



UNIVERSITAS INDONESIA

**KONFIRMASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KUALITAS HIDUP PEGAWAI DI RUMAH SAKIT “X”
MAKASSAR TAHUN 2010**

TESIS

**JUMIATY
0806443105**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KONFIRMASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KUALITAS HIDUP PEGAWAI DI RUMAH SAKIT “X”
MAKASSAR TAHUN 2010**

TESIS

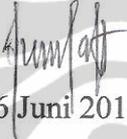
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

**JUMIATY
0806443105**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Jumiaty
NPM : 0806443105
Tanda Tangan : 
Tanggal : 26 Juni 2010



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jumiaty
NPM : 0806443105
Mahasiswa Program : Pascasarjana
Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

KONFIRMASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PEGAWAI DI RUMAH SAKIT "X" MAKASSAR TAHUN 2010

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 26 Juni 2010



Jumiaty

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Jumiaty
NPM : 0806443105
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis :

KONFIRMASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PEGAWAI DI RUMAH SAKIT "X" MAKASSAR TAHUN 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. H.M. Hafizurrahman, MPH ()
Penguji 1 : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD ()
Penguji 2 : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()
Penguji 3 : Dr. P. A. Kodrat Pramudho, SKM, MKes ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 26 Juni 2010

KATA PENGANTAR

Dengan nama Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Suatu kesyukuran penulis rasakan atas selesainya penulisan tesis ini dengan judul **“Konfirmasi Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai Di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010”**. Dalam keterbatasan waktu, pemikiran dan kemampuan, Allah selalu memberikan kekuatan dan membuka jalan dalam penyelesaian penulisan tesis ini.

Penulis menyadari apa yang diuraikan dalam tesis ini tidak luput dari kekurangan atau kelemahan yang disebabkan oleh keterbatasan penulis sebagai manusia biasa, namun demikian penulis telah berusaha sedapat mungkin agar tulisan ini dapat dipertanggungjawabkan.

Disadari pula bahwa penulisan ini tidak dapat terlaksana tanpa bantuan dari dosen pembimbing. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada **Bapak Dr. dr. H.M. Hafizurrachman, MPH**, yang ditengah kesibukannya, beliau masih memberi bimbingan, arahan dengan penuh kesabaran dan ketelitian hingga selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini tak lupa juga penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Drs. Bambang Wispriyono, Apt, PhD, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Bapak dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD sebagai penguji yang telah memberikan banyak masukan dalam hal analisis statistik dari alat yang digunakan sehingga dapat mempertajam analisis.
4. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS yang telah bersedia menguji dan bersedia untuk membaca tulisan ini sehingga masukan yang berharga dapat penulis peroleh.
5. Bapak Dr. P. A. Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes sebagai penguji yang telah meluangkan waktu dan bersedia memberikan masukan yang berharga guna penyempurnaan tulisan ini.

6. Bapak Dr. dr. H. Rasyidin Abdullah, MPH, Direktur Rumah Sakit “X” Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit “X” Makassar.
7. Seluruh pegawai di Rumah Sakit “X” yang telah bersedia terlibat dalam penelitian ini.
8. Teman-teman seperjuangan khususnya 3_Unique (Uni Nita Mardiah, Ucok Salpator Perangin-angin, Sri Oktarina) pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
9. Khusus buat Kak Halil Chalid yang selama ini menjadi teman *discuss and share* dalam segala hal berkaitan kuliah hingga penulis menyelesaikan studi ini.
10. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan studi ini.

Terima kasih dan penghargaan yang tiada akhir kepada kedua orang tuaku tercinta A.M. Tajuddin dan Hj. Jamilah yang tiada lelah selalu mendo’akan dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan studi.

Kepada saudara tercinta Kak Karya, Kak Jaya, Kak Aty, Kak Elvis dan adik Irfan, terima kasih atas segala do’anya dan senantiasa menelepon untuk memberi motivasi kepada penulis.

Mungkin ada yang tidak bisa mengklaim memiliki pemahaman atas topik seperti dalam tulisan ini, oleh karena itu semua saran dan kritikan disambut dari pembaca.

Depok, Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jumiaty
NPM : 0806443105
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya saya yang berjudul :

**KONFIRMASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KUALITAS HIDUP PEGAWAI DI RUMAH SAKIT "X" MAKASSAR
TAHUN 2010**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 26 Juni 2010
Yang Menyatakan


(Jumiaty)

**PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, 26 Juni 2010

Jumiaty

**Konfirmasi Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai Di
Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010**

xvii + 118 halaman + 32 tabel + 15 gambar

ABSTRAK

Meningkatnya jumlah pekerja menunjukkan nilai positif yaitu bertambahnya tenaga produktif, tetapi peningkatan tersebut tidak dibarengi dengan kualitas hidup yang baik pula sehingga berdampak pada penurunan produktivitas kerja.

Tujuan penelitian adalah konfirmasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010. Penelitian *cross sectional* melibatkan 389 pegawai, cara ukur dilakukan dengan pengisian sendiri terhadap kuesioner yang tersedia.

Variabel dilihat berdasarkan teori yang dikembangkan Lawrence Green dan Kreuter (1999), menyatakan bahwa kualitas hidup berkaitan dengan status kesehatan. Status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan lingkungan, dimana perilaku dan lingkungan ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*. CFA digunakan untuk menguji validitas dan reliabilitas indikator, model fit (GFI=0.77, PGFI=0.70, RMSEA=0.067, AIC=2763.03, CAIC=3259.38).

Hasil penelitian didapatkan faktor yang berperan tidak langsung terhadap kualitas hidup adalah *predisposing* (0.71) dan *enabling* (0.58). Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah faktor perilaku (0.25) dan status kesehatan (0.73). Tidak ditemukan bukti faktor *reinforcing* berpengaruh terhadap perilaku, lingkungan tidak berpengaruh terhadap status kesehatan dan kualitas hidup.

Kesimpulan adalah tidak semua faktor saling berhubungan mempengaruhi kualitas hidup. Disarankan Rumah Sakit “X” membuat strategi internal yaitu sistem koordinasi dalam pelaksanaan tugas. Pegawai saling koordinasi dan saling memotivasi. Menanamkan perilaku hidup sehat bagi pegawai melalui regulasi dan motivasi dari pimpinan.

Kata kunci: Kualitas hidup, status kesehatan, perilaku, lingkungan, *Struktural Equation Model*

Daftar bacaan : 52 (1998 - 2010)

**PUBLIC HEALTH POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, June 2010

Jumiaty

**The Confirmation Of Factors That Affect The Quality Of Life Of Staff In
The “X” Hospital Makassar In 2010**

xvii + 118 pages + 32 tables + 15 pictures

ABSTRACT

The increase in the number of workforce has indicated a positive implication in terms of increase in productivity. However such increase is not reinforced by the high quality of life which consequently has impacted on the reduced work productivity.

The objective of the research is confirm the factors that affect the quality of life of staff in the X Hospital Makassar in 2010. Cross sectional research involved 389 staff and employed self-filled out questionnaire for its method.

The variables researched are based on theory developed Lawrence Green and Kreuter (1999), postulated that quality of life has a correlation with health status. The health status is affected by behavioral and environment factors and these factors are determined by the predisposing, reinforcing and enabling factors. *CFA* is employed to evaluate validity and reliability of the indicator, model is to be fit (GFI=0.77, PGFI=0.70, RMSE=0.067, AIC=2763.03, CAIC=3259.38).

The research has found that factors that indirectly affect the quality of life are predisposing (0.71) and enabling (0.58). Factors that affect the quality of life are behavior (0.25) and health status (0.73). There is no evidence that shows reinforcing factor affects behavior and environment does not affect the health status and quality of life.

The research has concluded that not all factors are connected to affect the quality of life. It is suggested that the X Hospital develop an internal strategy in a form of system of coordination for implementing tasks and duties. It is expected that the staff will have a better coordination, cooperation and motivation. As a result staff behavior will be improved with the implementation of regulation and support from top level management.

Key words: quality of life, health status, behavior, environment, Structural Equation Model

References : 52 (1998 - 2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Aplikatif.....	8
1.5.2 Manfaat Teoritis.....	8
1.6 Ruang Lingkup	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konfirmasi.....	10
2.2 Tinjauan Precede-Procede.....	10
2.2.1 Step 1: Social Assessment.....	11
2.2.2 Step 2: Epidemiological Assessment.....	12
2.2.3 Step 3: Behavior And Environmen Assessment..	12
2.2.4 Step 4: Educational And Ecological Assessment	13
2.2.5 Step 5: Administrative And Policy Assessment...	14
2.2.6 Step 6: Implementation and Evaluation.....	14
2.3 Kualitas Hidup.....	15
2.4 Status Kesehatan.....	23
2.5 Lingkungan.....	25
2.5.1 Lingkungan Keluarga.....	25
2.5.2 Lingkungan Fisik Dan Sosial.....	26
2.6 Kebiasaan Organisasi.....	27
2.7 Perilaku Kesehatan.....	27
2.7.1 Latihan Fisik.....	28
2.7.2 Kebersihan Individu.....	29
2.7.3 Pola Makan.....	30
2.7.4 Kebiasaan Merokok.....	31
2.8 Konsep Dasar Structural Equation Model (SEM).....	33
2.8.1 Variabel Laten Dan Variabel Manifest.....	33
2.8.2 Variabel Eksogen Dan Variabel Endogen.....	34

BAB 3	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT “X” MAKASSAR	35
3.1	Sejarah Rumah Sakit.....	35
3.1.1	Sebelum Penerapan Badan Layanan Umum (BLU)	35
3.1.2	Setelah Penerapan Badan Layanan Umum (BLU)	36
3.2	Visi, Misi Dan Motto Rumah Sakit “X”.....	36
3.3	Tujuan Rumah Sakit “X”.....	37
3.4	Sumber Daya Manusia Rumah Sakit “X”.....	38
3.5	Sarana dan Prasarana Rumah Sakit “X”.....	38
3.5.1	Gedung, Halaman Dan Jalan.....	38
3.5.2	Fasilitas Tempat Tidur.....	38
3.6	Indikator Pelayanan Rumah Sakit “X”.....	39
BAB 4	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL	40
4.1	Kerangka Teori.....	40
4.2	Kerangka Konsep.....	42
4.3	Hipotesis Penelitian.....	43
4.4	Definisi Operasional.....	53
BAB 5	METODOLOGI PENELITIAN	62
5.1	Desain Penelitian.....	62
5.2	Waktu Dan Lokasi Penelitian.....	62
5.3	Populasi dan Sampel Penelitian.....	62
5.4	Teknik Pengumpulan Data.....	63
5.4.1	Data Sekunder.....	63
5.4.2	Data Primer.....	63
5.5	Instrumen Penelitian.....	63
5.5.1	Penyusunan Instrumen.....	63
5.5.2	Uji Coba Instrumen.....	64
5.6	Manajemen Data.....	65
5.6.1	Editing.....	65
5.6.2	Coding.....	66
5.6.3	Processing.....	66
5.6.4	Cleaning.....	66
5.6.5	Transforming.....	66
5.7	Analisis Data	66
5.8	Model Analisa Faktor.....	67
5.8.1	Exploratory Factor Analysis (EFA).....	67
5.8.2	Confirmatory Factor Analysis (CFA).....	68
5.9	Model dalam <i>Structural Equation Model (SEM)</i>	68
5.9.1	Model Pengukuran.....	68
5.9.2	Model Struktural.....	68
5.9.3	Model Hybrid (Full SEM Model).....	69
BAB 6	HASIL PENELITIAN	71
6.1	Karakteristik Sampel.....	71

6.2	Persiapan Data Untuk Pengolahan <i>Structural Equation Modelling (SEM)</i>	72
6.2.1	Uji Normalitas.....	72
6.2.2	Deskripsi Variabel Laten Dependent.....	73
6.2.3	Deskripsi Variabel Laten Independent.....	74
6.3	Identifikasi Model Pengukuran (<i>Measurement Model</i>)....	77
6.3.1	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Predisposing Dan Enabling.....	77
6.3.2	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Reinforcing	79
6.3.3	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Perilaku.....	80
6.3.4	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Lingkungan	82
6.3.5	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Status Kesehatan.....	83
6.3.6	Confirmatory Factor Analysis (CFA) Kualitas Hidup.....	85
6.4	Identifikasi Model Struktural (<i>Structural Model</i>).....	87
6.4.1	Persamaan Model Pengukuran.....	89
6.4.2	Uji Persyaratan Statistik.....	92
6.4.3	Persamaan Model Struktural.....	93
6.5	Pengujian Hipotesa.....	94
BAB 7	PEMBAHASAN	99
7.1	Keterbatasan Penelitian.....	99
7.2	Konfirmasi Hubungan Faktor <i>Predisposing, Reinforcing</i> Dan <i>Enabling</i> , Terhadap Perilaku Dan Lingkungan.....	100
7.3	Konfirmasi Hubungan Faktor Perilaku Dan Lingkungan Terhadap Status Kesehatan.....	103
7.4	Konfirmasi Faktor Perilaku Dan Lingkungan Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	106
7.5	Konfirmasi Faktor Status Kesehatan Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	108
7.6	Model Struktural Faktor Yang Telah Terkonfirmasi Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar.....	108
BAB 8	KESIMPULAN DAN SARAN	113
8.1	Kesimpulan	113
8.2	Saran.....	113
	DAFTAR PUSTAKA	115

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Persentase Penduduk Menurut Perilaku di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2007.....	3
Tabel 1.2	Persentase Penduduk Menurut Konsumsi Makanan Berisiko di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2007.....	3
Tabel 1.3	Prevalensi Jenis Penyakit Kronik dan Akut di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, Tahun 2007.....	4
Tabel 2.1	WHOQOL-100 Menurut Domain dan Facet.....	20
Tabel 2.2	WHOQOL-BREF Menurut Domain dan Facet.....	22
Tabel 3.1	Ketersediaan SDM Menurut Jenis Ketenagaan RS “X” Makassar Tahun 2009.....	38
Tabel 4.1	Notasi Linear Structural Relationship (Lisrel).....	52
Tabel 6.1	Deskriptif Umur Responden di Rumah Sakit “X” Makassar, Tahun 2010.....	71
Tabel 6.2	Deskriptif Status Pekerjaan Menurut Jenis Pendidikan Responden di Rumah Sakit “X” Makassar, Tahun 2010.....	71
Tabel 6.3	Deskriptif Jenis Kelamin Menurut Umur Responden di Rumah Sakit “X” Makassar, Tahun 2010.....	72
Tabel 6.4	Hasil Uji Normalitas Multivariate.....	73
Tabel 6.5	Variabel Kualitas Hidup, Dimensi dan Indikatornya.....	73
Tabel 6.6	Variabel <i>Predisposing</i> , Dimensi dan Indikatornya.....	74
Tabel 6.7	Variabel <i>Reinforcing</i> , Dimensi dan Indikatornya.....	75
Tabel 6.8	Variabel Perilaku, Dimensi dan Indikatornya.....	75
Tabel 6.9	Variabel Lingkungan, Dimensi dan Indikatornya.....	76
Tabel 6.10	Variabel Status Kesehatan, Dimensi dan Indikatornya.....	77
Tabel 6.11	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel <i>Predisposing</i> Dan <i>Enabling</i> Berdasarkan Nilai t Hitung.....	78
Tabel 6.12	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel <i>Predisposing</i> Dan <i>Enabling Drop</i> Berdasarkan Nilai Hitung.....	78
Tabel 6.13	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel <i>Reinforcing</i> Berdasarkan Nilai t Hitung.....	79
Tabel 6.14	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Perilaku Berdasarkan Nilai t Hitung.....	80
Tabel 6.15	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Perilaku <i>Drop</i> Berdasarkan Nilai t Hitung.....	81
Tabel 6.16	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Lingkungan Berdasarkan Nilai t Hitung.....	82

Tabel 6.17	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Lingkungan <i>Drop</i> Berdasarkan Nilai t Hitung.....	83
Tabel 6.18	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Status Kesehatan Berdasarkan Nilai t Hitung.....	84
Tabel 6.19	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Status Kesehatan <i>Drop</i> Berdasarkan Nilai t Hitung.....	85
Tabel 6.20	Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Kualitas Hidup Berdasarkan Nilai t Hitung.....	86
Tabel 6.21	Persamaan Pengukuran Dengan Reliabilitas Rendah Untuk Model Struktural Berdasarkan Nilai t Hitung Kualitas Hidup Pegawai Di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	87
Tabel 6.22	Persamaan Model Pengukuran Dari Semua Indikator Berdasarkan Nilai t, Loading Factor Dan Error Varians Terhadap Konstruk	89
Tabel 6.23	Persamaan Model Pengukuran (Variabel Eksogen Dan Endogen) Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	92
Tabel 6.24	Persamaan Model Struktural Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	96
Tabel 6.25	Persentase Besar Hubungan Antar Variabel (Eksogen Dan Endogen, Endogen Dan Endogen) Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model PRECEDE-PROCEDE.....	11
Gambar 2.2	Hubungan Variabel Laten dengan Teramati, Variabel Laten dengan Laten Lainnya serta Kesalahan Pengukuran (<i>Measurement Errors</i>) dan Kesalahan Struktural (<i>Structural Errors</i>)	34
Gambar 4.1	Model PRECEDE-PROCECE (Step 1 – 9).....	40
Gambar 4.2	Model PRECEDE-PROCECE (Step 1 – 4).....	43
Gambar 4.3	Kerangka Konsep.....	43
Gambar 4.4	Full Model SEM.....	48
Gambar 4.5	Full Model SEM Dengan Notasi Lisrel.....	50
Gambar 4.6	Model Struktural Hipotesa Dengan Notasi Lisrel.....	51
Gambar 5.1	Hubungan antara Indikator atau Nilai Loading (Variabel Teramati) dengan Variabel Latennya.....	68
Gambar 5.2	Hubungan Variabel Laten (Eksogen dan Endogen).....	69
Gambar 5.3	Model Hybrid (Full SEM Model).....	69
Gambar 5.4	Prosedur Pembangunan Model Struktural.....	70
Gambar 6.1	Model Pengukuran Semua Indikator Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	88
Gambar 6.2	Hubungan Antar Variabel Yang Dihipotesakan sebagai Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar, Tahun 2010.....	94
Gambar 6.3	Besar Hubungan Antar Variabel Yang Dihipotesakan sebagai Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.....	95

DAFTAR SINGKATAN

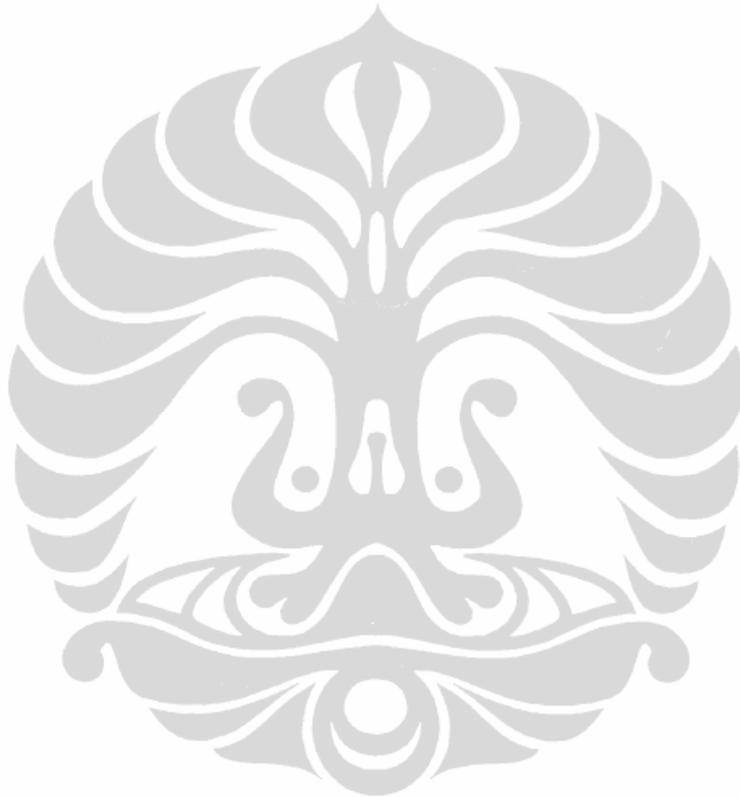
AIC	= Akaike's Information Criterion
ASCO	= American Society of Clinical Oncology
BLU	= Badan Layanan Umum
BOR	= Bed of Rate
BTO	= Bed Turn Over
CFA	= Confirmatory Factor Analysis
EFA	= Explatory Factor Analysis
GDR	= Gross Death Rate
GFI	= Goodness of Fit Indices
ILO	= International Labour Association
JIH	= Jogyakarta International Hospital
LOS	= Length of Stay
Lisrel	= Linear Structural Relationship
NDR	= Net Death Rate
PGFI	= Parsimony Goodness of Fit Index
PRECEDE	= Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Education/ Environmental Diagnosis and Evaluation
PROCEDE	= Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development
QOL	= Quality Of Life
RMSEA	= Root Mean Square Error of Approximation
SEM	= Structural Equation Model
TOI	= Turn Over Interval
WHO	= World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Kuesioner Konfirmasi Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai Di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Lampiran 2: Output Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner

Lampiran 3: Output Uji Normalitas



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007).

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, pemerintah menetapkan upaya kesehatan yang ditujukan pada sumber daya manusia dengan melakukan pembinaan kesehatan bangsa, yaitu upaya kesehatan jangka panjang yang akan menjamin kemandirian yang lebih besar dan akan meningkatkan ketahanan mental dan fisik penduduk, sehingga menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas (Depkes RI, 2007).

Dalam kondisi perkembangan pembangunan kearah industrialisasi dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi dimana persaingan pasar semakin ketat, maka sangat diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas khususnya masyarakat pekerja yang sehat dan produktif, sehingga mampu meningkatkan kesejahteraan dan daya saing di era globalisasi (Depkes RI, 2007).

Pada tahun 2007, pekerja di Indonesia mencapai 100.316.007 orang terdiri 64,63% pekerja laki-laki dan 35,37% pekerja wanita. (BPS, 2008). Meningkatnya jumlah pekerja menunjukkan nilai yang positif yaitu bertambahnya tenaga produktif, tetapi peningkatan tersebut tidak dibarengi dengan kualitas hidup yang baik pula sehingga berdampak pada penurunan produktivitas kerja (Depkes, RI, 2007)

Saat ini kualitas hidup tenaga kerja umumnya belum mendapat perhatian yang serius dari pemerintah. Buruknya kualitas hidup tenaga kerja saat ini menjadi masalah yang besar dan penting untuk segera ditangani karena sangat krusial guna meningkatkan produktivitas kerja (Depkes RI, 2007 dalam www.majalah-farmacia.com).

Salah satu indikator untuk melihat kualitas hidup sumber daya manusia adalah status kesehatan (Rahardjo, 2005). Dewasa ini, hampir seluruh bangsa di dunia sudah mengakui bahwa status kesehatan merupakan salah satu faktor utama

yang mempengaruhi kualitas hidup sumber daya manusia (Dachroni, 2001, dalam Fitriwati.L, 2004).

Salah satu fase dalam model *PRECEDE-PROCEDE* yang dikembangkan oleh Green LW dan Kreuter, 1999 adalah diagnosis perilaku dan lingkungan. Pada fase ini diidentifikasi bahwa perilaku mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup, faktor lingkungan juga mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup demikian pula faktor perilaku dan lingkungan berkorelasi mempengaruhi status kesehatan serta kualitas hidup seseorang atau masyarakat (Glanz, K, et al, 2002)

Disimpulkan pula bahwa perilaku dan lingkungan seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap, kepercayaan) dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas (*enabling*) dan juga dukungan/motivasi dari luar individu (*reinforcing*) akan memperkuat terbentuknya perilaku (Green LW dan Kreuter, 1999 dalam Glanz, K, et al, 2002).

Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, digunakan indikator perilaku yaitu upaya pencegahan penyakit (tidak merokok, tidak minum alkohol, tidak narkoba, aktifitas fisik dll), pola konsumsi makanan, stress dan upaya pemeliharaan kesehatan sendiri. Indikator lingkungan yang digunakan meliputi keadaan sosial dan fisik (Green LW dan Kreuter, 1999 dalam Glanz, K, et al, 2002).

Teori di atas dibuktikan oleh beberapa penelitian antara lain hasil penelitian di Amerika Serikat, melaporkan bahwa 5,4 juta kematian berhubungan dengan perilaku merokok per tahun di seluruh dunia. Nikotin yang diserap dari merokok secara signifikan berkaitan dengan beberapa jenis kanker (kanker paru-paru, kanker saluran pankreas, kanker kerongkongan dan kanker ginjal) yang menyebabkan kematian. Dilaporkan juga bahwa di Kanada, penyalahgunaan narkoba menyebabkan 21% total kematian dan 23% hilangnya tahun kehidupan yang potensial akibat kematian dini. Studi ini juga menemukan, peminum alkohol berisiko lebih besar mengidap kanker kerongkongan, kanker lambung, kanker colon, kanker liver, kanker pankreas, kanker paru-paru dan kanker prostat. (Jefferson, T, 2009). Penelitian yang berbeda menemukan bahwa 22% dari para penderita bertahan dalam kanker karena aktif berolahraga (Courneya, K, 2008).

Hasil penelitian Rumah Sakit Adven Amerika membuktikan bahwa diet vegetarian yang bergizi, makan makanan tanpa minyak olahan, tanpa gula, tetapi penuh serat terutama buah dan sayur, dapat mencegah kanker dan berbagai penyakit lainnya serta dapat memperpanjang tingkat harapan hidup (www.newstart.com, 2009)

Hasil survei berkaitan dengan perilaku, yang dilakukan di Indonesia khususnya Provinsi Sulawesi Selatan dan Kota Makassar dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1.1 Persentase Penduduk menurut Perilaku di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2007

Perilaku	Wilayah		
	Indonesia	Sulawesi Selatan	Kota Makassar
Merokok	23,7%	20,9%	18,2%
Kurang Aktifitas Fisik	48,2%	49,1%	72,9%
Kurang Konsumsi Sayur & Buah	93,6%	93,7%	91%
Perilaku Hygienes	23,2	20,8	16%

Sumber : Riskesdas, 2007

Tabel 1.2 Persentase Penduduk Menurut Konsumsi Makanan Berisiko di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2007

Makanan	Wilayah		
	Indonesia	Sulawesi Selatan	Kota Makassar
Manis	65,2	60,1	78,5
Berlemak	12,8	6,8	13,0
Jeroan	2,0	1,5	2,7
Dipanggang	4,9	7,2	4,4
Diawetkan	6,3	7,0	8,3
Berkafein	36,5	30,9	22,7
Penyedap	77,8	83,2	78,8

Sumber : Riskesdas, 2007

Data di atas menggambarkan bahwa pada umumnya masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan dan khususnya Kota Makassar mempunyai perilaku yang dapat menjadi faktor risiko untuk terjadinya penyakit (penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, kanker, stroke, penyakit paru obstruktif kronik), yaitu perilaku kurang mengonsumsi sayur dan/atau buah, kurang aktifitas fisik dan merokok serta konsumsi makanan setiap hari yang berisiko terjadinya penyakit.

Tabel 1.3 Prevalensi Jenis Penyakit Kronik dan Akut di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2007

Makanan	Wilayah		
	Indonesia	Sulawesi Selatan	Kota Makassar
ISPA	25,50	22,90	14,4
Diare	9,0	7,9	3,2
TB Paru	0,99	1,03	0,1
DBD	0,60	0,62	0,1
Hepatitis	0,6	0,7	0,1
Asma	3,5	4,0	1,0
Rematik	30,3	26,6	12,0
Hipertensi	7,6	5,9	4,1
Stroke	8,3	7,4	4,0
Jantung	7,2	9,4	2,4
Diabetes Mellitus	1,1	0,8	0,4
Kanker/tumor	4,3	4,8	2,8

Sumber : Riskesdas, 2007

Pegawai instansi pemerintah merupakan salah satu komunitas dalam masyarakat yaitu komunitas tenaga kerja sangat diharapkan mempunyai status kesehatan yang optimal supaya dapat menghasilkan produktivitas kerja yang optimal pula sehingga dapat melaksanakan tugas dan kewajibannya selaku abdi negara dan abdi masyarakat (Laksamana, L, 2009).

Sebagai contoh daerah yang status kesehatan Pegawai Negeri Sipil (PNS) termasuk memprihatinkan adalah Provinsi Jawa Barat. Setelah dilakukan *screening test*, ternyata ditemukan sebanyak 70% merupakan penderita tekanan darah tinggi (hipertensi) dan 20% lainnya positif mengalami diabetes. Hal ini sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup para Pegawai Negeri Sipil (PNS)

tersebut yang berdampak pada produktivitas kerjanya. Keadaan ini disebabkan karena perilaku hidup dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) tersebut yang tidak sehat misalnya merokok, tidak menjaga pola makan, tidak melakukan olahraga dan tidak melakukan pencegahan dini melalui *check* kesehatan disamping faktor lingkungan (Laksamana, L, 2009).

Rumah Sakit “X” Makassar merupakan salah satu rumah sakit pemerintah dan rumah sakit pembina di Kawasan Timur Indonesia tentunya sangat diharapkan mempunyai tenaga kerja (pegawai) yang mempunyai kualitas hidup yang baik sehingga mampu memberikan produktivitas kerja yang optimal. Namun, berdasarkan hasil test kompetensi terhadap semua tenaga perawat di Rumah Sakit “X” Makassar yang dilakukan oleh *Jogyakarta International Hospital (JIH)* pada tahun 2009 menunjukkan hasil yang memprihatinkan yaitu hanya 15% yang dianggap mampu menghasilkan produktivitas kerja yang berkualitas. Nilai ini sangat jauh dari standar yaitu 80%.

Menurut Tarupolo, B, 2002, bahwa tenaga kerja yang tidak mampu atau produktivitasnya rendah merupakan cerminan dari kualitas hidup yang rendah pula. Jika kualitas hidup rendah otomatis tenaga kerja tidak dapat berperilaku produktif (Retnaningtyas, Dwi, 2005).

Penjelasan di atas memberikan pemahaman bahwa produktivitas kerja tenaga kerja sangat berkaitan dengan kualitas hidup. Dimana menurut Green LW dan Kreuter, 1999 yang didukung oleh Dachroni, 2001 bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh status kesehatan dimana status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan lingkungan yang ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka sangat penting dilakukan konfirmasi faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling*, perilaku, lingkungan dan status kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar yang berdampak pada produktivitas kerja. Penelitian tentang kualitas hidup pegawai belum pernah dilakukan di Rumah Sakit “X” Makassar, sehingga penelitian ini dilakukan dengan harapan dapat diketahui hubungan faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* terhadap perilaku dan lingkungan. Hubungan faktor perilaku dan lingkungan terhadap status kesehatan serta

pengaruh faktor perilaku, lingkungan dan status kesehatan terhadap kualitas hidup pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar.

Penelitian tentang konfirmasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pegawai mendapat persetujuan oleh beberapa penentu kebijakan di Rumah Sakit “X” Makassar.

1.2 Perumusan Masalah

Komposisi jumlah pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar setiap tahun semakin meningkat. Hal ini memberikan dampak positif yaitu tingginya tenaga produktif, namun peningkatan tersebut tidak dibarengi dengan produktivitas kerja yang baik pula terbukti terdapat hanya 15% yang dianggap mampu menghasilkan produktivitas kerja yang berkualitas sehingga pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat belum optimal.

Sebagaimana dijelaskan pada latar belakang bahwa produktivitas kerja merupakan cerminan kualitas hidup seseorang/pegawai dan kualitas hidup sangat ditentukan oleh status kesehatan dimana status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan lingkungan sedangkan perilaku dan lingkungan ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*.

Berdasarkan hal tersebut, maka dirumuskan masalah penelitian “Belum diketahuinya hubungan faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* terhadap perilaku dan lingkungan. Hubungan faktor perilaku dan lingkungan terhadap status kesehatan serta pengaruh faktor perilaku, lingkungan dan status kesehatan terhadap kualitas hidup pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar”.

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 5 Februari – 31 Maret tahun 2010, sebagai responden adalah seluruh pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1.3.1 Apakah faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*, berhubungan dengan faktor perilaku dan lingkungan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010?

- 1.3.2 Apakah faktor perilaku dan lingkungan berhubungan dengan status kesehatan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010?
- 1.3.3 Apakah faktor perilaku dan lingkungan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010?
- 1.3.4 Apakah faktor status kesehatan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010?
- 1.3.5 Bagaimana model struktural faktor yang telah terkonfirmasi mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Konfirmasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1.4.2.1 Konfirmasi hubungan faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*, terhadap perilaku dan lingkungan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 1.4.2.2 Konfirmasi hubungan faktor lingkungan dan perilaku terhadap status kesehatan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 1.4.2.3 Konfirmasi faktor perilaku dan lingkungan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 1.4.2.4 Konfirmasi faktor status kesehatan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 1.4.2.5 Memperoleh model struktural faktor yang telah terkonfirmasi mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Aplikatif

- 1.5.1.1 Sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI untuk serius memperhatikan dan meningkatkan kualitas hidup tenaga kerja agar dapat mendukung tercapainya visi, misi dan tujuan Kementerian Kesehatan RI. Misalnya upaya memperluas jenis layanan kesehatan yang dapat dicover/ditanggung oleh asuransi kesehatan dan upaya meningkatkan kesejahteraan pegawai khususnya tenaga honorer.
- 1.5.1.2 Dapat menjadi dasar bagi Rumah Sakit “X” untuk menyusun strategi dan kebijakan intern tentang peningkatan kualitas hidup pegawainya agar dapat mendukung tercapainya visi, misi dan tujuan rumah sakit. Misalnya upaya pencegahan penyakit dengan menetapkan peraturan larangan merokok di kantor.
- 1.5.1.3 Memberikan pengalaman dan menambah wawasan pengetahuan bagi peneliti mengenai status kesehatan hubungannya dengan kualitas hidup serta kaitannya dengan produktivitas kerja.
- 1.5.1.4 Dengan meningkatnya kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X”, maka masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan/pasien rumah sakit dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal.

1.5.2 Manfaat Teoritis

Memberikan tambahan keilmuan manajemen pelayanan kesehatan terkait dengan kualitas sumber daya manusia kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang sangat berperan dalam penentuan kualitas program pelayanan kesehatan masyarakat.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian mengenai konfirmasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar dilakukan dengan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah seluruh Pegawai yang bekerja di Rumah Sakit “X” Makassar. Alasan peneliti meneliti tentang kualitas hidup yaitu ingin mengetahui lebih mendalam

peran faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling*, perilaku dan lingkungan terhadap status kesehatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar dimana kualitas hidup merupakan salah satu kunci dan prediksi utama untuk meningkatkan dan memperlama harapan hidup seseorang. Penelitian dilakukan pada tanggal 5 Februari – 31 Maret tahun 2010.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konfirmasi

Kata “konfirmasi” berasal dari bahasa Belanda, juga dari bahasa Inggris, kata konfirmasi kita pakai dalam percakapan dan penulisan sehari-hari. Menjadi kata serapan dengan bentuk dasar konfirmasi, bentuk turunannya adalah dikonfirmasi, mengonfirmasikan.

Dalam bahasa Inggris ada verba *confirm* ‘menegaskan, memperkuat, membaptis’ dan nomina *confirmation* ‘penegasan, pengesahan’.

Pada Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi III, konfirmasi berarti penegasan, pengesahan, membenaran. Mengonfirmasikan berarti menyatakan dengan tegas, menegaskan.

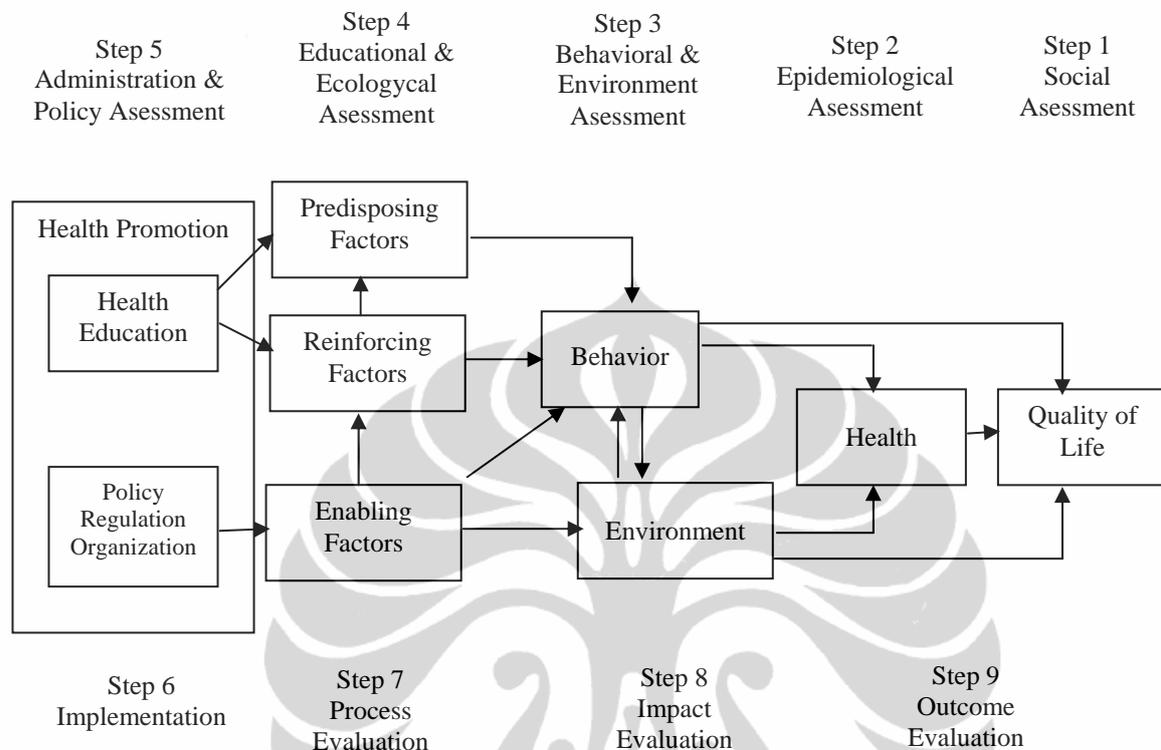
Dalam analisis SEM istilah “*konfirmasi*” digunakan untuk mengkonfirmasi apakah variabel-variabel indikator yang digunakan dapat mengkonfirmasi atau mencerminkan konstruk atau variabel laten (Sitinjak JR.T dan Sugiarto, 2006)

2.2 Tinjauan PRECEDE-PROCEDE

Kerangka kerja PRECEDE dikembangkan tahun 1970-an oleh Green dan koleganya (Green, Kreuter, Deeds, dan Partridge, 1980). Singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Education/ Environmental Diagnosis and Evaluation*.

Pada tahun 1991, PROCEDE (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) ditambahkan dengan kerangka kerja (*framework*) untuk mengetahui pentingnya faktor lingkungan sebagai penentu kesehatan dan perilaku sehat (Gambar 2.1). Lebih dari dua dekade yang lalu, kontribusi yang signifikan dari faktor gaya hidup terhadap kesehatan masyarakat dan kesejahteraan telah diketahui (McGinnis dan Foege, 1993). Rubrik “gaya hidup” merupakan pola umum diet, olah raga, rokok dan penggunaan alcohol, praktek hubungan seksual, dan stress, kesemuanya berhubungan dengan lamanya usia hidup dan kualitas hidup. Meskipun faktor – faktor ini dianggap sebagai perilaku individu, namun tidak secara keseluruhan merupakan perilaku atas keinginan sendiri. Faktor- faktor ini dalam banyak hal

dipengaruhi oleh kekuatan di luar diri individu yaitu lingkungan seperti industri, media dan kesenjangan sosial.



Gambar 2.1 Model PRECEDE-PROCEDE

Sumber : Green and Kreuter, 1999 p. 34 dalam Glanz, K, et al, 2002 p. 411

2.2.1 Step 1 : *Social Assessment*

Social Assessment menentukan persepsi masyarakat tentang kebutuhan dan kualitas hidupnya sendiri (Green dan Kreuter, 1999). Pada tahap ini, *Social Assessment* merupakan hal penting dengan berbagai alasan. Pertama, hubungan antara kesehatan dan kualitas hidup bersifat resiprokal (timbal-balik), mempengaruhi satu sama lain (Green dan Kreuter, 1999). Misalnya, hidup dalam kemiskinan berkaitan dengan kesehatan buruk dan hidup tidak sehat menjadikan lebih sulit untuk melepaskan diri dari kondisi hidup miskin. Masyarakat menilai kesehatan mereka bukan sekadar sebagai tujuan itu sendiri, tetapi karena dengan hidup sehat memungkinkan mereka mencapai tujuan-tujuan yang lain (misalnya kenyamanan bekerja dan rekreasi).

2.2.2 Step 2 : *Epidemiological Assessment*

Epidemiological Assessment membantu menentukan masalah kesehatan mana yang paling penting bagi kelompok dalam suatu komunitas (Green dan Kreuter, 1999).

2.2.3 Step 3 : *Behavioral and Environmental Assessment*

Behavioral dan Environmental Assessment perlu menilai berbagai faktor yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi atau sedang dipertimbangkan (Green dan Kreuter, 1999). Faktor perilaku merupakan faktor atau gaya hidup seseorang yang beresiko dan berkontribusi terhadap terjadinya dan tingkat kerumitan (keparahan) masalah kesehatan. Faktor lingkungan adalah faktor sosial dan faktor fisik yang berada di luar diri seseorang, sering diluar kemampuan kendali seseorang, yang dapat dibentuk (diubah) untuk mendukung perilaku atau mempengaruhi *outcome* kesehatan. Untuk mengubah (modifikasi) faktor-faktor lingkungan membutuhkan strategi bukan pendidikan. Misalnya, status nutrisi (gizi) buruk diantara anak-anak sekolah adalah suatu fungsi kebiasaan diet yang buruk (faktor perilaku), yang pada gilirannya paling tidak dapat dipengaruhi oleh adanya makanan yang tidak sehat di sekolah (faktor lingkungan). Sedangkan program pendidikan dapat secara efektif mengajarkan para siswa mengenai diet yang sehat, perubahan kebijakan dan organisasi di tingkat lembaga sangat diperlukan untuk meningkatkan ketersediaan makanan sehat di sekolah.

Teori interpersonal mengenai perubahan perilaku bermanfaat pada tahap kerangka PRECEDE-PROCEDE ini karena penekanannya pada interaksi antara individu dan lingkungannya. Misalnya, Teori Kognitif Sosial menunjukkan bahwa perilaku, pengetahuan (kognisi), dan berbagai faktor personal lain memiliki hubungan timbal balik dengan lingkungan, faktor-faktor ini secara terus-menerus saling mempengaruhi satu sama lain (Bandura, 1986). Selain itu, perilaku seseorang terpengaruh dengan mengamati faktor-faktor lain dan dengan menerima penguatan atau dorongan (*reinforcement*) untuk perubahan perilaku, keduanya menunjukkan pentingnya lingkungan sosial seseorang. Dengan demikian, tahapan ini, membantu mengetahui faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan. Misalnya, asesmen suatu program

untuk mengurangi bobot badan ringan ketika lahir (*low birth weight*), hal-hal yang perlu dipertimbangkan adalah apakah ada perempuan dalam komunitas yang mempraktekkan (model) secara tepat *prenatal care* dan apakah pemimpin komunitas dan para profesional kesehatan menganjurkannya (*prenatal care*).

Teori perubahan organisasi secara khusus relevan bila kebijakan dan praktek organisasi formal telah diketahui sebagai faktor lingkungan untuk diubah. Misalnya, di suatu tempat kerja, kebijakan larangan merokok perlu diperkuat (ditegakkan), perencana perlu memahami bagaimana kebijakan organisasi dapat diubah jika mereka (perencana) membuat estimasi logis perubahan faktor lingkungan. Organisasi komunitas dapat digunakan untuk pengaruh perubahan pada kondisi lingkungan yang secara langsung mempengaruhi kesehatan seseorang atau yang mempengaruhi perilaku sehat (Brown, 1991).

2.2.4 Step 4 : Educational and Ecological Assessment

Setelah memiliki faktor perilaku dan lingkungan yang tepat untuk intervensi, langkah 4 mengidentifikasi antiseden dan memperkuat berbagai faktor untuk memulai dan melanjutkan (mempertahankan) proses perubahan. Faktor-faktor ini dikelompokkan sebagai *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling*, dan secara kolektif mempengaruhi suatu kemungkinan bahwa perubahan perilaku dan lingkungan akan terjadi. Faktor – faktor *predisposing* merupakan antiseden terhadap perilaku yang memberikan rasional atau motivasi kepada perilaku (Green dan Kreuter, 1999). Faktor-faktor tersebut meliputi ilmu pengetahuan, sikap, kepercayaan, preferensi personal, keterampilan yang dimiliki, dan kepercayaan efikasi diri. Faktor – faktor *reinforcing* adalah faktor-faktor yang mengikuti perilaku yang memberikan dukungan secara terus-menerus untuk persistensi atau pengulangan perilaku (Green dan Kreuter, 1999). Faktor-faktor ini seperti dukungan sosial, pengaruh pasangan, faktor-faktor lain yang signifikan, dan pengalaman diri (*vicarious reinforcement*). Faktor-faktor *enabling* adalah antiseden terhadap perilaku untuk mewujudkan motivasi (Green dan Kreuter, 1999). Faktor – faktor *enabling* dapat mempengaruhi perilaku secara langsung atau tidak langsung melalui faktor lingkungan. Faktor-faktor tersebut meliputi jasa pelayanan (*service*), dan sumber daya yang perlu untuk outcome perilaku dan

lingkungan yang akan diwujudkan dan dalam beberapa kasus, keterampilan baru diperlukan untuk memungkinkan perubahan perilaku sehat.

2.2.5 Step 5 : *Administrative and Policy Assessment*

Administrative and Policy Assessment tujuannya adalah untuk mengidentifikasi kebijakan, sumber daya, dan lingkungan yang ada dalam konteks organisasi program yang dapat memudahkan atau menghambat pelaksanaan program. Green dan Kreuter (1999) mendefinisikan PRO dalam PROCEDE sebagai berikut: kebijakan adalah seperangkat tujuan dan aturan yang mengarahkan atau membimbing aktivitas suatu organisasi atau administrasi, peraturan adalah tindakan mengimplementasikan berbagai kebijakan dan memberlakukan aturan atau hukum, dan organisasi adalah mempersatukan dan koordinasi berbagai sumber daya yang perlu untuk melaksanakan suatu program.

Administrative and Policy Assessment dapat diinformasikan melalui teori tingkat komunitas Teori komunitas-organisasi mendorong perencana kesehatan untuk melibatkan anggota penting (kunci) dalam komunitas. Definisi dan identifikasi anggota-anggota ‘kunci’ berbeda untuk setiap komunitas dan masalah kesehatan. Teori perubahan organisasi memberikan informasi kepada praktisi kesehatan masyarakat tentang proses dan strategi untuk menciptakan dan mempertahankan perubahan kebijakan kesehatan dan berbagai proses yang mempengaruhi keberhasilan program promosi kesehatan.

2.2.6 Step 6 hingga 9 : *Implementation and Evaluation*

Pada tahap ini, program promosi kesehatan sudah dapat dilaksanakan (tahap 6). Rencana pengumpulan data hendaknya dilakukan untuk mengevaluasi proses, dampak, dan outcome program, tiga tahap terakhir dalam model perencanaan PRECEDE-PROCEDE (langkah 7 – 9). Secara khusus, evaluasi proses menentukan seberapa jauh program diimplementasikan berdasarkan protocol. Evaluasi dampak untuk mengukur perubahan faktor-faktor predisposing, reinforcing, dan enabling, termasuk faktor-faktor perilaku dan lingkungan. Terakhir, evaluasi outcome menentukan pengaruh program terhadap indikator kesehatan dan kualitas hidup. Secara umum, tujuan yang dapat diukur yang ditulis di masing-masing langkah modal perencanaan PRECEDE-PROCEDE berfungsi sebagai peristiwa penting (milestone) dimana pencapaian program dievaluasi.

Karena penekanan bab ini adalah aplikasi teori terhadap perencanaan program, uraian rinci mengenai langkah-langkah ini tidak akan ditinjau. Tetapi, aplikasinya akan digambarkan dalam suatu studi kasus.

2.3 Kualitas Hidup

Pada umumnya kualitas dapat didefinisikan sebagai tingkatan dari kesenangan. Kualitas hidup merupakan konsep yang lebih luas dari status kesehatan seseorang dan kesehatan sosial. Tidak ada konsensus yang pasti untuk definisi kualitas hidup.

2.3.1 Green LW dan Kreuter

Salah satu fase model yang dikembangkan oleh Green LW et al, 1999 adalah diagnosis perilaku dan lingkungan. Pada fase ini diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan, demikian pula masalah lingkungan (fisik dan sosial) yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan serta kualitas hidup seseorang atau masyarakat. Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, digunakan indikator perilaku seperti pola konsumsi makanan/diet, olahraga, rokok, penggunaan alkohol, narkoba, praktek hubungan seksual, stress dan upaya pemeliharaan kesehatan sendiri. Lingkungan adalah faktor sosial dan fisik yang berada di luar diri seseorang yang dapat mendukung perilaku untuk mempengaruhi kesehatan. Misalnya, status gizi buruk anak sekolah adalah suatu fungsi kebiasaan diet yang buruk (faktor perilaku), yang paling tidak dapat dipengaruhi oleh adanya makanan yang tidak sehat di sekolah (faktor lingkungan).

Dijelaskan pula bahwa faktor *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling*, secara kolektif mempengaruhi suatu kemungkinan kejadian perubahan perilaku dan lingkungan. Faktor *predisposing* merupakan antiseden terhadap perilaku yang memberikan rasional. Faktor tersebut meliputi ilmu pengetahuan, sikap, kepercayaan, preferensi personal, dan kepercayaan diri. Faktor *reinforcing* adalah faktor-faktor yang mengikuti perilaku yang memberikan dukungan atau motivasi sedangkan faktor *enabling* meliputi jasa pelayanan dan sumber daya yang perlu untuk *outcome* perilaku dan lingkungan (Green dan Kreuter, 1999).

2.3.2 Bowling

Literatur menyatakan ada beberapa komponen yang terdapat dalam kualitas hidup yaitu kemampuan fungsional (meliputi kehidupan sehari-hari, kemampuan untuk bekerja), tingkat kualitas sosial dan interaksi dalam masyarakat, kesehatan psikologi, kesehatan fisik dan kepuasan hidup (Bowling, 2001).

2.3.3 Mendola dan Peligrini

Mendola dan Peligrini, 2002, menyatakan bahwa kualitas hidup adalah prestasi individu dalam suatu situasi kesejahteraan sosial yang terbatas dalam kapasitas fisik.

2.3.4 Shin dan Johnson

Menyatakan bahwa kualitas hidup terdiri dari kepentingan seseorang untuk memiliki kebahagiaan individu, kebutuhan, keinginan dan impian, keikutsertaan dalam berbagai aktivitas dan kepuasan terhadap diri sendiri dan orang lain.

2.3.5 Setiono et al

Setiono, K, et al, 2007, mengemukakan bahwa jika kualitas hidup diletakkan dalam ruang lingkup globalisasi dan pembangunan jangka panjang, maka kualitas hidup manusia dapat dijabarkan mencakup hal-hal sebagai berikut :

- 2.3.5.1 Kualitas Pribadi yang menyangkut ciri-ciri pokok pribadi seseorang, baik dalam bentuk fisiknya seperti kesegaran jasmani, kecukupan gizi, kesehatan fisik, kecerdasan, ketahanan mental dan kemandirian.
- 2.3.5.2 Kualitas Spiritual menyangkut hubungan manusia dengan Tuhan Maha Pencipta yang termuat dalam ciri inti, taqwa.
- 2.3.5.3 Kualitas bermasyarakat menyangkut hubungan sesama manusia seperti solidaritas sosial, rasa persamaan sosial, tanggung jawab dan disiplin sosial.
- 2.3.5.4 Kualitas keserasian dengan lingkungan, menyangkut sikap dan wawasan manusia dalam hubungan dengan lingkungan alam.
- 2.3.5.5 Kualitas berbangsa menyangkut hubungan dengan bangsa-bangsa lain antara lain rasa kebangsaan, disiplin nasional dan budaya.

2.3.5.6 Kualitas kekerjaan yang diperlukan sebagai manusia pembangunan untuk mengejar kebahagiaan lahiriah dan rohaniah dengan etika kerja, disiplin kerja, budaya organisasi, keswadayaan dan wawasan masa depan.

2.3.6 World Health Organization (WHO)

Definisi sehat menurut WHO adalah keadaan kemampuan fisik, mental dan sosial bukan saja tidak adanya penyakit atau kecacatan. Definisi ini menekankan pada *mind* dan *body*, serta hubungannya dengan aspek sosial dan kesejahteraan. Nakajima pada tahun 1998 mengungkapkan bahwa sehat merupakan hak asasi yang utama bagi manusia, oleh karena itu sehat tidak hanya memperpanjang hidup dalam pengertian fisik, akan tetapi yang lebih penting menekankan pada memperpanjang umur dengan mengurangi *handicaps*, disabilitas serta meningkatkan perlindungan kesehatan yang lebih besar. Berdasarkan hal itu, sehat didefinisikan sebagai rasio kesehatan baik dalam proporsi kesehatan yang baik maupun buruk dan diukur dengan indikator “*health expectancy*” (WHO, 1998).

Menurut WHO (1998) kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi kehidupannya dalam lingkup budaya dan sistem nilai kehidupan mereka serta dalam hubungan dengan tujuan, harapan dan standar yang mereka anut. Definisi WHO ini menggambarkan suatu konsep dengan sebaran yang luas yang dipengaruhi keadaan kompleks dari kesehatan fisik individu, psikis, derajat ketergantungan, hubungan sosial dan hubungan mereka terhadap keadaan lingkungannya.

Kualitas hidup adalah suatu nilai yang diberikan dalam durasi yang dimodifikasi oleh adanya penyakit, status fungsional serta kesempatan sosial dan kualitas hidup dipengaruhi oleh penyakit, perawatan dan kebijakan. Bowling menyimpulkan bahwa kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan adalah konsep yang menggambarkan respon individu secara fisik, sosial akibat adanya penyakit yang mempengaruhi penilaian individu terhadap tingkat kepuasan kesehatannya dalam lingkungan kehidupannya (Patrick dan Erickson, 1993 dalam Handayani, YS, 2006)

2.3.7 Pengukuran Kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup terdiri dari beberapa macam, namun demikian penggunaan instrument untuk mengukur kualitas hidup harus sesuai dengan kondisi masyarakat Indonesia. Oleh karena itu, instrument untuk penelitian kualitas hidup sering dimodifikasi untuk disesuaikan dengan keadaan masyarakat kita.

Pengukuran kualitas hidup sering menggunakan metode melaporkan sendiri (*self-report*). Responden diminta menjawab pertanyaan mengenai keluhan gejala dan keterbatasan yang dialaminya dalam melakukan kegiatannya. Dalam pengukuran psikologi dan sosial, prinsip dasar pengukuran adalah menggunakan sejumlah indikator yang diduga dapat menjelaskan konsep yang diukur. WHO menyarankan penggunaan skala Likert pada pengukuran kualitas hidup. Dalam melakukan penilaian kualitas hidup sering terjadi masalah karena perbedaan budaya, yaitu penggunaan kuisisioner dari suatu negara, seringkali tidak sesuai bila digunakan di negara lain. Oleh karena itu dilakukan usaha untuk mengadaptasi kuesioner sehingga dapat digunakan pada berbagai negara dengan kebudayaan yang berbeda (The WHOQOL Group, 1998 dalam Handajani YS, 2006)

2.3.7.1 Pengukuran kualitas hidup menurut WHO

Penilaian kualitas hidup mencakup kesejahteraan emosi, kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan sosial. Berbagai alat ukur mencoba untuk meliputi semua dimensi ini (Aaronson NK, et al, 1996). Namun demikian menurut Bowling dalam bukunya "*Research methods in health : investigating health and health*", yang paling memenuhi kriteria penilaian tersebut adalah kuesioner kualitas hidup dari WHO atau WHOQOL (Bowling A, 1997 dalam Handajani YS, 2006).

Penilaian kualitas hidup dilakukan dengan berbagai cara, baik *self ratings* maupun dinilai oleh pemeriksa atau *provider* dan dari hasil evaluasinya ternyata kedua penilaian tersebut menunjukkan korelasi cukup baik. Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa hasil penilaian oleh pasien ternyata lebih tinggi dibandingkan oleh provider atau pemeriksa (dokter) terutama dalam hal kemampuan fungsional dan sosial. Namun demikian hasil penelitian dengan menggunakan berbagai instrument penilaian kualitas hidup, ternyata penilaian

yang diperoleh dari provider maupun oleh pasien sendiri menunjukkan tidak berbeda secara bermakna (Lieberman R *et al*, 2000 dalam Handajani YS, 2006).

2.3.7.2 WHOQOL

Sesuai dengan komitmen WHO dalam meningkatkan upaya kesehatan, bukan hanya menghilangkan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial, maka pengukuran kesehatan dan efek pemeliharaan kesehatan tidak hanya mengubah frekuensi dan keparahan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan dan hal ini dapat dinilai dengan kualitas hidup yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

WHOQOL telah dikembangkan di 14 negara yaitu Thailand, Israel, India, Australia, Panama, Amerika Serikat, Belanda, Kroasia, Jepang, Zimbabwe, Spanyol, Inggris, Rusia dan Perancis sehingga diharapkan instrumen ini dapat memenuhi persyaratan secara *cross-culture*, mementingkan persepsi pasien sebagai individu, dibuat secara sistematis, dapat digunakan dalam praktik kedokteran, meningkatkan hubungan dokter pasien, dapat menilai efektivitas penatalaksanaan, berguna untuk evaluasi pelayanan kesehatan, dapat digunakan dalam penelitian dan pembuatan kebijakan pemerintah (WHO, 1998 dalam Handajani YS, 2006). WHOQOL ada 2 macam, yaitu: 1) WHOQOL-100; 2) WHOQOL-BREF.

a. WHOQOL-100

WHOQOL-100 terdiri dari 6 domain (dimensi) dan 24 facet (subdomain/kategori). Respons dinyatakan dalam rentang pertanyaan: sangat memuaskan-sangat tidak memuaskan. Adapun keenam domain dan faset tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 WHOQOL-100 Menurut Domain Dan Facet

Domain	Facet
I. Physical health	1. Pain and discomfort 2. Energy and fatigue 3. Sleep and rest
II. Psychological health	4. Positive affect 5. Thinking, learning, memory and concentration 6. Self-esteem 7. Body image and appearance 8. Negative affect
III. Level of independence	9. Mobility 10. Activities of daily living 11. Dependence on medication or treatments 12. Working capacity
IV. Social relationships	13. Personal relationships 14. Social support 15. Sexual activity
V. Environment	16. Physical safety and security 17. Home environment 18. Financial resources 19. Health and social care : accessibility and quality 20. Opportunities for acquiring new information and skills. 21. Participation in and opportunities for recreation/leisure activities 22. Physical environment (pollution, noise, traffic, climate) 23. Transportation
VI. Spiritual domain	24. Spirituality/religion/personal beliefs

Sumber: WHO,1995 dalam Handayani, YS, 2006

Berikut ini adalah bahasan mengenai facet-facet yang terdapat dalam domain WHOQOL-100.

a.1 Domain I : Fisik

Pain and discomfort

Menilai pengalaman sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien dan sampai sejauh mana sensasi tersebut mengganggu dan mempengaruhi kehidupan sehari-harinya.

a.2 Domain II : Psikologis

Positive feelings

Menilai seberapa besar pengalaman perasaan positif yang memberikan perasaan kebahagiaan, penuh harapan, kedamaian, kenikmatan terhadap hal-hal yang menyenangkan dalam hidup serta pandangan tentang masa depannya.

a.3 Domain III : Tingkat Kemandirian

Mobility

Menilai pandangan pasien tentang kemampuannya untuk dapat bergerak dari satu tempat ketempat lain tanpa bantuan orang lain.

a.4 Domain IV : Relasi Sosial

Personal relationship

Menilai seberapa jauh hubungan pertemanan, cinta dan dukungan yang diharapkan dan diperoleh dalam menjalin hubungan intim baik secara emosional maupun fisik.

a.5 Domain V : Lingkungan

Financial resources

Menilai pandangan pasien tentang sumber keuangan yang diperolehnya apakah dapat memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya agar gaya hidup yang nyaman baginya dapat terpenuhi.

a.6 Domain VI : Agama/Spiritual *Personal beliefs*

Menilai kepercayaan pribadi dan bagaimana pengaruhnya terhadap kualitas hidup dengan membantu mereka menghadapi masalah sulit ataupun memberikan dukungan dalam menjawab pengalaman-pengalaman hidup yang mereka alami.

Dalam tiap *facet* (kategori) paling banyak terdiri dari 4 pertanyaan, berupa pertanyaan "*perceived objectives*" dan "*self report subjective*". Jawaban atas pertanyaan tersebut, disusun dalam skala Likert yang terdiri dari 5 pilihan jawaban. Skala tersebut ditujukan untuk memberikan jawaban berdasarkan tingkat:

- a) Intensitas
- b) Kapasitas

c) Frekuensi

d) Evaluasi

b. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF merupakan versi singkat dari WHOQOL-100 yang terdiri dari 26 pertanyaan dan terangkum dalam 4 domain sebagai berikut:

Tabel 2.2 WHOQOL-BREF Menurut Domain Dan Facet

Domain	Facet
I. Physical health	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pain and discomfort 2. Energy and fatigue 3. Sleep and rest 4. Mobility 5. Activities of daily living 6. Dependence on medication or treatments 7. Working capacity
II. Psychological health	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positive affect 2. Thinking, learning, memory and concentration 3. Self-esteem 4. Body image and appearance 5. Negative affect 6. Spiritually/religion/personal beliefs
III. Social relationships	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personal relationships 2. Social support 3. Sexual activity
IV. Environment	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physical safety and security 2. Home environment 3. Financial resources 4. Health and social care : accessibility and quality 5. Opportunities for acquiring new information and skill 6. Participation in and opportunities for recreation/leisure activities 7. Physical environment (pollution, noise, traffic, climate) 8. Transportation

Sumber: WHO,1995 dalam Handayani, YS, 2006

Dua pertanyaan selebihnya merupakan pertanyaan umum yang terdiri dari:

- Penilaian tentang kualitas hidup
- Kepuasan terhadap kesehatan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Melbourne, Australia, ternyata kuesioner WHOQOL lebih bermakna bila digunakan pada populasi umum dibandingkan bila digunakan pada individu.

2.4 Status Kesehatan

Sebelum membahas tentang cara hidup sehat sebaiknya terlebih dahulu diketahui apa itu sehat. Karena banyak masyarakat yang beranggapan bahwa sehat adalah tidak sakit secara fisik saja. Sehat adalah suatu keadaan sejahtera jiwa dan raga juga sosialnya. Sehat adalah suatu hadiah dari menjalankan hidup sehat. Oleh karena itu jika ingin terus menerus meningkatkan kesehatan harus menjalankan cara-cara hidup sehat (wordpress.com, 2008).

Dalam bahasa Inggris kata "*health*" mempunyai 2 pengertian dalam bahasa Indonesia, yaitu "sehat" atau "kesehatan". *Sehat* menjelaskan kondisi atau keadaan dari subjek. Sedangkan *kesehatan* menjelaskan tentang sifat dari subyek. Dan menurut batasan ilmiah, sehat atau kesehatan telah dirumuskan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 sebagai berikut: "Keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, tetapi produktif secara ekonomi dan sosial" (Notoatmodjo 2007)

Menurut Notoatmodjo (2007), apabila pada batasan yang terdahulu kesehatan itu hanya mencakup tiga dimensi atau aspek, yakni: fisik, mental dan sosial, namun dalam Undang - Undang No. 23 Tahun 1992, kesehatan mencakup 4 aspek, yakni *fisik* (badan), *mental* (jiwa), *sosial*, dan *ekonomi*. Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi. Bagi yang belum memasuki usia kerja, anak dan remaja, atau bagi yang sudah tidak bekerja (pensiun) atau manula, berlaku produktif secara sosial. Misalnya produktif secara sosial-ekonomi bagi lanjut usia atau para pensiunan adalah mempunyai kegiatan sosial dan keagamaan yang bermanfaat, bukan hanya bagi dirinya, tetapi juga bagi orang lain atau masyarakat.

Status kesehatan pada seseorang dapat terwujud oleh keempat dimensi kesehatan tersebut yang saling mempengaruhi satu sama lain. Wujud atau

indikator dari masing-masing aspek tersebut dalam kesehatan individu antara lain sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007):

- 2.4.1 Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara Medis tidak adanya penyakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak ada gangguan fungsi tubuh.
- 2.4.2 Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni: pikiran, emosional dan spiritual.
 - 2.4.2.1 Pikiran yang sehat itu tercermin dari cara berfikir seseorang, atau jalan pikiran. Jalan pikiran yang sehat apabila seseorang mampu berfikir logis (masuk akal), atau berfikir secara runtut.
 - 2.4.2.2 Emosional yang sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, khawatir, sedih, dan sebagainya.
 - 2.4.2.3 Spiritual yang sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian atau penyembahan, keagungan, dan sebagainya terhadap sesuatu dibalik ini, yakni Sang Pencipta alam dan seisinya (Allah Yang Maha Kuasa), secara mudah spiritual yang sehat dapat dilihat dari praktek keagamaan, keyakinan atau kepercayaan, sesuai dengan agama yang dianut. Dengan perkataan lain, spiritual yang sehat adalah apabila orang melakukan ibadah dan aturan-aturan agama yang dianutnya.
- 2.4.3 Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan atau berkomunikasi dengan orang lain secara baik, atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, saling menghargai dan toleransi.
- 2.4.4 Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat dari seseorang (dewasa) itu produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong secara finansial terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif

secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan pelayanan sosial, pelayanan agama, atau pelayanan masyarakat yang lain bagi usia lanjut.

Lanjut menurut Notoatmodjo (2007), kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri sendiri) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini pun terdiri dari faktor fisik dan psikis. Demikian pula faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor yang antara lain sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya.

Gambaran tentang status kesehatan (dari dalam diri sendiri) dapat dilihat dari penyakit akut dan penyakit yang sering dijumpai atau dialami oleh individu dalam kurun waktu satu bulan terakhir, sedangkan penyakit kronis dan musiman dinyatakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir (Riskesdas, 2007).

Keluhan sakit yang dialami seorang individu dapat dikatakan akut apabila individu mempunyai paling sedikit satu keluhan yaitu ISPA, pneumonia, demam typhoid, malaria, diare . Keluhan sakit kronis apabila individu mengeluh paling sedikit satu keluhan yaitu campak, TB Paru, demam berdarah, hepatitis, filariasis, rematik, hipertensi, stroke, jantung, diabetes dan tumor/kanker (Riskesdas, 2007).

2.5 Lingkungan

2.5.1 Lingkungan Keluarga

Peer Cluster Theory menjelaskan bahwa dalam kelompok yang memiliki ikatan yang kuat akan saling bertukar informasi dan ide. Dengan sikap dan keyakinan yang sama yang dimiliki oleh anggotanya akan terbentuklah norma kelompok. Dalam suatu kelompok keluarga, norma dan sanksi terhadap suatu perilaku menjadi salah satu penentu. Misalnya adanya norma larangan merokok dalam lingkungan keluarga akan membentuk perilaku anggota keluarga tersebut untuk tidak merokok yang akan berdampak pada kesehatannya (Swam, Bates & Chavez, 1998 dalam Damayanti, R, 2007).

Tradisi makan bersama dalam keluarga berdampak positif terhadap kebiasaan makan seseorang. Hasil studi menunjukkan anak-anak dari keluarga yang sedikitnya makan bersama lima kali dalam sepekan, cenderung memiliki

kebiasaan makan yang sehat. Berarti mereka melahap lebih banyak sayuran, serta makanan kaya kalsium, serat, dan gizi-gizi penting lainnya. Temuan-temuan dari analisis ini menegaskan bahwa jamuan rutin keluarga mempunyai keuntungan gizi jangka panjang (Teri L Burgess-Champoux, 2008 dalam www.healthday.com).

Kebiasaan lain dalam keluarga yang dapat membentuk perilaku anggota keluarga yang berdampak pada kesehatan adalah kebiasaan olahraga. Jika dalam suatu keluarga diterapkan kebiasaan olahraga maka anak-anak maupun anggota keluarga lainnya cenderung memiliki kebiasaan hidup yang sehat yaitu olahraga (Teri L Burgess-Champoux, 2008 dalam www.healthday.com).

2.5.2 Lingkungan Fisik dan Lingkungan Sosial

Pada saat ini pembangunan di sektor perumahan sangat berkembang karena kebutuhan yang utama bagi masyarakat. Perumahan juga harus memenuhi syarat bagi kesehatan baik ditinjau dari segi bangunan, drainase, pengadaan air bersih, maupun pengelolaan sampah. Hal tersebut jika tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan masalah bagi kesehatan masyarakat yang ada di pemukiman tersebut (www.wordpress.com)

Daerah industrialisasi pada saat ini akan menimbulkan masalah yang baru, kalau tidak dengan segera ditanggulangi maka kemungkinan menimbulkan gangguan kesehatan bagi penduduk yang bermukim disekitarnya. Dari studi yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2007 terungkap bahwa penduduk yang bermukim di lingkungan industrialisasi mempunyai risiko terkena kanker, penyakit paru, hipertensi dan gangguan metabolisme lain (www.wordpress.com)

Perkembangan epidemiologi menggambarkan secara spesifik peran lingkungan dalam terjadinya penyakit dan wabah. Lingkungan berpengaruh pada terjadinya penyakit seperti penyakit malaria karena udara jelek dan tinggal di sekitar rawa-rawa. Dipandang dari segi lingkungan kesehatan, penyakit terjadi karena interaksi antara manusia dan lingkungan (www.wordpress.com).

Lingkungan juga berdampak signifikan terhadap perkembangan psikologis seseorang. Dapat diartikan bahwa lingkungan fisik maupun lingkungan sosial akan berpengaruh terhadap kualitas kejiwaan seseorang. Lingkungan fisik yang kotor akan membentuk perilaku pribadi yang cenderung tidak peduli terhadap

kebersihan dan kesehatan (Anastosi, A dan Lerbina, S, 1997 dalam Hafizurrachman, 2007).

Lingkungan kerja menyangkut ciri lingkungan fisik seperti temperatur, kondisi penerangan dan sistem sosial (interaksi sosial dan suasana kerja). Semua aspek tersebut berpengaruh pada perilaku seseorang, pengembangan emosional, kesehatan mental dan motivasi kerja (Gibson, et al, 2006 dalam Hafizurrachman, 2007).

Sejalan dengan pendapat Franken dan Yoder bahwa lingkungan kerja meliputi 2 komponen dasar yaitu kondisi fisik dan kondisi psikologis dimana kedua komponen tersebut saling terkait. Kondisi fisik mempunyai dampak terhadap kenyamanan psikologis pekerja demikian juga hal sebaliknya.

2.6 Kebiasaan Organisasi

Manusia sebagai makhluk budaya mengandung pengertian bahwa kebudayaan merupakan ukuran dalam hidup dan tingkah laku manusia terhadap dunianya, lingkungan serta masyarakatnya. Kebudayaan merupakan seperangkat nilai-nilai yang menjadi landasan pokok untuk menentukan sikap terhadap dunia luarnya bahkan mendasari setiap tingkah laku yang hendak dan harus dilaksanakan sehubungan dengan pola hidup dan susunan kemasyarakatan (Gibson, et al, 2006).

Demikian luasnya cakupan kebudayaan sehingga muncul wujud kebudayaan dalam kehidupan masyarakat. Kebudayaan mengikat para anggota yang di lingkup kebudayaan itu untuk berperilaku sesuai dengan budaya yang ada. Apabila pengertian ini ditarik ke dalam organisasi, maka seperangkat norma sudah terbentuk dalam organisasi tersebut. Para anggota organisasi akan bersikap dan bertingkah laku sesuai dengan norma itu tanpa merasa terpaksa. Apabila norma itu adalah budaya yang bersifat mengarahkan kepada anggota organisasi untuk berperilaku baik maka anggota organisasi menganggap sebagai budaya, maka anggota organisasi akan melaksanakannya dengan baik.

2.7 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan,

makanan dan minuman, serta lingkungan (Skinner dalam Janz et al, 2002). Seorang ahli lain (Becker, 1979 dalam Janz et al, 2002) mengatakan bahwa perilaku sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup antara lain makan dengan menu seimbang, olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stress dan perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.

Faktor keluarga sangat menentukan perilaku seseorang. Misalnya faktor keluarga yaitu adanya orang tua yang perokok atau pemakai narkoba diperkirakan cenderung berperan menentukan perilaku anggota keluarga yang lain (Hardie et al, 2006 dalam Sabarinah, 2009).

2.7.1 Latihan Fisik

Olahraga adalah suatu bentuk latihan fisik yang memberi pengaruh baik (positif) terhadap tingkat kemampuan fisik seseorang, apabila dilakukan secara baik dan benar.

Latihan fisik merupakan salah satu bentuk penggunaan energi dalam tubuh disamping pencernaan makanan atau "*thermic effect of food*" dari jenis-jenis makanan. Latihan fisik dapat meningkatkan kemampuan ini terbukti dapat mencegah kegemukan. Latihan fisik dapat meningkatkan kemampuan fungsional kardiovaskuler dan menurunkan kebutuhan oksigen otot jantung yang diperlukan pada setiap peningkatan aktivitas fisik seseorang (Sulistianingsih, 2001 dalam Herry, 2008).

Studi yang dilakukan oleh *Canada Research* pada Universitas Alberta menemukan bahwa olahraga dapat membantu mengurangi kelelahan, meningkatkan kekuatan fisik, dan meningkatkan kualitas hidup bagi sebagian penderita yang bertahan dalam kanker. Para penderita yang bertahan dalam kanker secara aktif menggerakkan fisiknya secara reguler minimal 3 kali seminggu selama 30 menit dan ini juga berlaku bagi orang yang ingin sehat (Kerry Courneya, 2008).

2.7.2 Kebersihan Individu

Kebersihan individu yang buruk merupakan cerminan dari kondisi lingkungan dan perilaku individu yang tidak sehat. Perilaku individu yang mencerminkan perilaku sehat antara lain:

2.7.2.1 Cuci Tangan Pakai Sabun

Cuci tangan merupakan salah satu perilaku sehat yang pasti sudah dikenal dan merupakan suatu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun untuk memutuskan mata rantai kuman. Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan patogen berpindah dari satu orang ke orang lain baik dengan kontak langsung maupun tidak langsung dengan menggunakan permukaan-permukaan lain seperti handuk, gelas (www.promosikesehatan.com).

Tangan merupakan pembawa utama kuman penyakit, oleh karena itu sangat penting untuk diketahui dan diingat bahwa perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan perilaku sehat yang sangat efektif untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit menular seperti diare, ISPA, Flu Burung dan lain-lain (www.promosikesehatan.com)

Menurut kajian yang disusun oleh Curtis dan Cairncross, 2005, didapatkan bahwa perilaku cuci tangan pakai sabun khususnya setelah kontak dengan feses dapat menurunkan insiden diare 42-47%, menurunkan transmisi ISPA hingga 30%. Unicef menyatakan bahwa cuci tangan pakai sabun dapat menurunkan 50% insiden flu burung. Praktek cuci tangan pakai sabun dapat juga mencegah infeksi kulit dan mata. Beberapa kajian ini menunjukkan bahwa intervensi cuci tangan pakai sabun dianggap sebagai pilihan perilaku yang efektif untuk pencegahan berbagai penyakit menular (www.promosikesehatan.com).

2.7.2.2 Kebersihan Gigi

Perawatan gigi adalah upaya yang dilakukan agar gigi tetap sehat dan dapat menjalankan fungsinya. Begitu pentingnya gigi bagi manusia sehingga gigi perlu dirawat dengan benar. Gigi merupakan salah satu organ penting pencernaan. Gigi digunakan untuk mengunyah makanan sebelum masuk ke saluran pencernaan. Jika gigi mengalami gangguan, akan terganggu pula proses pencernaannya. Gigi

yang bermasalah dapat mengganggu aktivitas sehari-hari akibat terkena infeksi sehingga dapat menimbulkan penyakit yang lainnya, seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, paru, diabetes, stroke dan kanker (AsianBrain.com).

Sisa makanan yang masih ada di gigi menyebabkan aktivitas bakteri berlebihan sehingga mulut mengeluarkan bau yang kurang sedap. Merawat gigi perlu dilakukan sedini mungkin. Salah satu langkah yang dilakukan dalam merawat gigi adalah gosok gigi minimal 2 kali sehari. Pada kenyataannya, perawatan gigi yang dilakukan secara personal (menyikat gigi) tidaklah cukup. Gigi juga memerlukan perawatan secara profesional, terlebih pada gigi sensitif atau gigi yang telah terlanjur mengalami kerusakan, misalnya gigi berlubang (AsianBrain.com).

Sangat dianjurkan untuk memeriksakan gigi ke dokter gigi secara teratur setiap 6 bulan sekali. Konsultasi ke dokter gigi diperlukan untuk mendapatkan tahap-tahap perawatan gigi, terutama pada gigi yang bermasalah (AsianBrain.com).

2.7.2.3 Kebersihan Badan

Kebersihan badan perlu kita jaga sebab badan kita merupakan hal yang penting dan utama dalam kehidupan kita. Kesehatan itu sangat mahal harganya meskipun kita punya segalanya tetapi kalau kita dalam keadaan sakit, hal itu tidak akan ada gunanya kita tidak akan bisa menikmati fasilitas yang ada kalau kita sakit, kita tidak akan bisa merasakan makanan yang enak kalau kita sakit. Salah satu cara menjaga kebersihan badan adalah mandi setidaknya 2x sehari (AsianBrain.com).

2.7.2.4 Kebersihan Pakaian

Tak kalah pentingnya kebersihan pakaian pun harus kita jaga sebab pakaian yang kotor akan menimbulkan penyakit juga misalnya menimbulkan gatal-gatal pada badan dan tidak nyaman dipakai. Dianjurkan pakaian hanya dipakai sekali saja, bila pakaian sudah kotor hendaklah segera dicuci (AsianBrain.com).

2.7.3 Pola Makan Tidak Sehat

Kebiasaan makan adalah perilaku yang berhubungan dengan makanan, frekuensi makan seseorang, jenis makanan yang dimakan, distribusi makanan

dalam keluarga dan cara memilih makanan (Suharjo, 1998 dalam Kandow, DG, 2008).

Pola makan individu meliputi bahan makanan pokok, lauk-pauk (hewani dan nabati), sayur dan buah (Sediaoetama, 1991 dalam wordpress, 2009). Pola makan yang tidak baik akan menimbulkan beberapa gangguan seperti kolesterol tinggi, tekanan darah meningkat dan kadar gula yang meningkat. Contoh pola makan yang tidak seimbang antara asupan dengan kebutuhan baik jumlah maupun jenis makanannya, seperti makan makanan tinggi lemak, kurang mengkonsumsi sayuran dan buah, juga makanan yang melebihi kebutuhan tubuh yang bisa menyebabkan obesitas atau kegemukan (Hariani dalam balispot.co.id, 2009).

Serat memberi perlindungan terhadap berbagai penyakit dan juga menurunkan tekanan darah dan konsumsi setiap hari buah dan sayuran direkomendasikan untuk mengurangi risiko seperti penyakit jantung koroner, stroke dan tekanan darah tinggi (WHO, 2003 dalam Kandou, GB, 2008).

Gaya hidup pada zaman modern ini telah mendorong orang mengubah gaya hidupnya seperti makan makanan siap saji, makanan kalengan, sambal botolan, minuman kaleng, buah dan sayur awetan. Gaya hidup seperti itu tidak baik untuk tubuh dan kesehatan karena tubuh kita menjadi rusak oleh makanan yang tidak sehat sehingga tubuh kita rentan berbagai penyakit (Depkes, RI, 2007 dalam wordpress.com, 2008).

Untuk mengetahui konsumsi makanan dan frekuensi konsumsi selama periode tertentu biasanya dipakai hari, minggu, bulan atau tahun. Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang bahan makanan atau makanan jadi dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Jenis makanan jadi yang ada dalam daftar kuesioner adalah yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden (Gibson, 2005 dalam dalam Kandou, GB, 2008).

2.7.4 Kebiasaan Merokok

Merokok dapat mengganggu kerja paru-paru yang normal, karena hemoglobin lebih mudah membawa karbondioksida (CO₂) daripada membawa oksigen. Jika terdapat CO₂ dalam paru-paru, maka akan dibawa oleh hemoglobin sehingga tubuh memperoleh oksigen yang kurang dari biasanya. Kandungan nikotin dalam rokok yang terbawa dalam aliran darah dapat mempengaruhi

berbagai bagian tubuh yaitu mempercepat denyut jantung sampai 20 kali lebih cepat dalam satu menit daripada dalam keadaan normal, menurunkan suhu kulit sebesar setengah derajat karena penyempitan pembuluh darah kulit dan menyebabkan hati melepaskan gula ke dalam aliran darah (Amstrong, 1991 dalam Anggraeni, F, 2008).

Merokok merupakan faktor risiko terpenting untuk terjadinya penyakit karena dapat menyebabkan arteriosclerosis dini, penyakit jantung koroner, penyakit paru obstruktif menahun, kanker paru, larynx, rongga mulut, pancreas dan oesophagus, selain itu juga dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar lemak dalam darah sebagai factor risiko terjadinya stroke, penyakit jantung dan pembuluh darah (Kosen, 2001 dalam Anggraeni, F, 2008).

Merokok sigaret dengan kandungan nikotin menyebabkan peningkatan frekuensi denyut jantung serta meningkatkan tekanan sistolik dan diastolic, meskipun nikotin dan merokok menaikkan tekanan darah secara akut, namun tidak selalu muncul pada perokok (Kaplan dan Stamle, 1994 dalam Anggraeni, F, 2008).

Zat-zat kimia beracun yang terdapat dalam rokok seperti nikotin dan karbon monoksida yang diisap melalui rokok dibawa masuk ke dalam aliran darah. Selanjutnya zat ini merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, sehingga mengakibatkan proses arterosklerosis dan tekanan darah tinggi. Selain itu merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung (Karyadi, 2002 dalam Anggraeni, F, 2008)

Farmingham *Heart Study* menemukan bahwa merokok menurunkan kadar kolesterol baik (HDL). Penurunan HDL pada laki-laki rata 4,5 mg/dl dan pada perempuan 6,5 mg/dl.

Perokok dikategorikan sebagai berikut :

- Perokok ringan : < 10 batang/hari
- Perokok sedang : 10 – 20 batang/hari
- Perokok berat : > 20 batang/hari

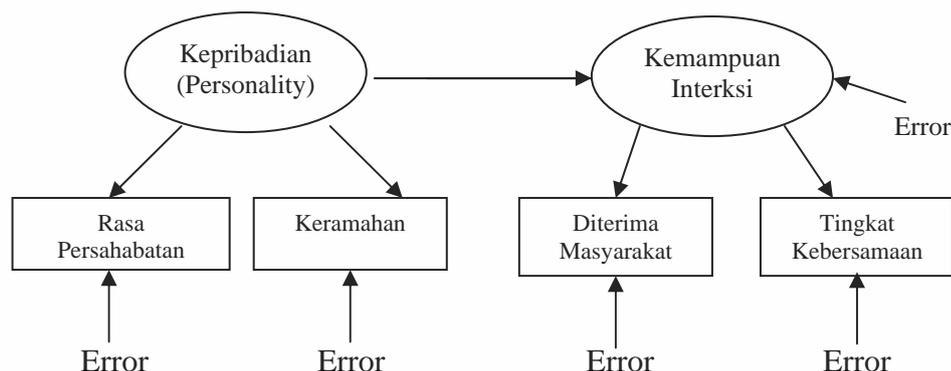
Penelitian yang dilakukan oleh Lipid Research Program Prevalence Study menunjukkan bahwa mereka yang merokok dua puluh batang atau lebih perhari, mengalami penurunan kadar HDL sekitar 11% pada laki-laki dan 14% pada

perempuan. Merokok juga mengurangi usia harapan hidup, rata-rata 10 tahun. Atau apabila tidak merokok berarti menambah usia harapan hidup rata-rata 10 tahun. Demikian antara lain hasil penelitian selama 50 tahun di Inggris mengenai dampak merokok terhadap kesehatan (BKKBN.go.id, 2007 dalam Anggraeni, F, 2008).

2.8 Konsep Dasar *Structural Equation Model (SEM)*

2.8.1 Variabel Laten dan Variabel Manifest (Teramati)

Variabel yang tidak bisa diukur secara langsung dan memerlukan beberapa indikator sebagai proksi disebut **Variabel Laten**. Indikator yang dapat diukur dalam *Structural Equation Model (SEM)* dikenal sebagai **Variabel Manifest (Teramati)**. Sebagai contoh dalam kehidupan sehari-hari, kita dituntut untuk dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar/sosial. Salah satu hal yang mempengaruhi **kemampuan berinteraksi** adalah **kepribadian (*personality*)** individu tersebut. Bagaimana kita bisa mengukur kepribadian (*personality*) dalam kemampuan berinteraksi? diperlukan indikator untuk menilai kepribadian (*personality*) tersebut yaitu misalnya "rasa persahabatan". Indikator "rasa persahabatan" ini disebut **Variabel Manifest (Teramati)**, sedangkan kepribadian (*personality*) disebut **Variabel Laten**. Secara implisit kita mengasumsikan bahwa variabel manifest (teramati) yaitu "rasa persahabatan" adalah ukuran yang sempurna untuk menilai variabel laten yaitu kepribadian (*personality*) sehingga tidak terdapat kesalahan pengukuran (*measurement error*), namun asumsi tersebut sangat tidak mungkin karena pasti terdapat kesalahan (*error*) dalam setiap indikator. Demikian juga dengan variabel laten kemampuan berinteraksi dipengaruhi oleh kepribadian (*personality*), padahal kemampuan berinteraksi seseorang sangat mungkin dipengaruhi oleh variabel lain, sehingga dalam kesalahan (*error*) juga perlu diperhitungkan (Ghozali, Imam, 2008 & Sitinjak, JR.T, 2005).



Gambar 2.2 Hubungan Variabel Laten dengan Teramati, Variabel Laten dengan Laten lainnya serta Kesalahan Pengukuran (*Measurement Errors*) dan Kesalahan Struktural (*Structural Errors*)

2.8.2 Variabel Eksogen dan Variabel Endogen

Berdasarkan "teori" kita, kepribadian (*personality*) merupakan determinan dari kemampuan berinteraksi (karena kepribadian yang menyenangkan akan dapat mempengaruhi kemampuan berinteraksi kita), sehingga kepribadian (*personality*) adalah **variabel independen**. Kemampuan berinteraksi di lain pihak adalah **variabel dependen** karena dipengaruhi oleh kepribadian (*personality*). Jika suatu variabel tidak dipengaruhi oleh variabel lainnya dalam model, maka dalam *Structural Equation Model (SEM)* sering disebut **variabel eksogen**, setiap variabel eksogen selalu variabel independen. Sedangkan variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain dalam suatu model disebut **variabel endogen** atau variabel dependent. Namun variabel dependent dapat menjadi variabel independen untuk hubungan dalam berikutnya (Ghozali, Imam, 2008 & Sitinjak, JR.T, 2006).

BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT “X”

3.1 Sejarah Rumah Sakit

3.1.1 Sebelum Penerapan Badan Layanan Umum (BLU)

Rumah Sakit “X” Makassar didirikan berdasarkan instruksi Menteri Kesehatan kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan dengan nomor 568/Menkes/SK/XII/1982 tanggal 24 Desember 1982 sebagai dasar untuk membangun Rumah Sakit “X” Ujung Pandang pada saat itu yang merupakan unit organik dalam lingkungan Departemen Kesehatan yang berada dan bertanggungjawab langsung kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/Menkes/SK/VI/1985 tentang wilayah binaan rumah sakit kusta, maka Rumah Sakit “X” Regional Makassar membina daerah seluruh Sulawesi, Maluku dan Irian Jaya.

Rumah Sakit “X” Regional Makassar sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik bertekad membantu mewujudkan visi dan misi Depkes berdasarkan tugas pokok dan fungsinya yaitu mengacu pada Kepmenkes Nomor 568/Menkes/SK/XII/1982 tanggal 12 Desember 1982, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit “X” Regional Makassar.

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 270/MENKES/SK/VI/1985 tanggal 4 Juni 1985, Rumah Sakit “X” Regional Makassar menjadi rumah sakit pembina dan sekaligus ditunjuk sebagai pusat rujukan kusta di Kawasan Timur Indonesia. Dengan demikian Rumah Sakit “X” regional Makassar sangat diharapkan mampu memberikan pelayanan prima dan profesional sehingga dapat berperan membantu program di daerah untuk menekan angka kecacatan dan menurunkan prevalensi kusta hingga 1 per 10.000 penduduk sebagaimana yang diharapkan oleh WHO. Sejalan dengan itu, dalam rangka mengurangi birokrasi dan sekaligus meningkatkan kualitas layanan pemerintah kepada masyarakat, Rumah Sakit “X” Regional Makassar sebagai salah satu UPT Departemen Kesehatan RI, diarahkan untuk menjadi Badan Layanan Umum (BLU) sesuai Peraturan Pemerintah Nomor

23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Dengan demikian Rumah Sakit “X” Regional Makassar harus mempersiapkan diri baik dari segi sistem pengelolaan keuangan, pengembangan organisasi maupun kesiapan sumber daya manusia yang handal. Berdasarkan konsep ini, maka Rumah Sakit “X” Regional Makassar telah berupaya melakukan pengembangan organisasi dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

3.1.2 Setelah Penerapan Badan Layanan Umum (BLU)

Tugas rumah sakit adalah melaksanakan pelayanan penderita kusta secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan guna peningkatan kualitas hidup dan produktivitas penderita kusta serta melaksanakan kegiatan diklat dan litbang dibidang rehabilitasi kusta sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut, Rumah Sakit “X” Makassar mempunyai fungsi:

- 3.1.2.1 Melaksanakan pelayanan medik penderita kusta
- 3.1.2.2 Melaksanakan asuhan keperawatan penderita kusta
- 3.1.2.3 Melaksanakan upaya pencegahan cacat penderita kusta
- 3.1.2.4 Melaksanakan rehabilitasi medik dan non medik penderita kusta
- 3.1.2.5 Melaksanakan pelayanan rujukan penderita kusta
- 3.1.2.6 Melaksanakan pendidikan dan pelatihan dibidang rehabilitasi kusta
- 3.1.2.7 Melaksanakan pengembangan pelayanan umum
- 3.1.2.8 Melaksanakan penelitian dan pengembangan dibidang rehabilitasi kusta
- 3.1.2.9 Menerapkan teknologi tepat guna dibidang rehabilitasi kusta
- 3.1.2.10 Melaksanakan administrasi umum dan keuangan

3.2 Visi, Misi Dan Motto Rumah Sakit

3.2.1 Visi

Rumah Sakit “X” Makassar sebagai salah satu penyelenggara pembangunan kesehatan telah mempunyai visi yaitu: **“Menjadi Rumah Sakit Terkemuka di Indonesia khususnya dalam Pelayanan Rehabilitasi Kusta”**.

Visi tersebut mengandung makna bahwa Rumah Sakit “X” Makassar akan lebih menitikberatkan pelayanannya pada Rehabilitasi Medik dan non medik

penderita kusta tanpa mengabaikan fungsi-fungsi lainnya yang akan menjadi nuansa dan ciri khas pelayanan kepada pelanggannya.

3.2.2 Misi

Misi merupakan pernyataan tentang tujuan operasional organisasi yang diwujudkan dalam produk dan pelayanan. Untuk dapat mewujudkan visi Rumah Sakit “X” Makassar tersebut di atas, maka dalam melaksanakan tugas dan fungsinya ditetapkan misi yaitu:

- 3.2.2.1 Menjadi Pusat Pendidikan Pelatihan dan Penelitian Pengembangan Rehabilitasi Kusta.
- 3.2.2.2 Meningkatkan profesionalisme dalam bidang pelayanan kesehatan dan manajemen rumah sakit.
- 3.2.2.3 Memberikan pelayanan kesehatan bermutu dan paripurna dengan memanfaatkan teknologi mutakhir.
- 3.2.2.4 Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berbasis kemitraan.

3.2.3 Motto

Adapun motto Rumah Sakit “X” Makassar dalam memberikan pelayanan adalah Melayani Dengan Keikhlasan.

3.3 Tujuan Rumah Sakit

Tujuan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit “X” Makassar kepada pelanggan adalah:

- 3.3.1 Meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas penderita kusta melalui pelayanan yang bermutu dan paripurna
- 3.3.2 Meningkatkan kompetensi tenaga, sarana dan prasarana kesehatan dalam penanganan rehabilitasi kusta
- 3.3.3 Meningkatkan mutu pelayanan rehabilitasi kusta melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait.
- 3.3.4 Meningkatkan sistem rujukan di wilayah binaan.

3.4 Sumber Daya Manusia

Ketersediaan sumber daya manusia (SDM) merupakan faktor terpenting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dimana dalam pelaksanaannya terdiri dari berbagai disiplin ilmu guna memenuhi tuntutan kebutuhan masyarakat pada umumnya dan rumah sakit pada khususnya. Adapun ketersediaan SDM di Rumah Sakit "X" Makassar sampai dengan bulan Desember 2009 jumlah tenaga di Rumah Sakit "X" Makassar, seperti tertera dibawah ini:

Tabel 3.1 Ketersediaan SDM menurut Jenis Ketenagaan RS "X" Makassar Per 31 Desember 2009

No	Jenis Ketenagaan	Tahun 2009
1	Medis	51
2	Perawat	134
3	Penunjang	158
4	Adminitrasi	56
Total		399

3.5 Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

3.5.1 Gedung, Halaman dan Jalan

Rumah Sakit "X" Makassar memiliki luas tanah 146.159 m²

3.5.2 Fasilitas Tempat Tidur

Kapasitas Tempat Tidur = 175 TT

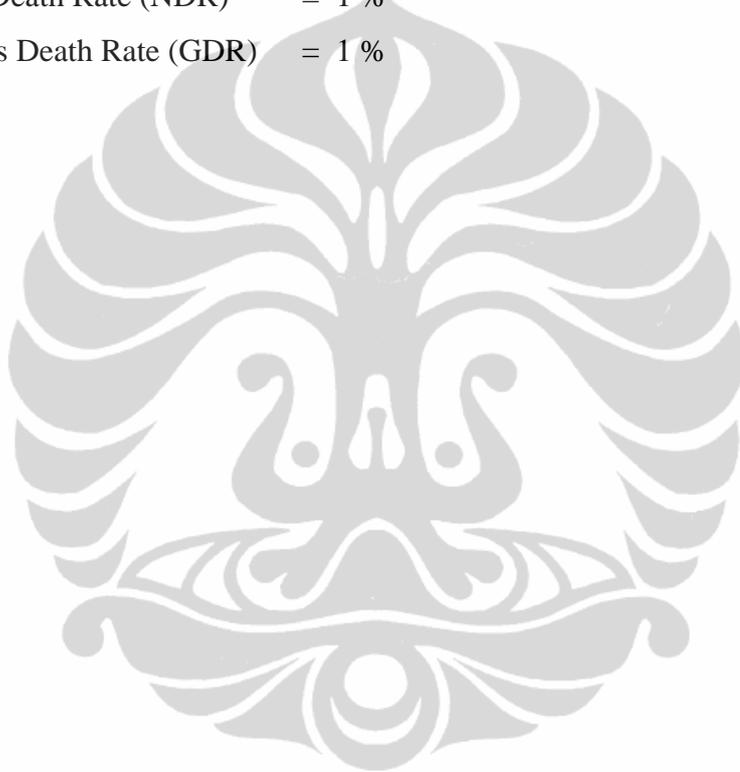
Terdiri dari :

- Bangsal A = 20 TT
- Bangsal B = 20 TT
- Bangsal C = 18 TT
- Bangsal D = 19 TT
- Bangsal E = 20 TT
- Bangsal F = 20 TT
- Bangsal G = 20 TT
- Bangsal H = 6 TT
- Bangsal Umum = 16 TT

- Klinik Bersalin = 13 TT
- ICU = 3 TT

3.6 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

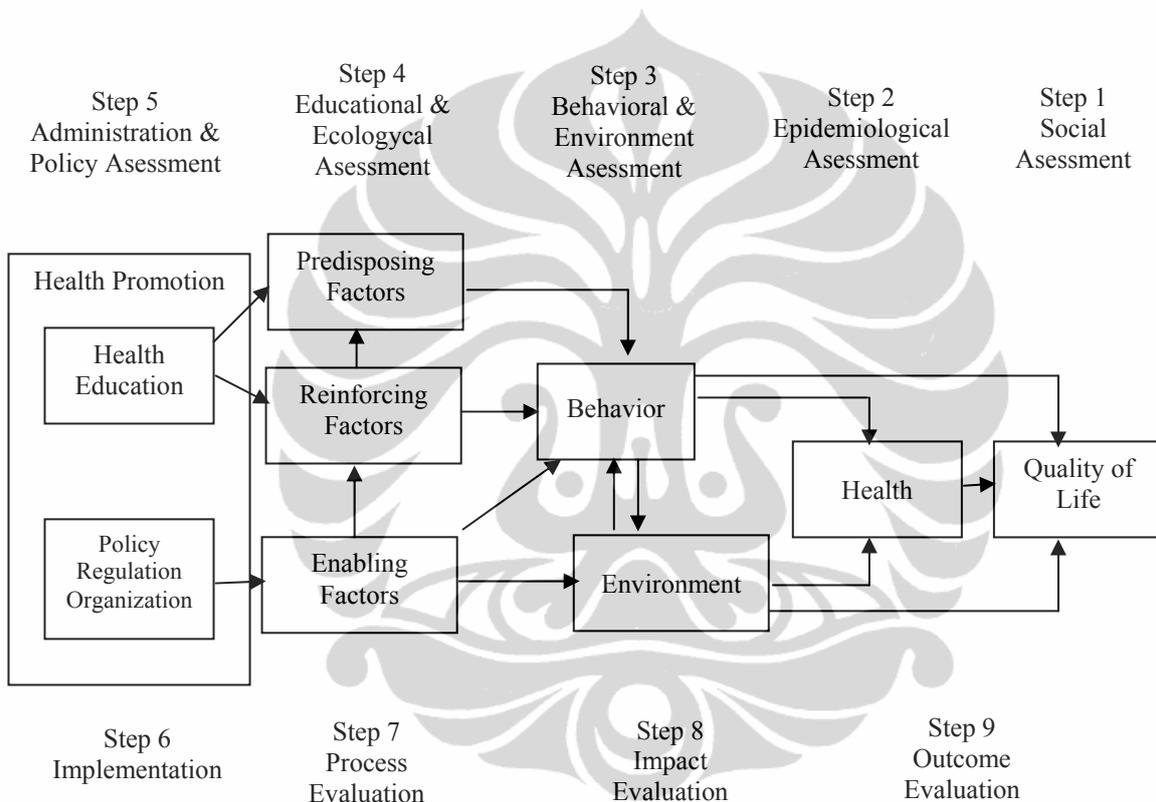
- Bed of Rate (BOR) = 58%
- Length of Stay (LOS) = 32 hari
- Bed Turn Over (BTO) = 5 kali
- Turn Over Interval (TOI) = 30 hari
- Net Death Rate (NDR) = 1 %
- Gross Death Rate (GDR) = 1 %



BAB 4
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP,
DEFINISI KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Teori

Pemahaman kita makin jelas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup sebagaimana telah dikemukakan pada latar belakang, Green LW dan Kreuter, 1999 mengembangkan model sebagai berikut :



Gambar 4.1 Model PRECEDE-PROCEDE

Sumber : Green and Kreuter, 1999 p. 34 dalam Glanz, K, et al, 2002 p. 411

Salah satu fase dalam model PRECEDE-PROCEDE yang dikembangkan oleh Green LW dan Kreuter, 1999 adalah diagnosis perilaku dan lingkungan. Pada fase ini diidentifikasi bahwa perilaku mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup, faktor lingkungan juga mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup demikian pula faktor perilaku dan lingkungan berkorelasi mempengaruhi status kesehatan serta kualitas hidup seseorang atau masyarakat (Glanz, K, et al, 2002).

Disimpulkan pula bahwa perilaku dan lingkungan seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh faktor *predisposing* (pengetahuan, sikap, kepercayaan) dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas (*enabling*) dan juga dukungan/motivasi dari luar individu (*reinforcing*) akan memperkuat terbentuknya perilaku (Green LW dan Kreuter, 1999 dalam Glanz, K, et al, 2002).

Lebih dari dua dekade telah diketahui bahwa faktor perilaku atau gaya hidup mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat. Perilaku yang dimaksud adalah pola umum diet, olahraga, rokok, alkohol, penggunaan narkoba, praktek hubungan seksual, stress dan upaya pemeliharaan kesehatan sendiri yang kesemuanya berhubungan dengan kesehatan dan kualitas hidup serta lamanya usia hidup (Green LW dan Kreuter, 1999 dalam Glanz, K, et al, 2002). Meskipun faktor-faktor tersebut dianggap sebagai perilaku individu, namun tidak secara keseluruhan merupakan perilaku atas keinginan sendiri. Faktor-faktor ini dalam banyak hal dipengaruhi oleh kekuatan di luar diri individu yaitu lingkungan.

Menurut Teori Anastosi, A dan Lerbina, S, 1997 mengemukakan bahwa lingkungan juga berdampak signifikan terhadap perkembangan psikologis seseorang. Dapat diartikan bahwa lingkungan fisik maupun lingkungan sosial akan berpengaruh terhadap kualitas kejiwaan seseorang. Lingkungan fisik yang kotor akan membentuk perilaku pribadi yang cenderung tidak peduli terhadap kebersihan dan kesehatan.

Sedangkan Gibson, et al, 2006 menjelaskan bahwa lingkungan kerja menyangkut ciri lingkungan fisik seperti temperatur, kondisi penerangan dan sistem sosial (interaksi sosial dan suasana kerja). Semua aspek tersebut berpengaruh pada perilaku seseorang, pengembangan emosional yang akan berdampak pada kesehatan mental dan motivasi kerja.

Demikian juga faktor keluarga sangat menentukan perilaku seseorang. Misalnya faktor keluarga yaitu adanya orang tua yang perokok atau pemakai narkoba diperkirakan cenderung berperan menentukan perilaku anggota keluarga yang lain (Hardie et al, 2006 dalam Sabarinah, 2009).

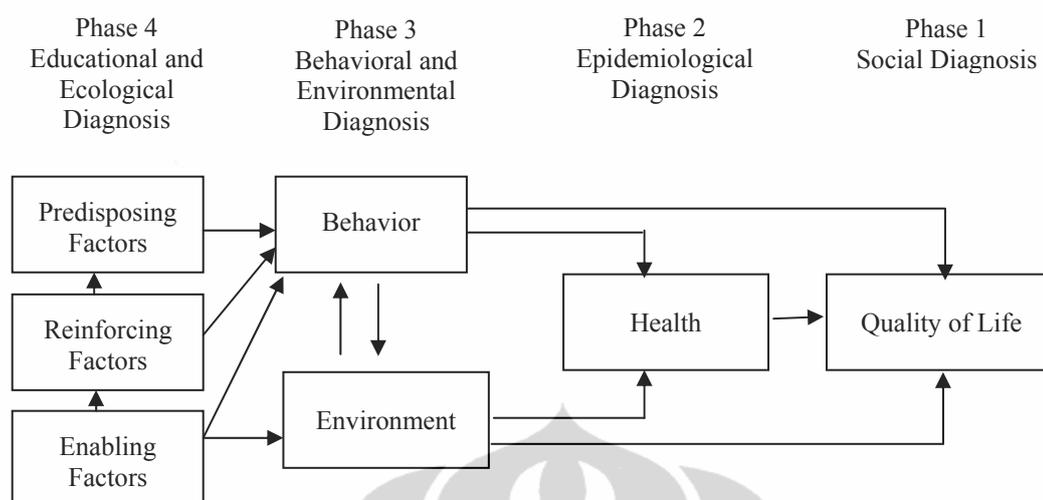
4.2 Kerangka Konsep

Green dan Kreuter, 1999, mengidentifikasi dan menilai berbagai faktor yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang sebagaimana gambar 4.1. Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan di atas, maka penelitian Konfirmasi Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010 menggunakan kerangka teori seperti pada gambar 4.2 sebagai landasan penyusunan kerangka konsep (gambar 4.3). Skema tersebut merupakan fragmen dari Model PRECEDE-PROCEDE oleh Green and Kreuter, 1999 (fase 1-4, gambar 4.1).

Adapun pertimbangan peneliti untuk memilih kerangka konsep tersebut seperti gambar 4.3 karena salah satu indikator untuk melihat kualitas hidup adalah status kesehatan, dimana faktor perilaku merupakan faktor risiko yang berhubungan dan berkontribusi langsung terhadap terjadinya masalah kesehatan sedangkan faktor lingkungan adalah faktor sosial dan faktor fisik yang berada di luar diri seseorang yang dapat dibentuk (diubah) untuk mendukung perilaku untuk mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup individu dalam hal ini individu sumber daya manusia kesehatan.

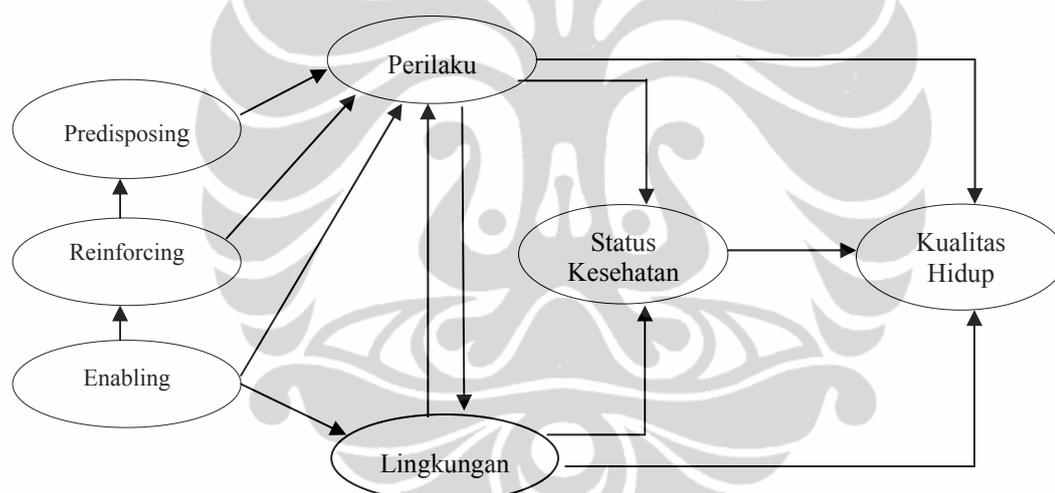
Disimpulkan pula bahwa perilaku dan lingkungan seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh faktor *predisposing* dalam hal ini sikap dari orang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas (*enabling*) dan juga dukungan/motivasi dari luar individu (*reinforcing*) akan memperkuat terbentuknya perilaku (Green LW dan Kreuter, 1999 dalam Glanz, K, et al, 2002).

Produktifitas merupakan cerminan dari kualitas hidup (Tarupolo, B, 2002). Kualitas hidup sangat berkaitan dengan status kesehatan, jika status kesehatan baik, maka kualitas hidup akan meningkat, kualitas hidup merupakan salah satu kunci dan prediksi utama untuk meningkatkan dan memperpanjang harapan hidup (*American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2008*).



Gambar 4.2 Model PRECEDE-PROCEDE (Step 1 – 4)

Sumber : Green and Kreuter, 1999 p. 34 dalam Glanz, K, et al, 2002 p. 411



Gambar 4.3 Kerangka Konsep

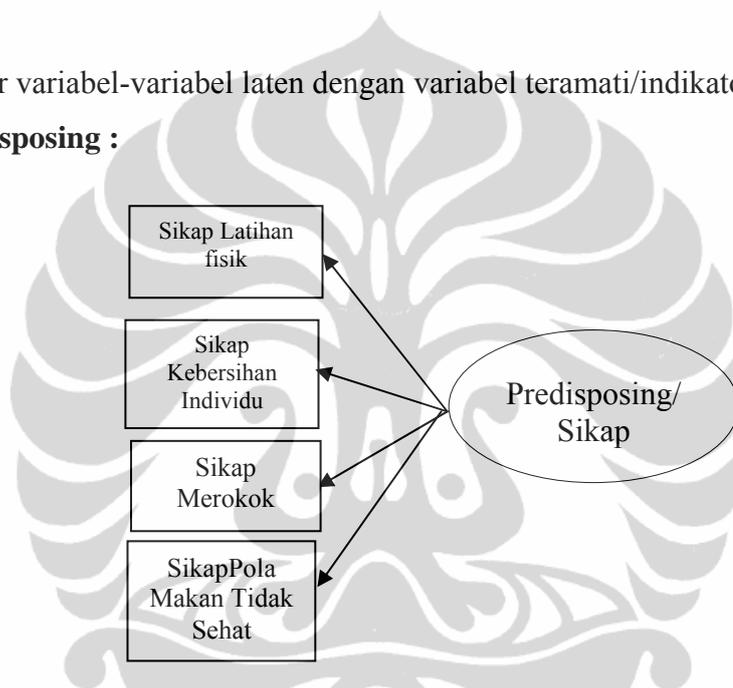
4.3 Hipotesis

- 4.3.1 Faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*, berhubungan dengan perilaku dan lingkungan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 4.3.2 Faktor perilaku dan lingkungan berhubungan dengan status kesehatan Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 4.3.3 Faktor perilaku dan lingkungan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.

- 4.3.4 Faktor status kesehatan mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010.
- 4.3.5 Model struktural faktor yang telah terkonfirmasi mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010 adalah faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*, berhubungan dengan perilaku dan lingkungan. Faktor perilaku dan lingkungan mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup. Status kesehatan mempengaruhi kualitas hidup.

Penjelasan per variabel-variabel laten dengan variabel teramati/indikator :

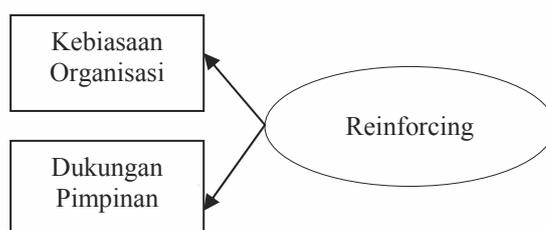
Faktor Predisposing :



Variabel Laten *predisposing*, diukur dengan variabel teramati/indikator yaitu:

1. Sikap terhadap perilaku tidak latihan fisik
2. Sikap terhadap kebersihan individu
3. Sikap terhadap perilaku merokok
4. Sikap terhadap pola makan tidak sehat

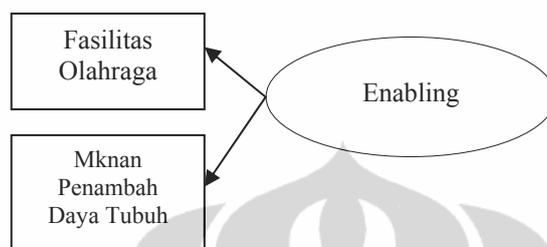
Faktor Reinforcing :



Variabel laten *reinforcing* diukur dengan 2 variabel teramati/indikator yaitu:

1. Kebiasaan organisasi
2. Dukungan Pimpinan

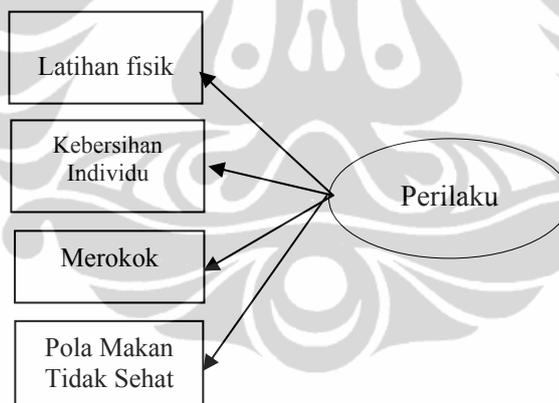
Faktor *Enabling* :



Variabel laten *enabling* diukur dengan 2 variabel teramati/indikator yaitu :

1. Fasilitas olahraga
2. Makanan penambah daya tahan tubuh

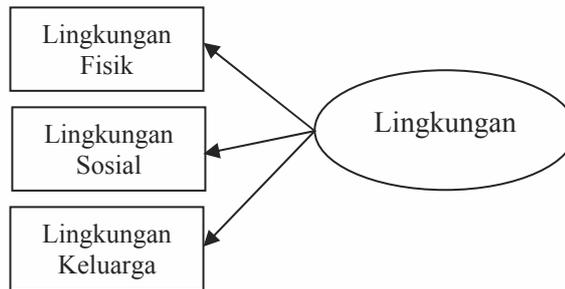
Faktor *Perilaku* :



Variabel laten *Perilaku* diukur dengan 4 variabel teramati/indikator yaitu :

1. Latihan fisik
2. Kebersihan individu
3. Merokok
4. Pola makan yang tidak sehat

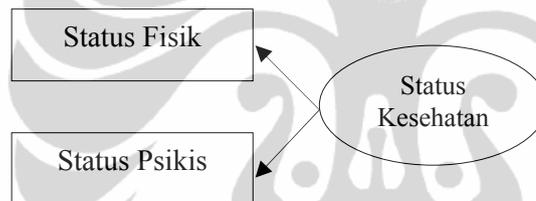
Faktor Lingkungan



Variabel laten Lingkungan diukur dengan 3 variabel teramati/indikator yaitu :

1. Lingkungan fisik
2. Lingkungan sosial
3. Lingkungan keluarga

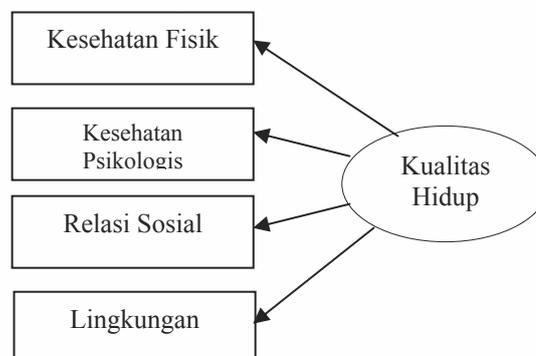
Status Kesehatan



Variabel Laten Status Kesehatan, disebut diukur dengan 4 variabel teramati/indikator yaitu :

1. Status fisik
2. Status psikis

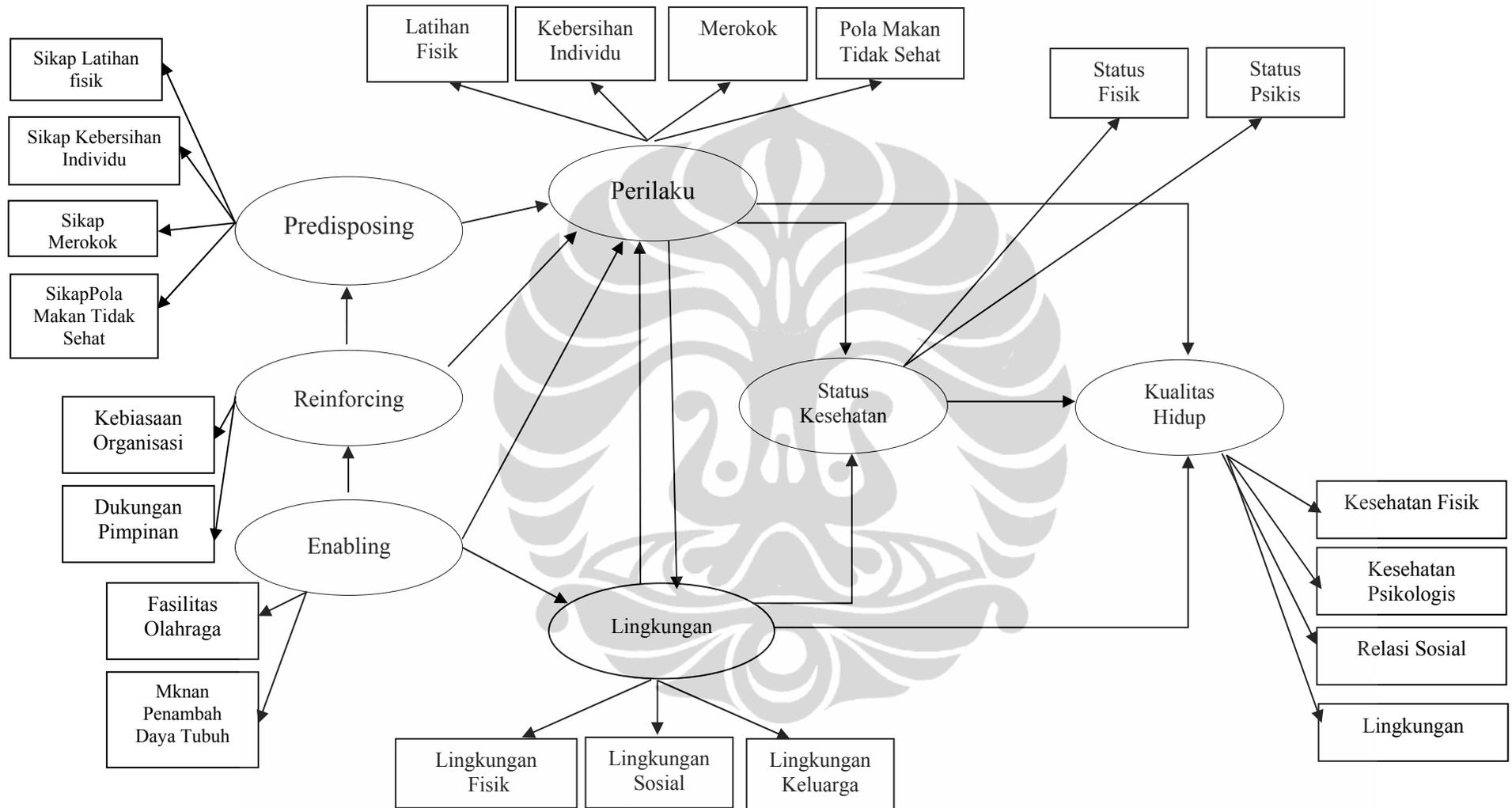
Kualitas Hidup



Variabel laten Kualitas Hidup diukur dengan 4 variabel teramati/indikator yaitu :

1. Kesehatan fisik
2. Kesehatan psikologi
3. Relasi sosial
4. Lingkungan





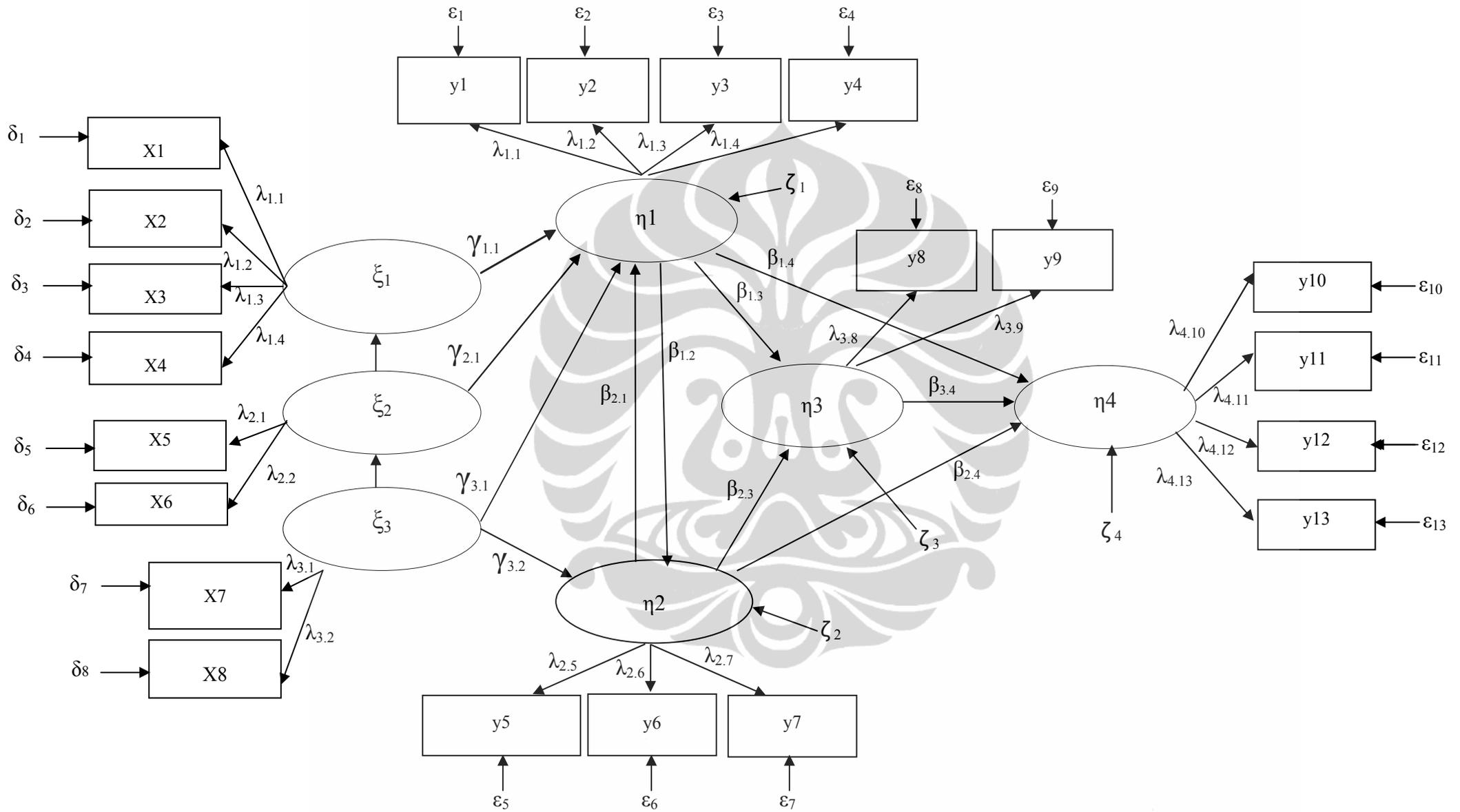
Gambar 4.4 Full Model SEM

Model faktor konfirmatori di atas menjelaskan bagaimana variabel laten diukur. Untuk menggambarkan diagram alur, harus membuat refensi variabel-variabel untuk menjelaskan hubungan antara variabel laten dan variabel teramati/indikator yang digunakan untuk merefleksikan variabel laten tersebut atau disebut juga model pengukuran. Salah satu pendekatan yang lebih efisien adalah dengan menggunakan notasi *Linear Structural Relationship (Lisrel)* dan merupakan aturan-aturan standar yang seringkali digunakan untuk analisis *Structural Equation Model (SEM)*.

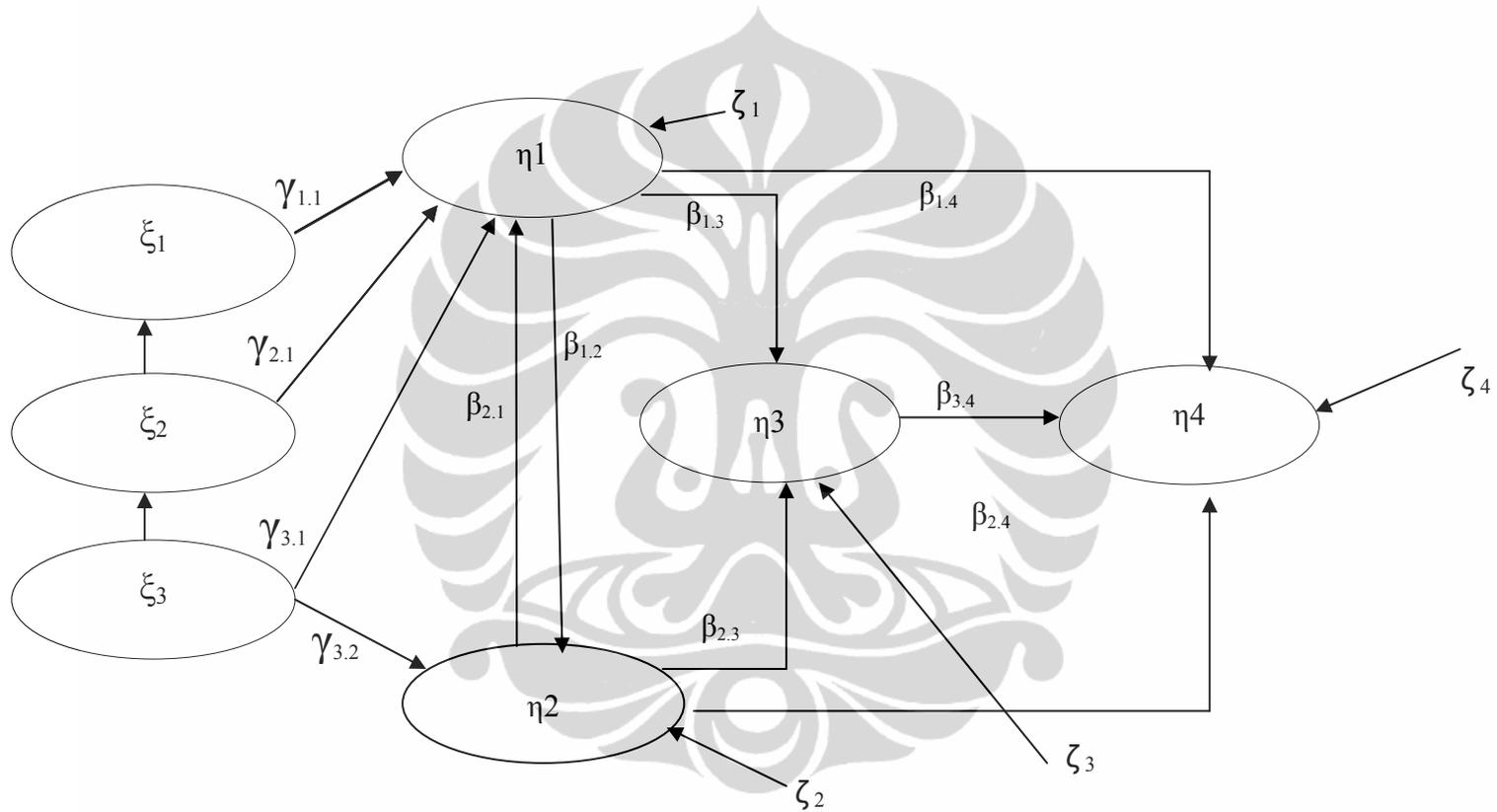
Pada notasi lisrel, variabel laten eksogen disebut KSI (ξ) sehingga ke 3 variabel eksogen pada gambar 4.5 adalah *predisposing* (ξ_1), *reinforcing* (ξ_2), *enabling* (ξ_3). Untuk model pengukuran, indikator-indikator variabel eksogen dinyatakan oleh x sedangkan hubungan variabel laten dengan indikatornya dinyatakan LAMBDA (λ). *Measurement error* untuk indikator variabel laten eksogen dinyatakan oleh DELTA (δ).

Variabel laten endogen disebut ETA (η) sehingga model struktural hipotesis pada gambar 4.4 memiliki 4 variabel endogen laten yaitu perilaku (η_1), lingkungan (η_2), status kesehatan (η_3) dan kualitas hidup (η_4), indikator-indikator untuk variabel endogen dinyatakan dengan y , sedangkan hubungan variabel laten dengan indikatornya dinyatakan LAMBDA (λ). *Measurement error* untuk indikator variabel endogen dinyatakan EPSILON (ϵ).

Model pada gambar 4.4 juga memiliki 4 hubungan langsung antara variabel eksogen dan endogen yang dinyatakan dengan GAMMA (γ) dan terdapat 5 hubungan langsung antara variabel endogen dengan endogen lainnya yang dinyatakan dengan BETA (β). Sedangkan *measurement error* yang terdapat akibat pengaruh antara variabel eksogen (endogen) terhadap variabel endogen, disebut ZETA (ζ). Rangkaian hubungan tersebut disebut model struktural. Gabungan model pengukuran dan model struktural beserta notasi Lisrel dapat dilihat pada gambar 4.5.



Gambar 4.5 Full Model SEM Dengan Notasi Lisrel



Gambar 4.6 Model Struktural Hipotesa Dengan Notasi Lisrel

Tabel 4.1 Notasi *Linear Structural Relationship (Lisrel)*

Notasi Lisrel	Keterangan
ξ (Ksi)	Variabel laten eksogen (variabel independen), digambarkan sebagai lingkaran pada model struktural SEM
η (Eta)	Variabel laten endogen (variabel dependen, dan juga dapat menjadi variabel independen pada persamaan lain) juga digambarkan sebagai lingkaran
γ (Gamma)	Hubungan langsung variabel eksogen terhadap variabel endogen
β (Beta)	Hubungan langsung variabel endogen terhadap variabel endogen
X	Indikator variabel eksogen
Y	Indikator variabel endogen
λ (Lambda)	Hubungan antara variabel laten eksogen ataupun endogen terhadap indikator-indikatornya (variabel teramati)
δ (Delta)	Kesalahan pengukuran (<i>measurement error</i>) dari indikator variabel eksogen
ε (Epsilon)	Kesalahan pengukuran (<i>measurement error</i>) dari indikator variabel endogen
ζ (Zeta)	Kesalahan struktural dalam persamaan yaitu antara variabel eksogen dan/atau endogen terhadap variabel endogen

4.4 Definisi Konsep dan Definisi Operasional

Variabel Dependent

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Kualitas Hidup						
1	Variabel laten Kualitas Hidup	Persepsi responden tentang posisi kehidupannya dalam lingkup budaya & sistem nilai kehidupan (WHO, 1995)	Persepsi responden tentang posisi kehidupannya yang diukur dari kesehatan fisik, psikis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan.	Indikator : 1. Domain kesehatan fisik 2. Domain kesehatan psikologis 3. Domain relasi sosial 4. Domain lingkungan		
	Indikator/variabel teramati 1.1 Domain Kesehatan fisik	Pengalaman sensasi yang tidak menyenangkan yang dialami oleh seseorang dan sampai sejauh mana sensasi tersebut mengganggu & mempengaruhi kehidupan sehari-harinya ((WHO, 1995)	Domain Kesehatan fisik diukur melalui persepsi responden tentang hal yang dialami yaitu rasa nyeri & ketidaknyamanan, energi & kelelahan, mobilitas, aktivitas harian, dependensi terhadap medikasi & pengobatan, kapasitas kerja.	Skala Ordinal	Kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 1995)	Pengisian sendiri

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Kualitas Hidup						
	1.2 Domain Kesehatan psikologis	Menilai seberapa besar pengalaman perasaan positif yang memberikan perasaan kebahagiaan, penuh harapan, kedamaian, kenikmatan terhadap hal-hal yang menyenangkan dalam hidup serta pandangan tentang masa depan ((WHO, 1995)	Domain Kesehatan psikologis diukur melalui persepsi responden tentang efek positif, konsentrasi, efek negatif, spiritualitas/agama/keyakinan personal	Skala Ordinal	Kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 1995)	Pengisian sendiri
	1.3 Relasi sosial	Menilai seberapa jauh hubungan pertemanan, cinta & dukungan yang diharapkan & diperoleh dalam menjalin hubungan intim baik secara emosional maupun fisik ((WHO, 1995)	Relasi sosial diukur melalui hubungan sosial, dukungan sosial, aktivitas seksual	Skala Ordinal	Kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 1995)	Pengisian sendiri
	1.4 Lingkungan	Lingkungan diukur melalui keamanan perlindungan secara fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber keuangan, pemeliharaan kesehatan & sosial (akses & kualitas), kesempatan mendapatkan informasi & keterampilan baru, partisipasi & kesempatan untuk rekreasi/aktivitas waktu luang, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim), transportasi (WHO, 1995)	Lingkungan diukur melalui lingkungan tempat tinggal, keuangan, akses pelayanan kesehatan, kesempatan mendapatkan informasi, kesempatan untuk rekreasi/aktivitas waktu luang, lingkungan fisik, transportasi.	Skala Ordinal	Kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 1995)	Pengisian sendiri

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor Lingkungan						
2	Variabel laten Lingkungan	Faktor-faktor kekuatan yang mempengaruhi individu di luar diri individu tersebut (Green & Kreuter, 1999)	Lingkungan diukur melalui persepsi responden tentang lingkungan keluarga, lingkungan sosial dan lingkungan fisik	Indikator : 1. Lingk. Keluarga 2. Lingk. Sosial 3. Lingk. Fisika	Kuesioner	Pengisian sendiri
	Indikator/Variabel Teramati 2.1. Lingkungan Keluarga	Penerapan nilai-nilai dalam keluarga untuk melaksanakan perilaku tertentu (Swam, Bates & Chavez, 1998)	Lingkungan keluarga diukur melalui persepsi responden tentang kebiasaan keluarga dalam menerapkan kebiasaan olahraga, tidak merokok, kebersihan individu, kebiasaan makan dalam keluarga.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	2.2. Lingkungan fisik	Kondisi perumahan yang ditinjau dari lokasi, bangunan, drainase, pengadaan air bersih dan pengelolaan sampah. Lingkungan kerja menyangkut temperatur, penerangan & sistim sosial (Anastosi, A, Lerbina, S, 1997 dan Gibson, 2006)	Lingkungan fisik di ukur melalui wilayah tempat tinggal/rumah responden dan persepsi responden tentang kondisi ruangan kerja di kantor	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor Lingkungan						
	1.3 Lingkungan Sosial	Keadaan lingkungan sosial dimana individu tinggal maupun bekerja (Notoatmodjo, S, 2007)	Lingkungan diukur melalui persepsi responden tentang adanya teman yang merokok & persepsi interaksi sosial dengan tetangga, teman kantor maupun atasan di kantor	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
Faktor Perilaku						
3	Variabel laten Perilaku	Faktor perilaku merupakan faktor atau gaya hidup seseorang yang berisiko dan berkontribusi terhadap status kesehatan (Green & Kreuter, 1999)	Perilaku diukur melalui perilaku latihan fisik, kebersihan individu, merokok dan pola makan yang tidak sehat.	Indikator : 1. Latihan fisik 2. Kebersihan individu 3. Merokok 4. Pola makan yang tidak sehat	Kuesioner	Pengisian sendiri
	Indikator/Variabel Teramati 3.1. Latihan fisik	Latihan fisik untuk meningkatkan kesehatan jasmani (Kerry Courneya, 2008)	Latihan fisik dimaksud adalah melakukan olahraga secara teratur tiap minggu minimal 3 kali selama 30 menit.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor Perilaku						
	3.2. Kebersihan individu	Upaya atau kegiatan seseorang untuk melindungi diri dari sakit (www.promosikesehatan.com)	Kebersihan individu diukur melalui kebiasaan mencuci tangan pakai sabun, mandi, kebersihan pakaian, kebersihan gigi.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	3.3 Merokok	Kebiasaan menghisap rokok yang dilakukan individu (www.promosikesehatan.com)	Perilaku merokok diukur dengan jumlah batang rokok dan frekuensi menghisap rokok dalam satuan waktu tertentu.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	3.4. Pola makan tidak sehat	Perilaku atau kebiasaan mengkonsumsi makanan tertentu, frekuensi makan seseorang, pola makan, distribusi makanan dalam keluarga dan cara memilih makanan (Suharjo, 1998)	Pola makan tidak sehat diukur melalui pengakuan responden tentang konsumsi dan frekuensi konsumsi makanan/minuman manis, makanan berlemak, jeroan, makanan/minuman diawetkan, fast food, minuman berkafein, bumbu penyedap.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

NO	Variabel Dependent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Status Kesehatan						
4	Variabel laten Status Kesehatan	Status kesehatan seseorang terwujud dalam kesehatan fisik, mental, sosial dan kesehatan aspek ekonomi (Notoatmodjo, 2007)	Status kesehatan dalam penelitian ini diukur dengan melihat kesehatan fisik dan kesehatan psikis	Indikator : 1. Kesehatan fisik 2. Kesehatan psikis	Kuesioner	Pengisian sendiri
	Indikator/Variabel Teramati 4.1. Kesehatan fisik	Kesehatan fisik apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak ada keluhan dan memang secara medis tidak ada penyakit (Notoatmodjo, 2007)	Kesehatan fisik diukur melalui pengakuan responden terhadap jenis penyakit kronis yang diderita atau pernah didiagnosis pada 1 tahun terakhir dan atau penyakit akut yang diderita pada 1 bulan terakhir.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	4.2 Kesehatan psikis	Kesehatan psikis adalah keadaan psikis individu yang ditandai dengan adanya kecemasan, rasa takut dan tidak tenang, gembira (Notoatmodjo, 2007)	Kesehatan psikis diukur melalui persepsi responden tentang perasaan sulit tidur, mudah takut, tegang, cemas atau khawatir.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

Variabel Independent

NO	Variabel Independent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor <i>Predisposing</i>						
1	Variabel laten <i>Predisposing</i> (Sikap)	<i>Predisposing</i> (sikap) adalah respon individu terhadap sesuatu yang ada di sekelilingnya. (Green & Kreuter, 1999)	Sikap dimaksud adalah sikap terhadap latihan fisik (olahraga teratur minimal 3 kali seminggu selama 30 menit), kebersihan individu, merokok dan pola makan yang tidak sehat.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
Faktor <i>Reinforcing</i>						
2	Variabel laten <i>Reinforcing</i>	Reinforcing adalah faktor-faktor yang mengikuti perilaku yang memberikan dukungan atau reward secara terus menerus untuk persistensi atau pengulangan perilaku. (Green & Kreuter, 1999)	<i>Reinforcing</i> diukur melalui persepsi responden tentang kebiasaan organisasi dan dukungan yang diberikan pimpinan.	Indikator : 1. Kebiasaan organisasi 2. Dukungan pimpinan	Kuesioner	Pengisian sendiri

NO	Variabel Independent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor Reinforcing						
	Indikator/Variabel Teramati 2.1. Kebiasaan organisasi	Kebiasaan merupakan seperangkat nilai-nilai yang menjadi landasan pokok untuk menentukan sikap terhadap dunia luarnya bahkan mendasari setiap tingkah laku yang hendak dan harus dilaksanakan sehubungan dengan pola hidup dan susunan kemasyarakatan. (Gibson, et al, 2006)	Kebiasaan organisasi dimaksud adalah persepsi responden tentang diberlakukannya aturan larangan merokok di kantor dan kebiasaan olahraga teratur minimal 3 kali seminggu selama 30 menit di kantor.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	2.2. Dukungan pimpinan	Antisiden terhadap perilaku yang memberikan rasional atau motivasi kepada perilaku. (Green & Kreuter, 1999)	Dukungan pimpinan yang dimaksud adalah persepsi responden tentang dukungan dari atasan langsung maupun atasan tidak langsung terhadap larangan merokok di kantor dan dukungan terhadap kebiasaan olahraga.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

NO	Variabel Independent	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Skala Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
Faktor Enabling						
3	Variabel laten Enabling	Faktor-faktor yang meliputi jasa pelayanan (service), dan sumber daya yang perlu untuk mendukung perilaku dan lingkungan . (Green & Kreuter, 1999)	<i>Enabling</i> diukur melalui persepsi responden tentang ketersediaan fasilitas olahraga (di rumah & kantor) dan makanan penambah daya tahan tubuh di kantor.	Indikator : 1. Fasilitas olahraga 2. Makanan penambah daya tahan tubuh	Kuesioner	Pengisian sendiri
	Indikator/Variabel Teramati 3.1. Fasilitas olahraga	Fasilitas olahraga adalah semua sarana olahraga baik berupa alat maupun tempat dimana orang dapat melakukan aktifitas olahraga	Fasilitas olahraga diukur melalui persepsi responden tentang ketersediaan fasilitas olahraga baik di rumah maupun di kantor.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri
	3.2 Makanan penambah daya tahan tubuh	Makanan penambah daya tahan tubuh adalah makanan maupun minuman yang berfungsi untuk meningkatkan stamina. (Depkes RI, 2009)	Makanan penambah daya tahan tubuh diukur melalui persepsi responden tentang ketersediaan makanan penambah daya tahan tubuh di kantor.	Skala Ordinal	Kuesioner	Pengisian sendiri

BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian potong lintang (*Cross Sectional*). Untuk mengkonfirmasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010 yaitu faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling*, perilaku, faktor lingkungan dan status kesehatan.

5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit “X” Makassar pada tanggal 5 Februari – 31 Maret 2010. Alasan memilih Rumah Sakit “X” Makassar karena merupakan salah satu rumah sakit pembina di Kawasan Timur Indonesia yang diharapkan mampu memberikan pelayanan yang optimal. Namun berdasarkan test kompetensi dan *screening test* diketahui hanya 15% pegawai yang mampu memberikan produktifitas kerja yang berkualitas.

5.3 Populasi dan Sampel

Pada penelitian ini populasi adalah seluruh Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar yang ada pada saat penelitian.

Kriteria Eksklusi sampel :

- Tidak hadir (cuti dalam jangka waktu yang lama, izin dalam jangka waktu yang lama, sakit, dalam pendidikan) pada saat penelitian
- Tidak bersedia diwawancara

Untuk penelitian yang menggunakan model analisis *Structural Equation Model (SEM)* maka besar ukuran sampel tergantung kompleks tidaknya suatu model yang diteliti. Semakin kompleks suatu model maka sampel minimum yang harus dipenuhi juga semakin besar (Ghozali Imam, 2008).

Hingga saat ini belum diperoleh rumusan tentang minimal jumlah sampel dalam analisis *Structural Equation Model (SEM)*. Secara umum prinsip pengambilan sampel adalah semakin besar sampel maka semakin kecil *sampling errornya*, namun peneliti juga harus membatasi jumlah sampel dengan

pertimbangan dana dan kualitas data. Dalam analisis *Structural Equation Model (SEM)* jumlah sampel minimal yang sering disebutkan adalah 100, sedangkan 100-200 dianggap medium dan di atas 200 dianggap jumlah sampel yang cukup besar. Semakin kompleks model struktural yang disusun semakin dibutuhkan jumlah sampel yang besar. Dengan demikian minimal diperlukan jumlah sampel 200 untuk model kompleks (Klein, 2005 dalam Damayanti. R, 2007).

Pengambilan sampel pada penelitian adalah *Total Sampling* yaitu sebanyak 389 pegawai yang ada di Rumah Sakit “X” Makassar pada saat penelitian.

5.4 Teknik Pengumpulan Data

Sumber data, instrumen dan cara pengumpulan data dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 5.4.1 Data primer yang dikumpulkan yaitu faktor *predisposing* (sikap), *reinforcing* (kebiasaan organisasi, dukungan pimpinan), *enabling* (fasilitas olahraga, makanan penambah daya tahan tubuh), perilaku (latihan fisik, kebersihan individu, merokok, pola makan tidak sehat), faktor lingkungan (lingkungan fisik, lingkungan sosial, lingkungan keluarga) dan status kesehatan (status fisik, status psikis) serta kualitas hidup (domain kesehatan fisik, domain kesehatan psikologis, domain relasi sosial, domain lingkungan). Pengumpulan data primer dilakukan dengan teknik pengisian sendiri dengan menggunakan kuesioner.
- 5.4.2 Data sekunder dikumpulkan melalui telaah dokumen kepegawaian hanya untuk melihat jumlah pegawai, jumlah pegawai yang aktif, cuti, tugas belajar dan izin pada saat penelitian dilakukan.

5.5 Instrumen Penelitian

5.5.1 Penyusunan Instrumen

Desain kuesioner dilakukan sepenuhnya oleh peneliti. Bagian instrumen untuk mengukur kualitas hidup disusun berdasarkan Kuesioner WHOQOL-BREF (WHO, 1995). Sedangkan variabel lain disusun berdasarkan beberapa hasil penelitian yang menggunakan variabel yang sama.

5.5.1.1 Pertanyaan Atau Pernyataan Kuesioner

Jenis pertanyaan atau pernyataan yang digunakan berupa kuesioner tertutup. Pertanyaan atau pernyataan bersifat mendukung (*favourable*) dan tidak mendukung (*unfavourable*) dengan memakai Skala Likert (1-5).

5.5.1.2 Skor pertanyaan atau pernyataan

- a. Skor dengan pilihan jawaban sangat setuju - sangat tidak setuju:
 - Pernyataan positif jawaban *favourable* : jawaban sangat setuju skor 5, jawaban setuju skor 4, ragu-ragu skor 3, tidak setuju skor 2, sangat tidak setuju skor 1.
 - Pernyataan negatif jawaban *unfavourable* : jawaban sangat setuju skor 1, jawaban setuju skor 2, ragu-ragu skor 3, tidak setuju skor 4, sangat tidak setuju skor 5.
- b. Skor dengan pilihan jawaban sangat sering – tidak pernah :
 - Pernyataan positif jawaban *favourable* : jawaban sangat sering skor 5, jawaban sering skor 4, biasa saja skor 3, kadang-kadang skor 2, tidak pernah skor 1.
 - Pernyataan negatif jawaban *unfavourable* : jawaban sangat sering skor 1, jawaban sering skor 2, biasa saja skor 3, kadang-kadang skor 4, tidak pernah skor 5.
- c. Skor dengan pilihan jawaban sangat banyak – tidak sama sekali :
 - Pernyataan positif jawaban *favourable* : jawaban sangat banyak skor 5, jawaban banyak skor 4, sedang skor 3, sedikit skor 2, tidak sama sekali skor 1.
 - Pernyataan negatif jawaban *unfavourable* : jawaban sangat banyak skor 1, jawaban banyak skor 2, sedang skor 3, sedikit skor 4, tidak sama sekali skor 5.

5.5.2 Uji Coba Instrumen

Sebelum pengumpulan data (turun lapangan), uji coba instrumen dilakukan pada pegawai tapi bukan pada lokasi penelitian, dimana karakteristik responden uji coba hampir sama dengan karakteristik responden penelitian. Pengujian validitas dan reliabilitas instrumen wajib dilakukan apalagi dalam instrumen penelitian ini pada umumnya data-data abstrak seperti sikap dan perilaku. Jumlah

responden yang digunakan untuk uji coba sebanyak 30 responden karena dengan jumlah responden tersebut maka nilai dan hasil pengukuran akan mendekati distribusi normal sebagaimana dikemukakan oleh Ancok, 2000 bahwa responden yang digunakan untuk uji coba sebaiknya minimal 30 untuk mendapatkan nilai dan hasil yang terdistribusi normal. Setelah dilakukan uji coba instrumen terdapat beberapa item pernyataan yang kalimatnya harus diperbaiki yaitu :

- a. B.2 Lingkungan keluarga option jawaban berubah dari (sangat setuju - sangat setuju) menjadi (sangat sering - tidak pernah)
- b. B.3 (B.3.1 dan B.3.2) Lingkungan sosial option jawaban berubah dari (sangat setuju-sangat tidak setuju) menjadi (tidak sama sekali - sangat banyak)

Setelah itu dilakukan uji validitas dan reliabilitas yang bertujuan untuk mengetahui apakah instrumen yang dilakukan betul-betul mengukur apa yang perlu diukur dan sejauh mana instrumen yang digunakan dapat dipercaya atau diandalkan.

Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan SPSS versi 15 didapat bahwa semua (77) indikator valid dengan melihat korelasi masing-masing indikator dengan skor total dibandingkan dengan r tabel *product momen* yaitu pada df n-2 dengan $\alpha=5\%$. Karena jumlah sampel yang diuji coba adalah 30, maka df n-2 adalah 28. Nilai r tabel pada df 28 adalah 0.361. Hasil item total *statistics* memperlihatkan *Corrected Item-Total Correlation* semua indikator lebih besar dari 0.361, begitu pula untuk uji reliabilitas, dengan melihat tabel *Reliability Statistic* hasil analisis diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* (0.965) lebih besar dari 0.6. Daftar tabel hasil analisis dapat dilihat pada lampiran 2.

5.6 Manajemen Data

Pengelolaan data yang dilakukan yaitu :

5.6.1 Editing

Yaitu memeriksa kelengkapan isi kuesioner. Dalam *Structural Equation Model (SEM)* tidak boleh ada data yang tidak terisi (*missing value*) karena matriks kovarians tidak dapat dianalisa.

5.6.2 Coding

Membuat kode angka untuk setiap jawaban yaitu 1 - 5. Tujuan coding untuk mempercepat input data.

5.6.3 Processing

Memasukkan data ke komputer (*data entry*) dengan program *SPPS* versi 15.

5.6.4 Cleaning

Setelah data diinput, lalu dilakukan pengecekan kembali untuk melihat kebenaran entri data.

5.6.5 Transforming

Setelah dipastikan tidak ada kesalahan dalam entri data, maka dilakukan *transforming* yaitu perubahan data dari *SPPS* versi 15 ke program Lisrel versi 8,3.

5.7 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Analisis awal adalah analisa deskriptif, melihat frekuensi, sebaran data (normal atau tidak). Analisis selanjutnya adalah dengan *Structural Equation Model (SEM)* dengan menggunakan program Lisrel 8.3. Asumsi yang paling fundamental dalam analisis multivariate adalah normalitas, yang merupakan bentuk suatu distribusi data pada suatu variabel matrik tunggal dalam menghasilkan distribusi normal (Hair, 1998 dalam Ghozali, Imam, 2008). Namun demikian, asumsi normalitas data tidaklah merupakan permasalahan serius karena program Lisrel memiliki beberapa solusi yang dapat dilakukan yaitu tambahkan estimasi *Asymptotic Covariance Matrix* atau transformasi ke dalam *normal score*. Solusi lain adalah Maximum Likelihood seperti Generalized Least Square atau Weight Least Square tapi berlaku untuk jumlah sampel di atas 2500 (Hu et al, 2001 dalam Damayanti R, 2007).

Tidak seperti analisis multivariat biasa (regresi berganda, analisis faktor), *Structural Equation Model (SEM)* dapat menguji secara bersama-sama atau dapat menganalisa lebih dari satu hubungan antara variabel independent dan dependent, dimana variabel dependent dapat menjadi variabel independent untuk hubungan dalam berikutnya. (Hair, Tatham dan Black, 1998).

Menurut Bollen dalam Gozali Imam, 2008, *Structural Equation Model (SEM)* dapat menguji secara bersama-sama :

5.7.1 Model Struktural : hubungan antara konstruk (variabel laten) independent dan dependent.

5.7.2 Model Measurement : hubungan antara indikator (nilai loading) dengan konstruk (variabel laten)

Digabungkannya pengujian model struktural dan pengukuran tersebut memungkinkan peneliti untuk :

1. Menguji kesalahan pengukuran (*measurement error*) sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari *Structural Equation Model (SEM)*.
2. Melakukan analisis faktor bersamaan dengan pengujian hipotesis.

5.8 Model Analisa Faktor

Model statistik yang paling dikenal untuk menganalisa hubungan antara variabel manifest (teramati) dengan variabel laten adalah analisa faktor. Dalam analisa data, kovarians dari variabel manifest (teramati) diteliti untuk mengetahui apakah data yang ada tepat untuk membentuk variabel laten atau disebut juga sebagai faktor. Ada dua tipe dasar dari analisa faktor.

5.8.1 *Exploratory Factor Analysis (EFA)*

Digunakan bila hubungan antara variabel manifest (teramati) dan variabel laten tidak diketahui atau tidak pasti. Analisa ini kemudian akan mencari sejauhmana hubungan antara variabel manifest (teramati) dan faktornya. Umumnya peneliti berharap menemukan jumlah faktor seminimal mungkin yang menyebabkan kovarians diantara variabel manifest (teramati). Dalam analisa faktor hubungan dapat dilihat melalui *factor loading*nya. Diharapkan jika terdapat *factor loading* yang besar pada variabel tertentu dan rendah pada variabel lainnya, maka variabel yang memiliki *factor loading* yang besar merupakan indikator dari faktor tersebut. Menurut Hair, 2003 sebagai batas minimum *factor loading* untuk suatu indikator agar bisa dimasukkan dalam analisa SEM adalah 0.4. Pendekatan ini disebut *exploratory* karena peneliti tidak memiliki pengetahuan sebelumnya tentang item-item dengan faktor yang diteliti. (Ghozali, Imam, 2008 & Sitinjak, JR.T, 2005)

5.8.2 *Confirmatory Factor Analysis (CFA)*

Digunakan jika berdasarkan teori atau penelitian terdahulu, kita telah mengetahui struktur variabel laten tersebut. Peneliti sudah membentuk pola hubungan secara apriori dan kemudian melakukan uji dari struktur yang dihipotesakan.

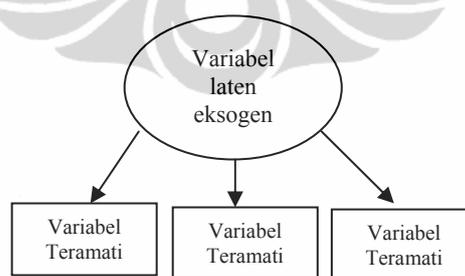
Dalam analisa faktor, fokus utama adalah pada bagaimana dan sejauhmana variabel manifest (teramati) berhubungan dengan variabel laten. Analisa faktor tidak dapat melihat hubungan variabel laten dengan variabel lainnya. Dalam *Structural Equation Model (SEM)* hubungan antara variabel lainnya dapat diketahui melalui *structural model* (Ghozali, Imam, 2008 & Sitinjak, JR.T, 2005).

Pada penelitian ini, analisis hubungan yang digunakan adalah *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* untuk melihat indikator setiap variabel manifest yang valid dan *reliable*. Indikator yang tidak valid atau tidak *reliable* didrop dari model, demikian juga variabel manifest yang tidak valid atau *reliable* membentuk variabel laten/konstruk didrop pula dari model.

5.9 Model dalam *Structural Equation Model (SEM)*

5.9.1 Model Pengukuran

Menggambarkan hubungan antara indikator atau nilai loading dengan konstruk atau variabel latennya. Seperti gambar berikut :

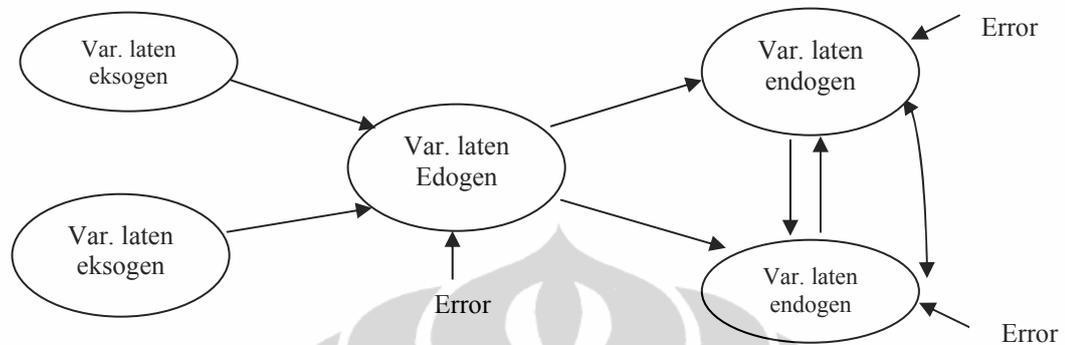


Gambar 5.1 Hubungan antara indikator atau nilai loading (variabel teramati) dengan variabel latennya

5.9.2 Model Struktural

Menggambarkan hubungan antara konstruk (variabel laten) dengan variabel laten lainnya, baik hubungan antara variabel laten eksogen dengan variabel endogen maupun hubungan antara variabel laten endogen dengan variabel laten

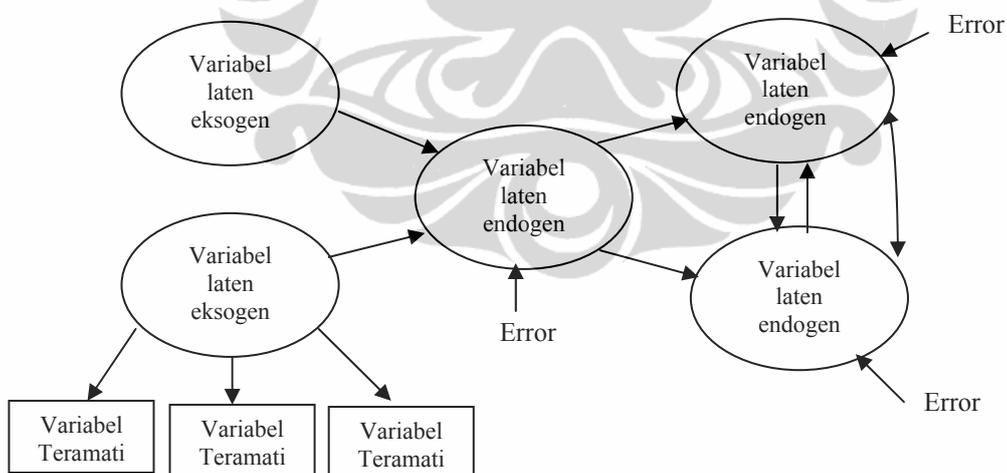
endogen lainnya. Model struktural terdiri dari 2 jenis yaitu : *recursive model* adalah semua efek kausal satu arah dan *errors* tidak berkorelasi, *non recursive model* adalah arahnya resiprokal dengan *errors* yang berkorelasi.



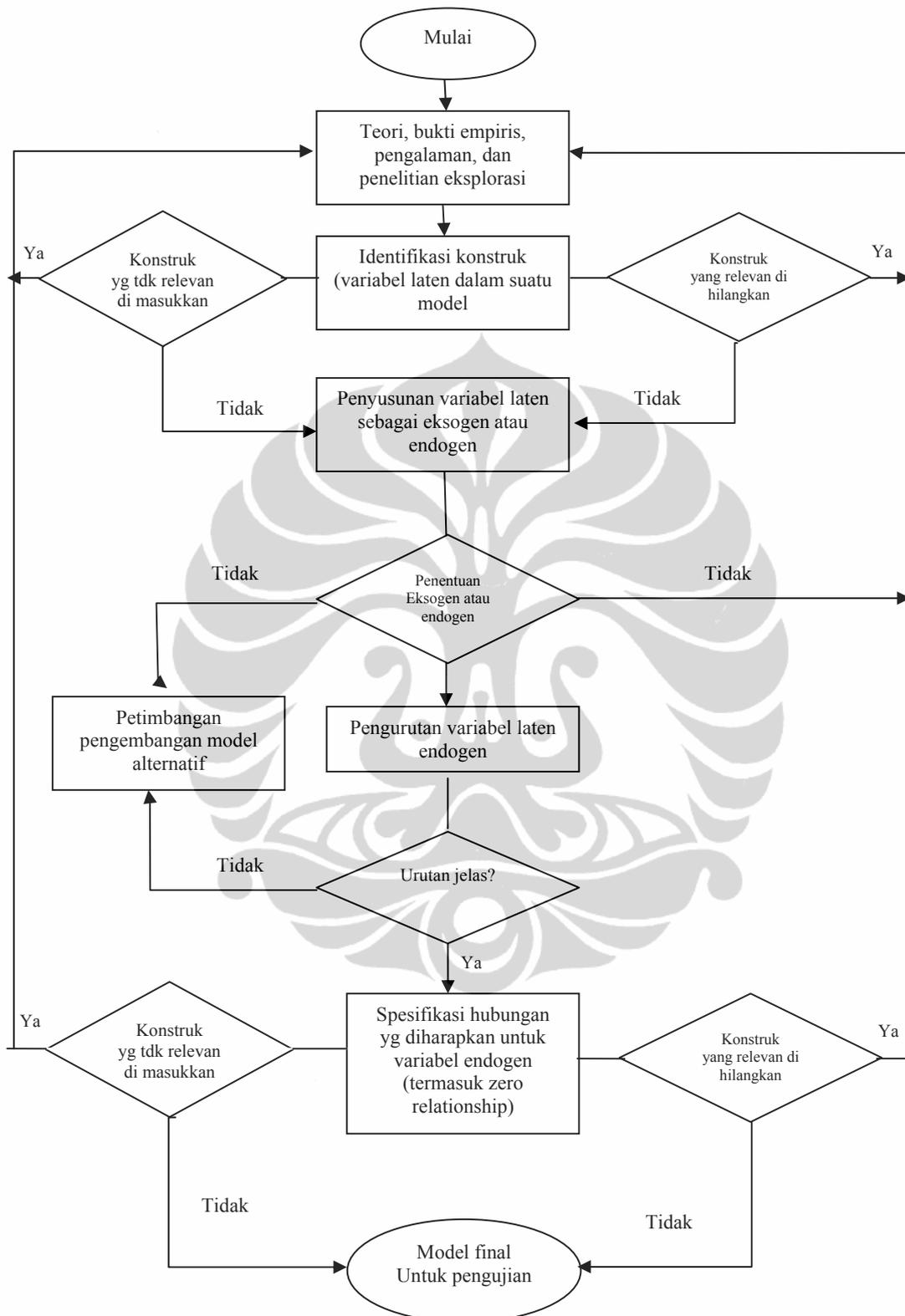
Gambar 5.2 Hubungan antar variabel laten (eksogen & endogen)

5.9.3 Model Hybrid (*Full SEM Model*)

Merupakan gabungan model pengukuran dan model struktural. Jadi dalam model hybrid digambarkan hubungan variabel laten dengan variabel teramati dan hubungan-hubungan antar variabel laten.



Gambar 5.3 Hubungan antara indikator (variabel teramati) dengan variabel latennya dan hubungan antar variabel laten (eksogen & endogen)



Gambar 5.4 Prosedur Pembangunan Model Struktural

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1 Karakteristik Sampel

Penelitian ini terdiri 389 sampel yang merupakan seluruh Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar yang ada pada saat penelitian berlangsung yaitu mulai tanggal 5 Februari – 31 Maret 2010. Secara umum partisipasi responden cukup terbuka menerima peneliti. Tabel berikut menggambarkan karakteristik responden.

Tabel 6.1 Deskriptif Umur Responden di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

	Jumlah	Minimum	Maximum	Mean
Umur Responden	389	21	57	35,57

Umur minimum responden adalah 21 tahun dan maximum adalah 57 tahun, sedangkan rata-rata umur berkisar 35,57 tahun.

Tabel 6.2 Deskriptif Status Pekerjaan Menurut Jenis Pendidikan Responden di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Pendidikan	Status Pekerjaan			Total
	PNS	CPNS	Honorar/sukarela	
SD	0,64%	0%	3,03%	1,03%
SLTA	1,28%	18,18%	7,58%	2,83%
Akademi/PT	98,08%	81,82%	89,39%	96,14%
Total	100%	100%	100%	100%

Dari tabel di atas terlihat bahwa hampir semua responden baik yang berstatus pekerjaan Pegawai Negeri Sipil (PNS), Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) maupun Honorar/sukarela mempunyai tingkat pendidikan Akademi/Perguruan Tinggi yaitu masing-masing PNS (98,08%), CPNS (81,82%) dan Honorar/sukarela (89,39%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden pada umumnya berpendidikan Akademi/PT.

Tabel 6.3 Deskriptif Jenis Kelamin Menurut Umur Responden di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Kelompok Umur	Jenis Kelamin		Total
	Laki-laki	Perempuan	
21 - 25 Tahun	8,67%	9,62%	9,25%
26 - 30 Tahun	17,33%	28,45%	24,16%
31 - 35 Tahun	22,00%	20,50%	21,08%
36 - 40 Tahun	20,00%	15,90%	17,48%
41 - 45 Tahun	16,67%	12,13%	13,88%
46 - 50 Tahun	10,00%	8,37%	9,00%
≥ 51 Tahun	5,33%	5,02%	5,14%
Total	100%	100%	100%

Jenis kelamin laki-laki lebih banyak berumur antara umur 31 – 35 tahun (22%) sedangkan responden perempuan lebih banyak berumur antara 26 – 30 Tahun (28,45%). Perbandingan kelompok umur antara laki-laki dan perempuan nampak bahwa pada semua kelompok umur, perempuan mempunyai presentase yang lebih tinggi dibanding laki-laki hal ini terjadi karena responden perempuan lebih banyak (61,44%) dibanding laki-laki (38,56%).

6.2 Persiapan Data Untuk Pengolahan *Structural Equation Modelling (SEM)*

Asumsi yang paling fundamental dalam analisis multivariate adalah normalitas, yang merupakan bentuk suatu distribusi data pada suatu variabel matrik tunggal dalam menghasilkan distribusi normal (Hair, 1998 dalam Ghozali, Imam, 2008).

6.2.1 Uji Normalitas

Untuk menguji dilanggar/tidaknya asumsi normalitas, maka dapat digunakan nilai statistik z untuk skewness dan kurtosisnya. Pada penelitian ini, asumsi normalitas data tidak dapat berlaku untuk semua variabel karena umumnya memang tidak normal (Tabachnick dan Fidell, dalam Damayanti R, 2007). Berikut hasil uji normalitas *multivariate*. Untuk hasil uji normalitas univariate dapat dilihat pada lampiran 3.

Tabel 6.4 Hasil Uji Normalitas Multivariate

Skewness			Kurtosis			Skewness and Kurtosis	
Value	Z-Score	P-Value	Value	Z-Score	P-value	Chi-Square	P-Value
2650.877	188.995	0.00	1451.487	35.042	0.00	36947.09	0.00

Tabel di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian besar data tidak terdistribusi secara normal dengan signifikansi p value di bawah 0,05 (dinyatakan normal jika signifikansi di atas 0,05). Dengan demikian, analisis dengan Program LISREL Versi 8.3 mentransformasikan data ke dalam bentuk *Normal Score*.

6.2.2 Deskripsi Variabel Laten Dependent

Berikut dijabarkan variabel laten dependent dan indikatornya untuk membentuk model konstruk hipotesis.

6.2.2.1 Kualitas Hidup (KH)

Ada empat dimensi untuk mengukur kualitas hidup yaitu Kesehatan Fisik (KF), Kesehatan Psikologis (KP), Relasi Sosial (RS) dan Lingkungan (LK).

Tabel 6.5 Variabel Kualitas Hidup, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
Kualitas Hidup (KH)	Kesehatan Fisik (KF)	- Rasa nyeri (H1) - Terapi medis (H2) - Vitalitas (H8) - Kemampuan bergaul (H13) - Puas tidur (H14) - Aktivitas sehari-hari (H15) - Kemampuan bekerja (H16)
	Kesehatan Psikologis (PS)	- Menikmati hidup (H3) - Hidup berarti (H4) - Mampu konsentrasi (H5) - Terima penampilan tubuh (H9) - Puas terhadap diri sendiri (H17) - Perasaan negatif (H24)
	Relasi Sosial (RS)	- Puas hubungan sosial (H18) - Seksual (H19) - Dukungan teman (H20)

Tabel 6.5 (sambungan)

Variabel	Dimensi	Indikator
	Lingkungan (LN)	<ul style="list-style-type: none"> - Rasa aman (H6) - Lingkungan sehat (H7) - Cukup uang (H10) - Informasi (H11) - Rekreasi (H12) - Kondisi tempat tinggal (H21) - Akses yankes (H22) - Transportasi (H23)

6.2.3 Deskripsi Variabel Laten Independent

Berikut dijabarkan variabel laten dependent dan indikatornya untuk membentuk model konstruk hipotesis.

6.2.3.1 *Predisposing* (PD)

Predisposing diukur dari sikap terhadap aktifitas fisik, kebersihan individu, merokok dan pola makan tidak sehat.

Tabel 6.6 Variabel *Predisposing*, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
<i>Predisposing</i> (PD)	Sikap	<ul style="list-style-type: none"> - Olahraga tidak harus teratur (D1) - Rokok hilangkan stress (D2) - Cuci tangan dengan air saja (D3) - Penting mandi minimal 2x sehari (D4) - Penting sikat gigi minimal 2x sehari (D5) - Penting ganti baju minimal 1x sehari (D6) - Tidak perlu jaga pola makan (D7)

6.2.3.2 *Reinforcing* (RE)

Ada dua dimensi yang diukur yaitu : kebiasaan organisasi (KO) dan dukungan pimpinan (DP).

Tabel 6.7 Variabel Reinforcing, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
<i>Reinforcing</i> (RE)	Kebiasaan Organisasi (KO)	- Larangan rokok di kantor (E1) - Olahraga teratur di kantor (E2)
	Dukungan Pimpinan (DP)	- Dukungan atasan larangan rokok di kantor (E3) - Dukungan atasan olahraga teratur di kantor (E4)

6.2.3.3 Enabling (EN)

Ada dua dimensi yang diukur yaitu : fasilitas olahraga indikatornya F1 dan makanan penambah daya tahan tubuh indikatornya F2.

6.2.3.4 Perilaku (PR)

Ada empat dimensi yang diukur yaitu : latihan fisik (AF) indikatornya C1, kebersihan individu (KI) indikatornya C2 - C5, pola makan tidak sehat (PM) indikatornya C6 – C12, merokok indikatornya C13.

Tabel 6.8 Variabel Perilaku, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
Perilaku (PR)	Latihan Fisik (AF)	- Olahraga teratur (C1)
	Kebersihan Individu (KI)	- Cuci tangan dengan sabun (C2) - Sikat gigi minimal 2x sehari (C3) - Mandi minimal 2x sehari (C4) - Ganti baju minimal 1x sehari (C5)
	Pola Makan Tidak Sehat (PM)	- Makanan/minuman manis (C6) - Makanan berlemak (C7) - Makanan jeroan (C8) - Makanan/minuman diawetkan (C9) - Makanan siap saji (C10) - Minuman berkafein (C11) - Bumbu penyedap (C12)
	Merokok (MR)	- Menghisap rokok (C13)

6.2.3.5 Lingkungan (LK)

Ada tiga dimensi yang diukur yaitu : lingkungan fisik (LF) indikatornya B11 – B12, lingkungan keluarga (KL) indikatornya B21 – B25, lingkungan sosial (LS) indikatornya B31 – B34.

Tabel 6.9 Variabel Lingkungan, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
Lingkungan (LK)	Lingkungan Fisik (LF)	- Tempat tinggal (B11)
		- Kondisi ruang kerja (B12)
	Lingkungan Keluarga (KL)	- Ditanamkan tidak rokok (B21)
		- Ditanamkan olahraga teratur (B22)
		- Ditanamkan cuci tangan pakai sabun (B23)
		- Ditanamkan makan sayur & buah (B24)
		- Ditanamkan tidak pembatasan makanan (B25)
	Lingkungan Sosial (LS)	- Mendukung perilaku sehat (B31)
		- Banyak teman merokok (B32)
- Interaksi di tempat tinggal (B33)		
- Interaksi di kantor (B34)		

6.2.3.6 Status Kesehatan (SK)

Ada dua dimensi yang diukur yaitu : kesehatan fisik (KF) indikatornya G1 - G12 dan kesehatan psikis (KP) indikatornya G13 - G14.

Tabel 6.10 Variabel Status Kesehatan, Dimensi Dan Indikatornya

Variabel	Dimensi	Indikator
Status Kesehatan (SK)	Kesehatan Fisik (KF)	<ul style="list-style-type: none"> - ISPA (G1) - Diare (G2) - TB (G3) - DBD (G4) - Hepatitis (G5) - Asma (G6) - Rematik (G7) - Hipertensi (G8) - Stroke (G9) - Jantung (G10) - Diabetes (G11) - Tumor/kanker (G12)
	Kesehatan Psikis (KP)	<ul style="list-style-type: none"> - Sulit tidur, sulit berpikir jernih, sulit menikmati hidup (G13) - Mudah takut, tegang, cemas (G14)

6.3 Identifikasi Model Pengukuran (*Measurement Model*)

Analisa SEM dimulai dengan membentuk variabel laten. Penelitian ini menggunakan tujuh variabel laten yaitu *Predisposing* (PD), *Reinforcing* (RE), *Enabling* (EN), Perilaku (PR), Lingkungan (LK), Status Kesehatan (SK) dan Kualitas Hidup (KH). Masing-masing variabel laten/konstruk tersebut dibentuk dari variabel manifest/dimensi dan masing-masing dimensi dibentuk oleh satu atau beberapa indikator. Penyusunan konstruk, dimensi dan indikatornya disusun berdasarkan teori yang ada oleh karena itu dalam analisisnya dilakukan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA). Berikut adalah analisis identifikasi model pengukuran.

6.3.1 *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) *Predisposing* Dan *Enabling*

Berikut adalah nilai t hitung dari masing-masing indikator untuk konstruk *Predisposing* (PD) yang dibentuk oleh indikator D1 sampai dengan D7 dan konstruk *Enabling* (EN) yang dibentuk oleh indikator F1 dan F2, dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.11 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel *Predisposing* Dan *Enabling* Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Olahraga tidak harus teratur (D1)	13.93	0.059
Rokok hilangkan stress (D2)	1.76	0.090
Cuci tangan dengan air saja (D3)	4.48	0.24
Penting mandi minimal 2x sehari (D4)	4.74	0.46
Penting sikat gigi minimal 2x sehari (D5)	4.91	1.00
Penting ganti baju minimal 1x sehari (D6)	4.76	0.49
Tidak perlu jaga pola makan (D7)	3.83	0.089
Fasilitas olahraga (F1)	13.92	0.28
Penambah daya tahan tubuh (F2)	12.42	1.00

Pengujian awal menunjukkan bahwa indikator D2 mempunyai t hitung di bawah 1,96 (1,76) sehingga dinyatakan tidak valid. Demikian juga reliabilitas D1 (0,059) dan D7 (0,089) relatif rendah sehingga dikeluarkan dari model penelitian. Dengan mengeluarkan tiga indikator, yaitu D1, D2 dan D7, maka diperoleh model sebagai berikut :

Nilai t hitung dari masing-masing indikator terhadap konstruk *Predisposing* setelah indikator yang tidak *reliable* dikeluarkan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.12 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel *Predisposing* Dan *Enabling Drop* Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Cuci tangan dengan air saja (D3)	13.92	0.24
Penting mandi minimal 2x sehari (D4)	9.38	0.46
Penting sikat gigi minimal 2x sehari (D5)	10.95	1.00
Penting ganti baju minimal 1x sehari (D6)	9.51	0.49
Fasilitas olahraga (F1)	13.92	0.28
Penambah daya tahan tubuh (F2)	12.42	1.00

Tampak bahwa nilai *t* hitung pada masing-masing indikator telah signifikan sehingga faktor *predisposing* dan *enabling* dimasukkan dalam pengujian hipotesa.

6.3.2 Confirmatory Factor Analysis (CFA) Reinforcing

Konstruk *Reinforcing* (RE) dibentuk oleh dua dimensi yaitu Kebiasaan Organisasi (KO) dan Dukungan Pimpinan (DP) kemudian masing-masing dimensi dibentuk oleh beberapa indikator sehingga menggunakan *Second Order Confirmatory Factor Analysis*. Estimasi *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) *Second order* memberikan hasil nilai *t* hitung dari masing-masing indikator terhadap konstruk laten yang dituju sebagai berikut:

Tabel 6.13 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Reinforcing Berdasarkan Nilai *t* Hitung

Indikator Konstruk	Measurement Equations	
	Nilai <i>t</i> hitung	R ²
Larangan rokok di kantor*Kebiasaan Organisasi	8.72	0.58
Olahraga teratur di kantor*Kebiasaan Organisasi	5.84	0.11
Dukungan larangan rokok di kantor*Dukungan Pimpinan	5.49	0.73
Dukungan olahraga teratur di kantor*Dukungan Pimpinan	11.64	0.42
Kebiasaan Organisasi* <i>Reinforcing</i>	15.55	1.00
Dukungan Pimpinan* <i>Reinforcing</i>	17.54	1.00

Ket : - * = menunjukkan indikator

Hasil *nilai t* hitung pada masing-masing persamaan model pengukuran di atas semuanya di atas 1,96 yang menunjukkan bahwa semua indikator yang digunakan adalah valid. Jadi larangan rokok di kantor (E1) dan olahraga teratur di kantor (E2) valid membentuk dimensi Kebiasaan Organisasi (KO), begitu juga dengan dukungan atasan larangan rokok di kantor (E3) dan dukungan atasan olahraga teratur di kantor (E4) valid membentuk dimensi Dukungan Pimpinan (DP).

Demikian juga, signifikansi dari dimensi Kebiasaan Organisasi (KO) ke *Reinforcing* (RE) sebesar 15,55 dan dari Dukungan Pimpinan (DP) ke *Reinforcing* (RE) sebesar 17,54 yang menunjukkan bahwa kedua dimensi tersebut valid dalam

membentuk *reinforcing*. Dengan demikian tidak perlu dilakukan *dropping* indikator.

6.3.3 Confirmatory Factor Analysis (CFA) Perilaku

Konstruk Perilaku (PR) juga menggunakan *Second Order Confirmatory Factor Analysis (CFA)* karena dibentuk oleh empat dimensi yaitu Latihan Fisik (AF), Kebersihan Individu (KI), Merokok (MR) dan Pola Makan Tidak Sehat (PM). Dengan t hitung pada tabel berikut.

Tabel 6.14 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Perilaku Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	Measurement Equations	
	Nilai t hitung	R ²
Olahraga teratur*Latihan fisik	100	0.19
Cuci tangan pakai sabun*Kebersihan individu	12.63	0.33
Sikat gigi minimal 2x sehari*Kebersihan individu	10.87	0.79
Mandi minimal 2x sehari*Kebersihan individu	9.32	0.37
Ganti baju minimal 1x sehari*Kebersihan individu	10.31	0.51
Makanan/minuman manis*Pola makan tidak sehat	10.32	0.29
Makanan berlemak* Pola makan tidak sehat	2.15	0.020
Makanan jeroan* Pola makan tidak sehat	-0.51	0.001
Makanan/minuman diawetkan* Pola makan tidak sehat	2.31	0.023
Makanan siap saji* Pola makan tidak sehat	6.02	0.44
Minuman berkafein* Pola makan tidak sehat	3.27	0.049
Bumbu penyedap* Pola makan tidak sehat	5.77	0.23
Menghisap rokok*Merokok	100	0.22

Ket : - * = menunjukkan indikator

Tampak bahwa indikator Makanan jeroan mempunyai t hitung di bawah 1,96 (-0,51) sehingga harus dikeluarkan dari model penelitian. Demikian juga indikator Makanan berlemak dengan reliabilitas 0,020, indikator Makanan/minuman diawetkan dengan reliabilitas 0,023 dan indikator Minuman berkafein dengan reliabilitas sebesar 0,090 dikeluarkan dari model penelitian. Dengan demikian keempat indikator tersebut tidak valid sebagai indikator Pola makan tidak sehat (PM).

Dengan mengeluarkan keempat indikator tersebut diperoleh nilai t hitung dari masing-masing indikator terhadap konstruk Perilaku sebagai berikut:

Tabel 6.15 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Perilaku Drop Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Olahraga teratur*Latihan fisik	100	0.19
Cuci tangan pakai sabun*Kebersihan individu	6.31	0.56
Sikat gigi minimal 2x sehari*Kebersihan individu	7.94	0.41
Mandi minimal 2x sehari*Kebersihan individu	6.31	0.17
Ganti baju minimal 1x sehari*Kebersihan individu	8.07	0.46
Makanan/minuman manis*Pola makan tidak sehat	11.10	0.25
Makanan siap saji* Pola makan tidak sehat	6.11	0.48
Bumbu penyedap* Pola makan tidak sehat	6.01	0.26
Menghisap rokok*Merokok	100	0.20
Latihan fisik*Perilaku	4.04	0.41
Kebersihan individu* Perilaku	5.98	0.64
Menghisap rokok* Perilaku	3.56	0.30
Pola makan tidak sehat* Perilaku	4.75	0.38

Ket : - * = menunjukkan indikator

Tampak bahwa t hitung dari indikator ke masing-masing konstruk yang dituju telah signifikan ($> 1,96$). Dengan demikian Olahraga teratur valid membentuk dimensi Latihan Fisik. Cuci tangan dengan sabun, Sikat gigi minimal 2x sehari, Mandi minimal 2x sehari, Ganti baju minimal 1x sehari merupakan indikator valid membentuk dimensi Kebersihan Individu. Pola makan tidak sehat dibentuk oleh indikator Makanan/minuman manis, Makanan siap saji, dan Bumbu penyedap. Sedangkan Menghisap rokok membentuk dimensi Merokok.

Demikian juga terdapat signifikansi dari keempat dimensi yaitu Aktifitas Fisik, Kebersihan Individu, Merokok dan Pola Makan Tidak Sehat terhadap konstruk laten perilaku, artinya keempat dimensi tersebut valid membentuk konstruk perilaku.

6.3.4 Confirmatory Factor Analysis (CFA) Lingkungan

Konstruk Lingkungan (LK) juga menggunakan *Second Order Confirmatory Factor Analysis (CFA)* karena dibentuk oleh tiga dimensi yaitu Lingkungan Fisik (LF), Lingkungan Sosial (LS), dan Lingkungan Keluarga (KL).

Dengan nilai t hitung dari masing-masing indikator terhadap konstruk laten yang dituju terdapat pada tabel berikut.

Tabel 6.16 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Lingkungan Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	Measurement Equations	
	Nilai t hitung	R ²
Wilayah tempat tinggal*Lingkungan fisik	12.83	0.020
Kondisi ruang kerja* Lingkungan fisik	0.80	0.15
Tidak merokok*Lingkungan keluarga	12.90	0.14
Ditanamkan olahraga teratur* Lingkungan keluarga	5.38	0.30
Ditanamkan CTPS* Lingkungan keluarga	5.28	0.26
Makan sayur& buah* Lingkungan keluarga	5.64	0.50
Tidak pembatasan makanan* Lingkungan keluarga	-1.20	0.006
Mendukung perilaku sehat*Lingkungan sosial	13.58	0.079
Teman merokok*Lingkungan sosial	3.85	0.11
Interaksi sosial di tempat tinggal*Lingkungan sosial	4.70	0.70
Interaksi di kantor*Lingkungan sosial	4.76	0.43
Lingkungan fisik*Lingkungan	0.82	0.13
Lingkungan sosial*Lingkungan	2.64	0.36
Lingkungan keluarga*Lingkungan	2.55	0.86

Ket : - * = menunjukkan indikator

Tampak pada tabel di atas, bahwa indikator Kondisi ruang kerja tidak signifikan membentuk dimensi Lingkungan Fisik sedangkan indikator Wilayah tempat tinggal mempunyai reliabilitas yang rendah yaitu 0,020, sehingga kedua indikator Lingkungan Fisik (LF) harus dikeluarkan, dengan demikian Lingkungan Fisik (LF) juga tidak signifikan membentuk konstruk lingkungan. Indikator lain yang juga tidak signifikan adalah indikator Tidak pembatasan makanan (-1.20) terhadap Lingkungan Keluarga dan mendukung perilaku sehat mempunyai reliabilitas yang rendah (0.079) terhadap Lingkungan sosial, sehingga harus dikeluarkan. Dengan

mengeluarkan keempat indikator tersebut, maka diperoleh nilai t hitung dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.17 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Lingkungan Drop Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Tidak merokok*Lingkungan keluarga	13.00	0.13
Ditanamkan olahraga teratur* Lingkungan keluarga	5.25	0.30
Ditanamkan CTPS* Lingkungan keluarga	5.14	0.26
Makan sayur& buah* Lingkungan keluarga	5.48	0.50
Teman merokok*Lingkungan sosial	13.47	0.89
Interaksi sosial di tempat tinggal*Lingkungan sosial	4.88	0.63
Interaksi di kantor*Lingkungan sosial	4.95	0.50
Lingkungan sosial*Lingkungan	4.51	0.34
Lingkungan keluarga*Lingkungan	6.02	0.99

Ket : - * = menunjukkan indikator

Tampak bahwa semua indikator telah signifikan, dan dimensi Lingkungan Keluarga dan Lingkungan Sosial juga signifikan dalam membentuk konstruk Lingkungan dengan nilai t hitung masing-masing 4.51 dan 6.02 (> 1.96).

6.3.5 Confirmatory Factor Analysis (CFA) Status Kesehatan

Berikut adalah Konstruk Status Kesehatan (SK) menggunakan *Second Order Confirmatory Factor Analysis (CFA)*. Konstruk Status Kesehatan (SK) dibentuk oleh dua dimensi yaitu Status Fisik (KF) dan Status Psikis (KP). Meskipun t hitung untuk semua indikator adalah valid, akan tetapi terdapat dua indikator dengan reliabilitas yang rendah.

Tabel 6.18 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Status Kesehatan Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
ISPA*Status fisik	13.87	0.060
Diare* Status fisik	3.65	0.077
TB* Status fisik	4.42	0.25
DBD* Status fisik	4.73	0.57
Hepatitis* Status fisik	4.67	0.46
Asma* Status fisik	4.26	0.18
Rematik* Status fisik	4.17	0.16
Hipertensi* Status fisik	4.13	0.15
Stroke* Status fisik	4.80	0.81
Jantung* Status fisik	4.81	0.87
Diabetes* Status fisik	4.53	0.31
Tumor/kanker* Status fisik	4.76	0.67
Sulit tidur, sulit berpikir jernih*Status psikis	100	1.00
Mudah takut, tegang, cemas* Status psikis	22.24	0.56
Status fisik*Status kesehatan	4.59	0.96
Status psikis*Status kesehatan	4.38	0.053

Ket : - * = menunjukkan indikator

Indikator dengan reliabilitas rendah adalah indikator ISPA dan Diare, sehingga dengan mengeluarkan kedua indikator tersebut didapat pembuktian indikator yang signifikan dan juga membuktikan Kesehatan Fisik dan Kesehatan Psikis signifikan membentuk konstruk Status Kesehatan setelah indikator yang tidak *reliabel* dikeluarkan, dapat dilihat persamaan pengukuran pada tabel berikut.

Tabel 6.19 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Status Kesehatan Drop Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
TB* Status fisik	13.74	0.21
DBD* Status fisik	10.65	0.63
Hepatitis* Status fisik	8.60	0.45
Asma* Status fisik	6.57	0.17
Rematik* Status fisik	6.09	0.14
Hipertensi* Status fisik	5.84	0.12
Stroke* Status fisik	9.50	0.77
Jantung* Status fisik	9.72	0.93
Diabetes* Status fisik	7.78	0.30
Tumor/kanker* Status fisik	9.32	0.68
Sulit tidur, sulit berpikir jernih* Status psikis	100	1.00
Mudah takut, tegang, cemas* Status psikis	22.24	0.56
Status fisik* Status kesehatan	3.76	0.081
Status psikis* Status kesehatan	14.39	0.52

Ket : - * = menunjukkan indikator

Terbukti bahwa semua indikator telah signifikan nilai t hitung (>1.96), dengan demikian TB Paru, DBD, Hepatitis, Asma, Rematik, Hipertensi, Stroke, Jantung, Diabetes, Kanker/tumor valid sebagai indikator dimensi Kesehatan Fisik, indikator Sulit tidur, sulit berpikir jernih, sulit menikmati hidup dan Mudah takut, tegang, cemas juga valid sebagai indikator dimensi Status Psikis. Dimensi Status Fisik dan Status Psikis juga signifikan dalam membentuk konstruk Status Kesehatan dengan nilai t hitung masing-masing 3.76 dan 14.39.

6.3.6 Confirmatory Factor Analysis (CFA) Kualitas Hidup

Konstruk Kualitas Hidup (KH) dibentuk oleh empat dimensi yaitu Kesehatan Fisik (FK), Kesehatan Psikologis (PS), Relasi Sosial (RS) dan Lingkungan (LN), dengan demikian konstruk Kualitas Hidup (KH) juga menggunakan *Second Order Confirmatory Factor Analysis (CFA)*.

Untuk melihat signifikansi dan *reliable* indikator serta dimensi yang membentuk konstruk Kualitas Hidup (KH) dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.20 Persamaan Pengukuran Indikator Variabel Kualitas Hidup Berdasarkan Nilai t Hitung

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Rasa nyeri*Kesehatan fisik	13.51	0.31
Terapi medis* Kesehatan fisik	12.91	0.27
Vitalitas* Kesehatan fisik	9.75	0.38
Kemampuan bergaul* Kesehatan fisik	7.64	0.20
Puas tidur* Kesehatan fisik	8.98	0.30
Aktivitas sehari-hari* Kesehatan fisik	12.37	0.88
Kemampuan bekerja* Kesehatan fisik	12.23	0.83
Menikmati hidup*Kesehatan psikologis	13.22	0.33
Hidup berarti* Kesehatan psikologis	16.48	0.27
Mampu konsentrasi*Kesehatan psikologis	9.04	0.31
Terima penampilan tubuh*Kesehatan psikologis	10.83	0.51
Puas terhadap diri sendiri*Kesehatan psikologis	12.21	0.77
Perasaan negatif*Kesehatan psikologis	9.86	0.39
Puas hubungan sosial*Relasi Sosial	3.23	0.91
Seksual*Relasi Sosial	11.81	0.30
Dukungan teman*Relasi Sosial	23.82	0.76
Rasa aman*Lingkungan	13.06	0.27
Lingkungan sehat*Lingkungan	5.01	0.87
Cukup uang*Lingkungan	7.98	0.29
Rekreasi*Lingkungan	8.48	0.36
Kondisi tempat tinggal*Lingkungan	4.80	0.79
Akses yankes*Lingkungan	9.93	0.67
Transportasi*Lingkungan	9.48	0.53
Kesehatan fisik*Kualitas hidup	10.71	0.71
Kesehatan psikologis*Kualitas hidup	11.90	1.00
Relasi sosial*Kualitas hidup	15.46	0.54
Lingkungan*Kualitas hidup	9.14	0.60

Ket : - * = menunjukkan indikator

Tabel 6.20 diatas menunjukkan bahwa semua indikator telah signifikan dalam menentukan variabel laten yang dituju, dan dimensi Kesehatan Fisik,

Kesehatan Psikologis, Relasi Sosial dan Lingkungan, juga signifikan dalam membentuk konstruk Kualitas Hidup. Dengan melihat reliabilitas maka semua indikator dimasukkan dalam model.

6.4 Identifikasi Model Struktural (*Structural Model*)

Model struktural diperoleh dengan melakukan *Full Model SEM* terhadap semua indikator yang telah teridentifikasi dalam model pengukuran. Berdasarkan hasil *Full Model SEM* masih diperoleh indikator dengan reliabilitas yang rendah sebagaimana tabel berikut.

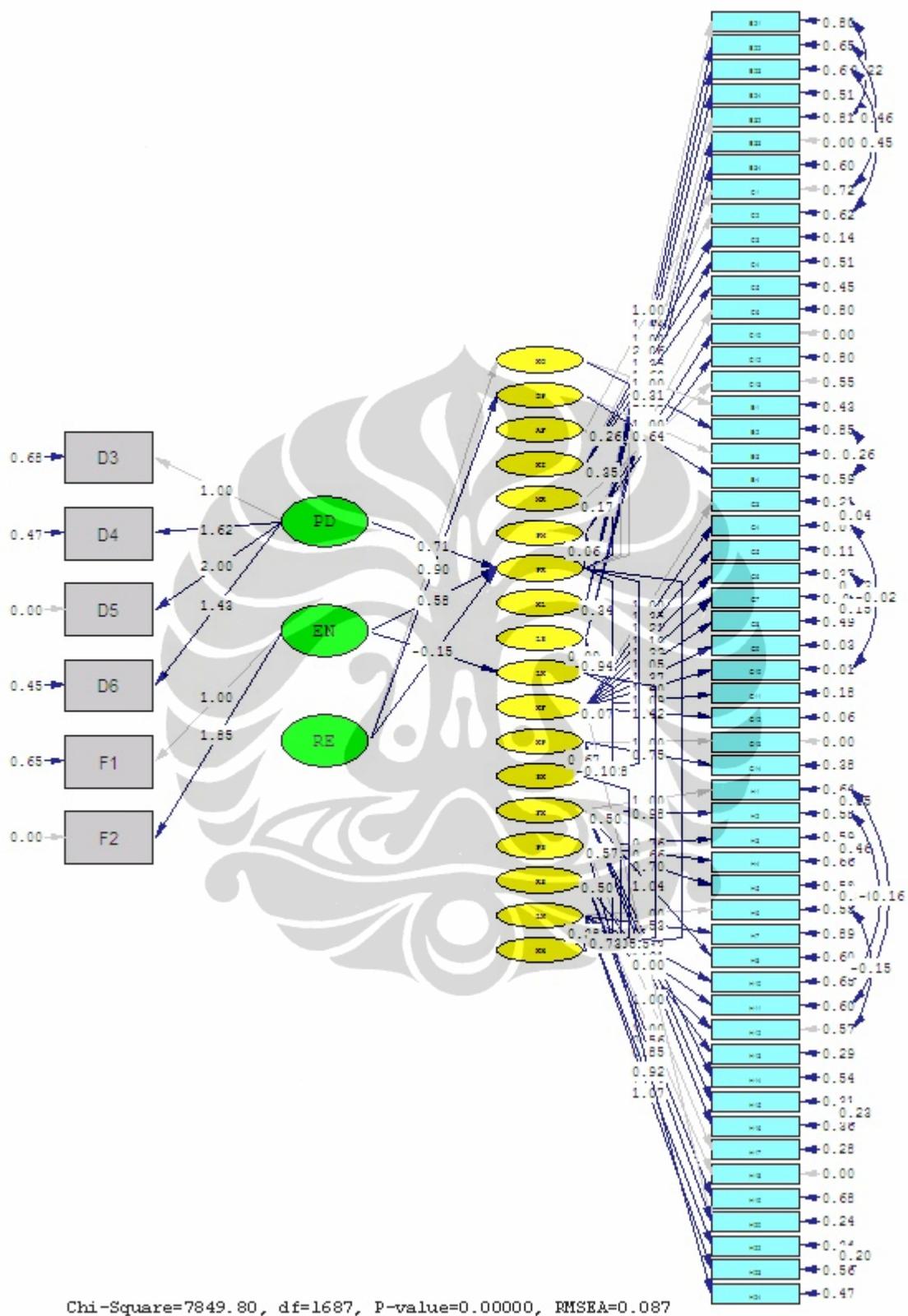
Tabel 6.21 Persamaan Pengukuran Dengan Reliabilitas Rendah Untuk Model Struktural Berdasarkan Nilai t Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>	
	Nilai t hitung	R ²
Kondisi tempat tinggal*Kualitas hidup	4.80	0.072

Ket : - * = menunjukkan indikator

Output di atas menunjukkan indikator yang mempunyai tingkat reliabilitas rendah, sehingga dikeluarkan dari model penelitian. Dengan mengeluarkan indikator di atas, maka diperoleh diagram seperti gambar 6.1.

Pada *path diagram* tersebut terlihat adanya beberapa korelasi *error variance* misalnya indikator antara E2 dan E4. Nilai ini hanya merupakan nilai kovarians bukan merupakan standar korelasi jadi tidak dapat disimpulkan bahwa nilai korelasi antara E2 dan E4 adalah 0.26. Tujuan korelasi antar *error variance* adalah untuk membuat model lebih fit (Ghozali, Imam, 2008).



Gambar 6.1 Model Pengukuran Semua Indikator Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai

Model di atas telah memberikan nilai RMSEA sebesar 0,087 yang masih di bawah 0,1 yang menunjukkan bahwa model pada kategori *mediocre* dan masih dapat diterima. Nilai RMSEA yang tidak diinginkan adalah lebih besar 0,1 (Byrne dan MacCallum et.al, 1998).

6.4.1 Persamaan Model Pengukuran

Berdasarkan hasil identifikasi model pengukuran dan identifikasi model struktural, maka variabel yang tidak memiliki signifikansi dan tidak *reliable* terhadap konstruk yang dituju, dikeluarkan dari model berikutnya.

Tabel 6.22 Persamaan Model Pengukuran Dari Semua Indikator Berdasarkan Nilai t, Faktor Loading, Error Varians Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Indikator Konstruk	Measurement Equations			
	Nilai t hitung	Loading Factor	Error var	R ²
Cuci tangan dengan air saja* <i>Predisposing</i>	13.92	1.00	0.68	0.24
Penting mandi minimal 2x sehari* <i>Predisposing</i>	10.10	1.62	0.47	0.54
Penting sikat gigi minimal 2x sehari* <i>Predisposing</i>	10.95	2.00	0.0010	1.00
Penting ganti baju minimal 1x sehari* <i>Predisposing</i>	9.51	1.43	0.45	0.49
Larangan rokok di kantor*Kebiasaan organisasi	9.96	1.00	0.43	0.54
Olahraga teratur di kantor*Kebiasaan organisasi	4.50	0.31	0.85	0.57
Dukungan larangan rokok di kantor*Dukungan	2.31	1.00	0.12	0.88
Dukungan olahraga teratur di kantor*Dukungan	11.01	0.64	0.59	0.36
Fasilitas olahraga* <i>Enabling</i>	13.92	1.00	0.65	0.28
Penambah daya tahan tubuh* <i>Enabling</i>	12.42	1.85	0.0010	1.00
Tidak merokok*Lingkungan keluarga	12.84	1.00	0.80	0.23
Ditanamkan olahraga teratur*Lingk. keluarga	10.75	1.04	0.65	0.29
Ditanamkan CTPS*Lingkungan keluarga	9.51	0.80	0.67	0.19
Ditanamkan makan sayur & buah*Lingk.kel	10.92	1.26	0.51	0.43
Teman merokok*Lingkungan sosial	13.93	1.00	0.81	0.78
Interaksi di tempat tinggal*Lingkungan sosial	5.92	3.52	0.0010	1.00
Interaksi di kantor*Lingkungan sosial	5.41	1.99	0.60	0.31
Olahraga teratur*Latihan fisik	100	1.00	0.72	0.22
Cuci tangan pakai sabun*Kebersihan individu	13.49	1.00	0.62	0.20

Tabel 6.22 (sambungan)

Indikator Konstruk	Measurement Equations			
	Nilai t hitung	Loading Factor	Error var	R ²
Sikat gigi minimal 2x sehari*Kebersihan indiv	20.88	2.06	0.14	0.83
Mandi minimal 2x sehari*Kebersihan individu	12.22	1.35	0.51	0.35
Ganti baju minimal 1x sehari*Kebersihan indi	14.79	1.63	0.45	0.47
Makanan/minuman manis*Pola makan	13.93	1.00	0.80	0.13
Makanan siap saji*Pola makan	7.71	2.69	0.0010	1.00
Bumbu penyedap*Pola makan	5.36	0.97	0.80	0.13
Menghisap rokok*Merokok	100	1.00	0.55	0.20
TB*Status fisik	14.37	1.00	0.21	0.23
DBD* Status fisik	13.93	1.35	0.066	0.63
Hepatitis* Status fisik	10.46	1.21	0.11	0.45
Asma* Status fisik	7.26	1.10	0.37	0.17
Rematik* Status fisik	6.59	1.22	0.59	0.13
Hipertensi* Status fisik	6.30	1.05	0.49	0.12
Stroke* Status fisik	12.20	1.37	0.035	0.77
Jantung* Status fisik	12.69	1.40	0.0097	0.93
Diabetes* Status fisik	9.03	1.09	0.18	0.29
Tumor/kanker* Status fisik	11.84	1.42	0.057	0.69
Sulit tidur, sulit berpikir jernih*Status psikis	100	1.00	0.0010	1.00
Mudah takut, tegang, cemas* Status psikis	22.61	0.75	0.38	0.57
Rasa nyeri*Kesehatan fisik	13.50	1.00	0.64	0.40
Terapi medis* Kesehatan fisik	18.14	0.98	0.58	0.41
Vitalitas* Kesehatan fisik	13.41	1.04	0.60	0.43
Kemampuan bergaul* Kesehatan fisik	28.56	0.82	0.29	0.68
Puas tidur* Kesehatan fisik	11.89	0.83	0.54	0.35
Aktivitas sehari-hari* Kesehatan fisik	17.47	1.21	0.31	0.67
Kemampuan bekerja* Kesehatan fisik	16.43	1.15	0.36	0.61
Menikmati hidup*Kesehatan psikologis	12.19	0.76	0.59	0.35
Hidup berarti* Kesehatan psikologis	10.45	0.66	0.66	0.27
Mampu konsentrasi*Kesehatan psikologis	11.64	0.70	0.59	0.32
Puas terhadap diri sendiri*Kes psikologis	11.34	1.00	0.28	0.67
Perasaan negatif*Kesehatan psikologis	15.14	0.92	0.47	0.50

Tabel 6.22 (sambungan)

Indikator Konstruk	<i>Measurement Equations</i>			
	Nilai t hitung	Loading Factor	Error var	R ²
Puas hubungan sosial*Relasi Sosial	100	1.00	0.0010	1.00
Seksual*Relasi Sosial	12.74	0.56	0.68	0.30
Dukungan teman*Relasi Sosial	32.70	0.85	0.24	0.73
Rasa aman*Lingkungan	12.64	1.00	0.55	0.35
Lingkungan sehat*Lingkungan	5.17	0.53	0.89	0.85
Cukup uang*Lingkungan	7.95	0.80	0.65	0.23
Rekreasi*Lingkungan	8.82	1.11	0.57	0.39
Akses yankes*Lingkungan	10.81	1.31	0.34	0.53
Transportasi*Lingkungan	15.14	0.92	0.47	0.50

Ket : - * = menunjukkan indikator

Pada masing-masing konstruk, terdapat satu indikator yang diberikan nilai 1 untuk menspesifikasikan pengukuran. Nilai t hitung dipergunakan untuk menguji validitas dan nilai R² dipergunakan untuk menguji reliabilitas. Tampak bahwa semua t hitung telah berada di atas 1,96.

Dalam melakukan analisis SEM, perlu dilakukan validitas dan reliabilitas indikator untuk melihat indikator-indikator yang layak dianalisis untuk pengujian hipotesa.

Output untuk pengujian validitas pada masing-masing butir terhadap variabel yang dibentuknya adalah sama dengan output pada persamaan model pengukuran di atas dengan nilai t batas 1,96, maka tampak pada tabel 6.22 bahwa semua t hitung pada indikator adalah di atas 1,96 yang menunjukkan bahwa seluruh indikator tersebut adalah valid untuk diikutkan dalam pengujian hipotesa.

Reliabilitas masing-masing indikator dilihat dari nilai *Squared Multiple Correlations* pada output yang sama dengan uji reliabilitas. Tampak bahwa indikator telah mempunyai reliabilitas yang cukup baik.

**Tabel 6.23 Persamaan Model Pengukuran (Variabel Eksogen Dan Endogen)
Hipotesa Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar
Tahun 2010**

Persamaan Model Pengukuran Variabel Eksogen Dan Endogen	
Variabel Eksogen:	
Cuci tangan dengan air saja	$= 1.00 * Predisposing + 0.68, R^2 = 0.24$
Penting mandi minimal 2x sehari	$= 1.62 * Predisposing + 0.47, R^2 = 0.54$
Penting sikat gigi minimal 2x sehari	$= 2.00 * Predisposing + 0.0010, R^2 = 1.00$
Penting ganti baju minimal 1x sehari	$= 1.43 * Predisposing + 0.45, R^2 = 0.49$
Kebiasaan Organisasi	$= 0.72 * Reinforcing + 0.0010, R^2 = 1.00$
Dukungan Pimpinan	$= 0.81 * Reinforcing + 0.0010, R^2 = 1.00$
Fasilitas olahraga	$= 1.00 * Enabling + 0.65, R^2 = 0.28$
Penambah daya tahan tubuh	$= 1.85 * Enabling + 0.0010, R^2 = 1.00$
Variabel Endogen:	
Latihan fisik	$= 0.26 * Perilaku + 0.12, R^2 = 0.41$
Kebersihan Individu	$= 0.35 * Perilaku + 0.17, R^2 = 0.64$
Merokok	$= 0.17 * Perilaku + 0.10, R^2 = 0.27$
Pola makan	$= 0.0062 * Perilaku + 0.12, R^2 = 0.039$
Lingkungan keluarga	$= 0.34 * Lingkungan + 0.0010, R^2 = 0.99$
Lingkungan sosial	$= 0.090 * Lingkungan + 0.052, R^2 = 0.24$
Status fisik	$= 0.067 * Status kesehatan + 0.057, R^2 = 0.077$
Statu psikis	$= 0.67 * Status kesehatan + 0.41, R^2 = 0.53$
Kesehatan fisik	$= 0.44 * Kualitas hidup + 0.080, R^2 = 0.71$
Kesehatan psikologis	$= 0.57 * Kualitas hidup + 0.0010, R^2 = 1.00$
Relasi sosial	$= 0.50 * Kualitas hidup + 0.49, R^2 = 0.47$
Lingkungan	$= 0.38 * Kualitas hidup + 0.060, R^2 = 0.80$

6.4.2 Uji Persyaratan Statistik

Untuk mengkaji apakah model pengukuran di atas fit, maka berikut adalah hasil *estimasi* persyaratan statistik yang diperlukan pada SEM dengan menggunakan LISREL 8.3, untuk pengujian model hipotesa.

6.4.2.1 Goodness of Fit Indices (GFI)

$$\text{Goodness of Fit Index (GFI)} = 0.77$$

Goodness of Fit Index (GFI) merupakan suatu ukuran mengenai ketepatan model dalam menghasilkan observed matriks kovarians. Nilai yang disarankan pada suatu model adalah di atas 0,9 dan model dengan GFI negatif adalah model yang paling buruk dari seluruh model yang ada. Estimasi dengan LISREL memberikan nilai 0,77 ($< 0,9$) tetapi masih mendekati nilai batas sehingga model dinyatakan fit secara marjinal (ditolerir).

6.4.2.2 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)

$$\text{Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)} = 0.70$$

Ukuran PGFI sebenarnya hampir sama dengan GFI. Ukuran PGFI adalah mengaitkan model dengan jumlah koefisien yang diestimasi dengan nilai yang disarankan adalah di atas 0,6. Tampak bahwa estimasi model penelitian memberikan nilai 0,70 yang menunjukkan bahwa model telah fit karena di atas nilai yang disarankan (>0.6).

6.4.2.3 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

$$\text{Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)} = 0.067$$

$$90 \text{ Percent Confidence Interval for RMSEA} = (0.064 ; 0.070)$$

$$P\text{-Value for Test of Close Fit (RMSEA} < 0.05) = 0.013$$

RMSEA merupakan indikator model yang paling informatif. RMSEA ini mengukur penyimpangan nilai parameter pada suatu model dengan matriks kovarians populasinya. Nilai yang disarankan adalah di bawah 0,08. Tampak bahwa estimasi model penelitian memberikan nilai RMSEA sebesar 0,067 ($< 0,08$) yang menunjukkan bahwa model adalah fit. Sedangkan *close fit* (RMSEA $< 0,05$) = 0,013 yang menunjukkan bahwa model telah fit karena di bawah 0,05.

6.4.2.4 Akaike's Information Criterion (AIC) dan CAIC

$$\text{Independence AIC} = 5536.64$$

$$\text{Model AIC} = 2763.03$$

$$\text{Saturated AIC} = 2070.00$$

$$\text{Independence CAIC} = 5760.00$$

$$\text{Model CAIC} = 3259.38$$

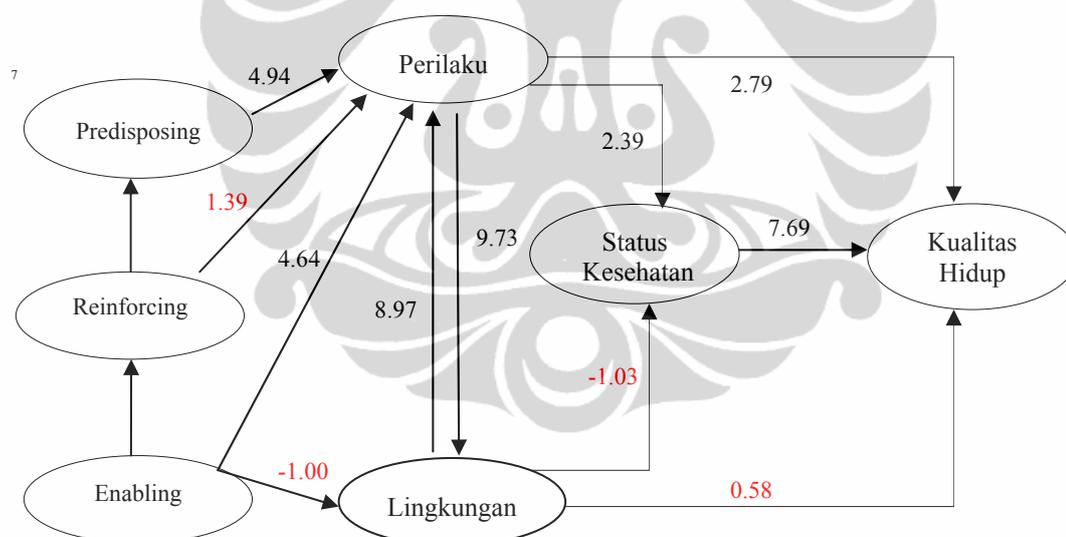
$$\text{Saturated CAIC} = 7207.30$$

Tampak bahwa nilai Model AIC (2763,03) lebih kecil dari pada *Independence* AIC (5536,64) yang menunjukkan model adalah fit, meskipun masih di atas *Saturated* AIC (2070,00). Demikian juga Model CAIC (3259,38) yang lebih kecil dari pada *Independence* CAIC (5760,72) dan *saturated* CAIC (7207,30) yang menunjukkan bahwa model yang dihipotesiskan memiliki tingkat fit yang cukup baik.

Berdasarkan uji persyaratan statistik di atas, maka model dinyatakan fit dan pengujian hipotesis dapat dilakukan.

6.4.3 Pengujian Hipotesa

Pengujian hipotesis dengan melihat *t* hitung pada persamaan struktural di atas. Berdasarkan hasil *output path diagram* dengan nilai *t* hitung dapat dilihat pada gambar 6.2, dimana hubungan yang tidak signifikan dinyatakan dengan warna merah.



Gambar 6.2 Hubungan Antar Variabel Yang Dihipotesakan

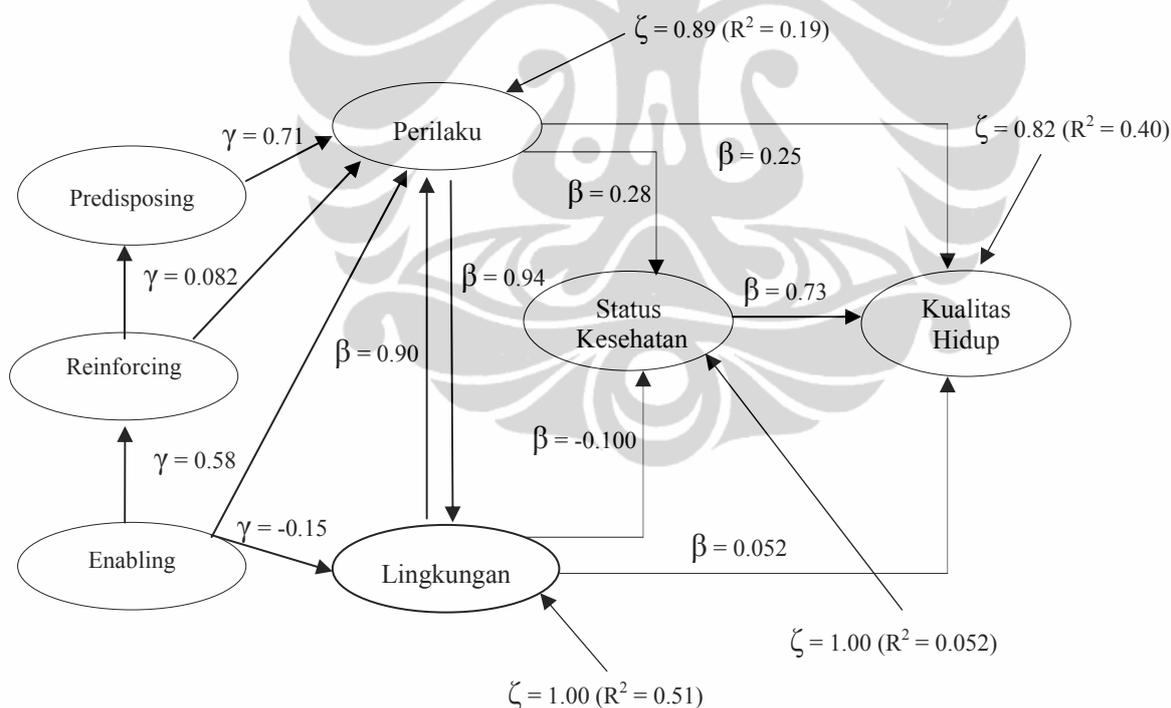
Suatu hubungan dikatakan signifikan apabila nilai *t* hitung di atas 1.96. Tampak pada gambar di atas, bahwa *Predisposing* dan *Enabling* berpengaruh terhadap *Perilaku* dengan *t* hitung masing-masing sebesar 4.94 dan 4.64, sedangkan *Reinforcing* tidak signifikan terhadap *Perilaku* dengan *t* hitung 1.39, demikian juga *Enabling* tidak signifikan terhadap *Perilaku* melalui *Lingkungan* dengan nilai *t* hitung -1.00.

Perilaku dan Lingkungan berkorelasi dengan nilai t hitung masing-masing 9.73 dan 8.97.

Perilaku mempengaruhi Status Kesehatan dan Kualitas Hidup nilai t hitung masing-masing sebesar 2.39 dan 2.79, sedangkan Lingkungan tidak signifikan mempengaruhi Status Kesehatan dan Kualitas Hidup dengan nilai t hitung masing-masing sebesar -1.03 dan 0.58. Status Kesehatan juga mempengaruhi Kualitas Hidup dengan t hitung sebesar 7.69.

6.5 Persamaan Model Struktural

Untuk melihat seberapa besar hubungan antar variabel laten eksogen dengan laten endogen dan variabel laten endogen dengan laten endogen lainnya dapat dilihat dengan menggunakan parameter gamma (γ), beta (β) dan dalam persamaan struktural juga dilihat kesalahan struktural atau zeta (ζ).



Gambar 6.3 Besar Hubungan Antar Variabel Yang Dihipotesakan

Berdasarkan gambar di atas, maka besarnya hubungan tersebut dapat disusun dalam bentuk persamaan model struktural sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.24 Persamaan Model Struktural Hipotesa Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Persamaan Model Struktural	
Perilaku	$= 0.71*Predisposing + 0.082*Reinforcing + 0.58*Enabling + 0.90*Lingkungan + 0.89, R^2 = 0.19$
Lingkungan	$= 0.94*Perilaku - 0.15*Enabling + 1.00, R^2 = 0.51$
Status Kesehatan	$= 0.28*Perilaku - 0.100*Lingkungan + 1.00, R^2 = 0.052$
Kualitas Hidup	$= 0.25*Perilaku + 0.052*Lingkungan + 0.73*Status Kesehatan + 0.82, R^2 = 0.40$

Pada tabel di atas, menunjukkan persamaan yang menggambarkan bahwa konstruk Perilaku dipengaruhi oleh *Predisposing*, *Reinforcing*, *Enabling* dan Lingkungan. Konstruk lingkungan dipengaruhi oleh *Enabling* dan Perilaku. Konstruk Status Kesehatan dipengaruhi oleh Perilaku dan Lingkungan. Konstruk Kualitas Hidup dipengaruhi oleh Perilaku, Lingkungan dan Status Kesehatan.

Tabel 6.25 Persentase Besar Hubungan Antar Variabel (Eksogen Dan Endogen, Endogen Dan Endogen) Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar Tahun 2010

Variabel	Persentase Hubungan Antar Variabel			
	Perilaku	Lingkungan	Status Kesehatan	Kualitas Hidup
<i>Predisposing</i>	50.41%			
<i>Reinforcing</i>	0.67%			
<i>Enabling</i>	33.64%	2.25%		
Lingkungan	81%		1%	0.27%
Perilaku		88.36%	7.84%	6.25%
Status Kesehatan				53.29%

Pada tabel di atas, menunjukkan bahwa faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap kualitas hidup adalah status kesehatan (53.29%), kemudian perilaku sebesar 6.25%. Sedangkan lingkungan ditemukan tidak berhubungan dengan kualitas hidup.

6.5.1 Konfirmasi Hubungan Faktor *Predisposing*, *Reinforcing* Dan *Enabling*, Terhadap Perilaku Dan Lingkungan

Faktor *predisposing* berhubungan dengan perilaku (t hitung 4.49). Besarnya hubungan *Predisposing* terhadap perilaku sebesar 0.71. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku dijelaskan sebesar 50.41% oleh faktor *predisposing*, yang artinya perubahan perilaku pegawai disebabkan 50.41% oleh faktor *predisposing*. Begitu pula untuk *enabling* ditemukan alur yang berhubungan dengan perilaku (t hitung 4.64). Adapun besarnya hubungan *enabling* terhadap perilaku sebesar 0.58, hal ini menunjukkan bahwa perilaku dijelaskan sebesar 33.64% oleh faktor *enabling*, yang berarti perubahan perilaku pegawai disebabkan 33.64% oleh faktor *enabling*. Faktor *Enabling* secara tidak langsung tidak signifikan terhadap perilaku melalui lingkungan (-1.00) dengan besar hubungan -0.15. Tidak ditemukan pula adanya alur yang signifikan antara *reinforcing* terhadap perilaku (t hitung 1.39) dengan besar hubungan 0.082, artinya faktor *reinforcing* tidak berperan langsung dalam perubahan perilaku pegawai.

6.5.2 Konfirmasi Hubungan Faktor Perilaku Dan Lingkungan Terhadap Status Kesehatan

Faktor perilaku terbukti berhubungan dengan status kesehatan dengan nilai t hitung adalah sebesar 2.39 dengan besar hubungan 0.28, hal ini menunjukkan bahwa status kesehatan diterangkan oleh perilaku sebesar 7.84%, artinya peningkatan status kesehatan pegawai disebabkan 7.84% oleh perilaku. Sedangkan faktor lingkungan tidak ditemukan bukti signifikan terhadap status kesehatan dengan nilai t hitung -1.03 dengan besar hubungan -0.100, hal ini menunjukkan bahwa lingkungan tidak berperan terhadap peningkatan status kesehatan dalam mempengaruhi kualitas hidup pegawai.

6.5.3 Konfirmasi Faktor Perilaku Dan Lingkungan Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor perilaku secara langsung mempengaruhi kualitas hidup dengan t hitung sebesar 2.79. Berbeda dengan lingkungan yang tidak signifikan secara langsung terhadap kualitas hidup dengan t hitung sebesar 0.58. Besarnya hubungan antara perilaku dengan kualitas hidup adalah 0.25, atau kualitas hidup

dijelaskan sebesar 6.25% oleh perilaku, hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas hidup pegawai disebabkan 6.25% oleh perilaku, sedangkan lingkungan tidak berperan langsung terhadap peningkatan kualitas hidup pegawai.

6.5.4 Konfirmasi Faktor Status Kesehatan Mempengaruhi Kualitas Hidup

Status kesehatan berpengaruh terhadap kualitas hidup dengan *t* hitung sebesar 7.69. Besarnya hubungan antara status kesehatan dengan kualitas hidup adalah 0.73 atau kualitas hidup diterangkan oleh status kesehatan sebesar 53.29%, yang berarti bahwa status kesehatan berperan sebesar 53.29% terhadap peningkatan kualitas hidup pegawai.

6.5.5 Model Struktural Faktor Yang Telah Terkonfirmasi Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar

Ditemukan bukti adanya pengaruh faktor *predisposing* dan *enabling* terhadap perilaku. Perilaku dan lingkungan berkorelasi mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup. Demikian juga status kesehatan berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Faktor *reinforcing* tidak signifikan terhadap perilaku, *enabling* juga tidak signifikan berpengaruh terhadap perilaku melalui lingkungan. Demikian halnya lingkungan tidak signifikan terhadap status kesehatan dan kualitas hidup.

BAB 7 PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* (potong lintang), dimana pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dengan cara pengisian sendiri, sehingga dalam pengisian kuesioner dibutuhkan pemahaman yang baik dari responden agar dapat mengisi pernyataan dan pertanyaan secara sah.

Untuk menjaga kesahihan data agar responden mengisi kuesioner dengan sebenarnya sesuai yang dialami dan dirasakannya, maka peneliti menyertakan lembaran *inform consent* yang menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan dan informasi yang diberikan tidak akan berpengaruh terhadap tugas maupun jabatan yang dipegang oleh responden, dan yang terpenting adalah pada lembar kuesioner tidak dicantumkan nama sehingga responden dengan leluasa dapat mengisi kuesioner dengan sebenarnya.

Pengambilan data dilakukan di Rumah Sakit “X”, sehingga pengisian kuesioner hanya dilakukan pada saat jam istirahat (jam 12.00 – 13.00) atau setelah jam 14.00 karena di luar jam tersebut responden sibuk dengan tugas pokok dan akan mengganggu kegiatan kantor jika dilakukan pengambilan data pada bukan jam istirahat.

Keterbatasan lain adalah pengembangan indikator yang digunakan terbatas karena jumlah sampel juga terbatas (389) yang dilakukan secara total sampling. Dalam penelitian ini indikator yang digunakan sebanyak 77, sedangkan untuk mendapatkan model yang fit maka jumlah sampel sangat berpengaruh. Dimana perbandingan indikator dengan sampel adalah 1 : 5, sehingga jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah $77 \times 5 = 385$, jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 389 dimana jumlah tersebut sangat mepet dengan jumlah sampel minimal.

Indikator yang digunakan dalam penelitian ini telah dilakukan uji validasi dan reliabilitas, namun jika dilihat satu persatu masih ada dimensi yang mempunyai reliabilitas berada pada batas minimum yaitu ≥ 0.1 . Dimensi status fisik yang membentuk konstruk status kesehatan memiliki reliabilitas yang rendah

(0.081), namun karena dimensi tersebut mempunyai tingkat validitas yang cukup tinggi yaitu 3.76, dan dianggap penting dalam membentuk konstruksinya masing-masing, maka dipertimbangkan untuk tidak dihilangkan. Dalam Ghazali, Imam, 2008 dinyatakan bahwa jika suatu indikator mempunyai *factor loading*, validitas atau reliabilitas yang rendah tapi dianggap sebagai indikator penting menurut teori maka dapat dimasukkan dalam model.

Variabel lingkungan mempunyai *factor loading* dan reliabilitas yang rendah terhadap status kesehatan, oleh karena itu item-item dalam pengukuran ini perlu dikaji lebih lanjut dengan menambahkan indikator lain atau faktor lingkungan diukur dengan menggunakan indikator lain jika akan diadakan penelitian dengan tema yang sama. Begitu juga dengan faktor *reinforcing* yang tidak berhubungan dengan perilaku, dapat dikaji lebih lanjut dengan melihat atau mengukur indikator lain.

7.2 Konfirmasi Hubungan Faktor *Predisposing*, *Reinforcing* Dan *Enabling*, Terhadap Perilaku Dan Lingkungan

Menurut Green dan Kreuter dalam Glanz, K, et al, 2002, perilaku ditentukan oleh 3 faktor yaitu *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* dan perilaku juga dapat ditentukan oleh faktor *enabling* melalui lingkungan. Tujuan pertama dari penelitian ini adalah ingin melihat hubungan faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* terhadap perilaku dan lingkungan.

7.2.1 Hubungan *Predisposing* (Sikap) Terhadap Perilaku

Dalam konteks penelitian ini salah satu faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya perilaku pada diri seseorang adalah sikap orang tersebut terhadap apa yang akan dilakukan. Perilaku pegawai untuk selalu melakukan olahraga secara teratur minimal 3 kali seminggu selama ≥ 30 menit dipermudah bila pegawai tersebut mempunyai sikap positif terhadap manfaat olahraga bagi kesehatan. Demikian pula perilaku untuk selalu menjaga kebersihan individu, perilaku untuk tidak merokok dan perilaku menjaga pola makan, akan dipermudah bila pegawai bersangkutan mempunyai sikap positif terhadap pentingnya kebersihan individu, bahaya rokok dan pentingnya menjaga pola makan agar sehat.

Dalam penelitian ini, terbukti adanya hubungan antara *predisposing* (sikap) dengan perilaku. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Zainuddin, 2009, yang ditemukan bahwa ada hubungan signifikan antara sikap dengan perilaku. Demikian juga dengan hasil penelitian Timsela, 2007, yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sikap karyawan Dinas Kesehatan tentang PHBS dengan perilaku karyawan tersebut tentang PHBS.

Menurut Walgito, 2003, sikap merupakan suatu tingkatan afeksi baik yang bersifat positif maupun negatif dalam hubungannya dengan obyek-obyek psikologis. Hal ini didukung oleh L.L Thurston dalam Zainuddin, 2009, yang menyatakan sikap sebagai tingkatan kecenderungan yang bersifat positif atau negatif yang berhubungan dengan obyek psikologis.

Sikap masyarakat muncul karena dipengaruhi oleh konsep diri (*self concept*). *Self concept* ditentukan oleh tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan terhadap diri sendiri, terutama bagaimana keinginan memperlihatkan diri kepada orang lain. Apabila orang lain melihat diri positif maka sikap kita akan positif pula walaupun tidak selamanya diikuti oleh perilaku. (Notoatmodjo, 2007).

7.2.2 Hubungan Reinforcing Terhadap Perilaku

Sikap dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi bahwa individu atau keluarga sudah tahu manfaat olahraga, bahaya rokok, manfaat kebersihan dan pentingnya menjaga pola makan, tetapi belum melakukannya karena alasan sederhana yaitu orang yang disegani dalam masyarakat, dalam keluarga atau atasan sebagai pimpinan di kantor belum melakukannya dengan maksimal pula.

Pada penelitian ini, *reinforcing* diukur melalui kebiasaan organisasi (kebiasaan olahraga, larangan merokok di kantor) dan dukungan pimpinan (dukungan terhadap olahraga, dukungan larangan merokok). Hasil menunjukkan bahwa Kebiasaan Organisasi larangan merokok pada umumnya pegawai berpendapat “tidak pernah” ada larangan merokok di kantor, begitu juga kebiasaan olahraga umumnya menjawab “kadang-kadang” dilakukan olahraga di kantor. Dukungan yang diberikan oleh pimpinan pun terhadap larangan merokok di kantor “biasa saja” dan dukungan terhadap pelaksanaan olahraga di kantor “kadang-kadang” saja diberikan. Hal ini sejalan dengan perilaku pegawai yang

“kadang-kadang” melakukan olahraga dan juga masih adanya pegawai yang menghisap rokok 2-9 batang per hari.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara *reinforcing* dengan perilaku. Berdasarkan observasi dan pengalaman peneliti, hal ini terjadi kemungkinan karena adanya karakter pegawai yang cenderung akan bertindak terhadap sesuatu jika hal tersebut dilakukan secara bersama-sama dengan teman yang lain atau mendapat dukungan dari teman-teman di kantor. Menurut Green dan Marshall, 2005, faktor *reinforcing* adalah konsekuensi dari determinan perilaku, dimana masyarakat menerima *feedback* dan setelah itu ada dukungan sosial dari teman, keluarga dan informasi. Teori tersebut memberikan pemahaman bahwa untuk berperilaku sehat di kantor tidak hanya didukung oleh pimpinan tetapi juga harus didukung oleh teman sejawat, sehingga pada penelitian ini tidak ditemukan bukti adanya hubungan *reinforcing* sebagai salah satu penentu perilaku.

7.2.3 Hubungan *Enabling* Terhadap Perilaku Dan Lingkungan

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas sarana atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sikap dan dukungan saja belum menjamin terjadinya perilaku, maka diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut. Dari segi kesehatan, agar pegawai memiliki perilaku sehat harus didukung selain sarana kesehatan juga sarana lain seperti sarana olahraga di rumah maupun di kantor agar pegawai senantiasa melakukan olahraga baik di rumah maupun kantor, selain itu agar pegawai dapat bekerja dengan kondisi fit maka Rumah Sakit “X” mendukung dengan memberikan makanan penambah daya tahan tubuh bagi seluruh pegawai.

Berdasarkan hasil, ditemukan bukti adanya hubungan yang signifikan antara *enabling* dengan perilaku. Hubungan antara faktor *enabling* dengan perilaku, sejalan dengan hasil penelitian Zainuddin, 2009 yang menyatakan bahwa faktor *enabling* berpengaruh signifikan dan mampu memprediksi perubahan perilaku sebesar 37.3 kali. Hal ini sesuai juga dengan penelitian Raule, 2004 menunjukkan bahwa pelaksanaan perilaku hidup sehat di Kelurahan Sindulang

Manado mempunyai hubungan yang signifikan dengan faktor *enabling* yaitu sarana kesehatan.

Dari penelitian-penelitian yang ada terungkap bahwa sikap dan dukungan dari berbagai pihak tentang kesehatan tinggi tetapi praktek perilaku tentang kesehatan tersebut rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh *World Health Organization (WHO)*, terutama di negara-negara berkembang, ternyata faktor pendukung atau fasilitas sangat mendukung masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Misalnya meskipun sikap dan dukungan tentang kesehatan tinggi tetapi apabila tidak didukung oleh fasilitas misalnya tersedianya fasilitas air bersih, makanan bergizi dan juga sarana olahraga maka sulit untuk melakukan perilaku tersebut, sehingga terbukti faktor *enabling* sangat menentukan perilaku seseorang.

Menurut Green dan Kreuter, faktor *enabling* dapat juga mempengaruhi perilaku secara tidak langsung melalui lingkungan. Namun pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan tidak langsung antara *enabling* dan perilaku melalui lingkungan. Hal ini disebabkan karena indikator yang digunakan untuk mengukur *enabling* adalah ketersediaan fasilitas olahraga dan pengadaan penambah daya tahan tubuh, hal ini tidak cukup berperan terhadap lingkungan, masih terdapat indikator lain yang dapat mengukur faktor *enabling* terhadap lingkungan diantaranya ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Sebagaimana hasil penelitian Rani, 2008, yang mendapatkan bahwa program pelayanan kesehatan dapat meningkatkan lingkungan hidup yang lebih sehat dan dinamis. Dengan demikian faktor lingkungan masih perlu dikaji lebih lanjut dengan melihat indikator ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

7.3 Konfirmasi Hubungan Faktor Perilaku Dan Lingkungan Terhadap Status Kesehatan

Dalam pembahasan mengenai faktor perilaku dibahas 4 dimensi yaitu perilaku latihan fisik dalam hal ini olahraga, kebersihan individu, perilaku merokok dan pola makan yang tidak sehat. Keempat dimensi ini dihipotesakan membentuk konstruk perilaku yang dapat mempengaruhi status kesehatan, dan pada penelitian ini terbukti perilaku berpengaruh terhadap status kesehatan.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di Amerika Serikat, melaporkan bahwa 5,4 juta kematian berhubungan dengan perilaku merokok per tahun di

seluruh dunia. Nikotin yang diserap dari merokok secara signifikan berkaitan dengan beberapa jenis kanker (kanker paru-paru, kanker saluran pankreas, kanker kerongkongan dan kanker ginjal) yang menyebabkan kematian (Jefferson, T, 2009).

Para peneliti dari Stanford University California, 2007 menyatakan bahwa olahraga berlari mengurangi risiko penyakit jantung, kanker, dan penyakit gangguan saraf seperti Alzheimer, lanjut mereka juga menemukan bahwa yang terbiasa lari ternyata lebih panjang usia daripada yang tidak. Penelitian yang berbeda menemukan bahwa 22% dari para penderita bertahan dalam kanker karena aktif berolahraga (Courneya, K, 2008).

Menurut pengalaman Breuning, W, (pria tertua di dunia) 2009, bahwa orang yang selalu hidup sehat sepanjang hidupnya, faktor diet makananlah yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Jika individu bisa mengatur pola makannya, pasti mereka akan tetap sehat.

Penelitian perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) terbukti sebagai salah satu upaya *personal hygiene* yang merupakan perilaku sehat yang sangat efektif untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit menular seperti diare, ISPA dan Flu Burung (Sibuea, D, 2008).

Hal di atas didukung oleh teori Notoatmodjo, 2007 bahwa perilaku terhadap peningkatan status kesehatan dapat berupa perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan misalnya makan makanan yang bergizi, olahraga, menghindari rokok dan menjaga kebersihan individu.

Teori, hasil penelitian dan pengalaman di atas memperkuat bahwa perilaku merokok, latihan fisik, menjaga pola makan dan juga *personal hygiene* merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap status kesehatan.

Selain perilaku, faktor lingkungan juga berpengaruh terhadap status kesehatan. Namun, penelitian ini tidak dapat membuktikan lingkungan mempengaruhi status kesehatan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil survei yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Garut bahwa lingkungan memberikan kontribusi 45% sebagai penentu status kesehatan warga Kabupaten Garut.

Lingkungan pada hakekatnya adalah suatu kondisi atau keadaan di luar diri individu. Jika keadaan lingkungan optimum maka akan berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula. Adapun usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan adalah agar dapat menjadi media yang baik untuk terwujudnya kesehatan yang optimum.

Menurut Green dan Kreuter, faktor lingkungan adalah faktor sosial dan faktor fisik yang berada di luar diri seseorang yang dapat dibentuk selain untuk mendukung perilaku juga untuk mempengaruhi *outcome* kesehatan. Menurut Swam, Bates dan Chavez, bahwa dalam suatu lingkungan keluarga, norma dan sanksi terhadap suatu perilaku menjadi salah satu penentu. Misalnya adanya norma larangan merokok dalam lingkungan keluarga akan membentuk perilaku anggota keluarga tersebut untuk tidak merokok yang akan berdampak pada kesehatannya.

Gagalnya penelitian ini membuktikan faktor lingkungan berpengaruh terhadap status kesehatan, kemungkinan disebabkan kurangnya dukungan untuk berperilaku sehat dari lingkungan sosial yaitu teman, kerabat, tetangga maupun pimpinan, walaupun lingkungan keluarga sudah sangat mendukung upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan namun faktor lingkungan sosial juga sangat besar pengaruhnya terhadap terbentuknya perilaku sehat yang akan berdampak pada kesehatan pegawai, sehingga pada penelitian ini lingkungan tidak berpengaruh terhadap status kesehatan.

Faktor lain yang menyebabkan tidak adanya hubungan faktor lingkungan terhadap status kesehatan yaitu karena lingkungan fisik hanya diukur melalui indikator wilayah tempat tinggal pegawai dekat dengan sumber polusi udara misalnya kawasan industri, dekat terminal/jalan raya, dekat sumber penyebaran penyakit akibat lingkungan tidak sehat misalnya rawa-rawa, pasar tradisional. Demikian juga dengan kondisi ruangan kerja pegawai apakah cukup pencahayaan atau terjadi sirkulasi udara yang baik. Lingkungan fisik tampaknya lebih memungkinkan juga diukur melalui ketersediaan air bersih, pembuangan sampah dan air limbah, dan ketersediaan jamban atau WC. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Timisela, 2007, bahwa ketersediaan air bersih, pembuangan sampah dan limbah yang dikelola dengan baik serta tersedianya

jamban yang bersih berhubungan dengan peningkatan status kesehatan karyawan Dinas Kesehatan Papua.

Selain itu, lingkungan fisik yang juga patut diteliti adalah pemaparan karyawan di tempat kerjanya misalnya resiko trauma fisik memungkinkan timbulnya gangguan kesehatan. *The National Institute of Occupational Safety and Health* melaporkan bahwa di Amerika Serikat pada tahun 2005, terungkap satu dari empat karyawan yang bekerja di lingkungan industri tersedia bahan beracun dapat terkena kanker.

Temuan-temuan di atas membuktikan bahwa faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap status kesehatan tidak hanya diukur dari lingkungan fisik tempat tinggal pegawai dan kondisi ruangan kerja tetapi lingkungan fisik dapat pula diukur melalui ketersediaan air bersih, pembuangan sampah dan air limbah, dan ketersediaan jamban atau WC serta pemaparan pegawai di lingkungan kerja yang dapat menimbulkan trauma fisik yang pada akhirnya akan berakibat pada status kesehatan pegawai tersebut.

7.4 Konfirmasi Faktor Perilaku Dan Lingkungan Mempengaruhi Kualitas Hidup

Teori mengatakan bahwa ada hubungan antara perilaku dengan kualitas hidup seseorang. Kemampuan diri untuk memperbaiki perilaku buruk, adalah suatu yang penting dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kebiasaan buruk yang dibiarkan berkembang akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup. Menurut Green dan Kreuter, individu atau masyarakat berhak untuk menentukan kebutuhan dan kualitas hidupnya sendiri, namun untuk mencapai kualitas hidup yang baik maka individu atau masyarakat tersebut harus menjaga perilaku yang baik pula.

Perilaku pegawai yang dihipotesakan dapat mempengaruhi kualitas hidup pegawai, pada penelitian ini memang terbukti adanya hubungan antara perilaku dan kualitas hidup.

Adanya hubungan antara perilaku dan kualitas hidup sejalan dengan penelitian Parsons, A dari UK *Centre for Tobacco Control Studies*, 2008, yang menemukan bahwa para perokok yang langsung menghentikan kebiasaan buruk merokok berpeluang kualitas hidupnya naik 63-70 persen. Hal tersebut

disimpulkan para peneliti berdasarkan analisis data dari 10 penelitian tentang rokok dan kualitas hidup. Penelitian lain yang sejalan yang dilakukan di California, Amerika Serikat oleh Gundel.L, 2009 menemukan bahwa asap rokok dapat menurunkan kualitas hidup sebesar 43%.

Penelitian tentang keterkaitan antara perilaku *personal hygiene* juga ditemukan bahwa anak-anak sekolah di negara maju yang menjaga *personal hygiene-nya* yaitu cuci tangan pakai sabun maka kreatifitas dan partisipasinya dalam kegiatan sekolah lebih tinggi dari anak yang *personal hygiene-nya* buruk (Sibuea, D, 2008).

Selain perilaku, faktor lingkungan juga berpengaruh terhadap kualitas hidup, namun pada penelitian ini, lingkungan tidak terbukti berhubungan dengan kualitas hidup. Berdasarkan observasi dan pengalaman di lapangan, hal ini terjadi karena kurangnya dukungan dari lingkungan sosial yaitu khususnya teman di kantor untuk memberi semangat dan saling memotivasi dalam bekerja dan mengatasi masalah. Sebagian besar pegawai cenderung bekerja tanpa adanya koordinasi satu sama lain diperparah lagi kurangnya dukungan ataupun kontrol dari penentu kebijakan.

Menurut Hadiati, SR, 2009, mengemukakan bahwa lingkungan merupakan domain kualitas hidup, faktor lingkungan yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup individu, terutama lingkungan sosial yaitu dukungan dari teman atau kerabat dan lingkungan keluarga, jika keluarga memberikan dukungan, maka dapat berpengaruh kepada psikologis sehingga hidup menjadi semangat dengan demikian akan berpengaruh terhadap kualitas hidup individu tersebut. Pernyataan tersebut didukung oleh Hasan, AF, 2009 juga mengemukakan bahwa pengaruh tingkat kedekatan dengan kerabat atau teman dapat meningkatkan kualitas hidup sebesar 90%. Semakin dekat jarak antara dua orang atau lebih, semakin memungkinkan mereka saling melihat, berbicara dan bersosialisasi serta saling memberi semangat dalam mengatasi berbagai masalah sehingga kualitas hidup mereka semakin meningkat pula.

Bersosialisasi dengan masyarakat lingkungan dapat menyumbangkan manfaat dari pengetahuan dan pengalaman hidup, sehingga tidak menjadi beban

bagi keluarga dan/atau masyarakatnya. Meningkatnya kemampuan mandiri dalam kehidupan menandakan meningkatnya kualitas hidup orang tersebut.

Selain lingkungan sosial, lingkungan fisik juga berpengaruh terhadap kualitas hidup. Hasil survei yang dilakukan di Kabupaten Bondosowo didapatkan bahwa lingkungan fisik yaitu daerah padat penduduk secara keseluruhan dapat menurunkan kualitas hidup penduduk yang berdomisili di daerah tersebut.

7.5 Konfirmasi Faktor Status Kesehatan Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup sangat berkaitan dengan status kesehatan. Status kesehatan yang rendah maka kualitas hidup juga rendah. Kualitas hidup merupakan resultan dari status kesehatan fisik, mental, kognitif serta lingkungan. Bukti dari sejumlah penyakit misalnya jantung, kanker, stroke, sampai diare menunjukkan bahwa kualitas hidup terkait kesehatan dapat berdampak pada kelangsungan hidup. Menurut perwakilan *World Health Organization* (WHO) di Indonesia, bahwa status kesehatan individu sangat menentukan kualitas hidup, karena status kesehatan yang buruk akan menurunkan indeks pembangunan manusia Indonesia.

Penelitian ini juga telah membuktikan adanya hubungan antara status kesehatan pegawai dengan kualitas hidup pegawai. *World Health Organization* (WHO) dan *International Labour Association* (ILO), mengemukakan bahwa kesehatan fisik dan psikologis seorang pekerja sangat berkaitan dengan kualitas hidup pekerja yang akan berdampak pada peningkatan kapasitas/produktifitas kerja mereka. Oleh karena itu seorang pekerja sangat penting memelihara kesehatannya dan tentunya juga harus didukung oleh lingkungan kerja.

Berdasarkan hasil penelitian terbukti bahwa status kesehatan mempunyai pengaruh yang paling besar (0.73) terhadap kualitas hidup dibandingkan dengan perilaku (0.25).

7.6 Model Struktural Faktor Yang Telah Terkonfirmasi Mempengaruhi Kualitas Hidup Pegawai di Rumah Sakit “X” Makassar

Berikut akan dibahas hasil penelitian dikaitkan dengan teori yang mendasari pembentukan model struktural faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pegawai.

7.6.1 Teori Green Dan Kreuter

Green LW dan Kreuter, 1999 mengemukakan bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh status kesehatan dimana status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan lingkungan yang ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*.

Green mengemukakan dalam Notoatmodjo, 2007, perilaku ditentukan oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*. Dalam penelitian ini faktor *predisposing* mempunyai pengaruh yang paling besar terhadap perilaku dengan koefisien $path = 0.71$ dibanding *enabling* (0.58) sedangkan faktor *reinforcing* tidak berperan terhadap perilaku (0.082). Tidak berperannya faktor *reinforcing* terhadap perilaku karena kemungkinan adanya faktor lain yang tidak diteliti misalnya dukungan sosial (teman, keluarga) sedangkan pada penelitian ini faktor *reinforcing* hanya mempunyai dua indikator yaitu kebiasaan organisasi dan dukungan pimpinan.

Green juga mengemukakan bahwa faktor *enabling* dapat berpengaruh tidak langsung terhadap perilaku melalui lingkungan. Pada penelitian ini tidak dapat dibuktikan, namun demikian ketiga faktor *predisposing*, *reinforcing*, *enabling* dan lingkungan terhadap perilaku pada model struktural memiliki R^2 yaitu 0.19.

7.6.2 Teori Perilaku Skinner Dan Becker

Menurut Skinner dalam Janz et al, 2002 bahwa perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Hal ini didukung oleh Becker, 1979 dalam Janz et al, 2002 yang mengatakan bahwa perilaku sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup antara lain makan dengan menu seimbang, olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stress dan perilaku atau gaya hidup lain termasuk kebersihan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan.

Pada penelitian ini, ditemukan adanya bukti pengaruh perilaku latihan fisik, merokok, kebersihan individu dan menjaga pola makan terhadap status kesehatan. Untuk mengukur perilaku masih terdapat banyak indikator antara lain alkohol dan

narkoba, *check up* kesehatan, pengendalian stress, istirahat yang cukup (Skinner dan Becker), dan juga perilaku pencarian pengobatan seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo.

7.6.3 Teori Lingkungan

Teori Anastosi, A dan Lerbina, S, 1997 menjelaskan bahwa lingkungan juga berdampak signifikan terhadap perkembangan psikologis seseorang. Dapat diartikan bahwa lingkungan fisik maupun lingkungan sosial akan berpengaruh terhadap kualitas kejiwaan seseorang. Lingkungan fisik yang kotor akan membentuk perilaku pribadi yang cenderung tidak peduli terhadap kebersihan dan kesehatan.

Sedangkan Gibson, et al, 2006 menjelaskan bahwa lingkungan kerja menyangkut ciri lingkungan fisik seperti temperatur, kondisi penerangan dan sistem sosial (interaksi sosial dan suasana kerja). Semua aspek tersebut berpengaruh pada perilaku seseorang, pengembangan emosional yang akan berdampak pada kesehatan mental dan motivasi kerja.

Faktor lingkungan keluarga juga sangat menentukan perilaku seseorang seperti yang dikemukakan oleh Swam, Bates & Chavez, 1998 dengan *Peer Cluster Theory* menjelaskan bahwa dalam kelompok yang memiliki ikatan yang kuat akan saling bertukar informasi dan ide. Dengan sikap dan keyakinan yang sama yang dimiliki oleh anggotanya akan terbentuklah norma kelompok. Dalam suatu kelompok keluarga, norma dan sanksi terhadap suatu perilaku menjadi salah satu penentu. Misalnya adanya norma larangan merokok dalam lingkungan keluarga akan membentuk perilaku anggota keluarga tersebut untuk tidak merokok yang akan berdampak pada kesehatannya.

Hal tersebut didukung Teri L Burgess, 2008, bahwa kebiasaan dalam keluarga misalnya tradisi makan dapat membentuk perilaku anggota keluarga untuk cenderung memiliki kebiasaan makan yang sehat yaitu mengkonsumsi makanan yang kaya kalsium, serat dan zat gizi penting lainnya yang nantinya akan berdampak pada kesehatannya.

Pada penelitian ini, lingkungan tidak berhubungan dengan status kesehatan, kemungkinan dikarenakan kurangnya dukungan untuk berperilaku sehat dari lingkungan sosial yaitu teman, kerabat, tetangga maupun pimpinan, walaupun

lingkungan keluarga sudah sangat mendukung upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan namun faktor lingkungan sosial juga sangat besar pengaruhnya terhadap terbentuknya perilaku sehat yang akan berdampak pada kesehatan pegawai. Kemungkinan lain adalah lingkungan hanya diukur melalui lingkungan fisik yaitu lingkungan tempat tinggal pegawai dan kondisi ruangan kerja dan juga lingkungan keluarga serta lingkungan sosial (interaksi sosial, banyaknya teman atau tetangga yang merokok, banyak alkohol/narkoba yang beredar), padahal untuk mendapatkan hubungan antara lingkungan dengan status kesehatan mungkin perlu juga dikaji lingkungan fisik berupa ketersediaan air bersih, pembuangan sampah dan air limbah, dan ketersediaan jamban atau WC, serta pemaparan pegawai di lingkungan kerja yang dapat menimbulkan trauma fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan pegawai tersebut.

7.6.4 Konsep Kualitas Hidup

Menurut Bowling, 2001 ada beberapa komponen yang terdapat dalam kualitas hidup yaitu kemampuan fungsional (meliputi kehidupan sehari-hari, kemampuan untuk bekerja), tingkat kualitas sosial dan interaksi dalam masyarakat, kesehatan psikologi, kesehatan fisik dan kepuasan hidup.

Mendola dan Peligrini (2002), menyatakan bahwa kualitas hidup adalah prestasi individu dalam suatu situasi kesejahteraan sosial yang terbatas dalam kapasitas fisik. Shin dan Johnson menyatakan bahwa kualitas hidup terdiri dari kepentingan seseorang untuk memiliki kebahagiaan individu, kebutuhan, keinginan dan impian, keikutsertaan dalam berbagai aktivitas dan kepuasan terhadap diri sendiri dan orang lain.

Konstruk kualitas hidup dalam penelitian ini dikembangkan dari konsep sehat WHO, yaitu respon individu dalam kehidupan sehari-hari terhadap fungsi fisik, psikis, relasi sosial dan lingkungan akibat perilaku, lingkungan dan status kesehatan.

Namun teori yang digunakan sebagai konsep faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pegawai adalah teori yang dikembangkan oleh Green LW dan Kreuter, 1999, mengemukakan bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh status kesehatan dimana status kesehatan dipengaruhi oleh

perilaku dan lingkungan yang ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*.

Hasil penelitian ini tidak terbukti semua faktor saling berhubungan dalam mempengaruhi kualitas hidup sesuai dengan teori Green LW dan Kreuter, 1999 bahwa untuk meningkatkan kualitas hidup individu atau masyarakat yang perlu diidentifikasi adalah status kesehatan, di samping itu Green juga menambahkan kerangka untuk mengetahui pentingnya faktor lingkungan sebagai penentu perilaku dan kesehatan. Faktor yang terbukti sangat erat kaitannya dengan kualitas hidup adalah status kesehatan dan perilaku. Dimana perilaku dapat secara langsung dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*, dan perilaku dapat juga dipengaruhi secara tidak langsung oleh *enabling* melalui lingkungan, namun pada penelitian ini tidak terbukti adanya hubungan faktor *enabling* terhadap perilaku melalui lingkungan. Demikian juga faktor *reinforcing* terhadap perilaku. Lingkungan juga tidak berpengaruh terhadap status kesehatan dan kualitas hidup.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan, maka berikut kesimpulan yang dapat diberikan:

8.1.1 Model struktural disusun berdasarkan konsep yang dikembangkan oleh Green, LW dan Kreuter tahun 1999, yaitu kualitas hidup dipengaruhi oleh perilaku, lingkungan dan status kesehatan. Status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan lingkungan, dimana perilaku dan lingkungan ditentukan oleh faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling*.

Pada penelitian ini tidak terbukti semua faktor saling berhubungan dalam mempengaruhi kualitas hidup. Faktor yang terbukti sangat erat kaitannya dengan kualitas hidup adalah status kesehatan dan perilaku. Dimana perilaku secara langsung dipengaruhi oleh faktor *predisposing* dan *enabling*. Pada penelitian ini tidak terbukti adanya hubungan faktor *enabling* terhadap perilaku melalui lingkungan. Demikian juga faktor *reinforcing* terhadap perilaku. Lingkungan juga tidak berpengaruh terhadap status kesehatan dan kualitas hidup.

8.2 Saran

8.2.1 Untuk meningkatkan kualitas hidup pegawai yang akan berdampak pada produktifitas kerja, maka sebaiknya penentu kebijakan di Rumah Sakit “X” Makassar membuat suatu strategi internal misalnya menerapkan sistim koordinasi dalam melaksanakan tugas.

8.2.2 Dalam melaksanakan tugas sebaiknya pegawai saling berkoordinasi dan kerjasama serta saling memotivasi sehingga akan berpengaruh pada kualitas hidup pegawai.

8.2.3 Di Rumah Sakit “X” telah ada dukungan terhadap perilaku sehat pegawai berupa fasilitas olahraga dan pengadaan penambah daya tahan tubuh, namun belum ada dukungan secara regulasi sehingga dibutuhkan kebijakan internal misalnya larangan merokok bagi pegawai di lingkungan rumah sakit dan motivasi dari pimpinan dengan menanamkan perilaku hidup sehat di kantor.

8.2.4 Variabel lingkungan tidak terbukti berpengaruh terhadap status kesehatan dan kualitas hidup, demikian juga *reinforcing* tidak berpengaruh terhadap perilaku, walaupun dalam berbagai penelitian hubungan ini terbukti. Oleh karena itu disarankan :

- Faktor lingkungan ditelaah lagi seperti melihat resiko trauma fisik yang memungkinkan timbulnya gangguan kesehatan, selain itu dapat pula dilihat ketersediaan air bersih, pembuangan sampah dan air limbah, dan ketersediaan jamban atau WC.
- Faktor *reinforcing* perlu diukur melalui indikator lain misalnya dukungan sosial yaitu dukungan teman dan dukungan keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, F. *Hubungan Antara Gaya Hidup dengan Status Gizi Pada Usila*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 2008
- Agustin, PR. *Hubungan Status Gizi dengan Penyakit Osteoporis*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2009
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). *Kualitas Hidup Penderita Kanker Menentukan Keberhasilan Terapi*, 2008
- Ampur. *Seputar Perempuan Lansia*. 18 Juli 2009. (www.wordpress.com). 27 September 2009
- Ariawan, I. *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*. Program Pascasarjana Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI, 1998
- Badan Pusat Statistik. *Indonesia Dalam Angka*, 2008
-*Makassar Dalam Angka*, 2009
- Bayunature, *Dampak Pencemaran Lingkungan Terhadap Kesehatan*, 2009
- Bekti. *Gaya Hidup Yang Membahayakan Kesehatan*. 29 September 2009. (www.mediastore.com).
- Champoux, TLB. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2008. 27 September 2009 (www.healthday.com)
- Damayanti, R. *Peran Biopsikososial Terhadap Perilaku Berisiko Tertular HIV Pada Remaja SLTA Di DKI Jakarta*. Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007
- Department of Health and Human Services US. Report *Department of Health and Human Services US*. 2003. 29 November 2009 (www.healthgood.com).
- Depkes RI. *Konsep, Sehat, Sakit dan Penyakit Dalam Konteks Sosial Budaya*. 2007
- Depkes RI. *Laporan Riskesdas Provinsi Sulawesi Selatan*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2008
- Division, Department of Economic and Social Affairs U.S. *An Aging World*. By Kinsella, Kevin and Victoria A. Velkoff. 2001.May 2002.
- Djaja, S, NIHRD. *Udara Bersih Tingkatkan Harapan Hidup*. 29 November 2002. 29 September 2009. (www.rullysyumanda.org)

- Encyclopedia of Death and Dying. *Life Expectancy*. 13 Oktober 2009. (www.deathreference.com)
- Fahmi, I. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Kesehatan Angkatan Kerja di Indonesia*. Tesis Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia. 2002
- Fitriwati, L. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Kesehatan Individu*. Program Kajian Kependudukan dan Sumber Daya Manusia Universitas Indonesia. 2004
- Handayani, YS. *Indeks Pengukuran Disabilitas Dan Prediksi Kualitas Hidup Pada Masyarakat Lanjut Usia Di DKI Jakarta*. Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2006
- Hariani. Status Gizi dan Obesitas. 2008. 13 Oktober 2009. (www.balispot.co.id).
- Ghazali, I. *Structural Equation Modelling Dengan Lisrel Edisi II*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. 2008
- Glanz, K, Rimer, BK, Lewis, FM, *Health Behavior And Health Education 3rd Edition*. Theory, Research. 2002
- Gufron. Medical Check Up. 2006. 13 Oktober 2009. (www.ugm.ac.id)
- Kandow, DG. *Pengaruh Kebiasaan Makan Makanan Etnik Minahasa Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner*. Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2008
- Kanker Payudara. 13 Oktober 2009. (www.kanker.roche.co)
- Keputusan Rektor Universitas Indonesia. *Pedoman Teknis Penulisan Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. 2008
- Laksamana, L. *Mayoritas PNS Pemprov Jabar Hipertensi*. 8 November 2009.
- Muninjaya, G.A.A. *Faktor genetik dan Program Kependudukan*. 2005.
- Nawawi, H.H, Martini, H.M, *Manusia Berkualitas*. Penerbit Universitas Gajah Mada. 1994
- Notoadmodjo,S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. 2007
- Notoadmodjo.S. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. 2007
- Pangkahila, W. *Anti Penuaan dan Harapan Hidup*. 2007. 13 Oktober 2009. (www.webforum.plasa.com)

- Parsons, A. *Rokok Dan Kualitas Hidup*, 2008. 4 Februari 2010. (www.fk.unair.ac.id)
- Rani, R. *Pengaruh Pelayanan Kesehatan Terhadap Status Kesehatan*, 2008. 1 Juni 2010. (www.scribd.com)
- Rifdah, I. *Hubungan Kondisi Sanitasi Lingkungan Dan Higiene Perorangan Dengan Kejadian Kecacangan Pada Murid SD Kecamatan Cibinong Kabupaten Bogor*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007
- Santrock, JW. *Live Span Development, Perkembangan Masa Hidup*. Edisi Kelima. Penerbit Erlangga. 2004
- Sarwanto. *Prevalensi Penyakit Hipertensi Penduduk di Indonesia dan Faktor-faktor yang Beresiko*. 15 Oktober 2007. (www.kompas.co.id)
- Setiana, A. *Hubungan Antara Akses Pelayanan Kesehatan Dengan Pemilihan Penolong Persalinan Di Kabupaten Majalengka*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Tahun 2004. 2006
- Setiono, K dkk. *Manusia, Kesehatan dan Lingkungan (Kualitas Hidup Dalam Perspektif Perubahan Lingkungan Global)*. Penerbit PT. Alumni Bandung. 2007
- Sijintak, TJR, Sugiarto. *Lisrel*. Graha Ilmu. 2006
- Stibich, M. *Understanding Life Expectancy*. 21 February 2007. 30 November 2009 (www.deathreference.com)
- Sumber Daya Manusia Indonesia, Juli 2008. 29 September 2009 (www.fadilhafiz.multiply.com)
- Supariasa, IDN, Bachyar Bakri, Ibnu Fajar. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran, 2004
- Syam, AF. *Penyakit Kronis*. 2007. 30 November 2009 (www.suarakarya-online.com)
- Trackback. *Akibat Tragis Narkoba*. 2009. 29 September 2009 (www.suprememastertv.com)
- Trihandini, I. *Peran Utilisasi Medical Check Up Terhadap Aktifitas Fisik Dasar Lansia: Studi Panel Kelompok Lanjut Usia 1993 – 2000*. Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007.
- Walgito, B. *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*. Penerbit Andi, Yogyakarta. 2003

Walker, L. *Alkohol Dan Kegemukan Meningkatkan Risiko Kanker Hati*. 1 September 2009. (www.timesonline.co.uk)

WHO. *World Health Report*. World Health Organization, Geneva. 1998

WHO. *Life in the 21st Century: A Vision for All (World Health Report)*. World Health Organization, Geneva. 1998

Wulandari, WD. *Penentuan Validitas WHOQOL-100 Dalam Menilai Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Di RSCM*. Tesis Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2004

