desa Kabupaten Kutai Kartanegara yang terpilih dalam penelitian. Pemilihan sampel dibatasi dengan kriteria yang ditetapkan oleh peneliti. Kriteria inklusi: (1) Perempuan berusia 15-49 tahun merupakan pekerja di perkebunan sawit atau berasal dari rumah tangga pekerja sawit;

(2) Berada di lokasi studi saat wawancara dilakukan; (3) Dapat berkomunikasi dengan baik.

Pada penelitian ini perhitungan besar sampel dilakukan untuk mengetahui apakah besar sampel yang digunakan telah memenuhi kecukupan minimal sampel yang harus diambil. Untuk itu digunakan rumus besar sampel uji hipotesis beda dua proporsi (Lemeshow, Hosmer Jr, Klar, & Lwanga, 1993).

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 + P_2)^2}$$
$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

Keterangan:

$Z_{1-\alpha/2}$ : Tingkat kepercayaan, dalam penelitian ini adalah 95% (1,96)

$Z_{1-\beta}$ : Kekuatan uji, dalam penelitian ini adalah 80% (0,84)

$P_1$ : Proporsi kelompok terpapar yang memiliki kualitas hidup yang buruk (0.43)

$P_2$ : Proporsi kelompok tidak terpapar yang memiliki kualitas hidup yang buruk (0.65)

P: Proporsi rata-rata pada dua kelompok

Sumber  $P_1$  dan  $p_2$  (D'Souza, Karkada, & Somayaji, 2013)

Selanjutnya dihitung besar sampel berdasarkan beberapa hasil penelitian terdahulu. Dari hasil perhitungan pada diperoleh bahwa jumlah sampel minimal yang harus diambil adalah yang memberikan perhitungan besar sampel paling besar, yaitu sejumlah 128.

Pengambilan sampel dilakukan secara purposif. Seluruh sampel akan diukur status gizinya melalui pengukuran *body mass index*, dan *food frequency*.

Setelah dilakukan pengumpulan data secara kuantitatif dilanjutkan pengumpulan data kualitatif. Metode kualitatif pada penelitian ini menggunakan desain fenomenologi, suatu desain yang menginterpretasikan aktivitas-aktivitas individu dalam praktik sosial di kehidupan sehari-hari, serta berusaha menjelaskan makna dari fenomena-fenomena.

Informan untuk fase kualitatif ini dipilih secara purposif berdasar hasil analisa data pada fase kuantitatif dengan sejumlah kriteria yaitu merepresentasikan kelompok yang berbeda-beda karakteristiknya, memiliki hasil skoring yang ekstrem, memiliki skor rendah atau tinggi pada indikator yang signifikan. Penetapan jumlah informan dilakukan setelah mencapai saturasi, yaitu tidak diperoleh informasi baru dari informan. Pengumpulan data dilakukan melalui FGD dan atau wawancara mendalam untuk melakukan analisa kesehatan reproduksi perempuan dan kesehatan keluarga yaitu dengan mengidentifikasi permasalahan gizi dan kesehatan reproduksi yang disebabkan karena adanya perbedaan-perbedaan peran serta hubungan sosial antara perempuan dan laki-laki dalam konteks peran di rumah tangga dan di aktivitas terkait perkebunan sawit.

Untuk memperoleh pemahaman yang lengkap dan meningkatkan validitas data dilakukan triangulasi melalui wawancara mendalam dengan bidan Puskesmas, dan tokoh masyarakat. Analisa data pada desain fenomenologi fokus pada

mendeskripsikan dan menganalisis teks-teks, menghasilkan interpretasi terhadap konteks. Data hasil wawancara kemudian dianalisis menggunakan metode analisis tematik untuk mengidentifikasi pengalaman, makna dan realita serta menganalisis wacana yang mempengaruhi semua hal tersebut ke dalam tema-tema (Creswell, 2014).

### **C. Analisis Data**

Proses analisis data dilakukan setelah pengambilan data selesai dilakukan. Analisis data dilakukan dengan bantuan program komputer yang meliputi:

#### **1. Analisis Univariat**

Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik responden dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase serta untuk variabel penelitian dalam bentuk data numerik.

#### **2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat bertujuan untuk menganalisis perbedaan skor kualitas hidup antara perempuan yang bekerja dan yang tidak bekerja yang tinggal di perkebunan sawit.

# BAB 4 | HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

## A. Karakteristik Responden

Analisis univariat digunakan untuk melihat karakteristik responden atau memberikan gambaran frekuensi pada setiap variabel penelitian. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

*Tabel 1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi*

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah (n=128)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Suku		
Bugis	102	79,9
Mandar	15	11,7
Lainnya	11	8,4
Agama		
Islam	127	99,2
Kristen	1	0,8

Pekerjaan		
Buruh Sawit	58	45,3
Tidak bekerja	47	36,7
Buruh lainnya	18	14,1
Karyawan swasta	3	2,3
Lainnya	2	1,6
Sumber Air Bersih		
Sumur Gali/Bor	61	47,7
Mata air	64	50,0
Bendungan	3	2,3

## B. Gambaran Kualitas Hidup

Kualitas hidup memiliki empat domain yang didasari menurut WHOQOL-BREF yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Secara lebih rincinya, dapat ditampilkan sebagai berikut:



*Tabel 2 Gambaran Kualitas Hidup Perempuan Berdasarkan Empat Domain WHOQOL*

<b>Variabel</b>	<b>Rata-Rata Skor</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>SD</b>	<b>Rata-Rata Hasil Transformasi</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Domain Kesehatan Fisik	15,8	9	20	1,9	71,2	31	100
Domain Kesehatan Psikologis	15,2	9	19	2,2	67,9	31	94
Domain Hubungan Sosial	16,1	12	20	2,1	73,8	50	100
Domain Kesehatan Lingkungan	14,4	10	18	1,9	63,8	38	88

Domain kesehatan fisik dan psikologis memiliki nilai rata-rata skor yang hampir sama yaitu masing-masing dengan rata-rata sebesar 15,8 dan 15,2, namun bila melihat rata-rata hasil transformasi, pada domain kesehatan fisik sebesar 71,2 sedangkan domain kesehatan psikologis sebesar 67,9. Namun domain hubungan sosial menjadi domain yang tertinggi dibandingkan dengan lainnya yaitu sebesar 73,8, sedangkan yang terendah berada pada domain kesehatan lingkungan (63,8).

*Tabel 3 Domain Kesehatan Fisik Berdasarkan Indikator WHOQOL*

<b>Variabel (1)</b>	<b>Rata-Rata Skor (2)</b>	<b>SD (3)</b>
<b>Domain Kesehatan Fisik</b>		
Seberapa jauh rasa sakit mencegah aktivitas	4,2	.923
Seberapa sering membutuhkan terapi medis	4,77	.693
apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari	3,53	.922
Seberapa baik kemampuan dalam bergaul	4,10	.686
Seberapa puas dengan tidur anda	3,45	.987
Seberapa puas dengan kemampuan untuk menampilkan aktivitas kehidupan sehari-hari	3,74	.756
Seberapa puas dengan kemampuan bekerja	3,87	.725

Tabel 4 Domain Kesehatan Psikologis Berdasarkan Indikator WHOQOL

Variabel (1)	Rata-rata Skor (2)	SD (3)
<b>Domain Kesehatan Psikologis</b>		
Seberapa jauh menikmati hidup	3.62	.785
Seberapa jauh merasa hidup berarti	3.80	.814
Seberapa jauh mampu berkonsentrasi	3.77	.758
Menerima penampilan tubuh	3.45	1.026
Puas anda terhadap diri	3.87	.817
Seberapa sering memiliki perasaan negatif	4.34	.808

Pada domain fisik kualitas hidup cukup baik, meski untuk poin penilaian terhadap vitalitas yang cukup untuk menjalankan aktivitas sehari-hari rata-rata skornya rendah (3.53) dan juga mengaku kurang puas dengan kualitas tidur mereka (3.45). Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam konteks budaya, sistem nilai di mana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan lainnya yang terkait. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan di mana mereka berada (World Health Organization, 2012). Kesehatan mental (*mental health*) terkait dengan kondisi jiwa dan perilaku yang sehat. *Kesehatan*

*mental* tersebut juga terkait dengan *mental hygiene* yang mendukung tubuh menjadi sehat (*healthy life*). jika kondisi tersebut telah dimiliki oleh seseorang, maka akan tercipta kualitas hidup yang baik (*quality of life*).

Tabel 5 Domain Kesehatan Psikologis Berdasarkan Indikator WHOQOL

Variabel (1)	Rata-Rata Skor (2)	SD (3)
<b>Domain Kesehatan Psikologis</b>		
Seberapa jauh menikmati hidup	3.62	.785
Seberapa jauh merasa hidup berarti	3.80	.814
Seberapa jauh mampu berkonsentrasi	3.77	.758
Menerima penampilan tubuh	3.45	1.026
Puas anda terhadap diri	3.87	.817
Seberapa sering memiliki perasaan negatif	4.34	.808

Kualitas hidup dapat diartikan secara subjektif tergantung pada persepsi individu mengenai kesejahteraannya dan kualitas lebih dari sekedar mengenai dimensi kesehatan, lebih multidimensional meliputi antara lain partisipasi dalam kehidupan sosial, dan baik dalam sosial ekonominya (Bowling, 2014)

Tabel 6 Domain Kesehatan Lingkungan Berdasarkan Indikator WHOQOL

<b>Domain Hubungan Sosial</b>		
<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>
Seberapa puas dengan hubungan sosial/personal	4.00	.640
Seberapa puas dengan kehidupan seksual	4.05	.735
Seberapa puas terhadap kesehatan	3.52	.832
<b>Domain Kesehatan Lingkungan</b>		
Seberapa aman yang dirasakan sehari-hari	3.97	.904
Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal	3.71	.700
Memiliki cukup uang	3.55	.963
Seberapa jauh ketersediaan informasi	3.59	.856
Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk senang	2.16	.959
Seberapa puas dengan kondisi tempat tinggal	4.02	.747
Seberapa puas dengan akses ke pelayanan kesehatan	3.97	.763

### C. Hubungan Status Pekerjaan Terhadap Kualitas Hidup Perempuan

Terdapat nilai rerata peringkat pada masing-masing domain kualitas hidup pada perempuan, yaitu dapat dilihat sebagai berikut:

*Tabel 7 Nilai Rerata Peringkat pada Tiap Domain Kualitas Hidup Perempuan*

	<b>Pekerjaan</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sum of Ranks</b>
Domain 1	Tidak Bekerja	46	57.55	2647.50
	Bekerja	82	68.40	5608.50
	Total	128		
Domain 2	Tidak Bekerja	46	52.62	2420.50
	Bekerja	82	71.16	5835.50
	Total	128		
Domain 3	Tidak Bekerja	46	62.62	2880.50
	Bekerja	82	65.55	5375.50
	Total	128		
Domain 4	Tidak Bekerja	46	59.54	2739.00
	Bekerja	82	67.28	5517.00
	Total	128		

Dari tabel 7 didapatkan hasil secara keseluruhan pada masing-masing domain kualitas hidup pada perempuan yang

tidak bekerja memiliki rerata peringkat yang lebih rendah daripada rerata peringkat pada perempuan yang bekerja. Pada domain kesehatan fisik (domain 1) rerata peringkat pada perempuan bekerja (68,40) lebih tinggi daripada yang tidak bekerja (57,55). Sama halnya dengan domain psikologis (domain 2) rerata yang tidak bekerja lebih rendah peringkatnya (52,62) daripada yang bekerja yaitu 71,16).

Demikian pada domain lainnya yaitu domain hubungan sosial, di antara yang tidak bekerja dengan yang bekerja memiliki nilai rerata peringkat yang hampir sama, yaitu masing-masing berskor 62,62 dan 65,55. Sedangkan pada domain lingkungan (domain 4) rerata peringkatnya lebih besar ditemukan pada perempuan yang bekerja (67,28) dibandingkan dengan yang tidak bekerja (59,54). bahwa pada domain 1 atau domain kesehatan fisik berdasarkan kelompok perempuan yang tidak bekerja rerata peringkatnya (57,55) lebih rendah daripada kelompok perempuan yang bekerja (68,40).

Tabel 8 Hasil uji beda skor kualitas hidup

Variable	Mean score			Min	Max	P value
	Working Women	Housewives	Both			
Domain physical health	68,40	57,55	71,2	31	100	0.105
Domain psychological health	71,16	52,62	67,9	31	94	0.006
Domain social wellbeing	65,55	62,62	73,8	50	100	0.661
Domain environmental health	67,28	59,54	63,8	38	88	0.251

Hasil analisis menunjukkan bahwa rerata kualitas hidup wanita bekerja lebih tinggi dibandingkan dengan ibu rumah tangga khususnya pada domain 2 atau domain kesehatan psikologis (0,006), sedangkan pada domain lainnya tidak terdapat perbedaan rata-rata yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Penting untuk menggambarkan kualitas hidup perempuan karena bekerja dan tinggal di perkebunan kelapa sawit di daerah terpencil mempengaruhi kehidupan perempuan. Berbagai penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa pengangguran memiliki efek



negatif pada kualitas hidup secara umum, dan oleh karena itu pekerjaan diyakini sebagai salah satu faktor paling efektif pada kualitas hidup (Extremera & Rey, 2014; Pattani, Constantinovici, & Williams, 2004) . Diperkuat dengan studi dari Barahmand & N, (2013) yang menunjukkan wanita yang bekerja melaporkan keintiman yang lebih besar, penyesuaian, kepuasan perkawinan dan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan perempuan yang tidak bekerja. Perempuan yang bekerja harus menghadapi berbagai keadaan yang membuat mereka lebih kuat dan memungkinkan mereka untuk mengelola kondisi pahit dengan cara yang lebih baik. Studi Arshad & Gull, (2015) menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara perempuan yang bekerja dan yang tidak bekerja dalam hal kesejahteraan positif mereka.

Kualitas hidup dapat diartikan secara subjektif tergantung pada persepsi individu mengenai kesejahteraannya dan kualitas lebih dari sekedar mengenai dimensi kesehatan, lebih multidimensional meliputi antara lain partisipasi dalam kehidupan sosial, dan baik dalam sosial ekonominya (Bowling, 2014)

*Tabel 9 Domain Kesehatan Lingkungan Berdasarkan Indikator WHOQOL*

<b>Domain Hubungan Sosial</b>		
<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>
Seberapa puas dengan hubungan sosial/personal	4.00	.640
Seberapa puas dengan kehidupan seksual	4.05	.735
Seberapa puas terhadap kesehatan	3.52	.832

<b>Domain Kesehatan Lingkungan</b>		
Seberapa aman yang dirasakan sehari-hari	3.97	.904
Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal	3.71	.700
Memiliki cukup uang	3.55	.963
Seberapa jauh ketersediaan informasi	3.59	.856
Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk senang	2.16	.959
Seberapa puas dengan kondisi tempat tinggal	4.02	.747
Seberapa puas dengan akses ke pelayanan kesehatan	3.97	.763
Seberapa puas dengan transportasi yang dijalani	3.88	.819

#### **D. Kondisi Kerawanan Pangan dan Keragaman Konsumsi Pangan Tingkat Keluarga di Area Perkebunan Kelapa Sawit**

Penting untuk mengetahui keragaman konsumsi pangan tingkat rumah tangga untuk melengkapi penilaian status gizi dan kerawanan pangan. Konsumsi pangan yang beragam diperlukan agar tercapai gizi seimbang dan pemenuhan kebutuhan zat gizi makro dan mikro.

Protein adalah makronutrien yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang besar. Protein terdiri dari sejumlah asam amino yang

diperlukan agar tubuh berfungsi dengan baik. Asam amino dapat dikelompokkan menjadi dua jenis utama, yakni asam amino esensial dan asam amino nonesensial. Disebut sebagai asam amino nonesensial karena dapat dibuat sendiri oleh tubuh. Sebaliknya, asam amino esensial adalah asam amino yang tidak diproduksi sendiri oleh tubuh dan harus didapat dari makanan. Ada pula kelompok asam amino yang disebut asam amino kondisional, yaitu jenis asam amino yang diperlukan di waktu-waktu tertentu saja, seperti ketika sedang sakit atau sedang stres.

Tabel 10 Kebiasaan Konsumsi Sumber Protein Hewani dan olahannya

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Daging Ayam tanpa kulit	50	100	100	180	120	76	5	0	631	4.92
Ayam dengan kulit	0	50	25	120	90	69	1	0	355	2.77
Hati ayam	0	0	25	135	70	63	6	0	299	2.33
Telur ayam	1100	750	850	195	130	15	0	0	3040	23.75
Daging sapi	0	25	0	0	10	24	43	0	102	0.79
Ikan Segar	2650	1025	450	165	30	2	0	0	4322	33.76
Ikan asin	0	200	175	360	240	45	4	0	1024	8

Pada penilaian bahan pangan sumber protein yang biasa dikonsumsi rumah tangga di area perkebunan sawit diketahui sumber protein paling banyak berasal dari ikan segar (rata-rata 33.76) dengan frekuensi makan >1x per hari kemudian didapatkan dari telur ayam (skor 23.75), namun telur bebek merupakan jenis sumber hewani yang paling sedikit dikonsumsi oleh perempuan pekerja (rata-rata 0.19).

Perlu diperhatikan adalah frekuensi mengonsumsi ikan asin yang terlalu sering. Ikan asin terdapat banyak sekali garam. Hal ini berarti, jika kita sering atau terlalu banyak makan garam, maka kita juga akan mengonsumsi natrium dalam jumlah yang tinggi. Hal ini akan membuat tubuh mengalami peningkatan tekanan darah dengan signifikan sehingga membuat risiko hipertensi meningkat.

Tabel 11 Tabel Kebiasaan Konsumsi Sumber Protein Nabati dan olahannya

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Kacang hijau	0	50	125	195	170	62	9	0	611	4.77
kacang merah	0	0	100	90	50	36	12	0	288	2.25
Kacang tanah	50	100	150	165	210	61	9	0	745	5.82
Tahu	450	350	850	525	140	15	0	0	2330	18.20
Tempe	450	300	875	600	140	13	1	0	2379	18.58

Tabel di atas memberikan informasi bahwa, sumber protein nabati yang paling banyak dikonsumsi oleh perempuan pekerja ialah berasal dari tempe dengan nilai rata-rata sebesar 18.58, selain itu mereka juga lebih sering mengonsumsi tahu yaitu dengan rata-rata 18.20, sedangkan sumber protein nabati yang paling sedikit dikonsumsi oleh responden ialah kacang merah (rata-rata 2.25).

Untuk pemenuhan vitamin dan mineral didapatkan dari konsumsi sayuran hijau yang paling dominan dikonsumsi adalah bayam dengan rata-rata 17.48 yang dikonsumsi 4-6 kali per minggu, untuk sayuran lainnya yang paling banyak dikonsumsi adalah tomat dengan skor 29.89 yang dikonsumsi >1x per hari. Serta sayur labu siam menjadi salah satu jenis sayuran yang paling sedikit dikonsumsi oleh responden (rata-rata 6.09) dengan frekuensi konsumsi 2-3x per minggu.

Tabel 12 Kebiasaan Konsumsi Sayuran

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Bayam	450	500	600	450	220	16	2	0	2238	17.48
Buncis	0	175	150	405	250	41	3	0	1024	8
Daun singkong	50	75	200	270	130	50	6	0	781	6.10
Kol	100	150	300	525	210	40	5	0	1330	10.39
Ketimun	200	150	200	345	240	46	1	0	1182	9.23
Kangkung	200	375	425	450	310	25	0	0	1785	13.94
Kacang panjang	100	50	175	480	290	37	3	0	1135	8.86
Labu siam	100	100	75	315	150	31	9	0	780	6.09
Sawi hijau	100	225	275	300	230	38	2	0	1170	9.14
Sawi putih	50	100	100	165	110	34	11	0	570	4.45



Terong	250	550	425	585	210	19	0	0	2039	15.92
Tomat	1950	1125	450	210	90	2	0	0	3827	29.89
Wortel	250	325	425	570	270	21	0	0	1861	14.53

Buah yang paling banyak dikonsumsi oleh responden adalah pepaya (rata-rata 7.57) dengan frekuensi 2-3 kali per minggu, serta pisang juga menjadi salah satu buah yang paling banyak dikonsumsi yaitu dengan rata-rata skor sebesar 6.90, dan yang paling sedikit dikonsumsi ditemukan pada buah apel yang dilihat dari nilai rata-rata skor 2,64 dengan frekuensi konsumsi hanya 1x per minggu.

Tabel 13 Kebiasaan Konsumsi Buah-buahan

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Apel	0	25	25	75	120	81	13	0	339	2.64
Jeruk	0	50	125	225	250	65	3	0	718	5.60
Mangga	50	75	50	75	160	77	12	0	499	3.89
Pepaya	0	100	200	315	300	52	3	0	970	7.57
Pisang	100	125	275	195	130	49	10	0	884	6.90
Semangka	100	25	225	120	210	67	7	0	754	5.89

Semua buah mengandung nutrisi yang diperlukan tubuh. Nutrisi yang terkandung di dalamnya membuat manfaat buah untuk kesehatan tidak diragukan lagi. Kandungan nutrisinya menjaga tubuh tetap sehat, juga melindungi tubuh dari kerusakan akibat zat kimia yang masuk dan menyebabkan gangguan Kesehatan.

Tabel 14 Tabel Kebiasaan Konsumsi Makanan Cepat Saji

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Ayam goreng tepung (KFC, dan merek lainnya)	0	0	25	105	80	53	16	0	279	2.17
Burger	0	0	0	15	20	32	18	0	85	0.66
Kentang goreng siap saji	0	25	0	15	60	41	16	0	157	1.22
Mie instan/Pop mie	300	375	500	510	190	26	0	0	1901	14.85

Diketahui pula dari tabel 10, bahwa makanan cepat saji seperti mi instan/*pop mie* (rata-rata skor 14.85) merupakan jenis makanan cepat saji paling banyak dikonsumsi bila dibandingkan lainnya dengan frekuensi 2-3 kali per minggu, sedangkan yang paling rendah atau sedikit dikonsumsi ialah burger dengan nilai rata-rata skor 0.66 yang dikonsumsi sebanyak 2-3x per minggu.

Sementara minuman yang paling banyak dikonsumsi adalah teh (rata-rata skor 21.61) dengan frekuensi 1 kali per hari. Teh merupakan bahan makanan yang sebaiknya tidak dikonsumsi dalam frekuensi sering. Teh mengandung zat tanin yang dapat menghambat penyerapan zat besi, sementara pekerja wanita merupakan kelompok usia subur yang memerlukan kecukupan zat besi untuk mencegah terjadinya anemia zat besi. Sedangkan kopi merupakan minuman yang paling sedikit dikonsumsi dengan frekuensi 1 kali per minggu.

Tabel 15 Kebiasaan Konsumsi Minuman

Bahan Makanan	Frekuensi konsumsi								Jumlah	Rata2
	>1x per hari	1x per hari	4-6x per mgg	2-3x per mgg	1x per mgg	1-3x per bulan	1x per tahun	Tidak pernah		
Sirup	0	200	125	315	130	50	7	0	827	6.46
Minuman Bersoda (Coca coal, fanta, dst)	0	25	25	120	110	51	5	0	336	2.6
Teh	700	1575	175	195	110	12	0	0	2767	21.61
Kopi	50	0	0	30	110	0	0	0	190	1.48

Minuman yang mengandung tinggi kadar gula atau pemanis buatan seperti sirup dan soda banyak dikonsumsi per hari. Meski memiliki rasa yang menyegarkan dan sensasi menggelitik pada tenggorokan, faktanya minuman bersoda atau berkarbonasi bukanlah minuman yang baik untuk dikonsumsi setiap hari. Minuman bersoda umumnya mengandung pengawet, pewarna dan pemanis. Beberapa penelitian mengaitkan antara minuman bersoda dengan berbagai masalah kesehatan, seperti membahayakan ginjal dan meningkatkan risiko diabetes.

*Tabel 16 Pengeluaran Pangan, Status Ketahanan Pangan, dan Status Gizi*

Variabel	Jumlah (N)	Persentase (%)
<b>Proporsi Pengeluaran pangan</b>		
≤60%	105	82
>60%	23	18
<b>Status Ketahanan Pangan</b>		
Tahan Pangan	43	34.4
Rawan Pangan Tingkat Rumah Tangga	35	27.3
Rawan Pangan Tingkat Individu	38	29.7
Kelaparan Pada Anak	11	8.6
<b>Status Gizi Perempuan Usia Subur</b>		
BB kurang (<18,4)	4	3.1
BB lebih (>25)	55	43

Normal (18,5-24,9)	69	53.9
<b>Risiko KEK berdasar Lingkar lengan atas</b>		
> 23.5 cm	122	95.3
< 23.5 cm	6	4.7

Menurut Undang-Undang Nomor 7 tahun 1996 tentang pangan, ketahanan pangan adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan secara cukup, baik dari jumlah maupun mutunya, aman, merata dan terjangkau. Pendapatan menjadi faktor penting dalam menentukan pengeluaran rumah tangga, termasuk pola konsumsi pangan keluarga. Apabila pendapatan meningkat, pola konsumsi akan lebih beragam sehingga konsumsi pangan yang bernilai gizi tinggi juga akan meningkat (Yudaningrum, 2011).

#### **E. Gambaran Keluhan Fisik pada Perempuan Pekerja**

Pada dasarnya keracunan dapat terjadi terhadap tenaga kerja yang berkaitan dengan zat kimia pestisida. Petani perempuan dan buruh tani perempuan lainnya sering terpapar secara langsung saat bekerja sebagai pengguna pestisida atau secara tidak langsung saat panen, penanaman, dan penyiapan tanah. Mereka menghadapi risiko akumulasi paparan yang lebih besar, sebab selain terpapar langsung, mereka juga terpapar secara tidak langsung saat mencuci pakaian kerja, atau peralatan kerja yang digunakan oleh para suami yang terkena pestisida. Pada umumnya



perempuan pekerja perkebunan sawit mengeluhkan kelelahan fisik akibat beban kerja yang berat, seperti dinyatakan dalam kuotasi berikut.

“kalau gajinya ya lumayan, tapi kalau kerjanya yah berat sekali, kadang kalo capek itu sampai sesak nafas, jadi tetap kerja saja kan karena kita kan punya target sendiri-sendiri” (informan 2, 23 tahun)

Sebagai golongan yang rentan dari efek pestisida, perempuan pekerja sawit perlu mewaspadaai adanya gejala keracunan pestisida kronis. Berdasarkan hasil kuesioner yang mengukur gejala-gejala keracunan pestisida menurut persepsi responden, diketahui bahwa sebanyak 57 perempuan yang bekerja, terdapat beberapa keluhan fisik yang dirasakan selama bekerja di wilayah sawit dengan masa kerja yang berbeda-beda, keluhan terbesar adalah keluhan punggung ( 48%), terdapat 28% yang mengalami pandangan kabur dan yang keluhan yang paling sedikit dikeluhkan adalah nyeri di vagina (9%).

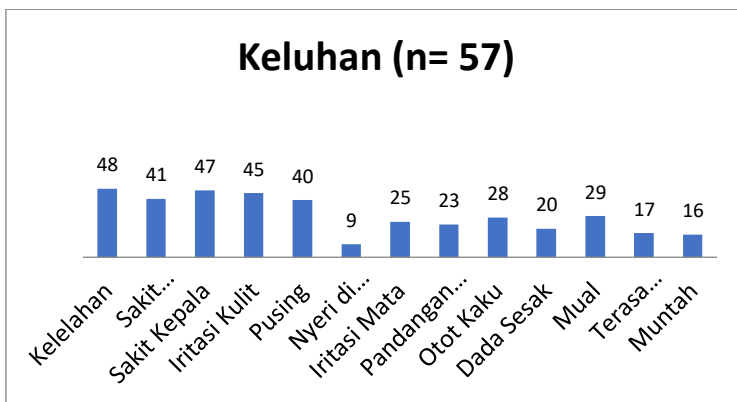


Diagram 1 Gejala-gejala keracunan pestisida

Keluhan nyeri punggung ataupun nyeri di anggota tubuh lain juga kelelahan sering dirasakan disebabkan pekerjaan fisik yang berat, seperti disampaikan pada kuotasi berikut.

*“pupuk kan berat digendong kadang 40 karung kadang 50, harus habis dalam sehari, kalau enda habis enda digaji”* (informan 2, 23 tahun).

Pemupukan, penyemprotan, garuk piringan dan kutipan *brondolan* adalah jenis pekerjaan perawatan kebun sawit yang dominan dikerjakan oleh buruh sawit perempuan. Kegiatan pemupukan dan penyemprotan adalah pekerjaan berisiko tinggi terhadap kesehatan maupun keselamatan karena dalam pekerjaan ini, terjadi kontak langsung antara pekerja dengan bahan kimia aktif. Sedangkan pekerjaan laki-laki sebagai ‘penggaruk piringan’ dan ‘pengutip *brondolan*’ berisiko terhadap keselamatan karena pekerja rentan tertusuk duri pelepah sawit dan gigitan ular berbisa. Berdasar hasil wawancara, pupuk yang digunakan berupa bubuk yang dilempar-lemparkan pekerja perempuan ke pohon sawit. Pupuk ini menimbulkan rasa gatal jika terkena kulit.

*“kan itu pupuk racun, gatal bikin kita gatal, kalau mupuk semua begitu, apalagi kalau hujan anu kayak disiram air panas, pedas rasanya kayak mana pupuknya itu kalau kena ke badan pas lagi hujan”* (informan tiga, 33 tahun)

Waktu perempuan bekerja menyemprot tidak boleh lebih dari 4 jam sehari, wajib menggunakan K3 yang lengkap dan adanya pembatasan jumlah kep (satuan alat semprot) maksimal hanya 8 kep sehari. Hasil studi yang menunjukkan gambaran

keluhan fisik pada perempuan pekerja perkebunan tidak dapat memastikan diagnosa keracunan pestisida sebab tidak melalui pemeriksaan *cholinesterase*. Meskipun demikian hasil pengalaman keluhan pekerja ini dapat digunakan untuk mewaspadaai terjadinya keracunan pestisida yang bersifat kronis.

Penyemprotan pestisida yang tidak memenuhi aturan akan mengakibatkan banyak dampak, di antaranya dampak kesehatan bagi manusia yaitu keracunan pada petani. Faktor yang berpengaruh dengan terjadinya keracunan pestisida adalah faktor dari dalam tubuh (internal) dan dari luar tubuh (eksternal). Faktor dari dalam tubuh antara lain umur, jenis kelamin, genetik, status gizi, kadar hemoglobin, tingkat pengetahuan dan status kesehatan. Sedangkan faktor dari luar tubuh mempunyai peranan yang besar. Faktor tersebut antara lain banyaknya jenis pestisida yang digunakan, jenis pestisida, dosis pestisida, frekuensi penyemprotan, masa kerja menjadi penyemprot, lama menyemprot, pemakaian alat pelindung diri, cara penanganan pestisida, kontak terakhir dengan pestisida, ketinggian tanaman, suhu lingkungan, waktu menyemprot dan tindakan terhadap arah angin (Achmadi, 2012).

Adanya kecenderungan perusahaan sawit menggunakan pestisida jenis herbisida untuk mengendalikan gulma maka tenaga kerja wanita sebagai penyemprot, adanya kecenderungan para penyemprot menggunakan pestisida secara terus menerus dengan frekuensi cukup tinggi bahkan tidak jarang kurang memperhatikan aturan pemakaiannya kontak secara terus menerus dengan frekuensi cukup tinggi dan kadang mereka

mengabaikan pemakaian alat pelindung diri (APD). Para pekerja perempuan bekerja tanpa dibekali APD dari perusahaan, beberapa membeli sendiri sarana yang menurut mereka dapat melindungi saat bekerja. Sebagaimana yang dinyatakan dalam kutasi berikut ini.

*“Peralatan kerja beli sendiri tapi dibeli potong gaji, kaos tangan beli sendiri, tempat mupuk dikasih satu pasang sekarang sekali satu tahun, sekali aja itu dikasihnya habis itu sisanya beli sendiri”* (informan 1, 26 tahun)

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam mendapati bahwa waktu penyemprotan yang dilakukan oleh responden adalah ditentukan oleh perusahaan yaitu 07.00-12.00 WITA. Waktu penyemprotan yang sesuai untuk menyemprotkan pestisida yang baik adalah pagi dan sore hari, karena melakukan aktivitas pada siang hari udara semakin panas maka suhu tubuh akan meningkat dan lubang pori-pori tubuh akan ranggang maka akan lebih mudah pestisida masuk ke dalam tubuh. Kontaminasi pestisida melalui kulit merupakan hal yang sering terjadi, meskipun tidak berakhir dengan keracunan pada umumnya responden tidak menyadari bahwa mereka sudah terkontaminasi pestisida, keracunan karena partikel pestisida atau butiran semprot terhisap melalui hidung.

Risiko keracunan pestisida dapat dihindari apa bila pengolahan pestisida pada masing-masing tahap kegiatan dilakukan dengan baik dan benar, dalam arti melakukan pengolahan pestisida dengan memperhatikan petunjuk dan aturan yang ada. Pestisida merupakan bahan beracun yang dapat

membahayakan manusia dan makhluk hidup lainnya, namun dapat di manfaatkan dengan aman. Oleh karena itu penting bagi para penyemprot untuk mengenal jenis dan bahan aktif pestisida serta cara pengelolaannya. kegiatan pengolahan pestisida meliputi : membeli, mengangkut, menyimpan, menggunakan pestisida, membersihkan dan merawat peralatan untuk menyemprot. Hasil penelitian sebelumnya oleh Teguh (2009) bahwa penanganan pestisida yang tidak benar mempunyai risiko terjadinya keracunan pestisida 2,44 kali dibandingkan dengan penanganan pestisida yang baik.

Demi menjaga kesehatan pekerjaanya, studi (Pradipta, 2017) menjelaskan bahwa dalam hal pemeliharaan kesehatan pekerja perempuan atau istri pekerja, perusahaan perkebunan kelapa sawit harus menjamin hak kesehatan para pekerja dengan menyediakan alat pelindung, dan yang terpenting memberikan jaminan sosial dan membantu keluarga pekerja dalam menjaga kesehatan.

#### **F. Relasi Gender dalam Institusi Keluarga dan Pekerjaan pada Perempuan di Perkebunan Sawit**

Keluarga merupakan institusi terkecil dari masyarakat dan negara, yang memiliki struktur sosial serta sistemnya sendiri. Realitas hubungan gender dalam institusi keluarga yang harus dikotomis, menyebabkan hubungan ketimpangan yang antara laki-laki dan perempuan. Dahulu dalam keluarga tradisional golongan menengah, pasangan suami-istri yang hidup dalam perkawinan seumur hidup mengasuh beberapa anak dengan

pembagian peran yang tegas: Sang ayah bekerja untuk mencari nafkah, sang ibu mengurus rumah tangga.

Konsep pola relasi tersebut mulai mengalami pergeseran sesuai dengan perubahan kondisi sosial masyarakat. Perkembangan ini untuk sebagian besar terkait dengan adanya tuntutan persamaan hak dan peran perempuan yang dipelopori oleh kaum feminis. Konstruksi pola relasi keluarga yang ideal pada saat ini adalah pola relasi keluarga yang berbasis pada kesetaraan dan keadilan gender (Mulia, 2011).

Studi ini ingin membahas lebih lanjut tentang pola relasi dalam institusi keluarga di area perkebunan sawit yang memiliki karakteristik berbeda dengan rumah tangga di area lainnya. Studi ini menunjukkan bahwa salah satu dukungan sosial yang diperoleh perempuan adalah hubungan gender yang relatif seimbang antara suami dan istri yang sama-sama bekerja di perkebunan kelapa sawit seperti yang terlihat dari 53,9% pekerjaan rumah tangga yang dilakukan bersama oleh suami dan istri, juga secara bersama-sama membuat keputusan tentang urusan pengeluaran yang mayor di rumah tangga (56,3%), pengasuhan anak (47,7%), dan pengambilan keputusan mengenai perawatan keluarga (77,3%).

*Tabel 17 Relasi Gender Intrahousehold*

<b>Variabel</b>	<b>n</b>	<b>Percentase (%)</b>
<b>Pekerjaan Domestik</b>		
Dikerjakan istri saja	59	46.1
Dikerjakan Bersama sama	69	53.9

<b>Pengambilan keputusan perawatan anak</b>		
istri	53	41.4
Bersama-sama	61	47.7
<b>Pengambilan keputusan jumlah anak</b>		
Istri saja	11	8.6
Suami saja	11	8.6
Bersama-sama	105	82
<b>Keputusan pembelian barang</b>		
Istri saja	48	37.5
Suami saja	8	6.3
Bersama sama	72	56.3
<b>Keputusan perawatan keluarga</b>		
Istri saja	22	17.2
Suami saja	7	5.5
Bersama-sama	99	77.3
<b>Mampu menolak hubungan seksual saat tidak menginginkan</b>		
Ya	77	60.2
Tidak	47	36.7
<b>Perlu minta izin meninggalkan area perkebunan</b>		
Perlu izin suami	120	93.8

Tidak perlu	7	5.5
-------------	---	-----

Hubungan gender *intrahousehold* yang seimbang memiliki efek positif pada kualitas hidup dan kesehatan, terutama bagi wanita (Holter, Svare, & Egeland, 2009). Individu dapat mengalami konflik antara pekerjaan dan peran domestik mereka karena waktu yang terbatas, tingkat stres yang tinggi, dan beban ganda. Sebaliknya dalam penelitian ini ditemukan bahwa hubungan gender dalam rumah tangga cukup seimbang terutama pada rumah tangga yang istrinya juga bekerja di perkebunan. Kondisi ideal untuk mencapai tujuan keluarga jika dalam keluarga dibangun di atas dasar hubungan gender yang setara dan adil, di mana suami dan istri sama-sama memiliki hak, kewajiban, peran dan peluang berdasarkan saling menghormati, menghargai dan membantu satu sama lain di berbagai sektor. Kehidupan. Perempuan pekerja sadar akan hak otonomi dan pengambilan keputusan yang memperkuat perilaku mereka dan memperkuat kepuasan mereka. Kondisi ini mengarah pada kualitas hidup yang baik.

Dukungan sosial sebagai mekanisme koping emosional memiliki kekuatan potensial untuk mempengaruhi kualitas hidup. Dukungan sosial dapat hadir dalam bentuk dukungan dan informasi emosional dan mental sementara itu dapat berwujud dan bersosialisasi. Studi Brummett et al., (2005) menunjukkan, dukungan sosial memainkan peran penting dalam kesehatan yang berkaitan dengan masalah jantung, dan akhirnya dalam kualitas hidup masyarakat. Studi ini menunjukkan bahwa perempuan



memiliki hubungan kekuasaan yang seimbang dalam rumah tangga. Ini semacam dukungan sosial yang diciptakan dan dimiliki oleh wanita pekerja di perkebunan ini.

Secara teori pola relasi yang telah terbentuk pada keluarga perkebunan sawit ini adalah relasi keluarga yang berbasis pada kesetaraan dan keadilan gender kemitraan gender (*gender partnership*) dalam keluarga. Menurut Herien, kemitraan gender dalam institusi keluarga terwujud dalam berbagai bentuk, antara lain, kerja sama secara setara dan berkeadilan antara suami dan istri serta anak-anak baik laki-laki maupun perempuan dalam melakukan semua fungsi keluarga melalui pembagian pekerjaan dan peran baik peran publik, domestik maupun sosial kemasyarakatan (Mansour Fakih, 2007).

Studi Kualitatif Mengungkap Relasi Gender dan Upaya Koping Perempuan Terkait Kualitas Hidup, Kerawanan Pangan dan Pekerjaan di Area Perkebunan Sawit

Pusat Penelitian Kehutanan Internasional (CIFOR) mengungkap peran sentral perempuan dalam sawit baik sebagai masyarakat terdampak akibat ekspansi sawit, dan sebagai pekerja atau informal. Begitu pula studi ini menemukan bahwa perempuan yang menetap di area perkebunan sawit memainkan peran yang kompleks baik selaku istri, ibu dan juga pekerja di perkebunan sawit baik berstatus sebagai buruh harian lepas, karyawan harian tetap yang bekerja langsung di perkebunan maupun di bagian administrasi di kantor pengelola perusahaan.

Uraian selanjutnya adalah hasil dari wawancara mendalam kepada 10 perempuan dan empat *Focus Group Discussion* (FGD)

pada dua kelompok ibu rumah tangga dan dua kelompok perempuan pekerja.

### **G. Persepsi dan Upaya Koping Perempuan terhadap Kualitas Hidup**

Salah satu dimensi kualitas hidup adalah persepsi terhadap kualitas lingkungan tempat tinggal. Seluruh pekerja di PT Tri Tunggal Buana ini mendapatkan fasilitas perumahan yang dikelompokkan sesuai tingkat pekerjaan mereka. Di mana perumahan pekerja/buruh berada di kompleks yang berbeda tetapi masih dalam satu area perusahaan. Dilengkapi dengan fasilitas umum seperti tempat ibadah yaitu satu masjid dan satu gereja, fasilitas pendidikan yaitu satu TK dan satu SD negeri dengan biaya pendidikan yang disesuaikan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat.

Pada penilaian ibu-ibu mengenai kondisi lingkungan tempat tinggal, ibu-ibu sudah merasa puas karena kebutuhan dasar telah terpenuhi. Berupa air bersih dan listrik mendapat subsidi dari perusahaan tetapi apabila ada kerusakan pernah terjadi mati listrik selama dua hari. Pengalaman kondisi tempat tinggal yang pernah di alami sebelum dikelola oleh perusahaan adalah listrik menyala hanya dari pukul 6 sore hingga pukul 6 pagi pada keesokan harinya, sehingga pada aktivitas rumah tangga di siang hari ibu-ibu tidak dapat memanfaatkan listrik. Untuk sertifikat atau surat rumah juga di urus oleh perusahaan, sehingga ibu-ibu peserta FGD merasa puas dengan kondisi tempat tinggal.

Menurut ibu-ibu lokasi di sekitar tinggal dianggap sudah mencerminkan lingkungan yang sehat. Hal ini dapat dilihat dari

keadaan lingkungan yang menurut mereka bersih dan selalu diadakan kerja bakti bersama setiap minggu yaitu setiap Jumat sore. Pembersihan dilakukan oleh masyarakat di pekarangan masing-masing tergantung warga. Pada tingkat desa terdapat jadwal rutin bersih-bersih setiap Jumat sore, ada pula ditunjuk pihak penanggung jawab kebersihannya. Biasanya, masyarakat akan difoto kondisi rumahnya, sebagai upaya *monitoring* dari perusahaan. Meskipun kebersihan yang terjaga ini bukan ditujukan semata mata untuk kesehatan masyarakat, tetapi lebih disebabkan lingkungan perumahan warga termasuk akses jalan yang sehari-hari dilewati oleh pimpinan perusahaan untuk mobilisasi dari tempat tinggal para pimpinan ke kantor perusahaan.

Pada aspek hubungan sosial, ibu-ibu berpendapat bahwa lingkungan sosial yang mereka tempati memiliki tingkat kekeluargaan tinggi dan sebisa mungkin menghindari perselisihan. Selain itu, masyarakat suka saling menolong contohnya bersih-bersih, mencarikan obat apabila ada anak tetangga yang sakit dan orang tuanya tidak memiliki obat. Ada juga yang menemani anak tetangga apabila orang tuanya tidak ada di rumah. Ada juga ibu yang suka berbagi, salah satunya berbagi makanan atau sayur. Menjaga hubungan dengan saling mengunjungi atau Silaturahmi selalu ada di wilayah tempat tinggal.

Meskipun demikian masih terdapat hal-hal yang dapat menurunkan kualitas hidup dari aspek lingkungan fisik seperti kesulitan untuk memperbesar atau memperluas rumah, selain itu

untuk pekarangan tergantung dari ibu-ibu sendiri bagaimana mempercantik kondisi lingkungan rumahnya. Terdapat pula ibu-ibu yang berpendapat bahwa kondisi tempat tinggal yang kadang berdebu dan jalanan tidak rata.

Upaya koping mereka adalah dengan bersyukur dan berusaha menyesuaikan pendapatan dengan kebutuhan untuk belanja sehari-hari. Ibu juga berpendapat bahwa penghasilan saat ini hanya pas untuk menutupi kebutuhan sehari-hari tanpa ada pengeluaran untuk rekreasi, karena ibu juga harus memenuhi kebutuhan anak sekolah.

Bentuk-bentuk kepuasan ibu terhadap diri sendiri adalah dengan tampil apa adanya tanpa dandanan yang mencolok atau sejenisnya. Saat diskusi berlangsung, terdapat beberapa ibu yang menceritakan bahwa cara untuk memuaskan diri sendiri dengan cara berbelanja keperluan khas perempuan seperti kosmetik dan pakaian tetapi tidak ada ibu peserta FGD yang merasa sangat puas dengan diri sendiri.

### **Persepsi dan Upaya Koping Perempuan terhadap Relasi Gender *Intrahousehold***

Hasil survei yang menunjukkan adanya relasi yang seimbang antara suami dan istri kembali ditunjukkan pada hasil wawancara mendalam dan FGD. Hasil survei telah dikonfirmasi melalui dua metode kualitatif tersebut.

Berdasar pengakuan para ibu dalam FGD mereka mengurus rumah melalui kerja sama dengan suami. Begitu pula untuk mengurus anak juga sering dilakukan kerja sama. Misalnya saat ibu menjemur pakaian, masak-masak, mencuci atau melakukan

aktivitas lainnya, peran suami untuk menjaga anak. Keputusan dalam pencarian pengobatan apabila ada anggota keluarga yang sakit adalah keputusan bersama suami dan istri. Sakit yang harus dirujuk adalah pada kondisi-kondisi serius contohnya stroke atau kecelakaan, kondisi ini yang dianggap serius oleh ibu rumah tangga. Intinya telah ada kesepakatan antara suami dan istri dalam melaksanakan tugas rumah tangga dan kesepakatan rumah tangga tersebut tidak statis tetapi diputuskan seiring dengan perjalanan waktu atau masa perkawinan.

Sebenarnya peneliti masih mendapati adanya beban ganda dalam relasi gender di rumah tangga perempuan pekerja sawit. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan FGD masih terlihat pola perempuan pergi bekerja di luar rumah setelah mengerjakan urusan domestik seperti menyiapkan sarapan dan mengurus anak berangkat sekolah. Terlihat dari informasi mengenai cara perempuan pekerja sawit mengelola waktu antara pekerjaan dengan mengurus rumah tangga. Diawali dengan ibu yang bangun lebih pagi (jam 3 subuh) dan mempersiapkan kebutuhan suami dan anak contohnya mencuci, memasak, mempersiapkan anak sekolah dan terkadang anak sekolah diantar oleh suami, dan melanjutkan memasak untuk makan malam saat sore hari sepulang bekerja meskipun demikian perempuan sendiri mengakui bahwa suami istri selalu saling membantu dalam pekerjaan rumah tangga.

“jam empat subuh, kan kita mau masak mau pergi kerja, cuci piring baru pergi ke kantor anu cek *lock*” (informan 1, 26 tahun)

Pada FGD juga diketahui bahwa permasalahan suami istri juga pasti dialami oleh ibu-ibu rumah tangga, tetapi mereka lebih memilih untuk segera menyelesaikan permasalahan supaya masalah tidak berlarut-larut menjadi perselisihan yang lebih panjang. Upaya yang dilakukan apabila ada hal-hal yang tidak memuaskan ibu adalah dengan sabar dan menerima segala kondisi diri.

### **Persepsi dan Upaya Koping Perempuan terhadap Kerawanan Pangan**

Umumnya ibu-ibu memiliki persepsi bahwa rumah tangga mereka baik-baik saja dari sisi kecukupan pangan. Kebutuhan makanan atau penyediaan bahan makanan, teknik pembagian makanannya dianggap cukup dan seperti biasa tanpa ada kendala. Ibu-ibu merasa tidak ada kendala dalam penyediaan makanan untuk keluarga. Contoh apabila tidak ada lauk ikan maka ibu-ibu sependapat untuk mengganti dengan telur, tempe atau tahu. Ada ibu yang menceritakan bahwa saat memasak beras dicukupkan untuk sehari sampai sore dan dicukupkan sesuai keinginan makan suami dan anak. Kondisi kerawanan pangan tersirat dari penurunan kualitas bahan pangan yang mampu dibeli oleh keluarga.

Kondisi kerawanan pangan sebenarnya tercermin dari munculnya hasil FGD yang menunjukkan persepsi ibu adalah pendapatan tinggi atau rendah keluarga akan tetap makan, meskipun dengan penyesuaian kuantitas bahan pangan, misalnya yang tadinya membeli bahan makanan lebih banyak tetapi sekarang menjadi berkurang menyesuaikan dengan pendapatan.

Salah seorang peserta FGD mencontohkan di keluarganya konsumsi lauk ayam atau ikan harus dikurangi, yang semula biasa membeli dua ikan sekarang membeli satu saja. Kondisi ini membuat para ibu terutama pendapat ibu bekerja membuat mereka merasa sengsara dengan kondisi keuangan sekarang. Harapan para ibu bekerja adalah perusahaan dapat kembali produktif dan mengembalikan perekonomian masyarakat di desa Saliki. Gaji yang dulunya tinggi sekarang menjadi lebih rendah. Keluhan ibu pekerja juga terkait kebutuhan anak sekolah, makan sehari-hari, dan kebutuhan hidup lain yang juga meningkat.

# BAB 5 | KESIMPULAN DAN SARAN

Mengenai kualitas hidup perempuan di antara 4 domain kualitas hidup, domain hubungan sosial memiliki nilai rata-rata tertinggi (73,8) dibandingkan dengan domain lain dan domain kesehatan lingkungan memiliki nilai rata-rata terendah (63,8). Hasil analisis menunjukkan bahwa kualitas rata-rata hidup pada wanita yang bekerja lebih tinggi daripada ibu rumah tangga khususnya di domain 2 atau domain kesehatan psikologis (0,006). Perempuan yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik terutama pada peran psikososial dan kesehatan mental.

Mengenai Kerawanan pangan, ditemukan bahwa terjadi kerawanan pangan tingkat rumah tangga pada 27,3% wanita, kerawanan pangan individu ditemukan pada 29,7% wanita, dan 8,6% mengalami kelaparan anak. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada korelasi yang signifikan antara ketahanan pangan dengan status gizi berdasarkan BMI atau lingkar lengan atas.

Disimpulkan pula bahwa dalam rumah tangga di perkebunan kelapa sawit terdapat hubungan gender yang relatif seimbang antara suami dan istri, seperti yang terlihat dari 53,9% pekerjaan rumah tangga yang dilakukan bersama oleh suami dan istri, juga secara bersama-sama membuat keputusan tentang urusan pengeluaran yang



mayor di rumah tangga (56,3%), pengasuhan anak (47,7%), dan pengambilan keputusan mengenai perawatan keluarga (77,3%).

Dengan demikian temuan ini menunjukkan bahwa yang masih menjadi masalah adalah status gizi dan ketahanan pangan di kalangan perempuan yang tinggal di area perkebunan kelapa sawit. Masalah kerawanan pangan ini mesti mendapat perhatian pemerintah daerah setempat dan juga pihak perusahaan. Harus ada program gizi kesehatan masyarakat yang komprehensif untuk mengatasi kerawanan pangan di daerah terpencil. Program gizi yang mempertimbangkan ketersediaan pangan, baik dari wilayah lokal maupun wilayah lain, kemampuan masyarakat untuk mengakses pangan yang ditentukan dari pendapatan per kapita. Juga aspek keamanan pangan di suatu daerah, serta sumber daya alam di daerah setempat. Foto 3

Pekerja perempuan sedang beristirahat sejenak dari pekerjaan memupuk pohon sawit

Dengan Status Gizi merupakan salah satu aspek kesehatan kerja yang memiliki peran penting dalam peningkatan produktivitas kerja. Oleh sebab itu perlu dipantau salah satu caranya dengan mengetahui Indeks Massa Tubuh. demikian temuan ini menunjukkan bahwa yang masih menjadi masalah adalah status gizi dan ketahanan pangan di kalangan perempuan yang tinggal di area perkebunan kelapa sawit. Masalah kerawanan pangan ini mesti mendapat perhatian pemerintah daerah setempat dan juga pihak perusahaan. Harus ada program gizi kesehatan masyarakat yang komprehensif untuk mengatasi kerawanan pangan di daerah terpencil. Program gizi yang mempertimbangkan ketersediaan pangan, baik dari wilayah lokal

maupun wilayah lain, kemampuan masyarakat untuk mengakses pangan yang ditentukan dari pendapatan per kapita. Juga aspek keamanan pangan di suatu daerah, serta sumber daya alam di daerah setempat.

# LAMPIRAN

Status Gizi merupakan salah satu aspek kesehatan kerja yang memiliki peran penting dalam peningkatan produktivitas kerja. Oleh sebab itu perlu dipantau salah satu caranya dengan mengetahui Indeks Massa Tubuh



*Foto 1*

Proses Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan pada Pekerja Perempuan

Informasi pada buku ini selain didapatkan dari proses survei dan pengukuran juga didapatkan dari wawancara mendalam



*Foto 2*

Proses Wawancara dengan Pekerja Perempuan

Para pekerja perempuan pekerja keras baik di rumah maupun di perkebunan



Foto 3

Pekerja perempuan sedang beristirahat sejenak dari pekerjaan memupuk pohon sawit

# DAFTAR PUSTAKA

- Actionid.org. (2015). Impact Mining on women in Zambia.
- Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Kalimantan Timur. (2016). Kalimantan Timur Dalam Angka 2015. Samarinda: BPS- Provinsi Kalimantan Timur.
- Benevicius, A. (2017). Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study . *Health and Quality of Life Outcomes* 15:92. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 92.
- Bowling, A. (2014). *Quality of Life Measures and Meaning in Social Care Research*. London: NIHR School for Social Care Research. London School of Economics and Political Science.
- Cane, I. (2015). Social and gendered impacts related to mining: Mongolia. Adam Smith International, Australia.
- Clay, J. (2004). *Palm Oil. World Agricultural and the Environment: A Commodity by Commodity Guide to Impacts and Practices*. (pp. 203-235). Washington DC: Island Press.
- Coelho, P., & Teixeira, J. P. (2011). Mining Activities : Health Impacts. *Elsevier*. doi: 10.1016/B978-0-444-52272-6.00488-8.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach* (Fourth.). Sage Publications.
- Darma, S., & Widyaliza, S. (2015). Expansion of oil palm plantations and forest cover changes in Bungo and Merangin Districts , Jambi

- Province , Indonesia. *Elsevier*, 24, 199-205. Elsevier B.V. doi: 10.1016/j.proenv.2015.03.026.
- Dinas Perkebunan Provinsi Kalimantan Timur. (2017). sawit. *Komoditi Kelapa Sawit*. Retrieved from <http://disbun.kaltimprov.go.id/statis-35-komoditi-kelapa-sawit.html>.
- Down To Earth. (2014). Fair enough? Women, men, communities and ecological justice in Indonesia. Women and Oil Palm in an Investment Region. *Down To Earth*. Cumbria: Down To Earth.
- D'Souza, M. S. D., Karkada, S. N., & Somayaji, G. (2013). Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-16.
- D'Souza, M. S. D., Karkada, S. N., Somayaji, G., & Venkatesaperumal, R. (2013). Women ' s well-being and reproductive health in Indian mining community : need for empowerment. *Reproductive Health*, 10, 1-12.
- Elmhirst R, Siscawati M and Sijapati Basnett B. (2015). Navigating investment and dispossession: Gendered impacts of oil palm 'land rush' in East Kalimantan, Indonesia. In *Land Grabbing, Conflict and Agrarian Environmental Transformations: Perspectives from East Asia and Southeast Asia*. Chiang Mai, Thailand: Chang Mai University.
- Grassi, M., & Nucera, A. (2010). Dimensionality and summary measures of the SF-36 v1.6: comparison of scale- and item-based approach across ECRHS II adults population. *Value in Health*, 13, 469-478.

- Hendryx, M., Donnell, K. O., & Horn, K. (2007). Lung cancer mortality is elevated in coal-mining areas of Appalachia. *International Journal of Lung Cancer and other Thoracic Malignancies, Elsevier*, 02(1). doi: 10.1016/j.lungcan.2008.02.004.
- Hill, C., & Newell, K. (2009). Women, communities and mining: the gender impacts of mining and the role of gender impact assessment. Victoria: Oxfam Australia.
- Hinton, J., Veiga, M., & Beinhoff, J. (2003). *The Socio-Economic Impacts of Artisanal and Small-Scale Mining in Developing Countries in Women and Artisanal Mining: Gender Roles and the Road Ahead*. Bakelma: Swets Publishers.
- Hunt, P., Gruskin, S., Eide, A., Mcgoey, L., Rao, S., Songane, F., et al. (2013). Women ' s and Children ' s Health : Evidence of Impact of Human Rights. Geneva: World Health Organization.
- Juniah, R., Dalimi, R., Suparmoko, M., & Moersidik, S. S. (2013). Dampak Pertambangan Batubara Terhadap Kesehatan Masyarakat Sekitar Pertambangan Batubara (Kajian Jasa Lingkungan Sebagai Penyerap Karbon). *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 12, 252-258.
- Julia and White B. 2012. Gendered experiences of dispossession: Oil palm expansion in a Dayak Hibun community in West Kalimantan. *Journal of Peasant Studies* 39:995–1016
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1993). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. World Health Organization.
- Li TM. 2015. Social impacts of oil palm in Indonesia: A gendered perspective from West Kalimantan. Occasional Paper 124. Bogor, Indonesia: CIFO



- Marcoes, L. (2015). Achieving gender justice in Indonesia's forest and land governance sector. Jakarta: The Asia Foundation.
- Mining Watch Canada. (2004). *Overburdened: Understanding the Impacts of Mineral Extraction on Women's Health in Mining Communities*. Ontario.
- Mohamadpour, M., Sharif, Z. M., & Keysami, M. A. (2012). Food insecurity, health and nutritional status among sample of palm-plantation households in Malaysia. *Journal of health, population, and nutrition*, 30(3), 291-302.
- Obidzinski, K., Andriani, R., Komarudin, H., & Andrianto, A. (2012). Environmental and Social Impacts of Oil Palm Plantations and their Implications for Biofuel Production in Indonesia. *Ecology And Society*, 17(1).
- Rosenberg, D. (1999). Environmental Pollution Around the South China Sea: Developing a Regional Response to a Regional Problem. *Environmental Pollution*. Canberra.
- Sargeant, H. J. (2001). Vegetation Fires in Sumatra, Indonesia. Oil Palm Agriculture in the Wetlands of Sumatra: Destruction or Development? Jakarta: European Union and Ministry of Forestry.
- Sarku, Rebecca. (2016). Analysis of gender roles in the palm oil industry in Kwaebibirem District Ghana. *International Journal of Humanities and Social Science* Vol. 6, No. 3:187-198
- Sousa, K., & Kwok, O. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality Life Research*, 15(4), 725-737.
- The Energy and Resource Institute (TERI). (2006). *Environmental and social performance indicators and sustainability markers in*

*mineral development: Reporting progress towards improved ecosystem health and human well-being (Phase III).*

- U.S. Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice* (Third.). Atlanta: CDC.
- Wang, R., Cheng, W., & Zhao, Y. (2008). Health related quality of life measured by SF-36: a population based study in Shanghai China. *BMC Public Health*, 8.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey ( SF-36 ) I . Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273, 59-65.
- World Health Organisation. (1997). Programme on mental health, WHOQOL : Measuring quality of life. Division of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- Actionid.org. (2015). Impact Mining on women in Zambia.
- Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Kalimantan Timur. (2016). Kalimantan Timur Dalam Angka 2015. Samarinda: BPS- Provinsi Kalimantan Timur.
- Benevicius, A. (2017). Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study . *Health and Quality of Life Outcomes* 15:92. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 92.

- Bowling, A. (2014). *Quality of Life Measures and Meaning in Social Care Research*. London: NIHR School for Social Care Research. London School of Economics and Political Science.
- Cane, I. (2015). Social and gendered impacts related to mining: Mongolia. Adam Smith International, Australia.
- Clay, J. (2004). *Palm Oil. World Agricultural and the Environment: A Commodity by Commodity Guide to Impacts and Practices*. (pp. 203-235). Washington DC: Island Press.
- Coelho, P., & Teixeira, J. P. (2011). Mining Activities : Health Impacts. *Elsevier*. doi: 10.1016/B978-0-444-52272-6.00488-8.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach* (Fourth.). Sage Publications.
- Darma, S., & Widyaliza, S. (2015). Expansion of oil palm plantations and forest cover changes in Bungo and Merangin Districts , Jambi Province , Indonesia. *Elsevier*, 24, 199-205. Elsevier B.V. doi: 10.1016/j.proenv.2015.03.026.
- Dinas Perkebunan Provinsi Kalimantan Timur. (2017). sawit. *Komoditi Kelapa Sawit*. Retrieved from <http://disbun.kaltimprov.go.id/statis-35-komoditi-kelapa-sawit.html>.
- Down To Earth. (2014). Fair enough? Women, men, communities and ecological justice in Indonesia. Women and Oil Palm in an Investment Region. *Down To Earth*. Cumbria: Down To Earth.
- D'Souza, M. S. D., Karkada, S. N., & Somayaji, G. (2013). Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-16.

- D'Souza, M. S. D., Karkada, S. N., Somayaji, G., & Venkatesaperumal, R. (2013). Women ' s well-being and reproductive health in Indian mining community : need for empowerment. *Reproductive Health, 10*, 1-12.
- Elmhirst R, Siscawati M and Sijapati Basnett B. (2015). Navigating investment and dispossession: Gendered impacts of oil palm 'land rush' in East Kalimantan, Indonesia. In *Land Grabbing, Conflict and Agrarian Environmental Transformations: Perspectives from East Asia and Southeast Asia*. Chiang Mai, Thailand: Chang Mai University.
- Grassi, M., & Nucera, A. (2010). Dimensionality and summary measures of the SF-36 v1.6: comparison of scale- and item-based approach across ECRHS II adults population. *Value in Health, 13*, 469-478.
- Hendryx, M., Donnell, K. O., & Horn, K. (2007). Lung cancer mortality is elevated in coal-mining areas of Appalachia. *International Journal of Lung Cancer and other Thoracic Malignancies, Elsevier, 02*(1). doi: 10.1016/j.lungcan.2008.02.004.
- Hill, C., & Newell, K. (2009). *Women, communities and mining: the gender impacts of mining and the role of gender impact assessment*. Victoria: Oxfam Australia.
- Hinton, J., Veiga, M., & Beinhoff, J. (2003). *The Socio-Economic Impacts of Artisanal and Small-Scale Mining in Developing Countries in Women and Artisanal Mining: Gender Roles and the Road Ahead*. Bakelma: Swets Publishers.

- Hunt, P., Gruskin, S., Eide, A., Mcgoey, L., Rao, S., Songane, F., et al. (2013). *Women ' s and Children ' s Health : Evidence of Impact of Human Rights*. Geneva: World Health Organization.
- Juniah, R., Dalimi, R., Suparmoko, M., & Moersidik, S. S. (2013). Dampak Pertambangan Batubara Terhadap Kesehatan Masyarakat Sekitar Pertambangan Batubara (Kajian Jasa Lingkungan Sebagai Penyerap Karbon). *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 12, 252-258.
- Julia and White B. 2012. Gendered experiences of dispossession: Oil palm expansion in a Dayak Hibun community in West Kalimantan. *Journal of Peasant Studies* 39:995–1016
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1993). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. World Health Organization.
- Li TM. 2015. Social impacts of oil palm in Indonesia: A gendered perspective from West Kalimantan. Occasional Paper 124. Bogor, Indonesia: CIFO
- Marcoes, L. (2015). *Achieving gender justice in Indonesia's forest and land governance sector*. Jakarta: The Asia Foundation.
- Mining Watch Canada. (2004). *Overburdened: Understanding the Impacts of Mineral Extraction on Women's Health in Mining Communities*. Ontario.
- Mohamadpour, M., Sharif, Z. M., & Keysami, M. A. (2012). Food insecurity, health and nutritional status among sample of palm-plantation households in Malaysia. *Journal of health, population, and nutrition*, 30(3), 291-302.
- Obidzinski, K., Andriani, R., Komarudin, H., & Andrianto, A. (2012). *Environmental and Social Impacts of Oil Palm Plantations and*

- their Implications for Biofuel Production in Indonesia. *Ecology And Society*, 17(1).
- Rosenberg, D. (1999). Environmental Pollution Around the South China Sea: Developing a Regional Response to a Regional Problem. *Environmental Pollution*. Canberra.
- Sargeant, H. J. (2001). Vegetation Fires in Sumatra, Indonesia. Oil Palm Agriculture in the Wetlands of Sumatra: Destruction or Development? Jakarta: European Union and Ministry of Forestry.
- Sarku, Rebecca. (2016). Analysis of gender roles in the palm oil industry in Kwaebibirem District Ghana. *International Journal of Humanities and Social Science* Vol. 6, No. 3:187-198
- Sousa, K., & Kwok, O. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality Life Research*, 15(4), 725-737.
- The Energy and Resource Institute (TERI). (2006). *Environmental and social performance indicators and sustainability markers in mineral development: Reporting progress towards improved ecosystem health and human well-being (Phase III)*.
- U.S. Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice* (Third.). Atlanta: CDC.
- Wang, R., Cheng, W., & Zhao, Y. (2008). Health related quality of life measured by SF-36: a population based study in Shanghai China. *BMC Public Health*, 8.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey ( SF-36 ) I . Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273, 59-65.

World Health Organisation. (1997). Programme on mental health, WHOQOL : Measuring quality of life. Division of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.