



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP IBU YANG BEKERJA
DENGAN SISTEM SHIFT ROTASI**

***(QUALITY OF LIFE OF WORKING MOTHERS
WITH SHIFT ROTATION SYSTEM)***

TUGAS AKHIR

**PALUPI MAULIA ANDARI
0606153052**

**PROGRAM PASCASARJANA PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP IBU YANG BEKERJA
DENGAN SISTEM SHIFT ROTASI**

***(QUALITY OF LIFE OF WORKING MOTHERS
WITH SHIFT ROTATION SYSTEM)***

TUGAS AKHIR

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Psikologi**

**PALUPI MAULIA ANDARI
0606153052**

**FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA PSIKOLOGI
KEKHUSUSAN PSIKOLOGI KLINIS DEWASA
DEPOK
2009**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas akhir ini adalah hasil karya saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

NAMA : PALUPI MAULIA ANDARI
NPM : 0606153052
TANGGAL : 30 DESEMBER 2009



LEMBAR PENGESAHAN

Tugas akhir ini diajukan oleh:

Nama : Palupi Maulia Andari

NPM : 0606153052

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Ibu yang Bekerja dengan Sistem Shift Rotasi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji pada hari Kamis tanggal 17 Desember 2009 dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi pada Program Profesi Psikologi Klinis Dewasa Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Adriana S Ginanjar, MS

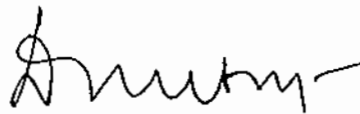

(.....)

Penguji : Dra. Augustine S Basri, M.Si

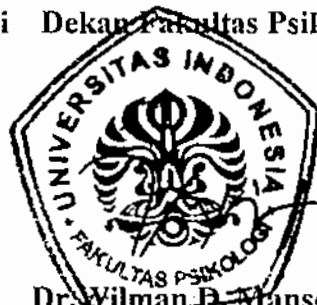

(.....)

Depok, Desember 2009

Ketua Program Studi Profesi Psikologi Dekan Fakultas Psikologi UI



Dra. Dharmayati U. Lubis, MA, Ph.D
(NIP:195103271976032001)





Dr. Wilman B. Mansoer, M.Org.Psy
(NIP: 194904031976031002)

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)**

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

Nama : Palupi Maulia Andari
NPM : 0606153052
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Tugas Akhir

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

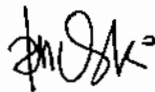
Gambaran Kualitas Hidup Ibu yang Bekerja dengan Sistem Shift Rotasi
Beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Cipta Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di: Depok

Pada Tanggal 30 Desember 2009

Yang menyatakan



(Palupi Maulia Andari)

ABSTRAK

Nama : Palupi Maulia Andari

Program Studi : Magister Profesi Psikologi Kekhususan Klinis Dewasa

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Ibu yang Bekerja dengan Sistem *Shift* Rotasi.

Saat ini, kerja *shift* semakin diperlukan untuk memenuhi tuntutan pelayanan 24 jam dari masyarakat. Di samping itu, kerja *shift* juga diperlukan dalam dunia industri. Pengertian kerja *shift* pada umumnya mengacu pada jadwal kerja di luar jam kerja normal (Grosswald, 2004). Kerja *shift* terbagi dua jenis yaitu yang bersifat permanen atau menetap dan kerja *shift* yang sifatnya bergilir atau rotasi. Pada sistem kerja *shift* rotasi, pekerja bekerja pada pagi hari, sore hari, dan malam hari secara bergiliran.

Hasil penelitian-penelitian mengenai kerja *shift* menyebutkan bahwa sistem kerja *shift* memberikan dampak pada aspek fisik, psikologis, dan sosial pekerjaanya. Berbagai dampak negatif dari kerja *shift* akan lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi daripada pekerja dengan *shift* permanen (Berry, 1998). Dengan demikian berbagai dampak negatif dari kerja *shift* dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pekerjaanya. Hal ini dikarenakan latar belakang kesehatan, latar belakang personal, dan faktor sosial merupakan aspek-aspek yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu. Berdasarkan hal tersebut, dalam penelitian ini peneliti mencoba untuk mengetahui gambaran kualitas hidup ibu yang bekerja *shift* dengan sistem rotasi.

Pengukuran kualitas hidup dalam penelitian ini menggunakan alat ukur WHOQOL-BREF yang diadministrasikan terhadap 120 orang partisipan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50 persen ibu yang bekerja *shift* dengan sistem rotasi mempersepsikan kualitas hidup mereka secara umum tergolong baik. Sementara itu diketahui tidak ada partisipan yang mempersepsikan kualitas hidup mereka tergolong sangat buruk.

Kata Kunci:

Kualitas hidup, Kerja *Shift*

ABSTRACT

Name : Palupi Maulia Andari

Study Program: Magister Profesi Psikologi Kekhususan Klinis Dewasa

Title : Quality of Life of Working Mothers with Shift Rotation System

Nowadays, there are increasing needs of working shift hour. Society requires some services to be provided on the 24 hour basis, and some industrial processes need to operate continuously. Shift work refers to a job schedule in which employees work hours other than the standard hours. Shift work can be organized around fixed or rotating patterns. In a rotating, the employee may alternate between day, evening and night shifts.

A number of studies found that shift work has negative effects on worker's physical health, psychological, and social life. Berry (1998) found that rotating shift have more adverse effects on workers than fixed shifts do. Futhermore, the negative impacts of shift work can affecting worker's quality of life. This is because, physical, personal, and social background are all aspects that affect individual's quality of life. Based on that reason, this research discuss about quality of life mothers that works with shift rotating system.

Using the WHOQOL-BREF, this studies measuring 120 participant's quality of life. The research result show that more than 50 percent mothers that work with shift rotating system, perceive their quality of life in a good way. Futhermore there is no participant that perceive their quality of life in bad way.

Key Words:

Quality of Life, Shift Work

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah. Saya merasa sangat bersyukur atas segala kemudahan dan kelancaran yang diberikan Allah SWT dalam penyusunan tugas akhir ini. Pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada Mbak Adriana S Ginanjar selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dalam penyusunan tugas akhir ini serta Bu Augustine S. Basri selaku penguji yang banyak memberikan masukan. Saya juga berterima kasih kepada semua staf pengajar dan administrasi di Bagian Klinis Dewasa Fakultas Psikologi UI atas bantuannya selama ini.

Terima kasih yang tak terhingga saya ucapkan kepada kedua orangtua tercinta yang telah memberikan banyak doa dan dukungan baik moril maupun materil hingga akhirnya saya bisa menyelesaikan tugas akhir ini. Juga kepada keponakanku tersayang Irsyad yang telah memberikan kegembiraan dan tawa untuk menghilangkan kepenatan selama pengerjaan tugas akhir ini. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan pada Mas Wawan yang telah banyak memberikan bantuan selama proses pengambilan data. Terima kasih untuk kesabaran dan dukungan penuh yang Mas berikan. Pada kesempatan ini saya juga mengucapkan terima kasih yang dalam pada teman-teman KLD angkatan 12 dan 13, khususnya teman-teman senasib seperjuangan, Monika, Ferza, Dian, dan Seto. Kepada semua pihak yang namanya tidak dapat saya sebutkan satu persatu, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi.

Saya menyadari bahwa dalam penyusunan tugas akhir ini masih terdapat banyak kekurangan. Untuk itu, saya memohon kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca guna menyempurnakan tugas akhir ini. Akhir kata, saya berharap semoga tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Depok, 17 Desember 2009

Palupi Maulia Andari

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan Penelitian	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Sistematika Penelitian	8
2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Kerja Shift	10
2.1.1 Definisi Kerja Shift	10
2.1.2 Jadwal Kerja Shift	10
2.1.3 Dampak Negatif Kerja Shift	11
2.1.4 Dampak Negatif Kerja Shift Rotasi	14
2.2 Ibu Bekerja	15
2.2.1 Alasan Ibu Bekerja	15
2.2.2 Dampak Bekerja Bagi Ibu	16
2.3 Kualitas Hidup	17
2.3.1 Definisi Kualitas Hidup	17
2.3.2 Domain Kualitas Hidup	18
2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup	20
2.4 Keterkaitan Shift Rotasi dengan Kualitas Hidup	23
3 METODE PENELITIAN	25
3.1 Permasalahan Penelitian	25
3.2 Jenis Penelitian	25
3.3 Partisipan Penelitian	26
3.3.1 Karakteristik Partisipan Penelitian	26
3.3.2 Teknik Pengambilan Sampel	26
3.3.3 Jumlah Partisipan	26
3.4 Instrumen Penelitian	27
3.4.1 Alat pengumpulan Data	27

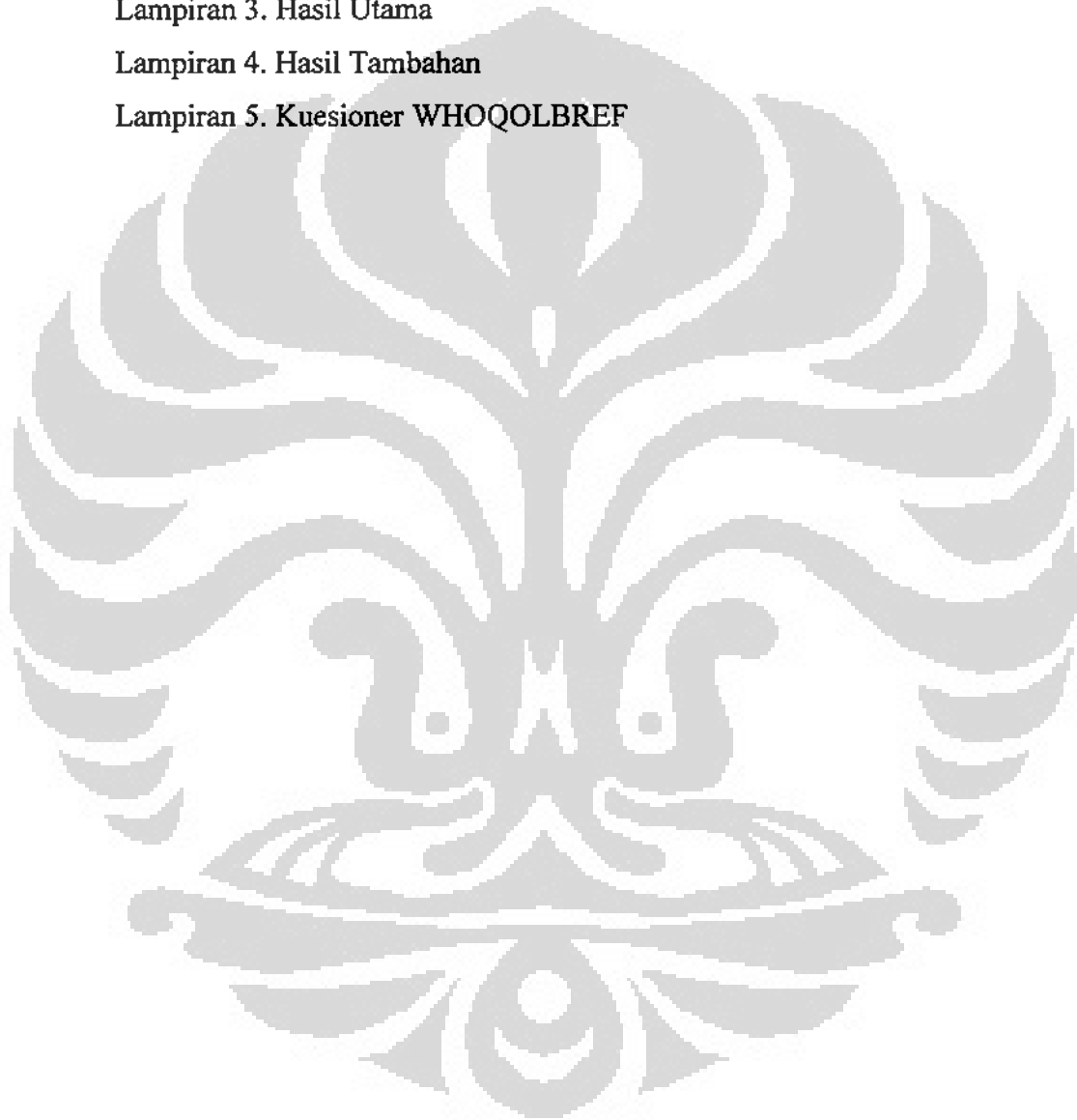
3.4.2	Data Partisipan	27
3.4.3	Alat Ukur WHOQOL-BREF	28
3.5	Prosedur Penelitian	31
3.5.1	Tahap Persiapan	31
3.5.2	Tahap Uji Coba Alat ukur	31
3.5.3	Tahap Pengambilan Data	35
3.5.4	Teknik Pengolahan Data	35
3.5.5	Metode Analisis Data	36
4	HASIL DAN ANALISIS	37
4.1	Gambaran Umum Partisipan Penelitian	37
4.1.1	Gambaran Partisipan Berdasarkan Usia	37
4.1.2	Gambaran Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan	38
4.1.3	Gambaran Partisipan Berdasarkan Masa Kerja	38
4.1.4	Gambaran Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan	39
4.1.5	Gambaran Partisipan Berdasarkan Wilayah	39
4.2	Analisis Data Utama Penelitian	40
4.2.1	Gambaran Kualitas Hidup Secara Umum	40
4.2.2	Gambaran Kesehatan Secara Umum	41
4.2.3	Gambaran Domain Kualitas Hidup	42
4.3	Analisis Tambahan Penelitian	44
4.3.1	Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Usia	44
4.3.2	Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Pendidikan	45
4.3.3	Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Masa Kerja	46
4.3.4	Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Wilayah	47
5	KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	49
5.1	Kesimpulan	49
5.2	Diskusi	51
5.3	Saran	54
5.3.1	Saran Metodologis	54
5.3.2	Saran Praktis	55
	DAFTAR PUSTAKA	57
	LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

3.1	Penyebaran Item Berdasarkan Domain	29
3.2	Skoring Jawaban Partisipan	29
3.3	Transformasi Skor Rata-rata Domain	30
3.4	Hasil Uji Reliabilitas	32
3.5	Hasil Uji Validitas	32
3.6	Hasil Uji Validitas Domain Kesehatan Fisik	33
3.7	Hasil Uji Validitas Domain Psikologis	34
3.8	Hasil Uji Validitas Domain Hubungan Sosial	34
3.9	Hasil Uji Validitas Domain Lingkungan	35
4.1	Penyebaran Partisipan Berdasarkan Usia	37
4.2	Penyebaran Partisipan Berdasarkan Pendidikan	38
4.3	Penyebaran Partisipan Berdasarkan Masa Kerja	39
4.4	Penyebaran Partisipan Berdasarkan Status	39
4.5	Penyebaran Partisipan Berdasarkan Wilayah	40
4.6	Gambaran Kualitas Hidup Secara Umum	41
4.7	Gambaran Kesehatan Secara Umum	42
4.8	Distribusi Frekuensi Skor Partisipan pada 4 Domain Kualitas Hidup	43
4.9	Gambaran Rata-rata Skor Domain Kualitas Hidup	44
4.10	Perbedaan Berdasarkan Usia	45
4.11	Perbedaan Berdasarkan Pendidikan	46
4.12	Perbedaan Berdasarkan Masa Kerja	47
4.13	Perbedaan Berdasarkan Wilayah	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Reliabilitas	61
Lampiran 2. Validitas	62
Lampiran 3. Hasil Utama	65
Lampiran 4. Hasil Tambahan	66
Lampiran 5. Kuesioner WHOQOLBREF	69



Bab 1

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Dalam masyarakat perkotaan dikenal istilah “24-hour society” yang menggambarkan kehidupan masyarakatnya yang terus berjalan sepanjang hari. Hal ini antara lain berdampak pada meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan selama 24 jam penuh. Oleh karenanya, para pekerja di sektor pelayanan publik harus bersedia bekerja di luar jam kerja normal untuk memenuhi tuntutan tersebut. Misalnya di bidang penerbangan, diperlukan operator-operator yang dapat mengawasi menara pengawas secara bergiliran selama 24 jam. Demikian pula di bidang jasa, seperti *call center* yang harus menyediakan operator-operator yang dapat melayani pelanggan sepanjang hari.

Penyediaan sumber daya manusia selama 24 jam penuh hanya dimungkinkan dengan adanya sistem pergiliran kerja atau yang dikenal dengan sistem kerja *shift* (*shift work*). Selain untuk memenuhi tuntutan pelayanan 24 jam, kerja *shift* juga diperlukan dalam dunia industri. Hal ini antara lain untuk meningkatkan hasil produksi, mengoptimalkan penggunaan mesin-mesin industri, atau untuk mengurangi biaya yang tinggi jika mesin-mesin tersebut berulang kali dihidupkan dan dimatikan. Ada pula industri yang harus beroperasi 24 jam per hari karena proses produksinya yang panjang dan kontinu, seperti industri kimia atau industri manufaktur (Landy, 1985).

Pengertian kerja *shift* pada umumnya mengacu pada jadwal kerja di luar jam kerja normal yaitu dari jam 8 pagi hingga jam 5 sore atau harus bekerja di luar hari kerja normal yaitu dari Senin hingga Jumat (Grosswald, 2004). Perrucci (2007) mengemukakan bahwa kerja *shift* terbagi dua jenis yaitu yang bersifat permanen atau menetap dan kerja *shift* yang sifatnya bergilir atau rotasi. Pada sistem kerja *shift* yang permanen, pekerja hanya bekerja setiap pagi hari atau sore hari atau malam hari saja. Sedangkan pada sistem kerja *shift* rotasi, pekerja bekerja pada pagi hari, sore hari, dan malam hari secara bergiliran. Pada umumnya dalam *shift* rotasi, para pekerja dibagi atas tiga kelompok *shift* dengan

lama kerja 8 jam (Simanjuntak, 1997). Setiap negara memiliki peraturan-peraturan masing-masing dalam hal rotasi atau peraturan jam kerja (Fraser, dalam Simanjuntak 1997). Di Indonesia sendiri, belum ditemukan adanya peraturan-peraturan yang mengatur tentang giliran kerja (Suntjojo, dalam Simanjuntak, 1997).

Para ahli menyebutkan sekitar 20 persen dari populasi pekerja di negara-negara berkembang bekerja secara *shift* (Eastman et al. dalam Foltin, 2003). Khusus di Indonesia, diperkirakan pada Pelita IV, sebanyak 10 persen dari tenaga kerja bekerja secara *shift* (RI, dalam Simanjuntak, 1997). Pekerja *shift* tidak hanya didominasi kaum pria namun terdapat juga banyak wanita yang bekerja secara *shift*. Presser (dalam Hattery, 2001) mengemukakan bahwa persentase wanita yang bekerja dalam industri meningkat seiring dengan meningkatnya kebutuhan akan pelayanan makanan, kesehatan, dan pelayanan lain di luar jam kerja normal.

Bagi para wanita yang telah memiliki keluarga, bekerja secara *shift* memiliki keuntungan tersendiri. Dalam penelitiannya, Garrey (dalam Hattery, 2001) menemukan dua alasan utama para ibu memilih pekerjaan secara *shift*. Pertama, karena pekerjaan *shift* memberikan kesempatan bagi para ibu untuk tetap bekerja tanpa meninggalkan kewajiban mereka sebagai orangtua yang memberikan perhatian dan kasih sayang bagi anak-anak. Kedua, pekerjaan *shift* memberikan mereka kesempatan untuk “selalu ada” bagi anak-anak dan dapat memenuhi gambaran ideal sebagai “ibu yang baik”, khususnya ketika *shift* malam dimana mereka bekerja selagi anak-anak tertidur dan sudah ada di rumah ketika anak-anak terbangun di pagi hari. Hal ini terkait dengan adanya keyakinan para ibu bahwa salah satu cara untuk menjadi ibu yang baik adalah dengan berada di rumah untuk merawat anak-anak (Hattery, 2001).

Meskipun bekerja secara *shift* memberikan keuntungan, namun terdapat pula kerugian yang harus ditanggung oleh para ibu yang menjadi pekerja *shift*. Dalam penelitiannya Hattery (2001) menemukan bahwa para ibu yang bekerja secara *shift* terkadang merasa seperti orangtua tunggal. Hal ini khususnya dirasakan ketika bekerja *shift* malam dimana saat pulang kerja di pagi hari mereka harus merawat anak dalam waktu yang panjang (siang hingga sore hari)

dan pada malam harinya mereka harus kembali bekerja. Menurut Roger (dalam jurnal *Occupational Health and Safety*, 1997), wanita pekerja *shift* yang sudah menikah akan berkurang waktu tidurnya sebanyak 9 jam per minggunya karena mereka meluangkan waktunya untuk mengurus tugas-tugas rumah tangga dan waktu tersebut diambil dengan mengurangi waktu tidur mereka. Keadaan ini, dapat membuat para ibu mengalami kelelahan dan gangguan tidur yang cukup serius (Hattery, 2001).

Masalah gangguan tidur merupakan masalah utama yang dihadapi oleh pekerja *shift* (Spector, 2000). Penjelasan yang sederhana dari gangguan tidur dikemukakan oleh Koller, dkk (dalam Spector, 2000), Menurutnya masalah gangguan tidur disebabkan adanya gangguan suara bising pada siang hari ketika pekerja mencoba untuk tidur. Gangguan suara ini pada akhirnya menurunkan kualitas tidur dari pekerja *shift*. Meski demikian, banyak ahli yang mengaitkan masalah gangguan tidur dengan adanya gangguan pada ritme Circadian individu. Ritme Circadian adalah proses-proses yang saling berhubungan yang dialami tubuh untuk menyesuaikan dengan perubahan waktu selama 24 jam (Tayyari & Smith dalam Maurits, 2008). Fungsi dan tahapan fisiologis dan psikologis memiliki suatu ritme Circadian tertentu selama 24 jam sehari, sehingga ritme seseorang akan terganggu jika terjadi perubahan jadwal kegiatan seperti perubahan *shift* kerja. Dengan terganggunya ritme Circadian pada tubuh pekerja akan terjadi dampak fisiologis pada pekerja seperti gangguan gastrointestinal, gangguan pola tidur dan gangguan kesehatan lain (Maurits, 2008).

Selain gangguan kesehatan, pekerja *shift* juga mengalami masalah psikologis yang terkait dengan stres. Stres akibat kerja *shift* akan menyebabkan kelelahan (*fatigue*) yang dapat menyebabkan gangguan psikis pada pekerja, seperti ketidakpuasan kerja dan iritabel (Maurits, 2008). Penelitian juga menunjukkan adanya hubungan antara kerja *shift* dengan kesehatan mental secara umum (Suzuki, dalam Bara & Arber, 2009). Selain itu, kapasitas mental pekerja *shift* juga akan terganggu, dimana terjadi penurunan daya konsentrasi yang pada akhirnya meningkatkan kesalahan dalam melakukan pekerjaan (Pullat, 1992).

Masalah-masalah lain yang ditemukan pada pekerja *shift* adalah dalam hubungan sosial. McKenna (2000) berpendapat bahwa kerja *shift* akan

menciptakan perasaan terisolasi karena semakin sulit untuk bertemu dengan teman. Dalam penelitiannya, White dan Keith (dalam Perrucci, et al, 2007) menemukan bahwa kerja *shift* secara signifikan berpengaruh negatif terhadap kualitas perkawinan dan meningkatkan masalah seksual. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa terjadi peningkatan ketegangan perkawinan ketika salah satu pasangan bekerja dengan *shift* (Perry-Jenkins, et al. dalam Stewart & Dunn, 2000). Kerja *shift* juga akan berpengaruh negatif terhadap hubungan keluarga seperti tingkat berkumpulnya anggota keluarga dan sering berakibat pada konflik keluarga (Maurits, 2008). Hal ini disebabkan pekerja *shift* kurang memiliki waktu untuk bersama keluarga dan terganggunya kehidupan sosial di malam hari bersama keluarga. Selain itu, pekerja *shift* tidak dapat menjalankan aktivitas harian rutin seperti berbelanja atau mengantar anak ke sekolah karena kesulitan untuk menyesuaikan dengan waktu kerja mereka (Schultz, 1993).

Berry (1998) mengatakan bahwa berbagai dampak negatif dari kerja *shift* lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi daripada pekerja *shift* permanen. Hal ini dirasakan oleh para pekerja wanita khususnya pada aspek kesehatan mental. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Bara dan Arber (2009) diketahui bahwa perbedaan jenis sistem *shift* akan memberikan dampak negatif yang berbeda terhadap kesehatan mental tergantung dari jender pekerjaannya. Sistem *shift* rotasi akan memberikan dampak yang lebih buruk terhadap kesehatan mental pekerja wanita daripada pekerja pria. Hal ini terkait dengan adanya perbedaan peran jender dalam keluarga dan sosial dimana para wanita tidak hanya bekerja namun harus bertanggung jawab untuk mengurus rumah tangga, mengurus anak, dan melayani suami.

Dalam suatu penelitian diketahui bahwa 80% dari pekerja *shift* rotasi mengalami gangguan tidur serius termasuk diantaranya insomnia, serta rendahnya produktivitas dan juga kualitas hidup mereka (McKenna, 2000). Pekerja *shift* dengan sistem rotasi mengalami masalah kesehatan yang lebih besar dari pada pekerja dengan sistem *shift* permanen (Berry, 1998). Hal ini disebabkan pekerja dengan sistem rotasi harus selalu melakukan penyesuaian diri setiap minggunya atau setiap kali terjadi pergantian *shift*. Pekerja mungkin belum menyesuaikan diri secara penuh pada jadwal *shift* pertama sebelum ia harus

memulai jadwal *shift* yang kedua dan seterusnya (Schultz, 1993). Dengan kata lain, sistem ini tidak memberikan tubuh waktu yang cukup untuk melakukan penyesuaian pada satu jadwal sebelum akhirnya berpindah ke jadwal berikutnya (Schultz & Ellen, 2006).

Seperti halnya pada masalah kesehatan, dampak psikologis dan sosial lebih dirasakan pada pekerja *shift* rotasi dibandingkan dengan pekerja *shift* permanen. Pekerja *shift* permanen diketahui memiliki tingkat stres yang lebih rendah daripada pekerja *shift* rotasi (Jamal&Baba, dalam Berry 1998). Di samping itu, pekerja *shift* permanen juga tidak terganggu dalam hubungan sosial sebagaimana yang dialami pekerja *shift* rotasi (Trumbo, 1985).

Adanya berbagai dampak negatif (fisik, psikologis, dan sosial) yang diakibatkan kerja *shift* rotasi seperti yang disebutkan di atas, dapat mempengaruhi kualitas hidup pekerja *shift* khususnya dengan sistem rotasi. Hal ini dikarenakan kualitas hidup mencakup beberapa dimensi yaitu dimensi fisik (persepsi individu terhadap keadaan fisiknya), dimensi psikologis (persepsi individu terhadap keadaan kognitif dan afektifnya), dan dimensi sosial (persepsi individu terhadap hubungan interpersonal dan peran sosial dalam hidupnya) (Basu, 2004).

Hal serupa juga diungkapkan oleh Evans (1997) yang menyebutkan bahwa kesehatan fisik dan mental berhubungan dengan kualitas hidup individu. Zhan (dalam Wardhani, 2006) juga mengatakan bahwa latar belakang kesehatan, latar belakang personal, dan faktor sosial merupakan aspek-aspek yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu. Sementara itu, dalam penelitiannya, Trompenaars, et al. (2006) menemukan bahwa aspek kesehatan psikologis memiliki kontribusi dalam memprediksi kualitas hidup secara umum; artinya psikologis individu juga penting dalam penentuan kualitas hidup individu.

WHO (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu akan kedudukan diri dalam hidup; dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal dan berkaitan dengan tujuan, harapan, standardisasi, dan ketertarikan individu tersebut. Kualitas hidup merupakan konsep yang luas dan meliputi empat ranah yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hal senada juga dikemukakan Orley dan Kuyken (dalam, Power, et al, 1999) yang menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan konstruk

multidimensional yang dipersepsikan individu, meliputi evaluasi akan tiga aspek dalam hidup yaitu kesejahteraan emosi, kondisi fisik, dan fungsi sosial.

Definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHO merupakan definisi yang paling umum digunakan dan komprehensif di antara definisi-definisi yang ada (The WHOQOL Group, dalam Basu 2004). Definisi tersebut melihat kualitas hidup sebagai suatu hal yang subyektif, meliputi aspek positif dan negatif dari kehidupan individu dan merupakan multi dimensi (The WHOQOL Group dalam Basu, 2004). Oleh karena itu pengukuran kualitas hidup dalam penelitian ini akan dilakukan secara subyektif. Selain itu, Simmons (dalam Corring, 2002) mengatakan bahwa kualitas hidup memiliki elemen penting yang hanya bisa dinilai melalui *self-report* terhadap diri sendiri.

Penelitian ini menggunakan alat ukur WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life-BREF) yang dikembangkan oleh WHO. WHOQOL-BREF berbentuk kuesioner yang terdiri dari 26 item dan terbagi dalam tiga bagian yaitu satu item untuk mengukur kualitas hidup secara umum, satu item untuk mengukur kesehatan secara umum, dan 24 item untuk mengukur 24 faset dari kualitas hidup. Alat ukur ini didesain untuk dikerjakan secara mandiri, namun dapat juga dilakukan administrasi dengan cara wawancara jika diperlukan (WHO, 1997). Skevington, dkk (dalam Dwi, 2008) menjelaskan bahwa WHOQOL-BREF merupakan hasil pengembangan dan versi singkat dari alat ukur WHOQOL-100 yang terdiri dari 100 item pertanyaan. Lebih lanjut dikatakan bahwa alat ukur ini biasa digunakan ketika peneliti hanya memiliki waktu penelitian yang singkat dan beban pengisian alat ukur bagi partisipan harus diminimalisir.

WHOQOL-BREF dapat digunakan karena memiliki kemampuan untuk menjelaskan setiap domain dan faset dari kualitas hidup. Hal ini disebabkan, setiap item dalam WHOQOL-BREF mewakili setiap domain dan faset kualitas hidup. Alat ukur ini memiliki beberapa kelebihan diantaranya alat ukur ini berdasarkan konsep lintas budaya dan telah dialihbahasakan ke dalam beberapa bahasa di dunia. Selain itu, WHOQOL-BREF mampu menghasilkan profil dari keempat domain meski hanya memiliki item yang relatif sedikit, yaitu 26 item. Alat ukur ini juga telah memiliki hasil pengujian psikometri yang baik.

Pada awalnya penelitian-penelitian mengenai kualitas hidup hanya terbatas pada individu yang menderita penyakit fisik yang parah dan kronis (Lebenshon dalam Basu 2004) seperti pada penderita *multiple sclerosis*, diabetes melitus, atau HIV. Namun pada awal tahun 1980 penelitian mengenai kualitas hidup mulai dilakukan pada individu dengan penyakit mental (Basu, 2004), seperti depresi (Angermeyer, 2009) atau penyakit psikiatrik yang kronis (Trompenaars, et al., 2006). Penelitian mengenai kualitas hidup terus berkembang dengan dilakukannya penelitian terhadap individu normal, seperti yang dilakukan terhadap 300 pekerja di bidang pelayanan kesehatan (Power, et al., 1999). Di Indonesia juga sudah ditemukan beberapa penelitian kualitas hidup yang dilakukan terhadap individu normal, seperti pada individu dewasa muda yang berstatus lajang (Wardhani, 2006).

Pengukuran kualitas hidup pada penelitian ini dilakukan terhadap para ibu yang bekerja secara *shift* rotasi. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, secara umum *shift* kerja memberikan dampak negatif terhadap beberapa aspek kehidupan yang menentukan kualitas hidup individu yaitu aspek fisik, psikologis, dan sosial. Secara khusus bagi para ibu, kerja *shift* memberikan perasaan sebagai orangtua tunggal yang pada akhirnya mempengaruhi aspek kesehatan fisik mereka. Hal ini kemudian mendorong peneliti untuk mengetahui bagaimana gambaran kualitas para ibu yang bekerja secara *shift* khususnya dengan sistem rotasi, mengingat berbagai dampak negatif dari kerja *shift* lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi dibandingkan *shift* permanen. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif. Sedangkan metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode penelitian deskriptif yaitu metode penelitian yang mencakup pengumpulan data untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai status atau kondisi partisipan pada masa kini (Sukadji, 2000).

1.2 Permasalahan Penelitian

Berdasarkan pada penjabaran di atas maka permasalahan utama yang diangkat dalam penelitian ini adalah: "Bagaimanakah gambaran kualitas hidup ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi?"

1.3 Tujuan penelitian

Berdasarkan perumusan masalah yang telah dikemukakan di atas maka tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran kualitas hidup dari ibu yang bekerja dengan sistem kerja *shift* rotasi.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat teoretis dilakukannya penelitian ini adalah sebagai tambahan informasi bagi pengembangan ilmu psikologi khususnya mengenai masalah kualitas hidup pada buruh (operator) wanita. Selain itu, penelitian ini diharapkan juga dapat memberikan tambahan informasi bagi penelitian-penelitian lanjutan mengenai kerja *shift* khususnya di Indonesia.

Sedangkan manfaat praktis dari penelitian ini adalah:

1. Untuk memberikan informasi pada perusahaan mengenai gambaran kualitas hidup para pekerjanya yang bekerja secara *shift* rotasi.
2. Untuk membantu konselor dan ahli klinis dalam mengetahui mengenai aspek hidup mana yang paling tinggi dan paling rendah kualitasnya dari para ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi. Selain itu juga untuk membantu mengambil keputusan untuk memberikan penanganan yang tepat.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Bab 1 Pendahuluan

Bab I berisikan latar belakang dilakukannya penelitian ini dengan alur pemikiran sebagai berikut: fenomena kerja *shift* secara umum dan secara khusus di Indonesia, pekerja *shift* wanita yang telah berkeluarga dan permasalahannya, dampak dari kerja *shift* secara umum, dampak negatif kerja *shift* dengan sistem rotasi, pengertian kualitas hidup dan alat ukurnya (WHOQOL-BREF), penelitian-penelitian lain mengenai kualitas hidup, dan gambaran singkat mengenai disain dari penelitian ini. Selain latar belakang, terdapat pula rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, serta sistematika dari penelitian ini.

Bab 2 Tinjauan Pustaka

Pada Bab II akan dijelaskan mengenai teori-teori yang akan digunakan untuk menganalisis dan menjawab permasalahan yaitu teori mengenai kerja *shift* dan dampak negatif yang ditimbulkannya, serta teori-teori mengenai kualitas hidup dan gambaran alat ukur WHOQOL-BREF yang digunakan dalam penelitian ini.

Bab 3 Metode Penelitian

Pada Bab ini dijelaskan mengenai metode yang digunakan dalam penelitian. Secara umum metode yang digunakan adalah penelitian kuantitatif yang menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul datanya. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya akan diolah dengan menggunakan program SPSS. Bab ini terdiri dari permasalahan penelitian, desain penelitian, partisipan penelitian, instrumen penelitian, prosedur penelitian, dan metode analisis data.

Bab 4 Hasil dan Analisis

Bab IV berisikan mengenai data yang didapatkan dalam penelitian ini dan analisisnya serta interpretasi data yang telah dianalisis.

Bab 5 Kesimpulan, Diskusi, dan Saran

Pada Bab V akan dipaparkan mengenai kesimpulan, diskusi, dan saran dari penelitian yang telah dilaksanakan.

Bab 2

Tinjauan Pustaka

2.1 Kerja *Shift* (*Work Shift*)

2.1.1 Definisi Kerja *Shift*

Definisi kerja *shift* pada umumnya mengacu pada jadwal kerja dimana para pekerja memiliki jam kerja di luar jam kerja normal yaitu dari jam 8 pagi hingga jam 5 sore atau harus bekerja di luar hari kerja normal yaitu dari senin hingga jumat (Presser, dalam Perruci, et al., 2007). Definisi serupa juga diungkapkan Beers (dalam Perruci, et al., 2007) yang mendefinisikan kerja *shift* sebagai bekerja pada jadwal kerja di luar jam kerja regular (seperti bekerja pada *shift* sore, *shift* malam, atau *shift* rotasi).

Bila durasi jam kerja *shift* berlangsung selama 8 jam, maka termasuk diantaranya bekerja pada *shift* sore (dari pukul 3 hingga 11 malam atau dari pukul 4 hingga 12 malam), *shift* malam (dari pukul 11 malam hingga 7 pagi atau dari pukul 12 tengah malam hingga 8 pagi), atau *shift* rotasi yang memerlukan adanya pergiliran antara *shift* sore, malam, dan pagi. Durasi kerja *shift* dapat juga berlangsung selama 12 jam, dimana *shift* pagi dimulai pada pukul 7 pagi dan berakhir pada pukul 7 malam serta *shift* malam dimulai pada pukul 7 malam dan berakhir pada pukul 7 pagi (Perrucci, 2007).

2.1.2 Jadwal Kerja *Shift*

Beers (dalam Perrucci, et al., 2007) mengemukakan bahwa terdapat beberapa variasi dari jadwal *shift* yang digunakan dalam industri yang berbeda. Pada umumnya kerja *shift* terbagi dua jenis yaitu yang bersifat permanen atau menetap dan kerja *shift* yang sifatnya bergilir atau rotasi (Perrucci, et al., 2007). Pada sistem kerja *shift* yang permanen, pekerja hanya bekerja setiap pagi hari atau sore hari atau malam hari saja. Sedangkan pada sistem kerja *shift* rotasi, pekerja bekerja pada pagi hari, sore hari, dan malam hari secara bergiliran.

Sistem kerja *shift* rotasi ada yang bersifat lambat dan ada yang bersifat cepat. Dalam sistem kerja *shift* rotasi yang bersifat lambat, pertukaran *shift*

berlangsung setiap bulan atau setiap minggu, misalnya seminggu kerja malam, seminggu kerja sore, dan seminggu kerja pagi. Sedangkan dalam sistem kerja *shift* rotasi yang bersifat cepat, pertukaran *shift* terjadi setiap satu, dua, atau tiga hari (Scott dan LaDou, dalam Adnan 2002).

Menurut Pullat (1992), di Inggris dan negara-negara Eropa lainnya, sistem kerja *shift* rotasi yang umum digunakan adalah sistem 2-2-2 yang disebut sistem *metropolitan rota*, dan sistem 2-2-3 yang disebut sistem *continental rota*. Kedua sistem ini termasuk sistem kerja *shift* rotasi cepat. Dalam sistem rotasi ini, pada setiap akhir *shift* malam akan diikuti dengan sedikitnya 24 jam waktu untuk beristirahat atau satu hari libur. Pada sistem 2-2-2, hari libur sabtu dan minggu akan terjadi setiap delapan minggu, sedangkan pada sistem 2-2-3, hari libur sabtu dan minggu akan terjadi setiap empat minggu. Oleh karena itu para pekerja umumnya lebih menyukai sistem 2-2-3.

Di Amerika, jadwal sistem kerja *shift* rotasi yang umum adalah 5-5-5 (5 hari pagi, 5 hari sore, 5 hari malam, dan diikuti 2 hari libur pada setiap akhir *shift*) (Rosa dan Colligan, 1997). Kerja *shift* pagi biasanya dimulai antara pukul 5 sampai pukul 8 pagi dan berakhir antara pukul 2 sampai 6 sore. Kerja *shift* sore dimulai antara pukul 2 sampai 6 sore dan berakhir antara pukul 10 malam sampai pukul 2 pagi. Sedangkan, *shift* malam dimulai dari antara pukul 10 malam hingga 2 tengah malam, dan berakhir pukul 5 sampai 8 pagi.

Fraser (dalam Simanjuntak, 1997) mengatakan bahwa setiap negara memiliki peraturan-peraturan masing-masing dalam hal rotasi atau peraturan jam kerja. Khusus di Indonesia belum ditemukan adanya peraturan-peraturan yang mengatur tentang giliran kerja (kerja *shift*). (Suntjojo dalam Simanjuntak, 1997)

2.1.3 Dampak Negatif Kerja Shift

Secara umum, sistem kerja *shift* memberikan dampak negatif terhadap pekerjaanya, yaitu antara lain:

a. Fisik atau kesehatan

Masalah gangguan tidur seperti sulit tidur atau rendahnya kualitas tidur, merupakan masalah utama yang dihadapi oleh pekerja *shift* (Spector, 2000). Penjelasan yang sederhana dari gangguan tidur dikemukakan oleh

Koller, dkk (dalam Spector, 2000), menurutnya masalah gangguan tidur disebabkan karena adanya gangguan suara bising pada siang hari ketika pekerja mencoba untuk tidur. Gangguan suara ini pada akhirnya menurunkan kualitas tidur dari pekerja *shift*. Meski demikian, banyak ahli yang mengaitkan masalah gangguan tidur dengan adanya gangguan pada ritme Circadian individu.

Menurut Duffy, et al (dalam Rajaratnam & Arendt, 2001), usaha untuk tidur pada ritme Circadian yang tidak tepat akan menghasilkan periode tidur yang singkat serta lebih sering terbangun. Ritme Circadian adalah proses-proses yang saling berhubungan yang dialami tubuh untuk menyesuaikan dengan perubahan waktu selama 24 jam (Tayyari dan Smith dalam Maurits, 2008). Fungsi dan tahapan fisiologis dan psikologis memiliki suatu ritme Circadian tertentu selama 24 jam sehari, sehingga ritme seseorang akan terganggu jika terjadi perubahan jadwal kegiatan seperti perubahan *shift* kerja. Dengan terganggunya ritme Circadian pada tubuh pekerja akan terjadi dampak fisiologis pada pekerja seperti gangguan gastrointestinal, gangguan pola tidur dan gangguan kesehatan lain (Maurits, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh *National Institute for Occupational Safety and Health* (dalam Perrucci, et al., 2007) menunjukkan bahwa terdapat prevalensi yang tinggi munculnya gejala-gejala fisik yang dialami para pekerja *shift*, diantaranya masalah pencernaan, rasa sakit pada bagian dada, demam, kram, serta gangguan pada pola tidur. Sementara itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Dunham (dalam Perrucci, et al, 2007) menemukan bahwa kerja *shift* berhubungan dengan sejumlah gangguan gastro-intestinal. Cosca (dalam Perrucci, et al, 2007) juga menemukan dalam penelitiannya bahwa prevalensi gangguan gastrointestinal pada pekerja *shift* jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja yang tidak di-*shift*.

b. Psikologis

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kerja *shift* dengan kesehatan mental secara umum (Suzuki, dalam Bara dan Arber, 2009). Selain itu diketahui bahwa pekerja *shift* mengalami depresi dalam

berbagai tingkatan dari yang ringan sampai berat, fatigue, dan kelelahan mental (Bara dan Arber, 2009). Pekerja *shift* juga mengalami masalah psikologis yang terkait dengan stress. Stress akibat *shift* kerja akan menyebabkan kelelahan (*fatigue*) yang dapat menyebabkan gangguan psikis pada pekerja, seperti ketidakpuasan dan iritasi (Maurits, 2008). Tomei dkk (dalam Maurits, 2008) menyatakan bahwa ada kecenderungan meningkatnya kecemasan dan agresivitas pada akhir suatu *shift*. Sementara itu menurut Pullat (1992), kapasitas mental pekerja *shift* juga akan terganggu, dimana terjadi penurunan daya konsentrasi yang pada akhirnya meningkatkan kesalahan dalam melakukan pekerjaan.

c. Sosial

McKenna (2000) mengatakan bahwa kerja *shift* akan menciptakan perasaan terisolasi karena semakin sulit untuk bertemu dengan teman. Herbert dan Walker (dalam Perrucci, et al, 2007) melaporkan bahwa pekerja *shift* hanya memiliki sedikit teman. Selain itu, Folkard, et al (dalam Perrucci, et al, 2007) menemukan bahwa pekerja *shift* memiliki level yang rendah dalam integrasi sosial (seperti berpartisipasi dalam organisasi).

Dalam penelitiannya, White dan Keith (dalam Perrucci, et al, 2007) menemukan bahwa kerja *shift* secara signifikan berpengaruh negatif terhadap kualitas perkawinan dan meningkatkan masalah seksual. Hasil dari penelitian longitudinal menunjukkan bahwa meninggalkan kerja *shift* akan meningkatkan kualitas perkawinan, sedangkan mengikuti kerja *shift* akan menurunkan kualitas perkawinan. Hasil serupa juga terdapat dalam penelitian Presser (dalam Seccombe dan Warner, 2004) yaitu kerja *shift* memberikan pengaruh yang negatif terhadap hubungan perkawinan. Hal ini antara lain dikarenakan, kerja *shift* membatasi ketersediaan waktu untuk berinteraksi dengan pasangan. Selain itu, terjadi pula peningkatan ketegangan perkawinan ketika salah satu pasangan bekerja dengan *shift* (Perry-Jenkins, et al. dalam Stewart & Dunn, 2000).

Dalam kaitannya dengan keluarga, kerja *shift* juga akan memberikan pengaruh negatif terhadap hubungan keluarga seperti tingkat berkumpulnya

anggota keluarga dan sering berakibat pada konflik keluarga (Maurits, 2008). Hal ini disebabkan pekerja *shift* kurang memiliki waktu untuk bersama keluarga dan terganggunya kehidupan sosial di malam hari bersama keluarga.

2.1.4. Dampak Negatif Kerja *Shift* Rotasi

Berry (1998) mengatakan bahwa berbagai dampak negatif dari kerja *shift* lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi daripada pekerja *shift* permanen. Secara umum pekerja *shift* rotasi mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan pada siklus tidur-bangun (Paley dan Tepas, dalam Berry, 1998). Pekerja mungkin belum menyesuaikan diri secara penuh pada jadwal *shift* pertama sebelum ia harus memulai jadwal *shift* yang kedua dan seterusnya (Schultz, 1993). Dengan kata lain, sistem ini tidak memberikan tubuh waktu yang cukup untuk melakukan penyesuaian pada satu jadwal sebelum akhirnya berpindah ke jadwal berikutnya (Schultz & Ellen, 2006).

Dalam suatu penelitian diketahui bahwa 80% dari pekerja *shift* rotasi mengalami gangguan tidur serius termasuk diantaranya insomnia, serta rendahnya produktivitas dan juga kualitas hidup mereka (McKenna, 2000). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Barton (1994) menunjukkan bahwa pekerja *shift* rotasi melaporkan adanya masalah gangguan tidur dan masalah hubungan sosial yang lebih berat secara signifikan dibandingkan dengan pekerja *shift* malam yang permanen. Hal ini disebabkan pekerja dengan sistem rotasi harus selalu melakukan penyesuaian diri setiap minggunya atau setiap kali terjadi pergantian *shift*.

Seperti halnya pada masalah kesehatan, dampak psikologis dan sosial lebih dirasakan pada pekerja *shift* rotasi dibandingkan dengan pekerja *shift* permanen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerja *shift* permanen diketahui memiliki tingkat stress yang lebih rendah daripada pekerja *shift* rotasi (Jamal&Baba, dalam Berry 1998). Di samping itu, pekerja *shift* permanen juga tidak terganggu dalam hubungan sosial sebagaimana yang dialami pekerja *shift* rotasi (Trumbo, 1985).

2.2 Ibu Bekerja

2.2.1 Alasan Ibu Bekerja

Menurut Hoffman dan Nye (1984), terdapat beberapa alasan yang mendasari seorang ibu untuk bekerja, yaitu:

1. Kebutuhan keuangan

Kebutuhan keuangan merupakan alasan utama dari mayoritas ibu untuk bekerja. Seorang ibu bekerja dapat menjadi orang yang diandalkan dalam memenuhi kebutuhan keluarga, dan bahkan menjadi satu-satunya orang yang bekerja di dalam keluarga. Seorang ibu juga terkadang bekerja untuk mempertahankan standar kehidupan, membayar hutang, meningkatkan kualitas hidup, serta memenuhi kebutuhan pribadi secara lebih independen.

2. Peran sebagai ibu rumah tangga yang membosankan

Pekerjaan rumah tangga hanya membutuhkan sedikit kreativitas, keterampilan, dan hanya ada sedikit ruang untuk merasa lebih unggul daripada ibu rumah tangga yang lain. Pekerjaan rumah tangga juga semakin mudah dengan kemajuan teknologi sehingga ibu rumah tangga semakin punya waktu luang di rumah. Bekerja di luar rumah dapat memberikan variasi kepada seorang ibu sehingga ia tidak menjadi bosan. Selain itu bekerja di luar rumah memberikan seorang ibu lebih banyak kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain, berkreaitivitas, dan memberikan perasaan bahwa dirinya berkontribusi serta kompeten.

3. Peran sebagai ibu kurang cukup

Seorang ibu dapat merasa bahwa dirinya menjadi tidak berguna ketika anak bungsunya mulai bersekolah, dan bahwa perannya yang utama sudah berakhir. Pada saat itu, seorang ibu dapat bekerja untuk menghilangkan ketidakpuasan yang ia rasakan terhadap dirinya sendiri karena peran utamanya telah berakhir. Selain itu, ketika anak bungsunya mulai bersekolah, seorang ibu dapat merasakan kelegaan dari tekanan dalam mengurus anak dan mengekspresikannya dengan bekerja

Di Indonesia sendiri khususnya Jakarta, hasil penelitian Fuliawati (1991) menemukan bahwa yang menjadi alasan wanita bekerja sekalipun sudah berkeluarga antara lain adalah untuk mengamalkan ilmu yang sudah diperoleh, menambah atau membantu peningkatan kemampuan finansial keluarga, membina karir dan mengisi waktu luang.

Berdasarkan uraian di atas tampak bahwa wanita bekerja didasari 2 alasan yang sifatnya ekonomi dan non ekonomi. Alasan ekonomi meliputi keinginan memperoleh dan menambah biaya hidup serta untuk mencapai standar hidup tertentu. Sedangkan alasan non ekonomi meliputi keinginan untuk mengembangkan diri, mengamalkan ilmu yang sudah diperoleh, serta membina karir dan mengisi waktu luang.

2.2.2 Dampak Bekerja Bagi Wanita Menikah

Bekerja memberi dampak tertentu kepada individu yang melakukannya. Adapun dampak bekerja bagi wanita menikah dapat dipisahkan menjadi dampak positif serta dampak negatif.

2.2.2.1. Dampak Positif Bekerja Bagi Wanita Menikah

Menurut Nieva & Gutek (1981), bekerja memberikan dampak positif pada wanita bekerja yakni:

1. Peningkatan kompetensi dan *well being*

Ditemukan bukti-bukti yang menyatakan bahwa bekerja memberikan efek rehabilitatif terhadap kesehatan mental, yang diukur berdasarkan tekanan psikologis yang dialami. Hasil penelitian Bernard (dalam Nieve & Gutek, 1981) menemukan bahwa wanita yang bekerja mempunyai frekuensi stres yang lebih rendah daripada ibu rumah tangga. Adanya hak untuk bekerja, terbebas dari rasa bosan dan terpisahnya wanita dari kegiatan rutin rumah tangga membantu tercapainya kebahagiaan dan *self-fulfillment* dari wanita yang bersangkutan.

2. Peningkatan kekuasaan dalam keluarga

Dengan bekerja, wanita tidak lagi tergantung sepenuhnya pada penghasilan yang diberikan suami. Adanya ketidaktergantungan finansial

ini kemungkinan memberikan suatu kepuasan lebih kepada wanita untuk mengambil keputusan dalam keluarga. Dalam kasus-kasus tertentu ketidaktergantungan finansial ini berarti wanita tidak lagi mendapat uang saku dari suami dan tidak lagi harus meminta persetujuan suami untuk membelanjakan uangnya.

Menurut Munandar (1983), dampak positif istri yang bekerja antara lain adalah istri memiliki harga diri dan sikap terhadap diri yang positif, merasakan kepuasan hidup yang membuatnya lebih mempunyai pandangan positif terhadap masyarakat, lebih sedikit mempunyai keluhan-keluhan fisik, tidak menggunakan teknik disiplin yang otoriter dalam mendidik anak, lebih memperhatikan penampilannya, memiliki kesiagaan mental yang lebih berkembang serta lebih banyak pengertian terhadap pekerjaan suaminya dan masalah-masalah yang bersangkutan sehingga memberi dampak positif terhadap hubungan suami-istri.

2.1.2.2. Dampak Negatif Bekerja Bagi Wanita Menikah

Menurut Nieva & Gutek (1981), bekerja mengakibatkan peningkatan beban kerja wanita. Ibu rumah tangga yang bekerja ternyata tidak membagi tugas-tugas rumah tangga mereka dengan suami mereka. Padahal selain bekerja, mengasuh anak, mengurus keperluan rumah tangga, wanita juga harus mendukung pekerjaan suami. Sedangkan menurut Munandar (1983), dampak negatif dari istri bekerja antara lain adalah: tidak selalu ada pada saat-saat yang penting dimana ia sangat dibutuhkan (misalnya anak mendadak sakit, kecelakaan, dan lain sebagainya), serta tidak terpenuhinya semua kebutuhan anggota keluarga (misalnya keinginan suami untuk masak masakan istri atau menemani anak bermain)

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Terdapat banyak definisi dari kualitas hidup yang dibuat oleh para peneliti. Definisi dari kualitas hidup berkisar mulai dari pemenuhan individu hingga kemampuan untuk mengarahkan hidup secara normal. Kualitas hidup

mencakup semua hal yang terjadi dalam hidup (Bowling dalam Mweemba, 2008). Phalaze (dalam Mweemba, 2008) mengungkapkan bahwa terdapat dua kesepakatan mengenai konsep kualitas hidup yang dapat diterima secara luas diantara para peneliti. Pertama, kualitas hidup merupakan konsep yang luas dan multi dimensi yang memasukkan unsur budaya. Oleh karenanya dimensi atau domain dari kualitas hidup harus mempertimbangkan budaya dan lingkungan. Kedua, kualitas hidup merupakan pengalaman subyektif individu dan melibatkan dimensi positif maupun negatif.

Adapun dua hal utama yang harus diperhatikan dalam mengukur kualitas hidup adalah (a) pengukuran harus fokus pada *self rating* untuk mendapatkan pandangan yang subyektif. (b) pengukuran dimensi positif dan negatif dari kualitas hidup diperlukan untuk mendapatkan pandangan yang lengkap mengenai konsep. Sebagai contoh peneliti harus menanyakan pada pasien tidak hanya pada kemampuan mereka namun juga keterbatasan mereka (Sousa, et al dalam Mweemba, 2008).

Meskipun memiliki banyak definisi dari sudut pandang yang berbeda-beda, namun definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh World Health Organizations merupakan definisi yang paling umum digunakan dan paling komprehensif di antara definisi-definisi yang ada (The WHOQOL Group, dalam Basu 2004). Adapun definisi kualitas hidup yang dikemukakan WHO yaitu persepsi individu akan kedudukan diri dalam hidup; dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal dan berkaitan dengan tujuan, harapan, standardisasi, dan ketertarikan individu tersebut. Definisi tersebut melihat kualitas hidup sebagai suatu hal yang subyektif, meliputi aspek positif dan negatif dari kehidupan individu dan merupakan multi-dimensi (The WHOQOL Group, dalam Basu 2004).

2.3.2 Domain Kualitas Hidup

Orley dan Kuyken (dalam Power, et al, 1999) yang menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan konstruk multidimensional yang dipersepsikan individu, meliputi evaluasi akan tiga aspek dalam hidup yaitu kesejahteraan emosi, kondisi fisik, dan fungsi sosial. Menurut WHO, kualitas hidup merupakan

konsep yang luas dan meliputi enam ranah yaitu kesehatan fisik, psikologis, tingkat independensi, hubungan sosial, lingkungan, dan keyakinan spiritual. Namun hasil penelitian terbaru mengenai alat ukur WHOQOL-100 menunjukkan bahwa domain 1 dan 3 serta domain 2 dan 6 lebih baik digabung. Oleh karenanya pendekatan terbaru dalam penelitian yang menggunakan WHOQOL-BREF menggunakan empat domain kualitas hidup (World Health Organizations, 1997), yaitu sebagai berikut:

1. Kesehatan Fisik

Aspek ini menjelaskan bagaimana persepsi individu akan kondisi fisik mereka. Aspek ini secara spesifik menjelaskan seberapa tinggi aktivitas individu dalam aspek-aspek tertentu dalam hidupnya seperti seberapa besar aktivitas individu dalam kesehariannya, tingkat ketergantungan individu pada bantuan medis, energi dan tingkat kelelahan yang dialami, rasa sakit, dan ketidaknyamanan yang pernah dialami, aktivitas tidur dan waktu istirahat, serta kapasitas kerja individu.

2. Psikologis

Aspek ini merupakan hasil persepsi individu mengenai kondisi kognitif dan afektif mereka. Aspek ini berkaitan dengan perasaan yang dialami individu baik perasaan positif maupun negatif. Selain itu domain ini mencakup konsep diri individu, keyakinan spiritual atau tingkat religiusitas, daya ingat, kemampuan belajar, serta tingkat konsentrasi individu.

3. Hubungan Sosial

Aspek hubungan sosial meliputi persepsi individu akan hubungan interpersonal dan peran sosial yang dimilikinya dalam hidup. Aspek ini melihat bagaimana hubungan personal yang dimiliki individu, dukungan sosial, dan serta aktivitas seksual individu.

4. Lingkungan

Aspek ini menjelaskan mengenai kondisi lingkungan fisik di sekitar individu, seperti kebebasan, rasa aman, kondisi lingkungan rumah, kondisi lingkungan fisik, serta transportasi. Selain itu aspek ini juga menjelaskan mengenai apakah individu memiliki kesempatan dalam

memperoleh kemampuan ataupun informasi baru, bagaimana partisipasi dan kesempatan individu dalam melakukan rekreasi, serta kualitas dan aksesibilitas pelayanan sosial dan kesehatan individu.

2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup dalam penelitian ini dilakukan secara subyektif. Hal ini dikarenakan pengukuran secara obyektif tidak dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup (Trompenaars et al., 2006). Adapun alat ukur yang digunakan merupakan adaptasi dari instrument WHOQOL-BREF yang dikembangkan oleh World Health Organizations dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. WHOQOL-BREF merupakan hasil pengembangan WHOQOL-100 yang telah dipersingkat. Tujuannya adalah untuk menyediakan instrument versi pendek yang dapat digunakan untuk menggambarkan kualitas hidup individu melalui skor dari keempat aspek yang diukur (Power, dalam Wardhani, 2006). Item-item yang dipilih dalam WHOQOL-BREF merupakan item yang memiliki korelasi paling tinggi dengan skor total pada setiap aspek. Hal tersebut dilakukan agar WHOQOL-BREF dapat digunakan untuk pengukuran yang komprehensif dan luas.

Perbandingan antara skor pada WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF menunjukkan adanya korelasi yang tinggi antara skor aspek pada WHOQOL-100 dengan skor aspek yang terdapat pada WHOQOL-BREF. Korelasi ini berkisar antara 0.89 (aspek 3). Konsistensi internal pada WHOQOL-BREF dari keempat ranah berkisar antara 0.66 hingga 0.84. Hal ini menunjukkan bahwa skor konsistensi internal yang dapat diterima sebagai sebuah instrument penelitian (Power, M.J, dalam Wardhani, 2006).

Berdasarkan alat ukur WHOQOL-BREF, kualitas hidup dapat dilihat dari dua pengukuran, yaitu kualitas hidup secara umum dan kualitas hidup berdasarkan aspek-aspeknya. WHOQOL-BREF terdiri atas 26 item yang terbagi menjadi 3 bagian, yaitu representasi dari kualitas hidup secara umum (1 item), representasi dari kesehatan secara umum (1 item), dan representasi dari 24 faset kualitas hidup yang ada dalam alat ukur WHOQOL-100 (24 item).

Kualitas hidup secara umum merupakan item yang merepresentasikan persepsi individu terhadap kualitas hidup yang dimilikinya secara keseluruhan. WHOQOL-BREF memiliki empat aspek dan pada setiap aspeknya memiliki sejumlah faset yang merupakan aspek-aspek tertentu dalam hidup yang memiliki definisi yang koheren dan telah disetujui para ahli, yaitu:

1. Kesehatan Fisik

Aspek kesehatan fisik terdiri dari 7 faset, antara lain:

- a. Rasa sakit dan ketidaknyamanan: berkaitan dengan sensasi fisik tidak menyenangkan yang dialami oleh individu, yang mampu membuat individu tersebut distress dan mengganggu kehidupan sehari-hari.
- b. Aktivitas kehidupan sehari-hari: berkaitan dengan kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari.
- c. Ketergantungan akan obat-obatan dan bantuan medis: berkaitan dengan ketergantungan individu akan bantuan medis, termasuk juga pengobatan alternatif yang bertujuan untuk mendukung kesejahteraan fisik dan psikologis individu tersebut.
- d. Energi dan Kelelahan: berkaitan dengan energi, antusiasme, dan kesabaran yang dimiliki individu dalam menjalani tugas-tugas penting dalam kehidupan sehari-hari.
- e. Mobilitas: berkaitan dengan pandangan individu terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk pergi kemanapun tanpa membutuhkan bantuan dari orang lain.
- f. Tidur dan istirahat: berkaitan dengan kualitas tidur dan istirahat individu.
- g. Kapasitas kerja: berkaitan dengan kemampuan individu dalam menjalankan pekerjaan.

2. Psikologis

Aspek psikologis terdiri dari 6 faset, yaitu:

- a. *Body image* dan *appearance*: berkaitan dengan kepuasan individu akan penampilan diri individu tersebut.

- b. Perasaan negatif: berkaitan dengan seberapa jauh individu mengalami perasaan negatif, seperti tidak adanya rasa semangat, perasaan bersalah, kesedihan, tidak memiliki harapan, kegugupan, kecemasan, dan sebagainya.
- c. Perasaan positif: berkaitan dengan seberapa jauh individu mengalami perasaan positif, seperti bahagia, damai, penuh harapan, menikmati hal baik, keseimbangan, dan sebagainya.
- d. Self-esteem: berkaitan dengan perasaan individu akan *self efficacy* yang dimilikinya, kepuasan, dan kontrol diri.
- e. Spiritualitas: berkaitan dengan keyakinan pribadi dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi kualitas hidup individu.
- f. Pikiran, belajar, memori, dan konsentrasi: berkaitan dengan pandangan individu terhadap kemampuan berpikir, belajar, memori, konsentrasi, serta kemampuan untuk mengambil keputusan.

3. Hubungan Sosial

Aspek hubungan sosial memiliki 3 faset, yaitu

- a. Hubungan pribadi: berkaitan dengan tingkat perasaan akan pertemanan, cinta, dan dukungan yang didapatkan dari hubungan pribadi yang dimilikinya.
- b. Dukungan sosial: berkaitan dengan seberapa jauh individu merasakan komitmen, pembuktian, dan adanya bantuan yang diberikan oleh keluarga dan teman yang dimiliki individu tersebut.
- c. Aktivitas seksual: berkaitan dengan dorongan seksual yang dimiliki oleh individu dan seberapa jauh individu mampu mengekspresikan dan menikmati dorongan seksual tersebut secara tepat.

4. Lingkungan

Aspek lingkungan terdiri dari 8 faset, yaitu:

- a. Sumber keuangan: berkaitan dengan pandangan individu terhadap sumber pendapatan yang dimilikinya dan seberapa jauh pendapatan

yang dimiliki cukup untuk memenuhi kebutuhan dan sesuai dengan gaya hidup individu.

- b. Kebebasan, *physical safety*, dan *security*: berkaitan dengan rasa aman dari bahaya fisik yang ada.
- c. Pelayanan kesehatan dan perlindungan sosial: berkaitan dengan pandangan individu mengenai pelayanan kesehatan dan seberapa mudah individu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
- d. Lingkungan tempat tinggal: berkaitan dengan tempat tinggal individu dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi kualitas hidup individu.
- e. Kesempatan untuk memperoleh informasi dan kemampuan baru: berkaitan dengan kesempatan dan dorongan untuk mempelajari kemampuan baru, pengetahuan baru, dan dapat merasakan apa yang sedang terjadi di sekelilingnya.
- f. Partisipasi dan kesempatan berekreasi: berkaitan dengan kemampuan, kesempatan, dan kecenderungan individu untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan dan santai.
- g. Lingkungan fisik (polusi, kebisingan, dll): berkaitan dengan pandangan individu akan lingkungan di sekelilingnya, termasuk kebisingan, polusi, cuaca, serta keindahan dari lingkungan tersebut.
- h. Transportasi: berkaitan dengan pandangan individu terhadap seberapa mudah dapat menemukan atau menggunakan jasa transportasi yang ada.

2.4 Keterkaitan antara Kerja *Shift* dengan Kualitas Hidup

Hasil-hasil penelitian mengenai kerja *shift* menunjukkan bahwa sistem kerja *shift* memberikan dampak negatif pada aspek kesehatan fisik, psikologis, dan sosial pekerjaannya. Terlebih bagi wanita, kerja *shift* dengan sistem rotasi akan memberikan dampak yang lebih buruk terhadap kesehatan mental mereka (Bara & Arber, 2009). Berbagai dampak negatif dari kerja *shift* akan lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi daripada pekerja dengan *shift* permanen (Berry, 1998). Hal ini terkait dengan adanya proses adaptasi atau penyesuaian yang harus terus menerus dilakukan oleh pekerja *shift* dengan sistem rotasi

berkaitan dengan jadwal kerja *shift* yang bergiliran antara pagi, siang, dan malam hari. Penyesuaian yang harus dilakukan antara lain penyesuaian pola tidur, jadwal makan, kehidupan keluarga, dan kehidupan sosial (Perrucci, 2007).

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya sistem kerja *shift* memberikan dampak pada aspek fisik, psikologis, dan sosial pekerjaanya. Dengan demikian maka secara tidak langsung hal tersebut berpengaruh terhadap kualitas hidup pekerjaanya. Hal ini dikarenakan latar belakang kesehatan, latar belakang personal, dan faktor sosial merupakan aspek-aspek yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu (Zhan dalam Wardhani, 2006). Hal senada juga terdapat pada hasil penelitian Evans (1997) yang menyebutkan bahwa kesehatan fisik dan mental berhubungan dengan kualitas hidup individu. Berdasarkan hal tersebut maka diasumsikan bahwa dampak negatif dari sistem kerja *shift* rotasi secara langsung maupun tidak langsung akan mengganggu kualitas hidup pekerjaanya khususnya pada aspek kesehatan, psikologis, dan sosial.

Bab 3

Metode Penelitian

3.1 Permasalahan Penelitian

Seperti yang telah disebutkan pada bab pendahuluan, permasalahan penelitian utama yang diangkat dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah gambaran kualitas hidup ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi?”

3.2 Jenis Penelitian

Sesuai dengan tujuan dari penelitian ini, maka metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah metode penelitian yang mencakup pengumpulan data untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai status atau kondisi partisipan pada masa kini (Sukadji, 2000). Setiadi, dkk (1998) menyebutkan bahwa penelitian deskriptif bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai kekhususan obyek studi, misalnya menggambarkan ciri-ciri dari suatu kelompok atau individu, ataupun menggambarkan penyebaran frekuensi.

Berdasarkan metode penelitian yang digunakan maka penelitian ini termasuk dalam tipe penelitian *ex post facto field study*, yaitu suatu penelitian di lapangan yang dilakukan setelah suatu gejala terjadi sehingga peneliti tidak dapat melakukan manipulasi terhadap variabel bebasnya (Setiadi, dkk, 1998)

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif. Kumar (1999) menyatakan bahwa penelitian kuantitatif dilakukan jika peneliti ingin menguantifikasikan variasi dari suatu fenomena atau masalah yang diteliti, jika informasi lebih banyak diperoleh dengan variabel kuantitatif, dan jika analisis dilakukan untuk mengetahui besarnya variasi.

3.3 Partisipan Penelitian

3.3.1 Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan dalam penelitian ini adalah:

1. Wanita yang sudah menikah atau berkeluarga. Hal ini didasarkan pada hasil penelitian yang menyebutkan bahwa sistem *shift* rotasi akan memberikan dampak yang lebih buruk terhadap kesehatan mental pekerja wanita daripada pekerja pria (Bara&Arber, 2009)
2. Bekerja dengan sistem *shift* rotasi (*shift* pagi, sore, dan malam). Hal ini didasarkan pada hasil penelitian yang menyebutkan bahwa berbagai dampak negatif dari kerja *shift* lebih dirasakan oleh pekerja dengan sistem *shift* rotasi daripada pekerja *shift* permanen (Berry, 1998).

3.3.2 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan pendekatan *non probability sampling*, yaitu tidak semua orang memiliki kesempatan untuk berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada cara untuk mengestimasi probabilitas dari setiap orang untuk ikut berpartisipasi (Shaughnessy, et al., 2001). Sedangkan teknik yang digunakan adalah *incidental*. Dengan teknik ini tidak seluruh anggota populasi memperoleh kesempatan yang sama untuk terpilih menjadi sampel penelitian. Individu yang menjadi sampel adalah mereka yang paling mudah ditemui dan memiliki karakteristik yang sesuai dengan karakteristik responden yang telah ditetapkan (Guilford & Fruchter, 1978).

3.3.3 Jumlah Partisipan

Penggunaan sampel dengan jumlah besar dalam penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif diharapkan dapat menghasilkan perhitungan statistik yang lebih akurat dan akan mengurangi *bias* yang mungkin terjadi apabila menggunakan sampel dengan jumlah kecil (Guilford, 1978). Untuk itu, disarankan menggunakan sampel minimal berjumlah 30 orang (Kerlinger, 1990). Pada penelitian ini jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 120 orang partisipan.

3.4 Instrumen Penelitian

3.4.1 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Menurut Barker, et al. (1992), kuesioner adalah serangkaian pertanyaan tertulis yang terstruktur dimana biasanya menghasilkan respon tertulis. Sukadji (2000), menyebutkan bahwa kuesioner merupakan alat pengumpul data yang efisien karena hanya memakan waktu yang pendek dan biayanya murah sehingga memungkinkan pengumpulan data dari sampel yang lebih besar.

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam penelitian ini adalah kuesioner WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia. Kuesioner ini terbagi atas dua bagian yaitu data kontrol partisipan dan item-item dalam kuesioner WHOQOL-BREF sejumlah 26 item. WHOQOL-BREF merupakan kuesioner tertutup, artinya menyediakan pilihan jawaban lengkap atas pertanyaan yang diberikan sehingga partisipan penelitian hanya tinggal memilih jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda pada jawaban yang dipilih.

3.4.2 Data Partisipan

Kuesioner yang diberikan pada partisipan memiliki data kontrol yang harus dilengkapi oleh setiap partisipan penelitian. Berikut ini adalah data kontrol yang harus diisi secara lengkap oleh partisipan:

1. Usia

Data usia diperlukan untuk melihat penyebaran partisipan berdasarkan usia. Data ini selanjutnya akan dikelompokkan berdasarkan rentang usia partisipan. Lehman (dalam Basu, 2004) menjelaskan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor personal seperti usia.

2. Tingkat pendidikan

Data ini diperlukan untuk melihat penyebaran partisipan penelitian berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki. Flanagan (1978) menyebutkan bahwa perkembangan intelektual merupakan salah satu komponen yang penting dalam kualitas hidup seseorang.

3. Masa kerja

Data ini diperlukan untuk melihat penyebaran partisipan berdasarkan masa kerjanya sebagai pekerja *shift*. Hasil penelitian Zeddeck, et al. (dalam Perrucci, et al. 2007) menyebutkan bahwa semakin berpengalaman dalam bekerja *shift*, maka semakin baik pula tingkat kepuasan pekerja *shift*.

4. Status pernikahan (menikah/bercerai)

Data ini diperlukan untuk mengetahui adanya sumber dukungan sosial dari pasangan bagi para ibu yang menjadi partisipan penelitian ini. Beberapa peneliti menyebutkan bahwa dukungan sosial berhubungan dengan kualitas hidup individu (Evans, 1997).

5. Wilayah tempat tinggal

Data ini diperlukan untuk melihat penyebaran partisipan berdasarkan wilayah tempat tinggal partisipan. *World Health Organization* (1997) menyebutkan bahwa wilayah tempat tinggal individu mempengaruhi kualitas hidup individu tersebut.

3.4.3 Alat Ukur WHOQOL-BREF

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life-BREF) yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100. Alat ukur ini sudah diterjemahkan ke dalam beberapa bahasa termasuk bahasa Indonesia. WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item yang terdiri dari satu item yang mengukur persepsi individu terhadap kualitas hidup secara umum, satu item yang mengukur persepsi individu terhadap kesehatannya secara umum, serta terdapat 24 item yang mengukur persepsi individu terhadap 24 facet dari kualitas hidup.

WHOQOL-BREF memiliki 4 domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Item-item dalam alat ukur ini terdiri dari dua jenis yaitu item positif maupun item negatif.

Tabel 3.1 Penyebaran Item Kualitas Hidup Berdasarkan Domain

Domain	Item Positif	Item Negatif
Kesehatan	10, 15, 16, 17, 18	3, 4
Psikologis	5, 6, 7, 11, 19	26
Hubungan social	20, 21, 22	
Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	

Skala respon item-item dalam WHOQOL-BREF terbagi dalam lima kategori dengan rentang skor antara 1 sampai 5. Skoring untuk tiap item dalam WHOQOL-BREF dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.2 Skoring Jawaban Partisipan

Skoring item positif	Jawaban	Skoring item negatif
1	sangat buruk, tidak sama sekali	5
2	buruk, sedikit	4
3	biasa-biasa saja, sedang	3
4	sangat sering	2
5	sangat baik, sangat memuaskan, dalam jumlah berlebihan	1

WHOQOL-BREF menghasilkan profil kualitas hidup yang berasal dari perolehan skor setiap domain atau dengan kata lain alat ukur ini tidak dapat menghasilkan skor total dari keseluruhan domain, Skor dari keempat domain mengindikasikan persepsi individu akan kualitas hidup dalam setiap domain. Skor setiap domain berbanding lurus dengan skor kualitas hidup. Dengan kata lain semakin tinggi skor domain mengindikasikan semakin tinggi kualitas hidup yang dimiliki oleh individu (WHO, 1998).

Skoring alat ukur WHOQOL-BREF dilakukan dengan cara menghitung skor domain rata-rata (*mean score*). Skor rata-rata setiap domain kemudian ditransformasi sebanyak 2 kali agar sebanding dengan perhitungan WHOQOL-100, dimana rentang skor hasil transformasi menjadi 0-100.

Tabel 3.3 Transformasi Skor Rata-rata Domain

Skor Menta h	Domain 1		Domain 2			Domain 3			Domain 4		
	Skor Transformasi		Skor Menta h	Skor Transformasi		Skor Menta h	Skor Transformasi		Skor Menta h	Skor Transformasi	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Seperti yang telah disebutkan di atas, semakin tinggi skor transformasi yang dihasilkan mengindikasikan semakin tinggi pula persepsi individu terhadap kualitas hidupnya. Meski tidak ada pengkategorisasian resmi mengenai tingkat kualitas hidup hasil alat ukur WHOQOL-BREF, namun untuk mempermudah interpretasi skor pada masing-masing domain peneliti membagi skor transformasi menjadi lima kategori. Adapun kelima kategori tersebut, yaitu sangat rendah (skor 0-19), rendah (skor 20-39), sedang (skor 40-59), tinggi skor (60-79), dan sangat tinggi (skor 80-100).

3.5 Prosedur Penelitian

3.5.1 Tahap Persiapan

Persiapan penelitian dimulai dengan mengumpulkan informasi mengenai pekerja *shift* dari berbagai literatur. Berdasarkan hasil studi literatur yang didapatkan, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih jauh bagaimana gambaran kualitas hidup para pekerja *shift* khususnya para ibu. Setelah itu, peneliti mulai mengumpulkan informasi mengenai kualitas hidup dari berbagai sumber seperti jurnal dan hasil penelitian. Dari hasil pencarian melalui penelitian-penelitian kualitas hidup, peneliti mendapatkan informasi mengenai adanya alat ukur (kuesioner) untuk mengukur kualitas hidup yaitu WHOQOL-BREF yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Selanjutnya peneliti menghubungi pihak yang telah menggunakan WHOQOL-BREF dalam penelitiannya untuk mendapatkan alat ukur tersebut. Setelah itu, peneliti mulai melakukan penyusunan alat ukur WHOQOL-BREF dengan menambahkan beberapa pertanyaan mengenai data diri responden.

3.5.2 Tahap Uji Coba Alat Ukur

3.5.2.1 Uji Keterbacaan

Uji keterbacaan dilakukan terhadap dua orang subyek yang memiliki pendidikan terakhir SMP dan SMA. Hasil uji keterbacaan menunjukkan adanya kalimat tanya yang kurang dipahami oleh subyek, yaitu pada item 5, 6, dan 7. Item-item tersebut menggunakan kalimat Tanya “seberapa jauh”. Sebagai contoh “seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?”. Peneliti kemudian mencoba untuk memberikan alternatif kalimat tanya yaitu “seberapa besar” untuk mengganti kalimat Tanya “seberapa jauh”. Bagi subyek kalimat tanya yang diajukan oleh peneliti lebih dapat dimengerti dibandingkan dengan yang sebelumnya. Berdasarkan hasil uji keterbacaan, peneliti kemudian mengganti kalimat tanya pada ketiga item tersebut.

3.5.2.2 Uji Reliabilitas dan Validitas

Uji reliabilitas dan validitas alat ukur WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia sudah pernah dilakukan oleh beberapa peneliti seperti Wardhani (2002)

dan Dwi (2008). Meski demikian peneliti tetap melakukan uji reliabilitas dan validitas karena alat ukur ini belum pernah digunakan untuk kelompok partisipan yang sudah menikah (ibu). Pengujian reliabilitas dan validitas alat ukur ini dilakukan terhadap 30 orang ibu pekerja *shift* rotasi. Perhitungan hasil pengujian reliabilitas dan validitas dilakukan dengan menggunakan program statistik SPSS 12.0.

Uji Reliabilitas

Melalui uji reliabilitas, dapat diketahui sejauh mana pengukuran akan memberikan hasil yang sama bila dilakukan pengukuran kembali dengan alat ukur yang sama pada saat yang berbeda (Kerlinger, 1986). Metode yang digunakan untuk menguji reliabilitas WHOQOL-BREF adalah metode koefisien alpha (*Alpha-Cronbach*). Metode ini dipilih karena item-item dalam WHOQOL-BREF memiliki banyak skor. Menurut Pedhazur (1991), bobot alpha yang dapat dianggap baik atau dapat diterima untuk tujuan penelitian adalah sebesar 0.50. Dengan kata lain, alat ukur dalam penelitian ini dapat dikatakan reliabel bila koefisien alpha yang didapatkan nilainya diatas 0.50.

Hasil uji reliabilitas dari alat ukur WHOQOL-BREF ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.4 Hasil Uji Reliabilitas

Domain	Koefisien Alpha
Kesehatan Fisik	0.529
Psikologis	0.514
Hubungan Sosial	0.684
Lingkungan	0.710
WHOQOL-BREF	0.766

Berdasarkan tabel 3.4 diketahui bahwa nilai koefisien alpha alat ukur WHOQOL-BREF adalah sebesar 0.766. Hasil tersebut menunjukkan bahwa

reliabilitas alat ukur ini dapat dianggap baik. Selain itu, koefisien alpha dari setiap domain juga dihitung untuk mendapatkan informasi mengenai konsistensi item-item dalam setiap domainnya. Tabel 3.4 menunjukkan bahwa koefisien alpha yang didapatkan dari masing-masing domain juga dapat dianggap baik karena nilainya lebih besar dari 0.50. Hal ini berarti item-item pada masing-masing domain bersifat homogen satu dengan lainnya.

Uji Validitas

Melalui pengujian validitas dapat ditentukan apakah alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian dapat secara tepat mengukur apa yang hendak diukur (Kerlinger, 1986). Uji validitas dilakukan dengan menghitung korelasi skor masing-masing item dengan skor total dari setiap domain yang terdapat dalam alat ukur. Hasil dari perhitungan yang telah diperoleh selanjutnya dibandingkan dengan tabel Q: *Significance Level for the Pearson Product Moment Coefficient of Correlation*. Koefisien korelasi yang tertera pada tabel Q untuk $N = 30$, $df = 28$ adalah 0.306 pada LOS 0.01. Dengan demikian maka item-item yang memiliki koefisien korelasi dibawah 0.306 dinyatakan tidak valid.

Hasil uji validitas dari alat ukur WHOQOL-BREF ditunjukkan pada beberapa tabel di bawah ini:

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas Domain Kesehatan Fisik

Item	Korelasi Skor Domain
Item 3	0.471**
Item 4	0.517**
Item 10	0.507**
Item 15	0.486**
Item 16	0.580**
Item 17	0.582**
Item 18	0.719**

** signifikan pada LOS 0.01

Tabel 3.5 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara seluruh item yang berada pada domain kesehatan fisik dengan skor total domain kesehatan fisik. Hal ini berarti, ketujuh item di atas valid dalam mengukur domain kesehatan fisik.

Tabel 3.6 Hasil Uji Validitas Domain Psikologis

Item	Korelasi Skor Domain
Item 5	0.507**
Item 6	0.448**
Item 7	0.425**
Item 11	0.706**
Item 19	0.672**
Item 26	0.524**

** signifikan pada LOS 0.01

Tabel 3.6 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara seluruh item yang berada pada domain psikologis dengan skor total domain psikologis. Hal ini berarti, keenam item di atas valid dalam mengukur domain psikologis.

Tabel 3.7 Hasil Uji Validitas Domain Hubungan Sosial

Item	Korelasi Skor Domain
Item 20	0.864**
Item 21	0.861**
Item 22	0.749**

** signifikan pada LOS 0.01

Tabel 3.7 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara seluruh item yang berada pada domain hubungan sosial dengan skor total domain hubungan sosial. Hal ini berarti, seluruh item di atas valid dalam mengukur domain hubungan sosial.

Tabel 3.8 Hasil Uji Validitas Domain Lingkungan

Item	Korelasi Skor Domain
Item 8	0.686**
Item 9	0.649**
Item 12	0.552**
Item 13	0.720**
Item 14	0.464**
Item 23	0.627**
Item 24	0.691**
Item 25	0.699**

** signifikan pada LOS 0.01

Tabel 3.8 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara seluruh item yang berada pada domain lingkungan dengan skor total domain lingkungan. Hal ini berarti, seluruh item di atas valid dalam mengukur domain lingkungan.

3.5.3 Tahap Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 16 hingga 18 November 2009. Kuesioner WHOQOL-BREF disebar di dua perusahaan manufaktur yang berbeda lokasi yaitu di Jakarta dan Karawang. Keseluruhan partisipan dalam penelitian ini merupakan operator produksi yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi (pagi, sore, malam). Kedua perusahaan tersebut menerapkan sistem *shift* rotasi yang sama. Secara umum, pelaksanaan pengerjaan kuesioner dilakukan per kelompok *shift* pada waktu yang bersamaan dalam satu ruangan dan dikerjakan secara mandiri oleh responden. Namun terdapat pula partisipan-partisipan yang mengerjakan secara terpisah dari kelompoknya, dikarenakan berbagai hal.

3.5.4 Teknik Pengolahan Data

Pada pelaksanaan penelitian, peneliti menyebarkan 150 kuesioner WHOQOL-BREF. Namun kuesioner yang telah terisi lengkap dan dapat diolah

adalah sebanyak 120 kuesioner. Pengolahan data dilakukan terhadap seluruh kuesioner yang ada dengan menggunakan program *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 12.0*.

3.6 Metode Analisis Data

Untuk menjawab permasalahan penelitian mengenai gambaran kualitas hidup ibu yang bekerja *shift* rotasi, peneliti menggunakan statistik deskriptif dengan melakukan perhitungan frekuensi dan rata-rata (*mean*) pada setiap domain kualitas hidup yang terdapat dalam WHOQOL-BREF.

Sedangkan, pengolahan data kontrol dalam penelitian ini dilakukan dengan dua cara, yaitu:

- menghitung frekuensi dan persentase dari semua item pertanyaan yang terdapat dalam data kontrol
- melakukan perhitungan *independent sample t-test* untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan skor diantara dua kelompok data kontrol serta melakukan perhitungan *one way anova* untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan skor diantara beberapa kelompok data kontrol.

Bab 4

Hasil Dan Analisis

4.1 Gambaran Umum Partisipan Penelitian

Gambaran umum partisipan penelitian berisikan penyebaran partisipan berdasarkan data kontrol yang telah ditentukan sebelumnya, seperti usia, tingkat pendidikan, masa kerja, status pernikahan, dan wilayah tempat tinggal. Penelitian ini melibatkan 120 partisipan penelitian.

4.1.1 Gambaran Partisipan Penelitian Berdasarkan Usia

Partisipan penelitian ini dibagi ke dalam empat kelompok usia, yaitu masa dewasa muda awal (20-30 tahun), masa dewasa muda akhir (31-40 tahun), masa dewasa madya awal (41-50 tahun), dan masa dewasa madya akhir (51-60 tahun). Setengah dari keseluruhan partisipan penelitian ini berada pada kelompok usia dewasa muda awal yaitu sejumlah 60 partisipan. Sementara itu terdapat 50 orang partisipan (41.67 %) yang usianya berada pada masa dewasa muda akhir (31-40 tahun). Sisanya sebanyak 8 orang partisipan (6.67 %) berada pada masa dewasa madya awal dan akhir.

Tabel 4.1 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase
20 - 30 tahun	60	50 %
31 - 40 tahun	50	41.67 %
41 - 50 tahun	4	3.33%
51 - 60 tahun	4	3.33 %
Total	120	100 %

4.1.2 Gambaran Partisipan Penelitian Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang dimiliki oleh partisipan penelitian ini cukup bervariasi, mulai dari tingkat Sekolah Dasar (SD) sampai dengan tingkat Strata 1 (S1). Partisipan penelitian ini sebagian besar telah menyelesaikan pendidikan terakhirnya pada tingkat setara Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu sebanyak 89 orang (74.2%). Jumlah partisipan yang memiliki tingkat pendidikan di bawah SMA ada sebanyak 28 orang dimana 27 orang (22.5%) diantaranya memiliki tingkat pendidikan SMP dan sisanya 1 orang (0.8%) memiliki pendidikan terakhir di Sekolah Dasar (SD). Sementara itu, terdapat pula partisipan yang telah menyelesaikan pendidikannya di tingkat Diploma 3 (D3) yaitu sebanyak 2 orang (1.7%) dan Strata 1 (S1) sebanyak 1 orang (0.8%). Berikut tabel penyebaran tingkat pendidikan partisipan penelitian:

Tabel 4.2 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	1	0.8 %
SMP	27	22.5 %
SMA	89	74.2 %
D3	2	1.7 %
S1	1	0.8%
Total	120	100 %

4.1.3 Gambaran Partisipan Berdasarkan Masa Kerja

Pengelompokan masa kerja partisipan dalam penelitian ini mengacu pada teori Morrow & McElroy (1987) dimana masa kerja dibagi ke dalam tiga tahapan pertumbuhan, yaitu tahap perkembangan (kurang dari dua tahun), tahap lanjutan (2 hingga 10 tahun), dan tahap pemeliharaan (lebih dari 10 tahun). Berdasarkan tabel 4.3 partisipan dalam penelitian ini sebagian besar memiliki masa kerja di atas 10 tahun atau berada pada tahap pemeliharaan yaitu sebanyak 51 responden (42.5%). Sementara itu sebanyak 41 partisipan (34.2%) memiliki masa kerja

antara 2 hingga 10 tahun atau berada pada tahap lanjutan. Sisanya sebanyak 28 partisipan (23.3%) memiliki masa kerja kurang dari dua tahun atau berada pada tahap perkembangan. Penyebaran masa kerja partisipan penelitian dapat dilihat pada tabel 4.3 di bawah ini:

Tabel 4.3 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Masa Kerja

Tahapan	Masa Kerja	Frekuensi	Persentase
Perkembangan	< 2 tahun	28	23.3 %
Lanjutan	2 – 10 tahun	41	34.2 %
Pemeliharaan	> 10 tahun	51	42.5 %
Total		120	100 %

4.1.4 Gambaran Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan

Berdasarkan tabel 4.4, ibu yang menjadi partisipan penelitian ini sebagian besar masih berstatus menikah atau memiliki pasangan (suami), yaitu sebanyak 113 responden dari 120 responden (94.2%). Meski demikian terdapat 7 partisipan (5.8%) yang sudah tidak lagi berstatus menikah atau sudah bercerai. (lihat tabel 4.4 di bawah ini):

Tabel 4.4 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase
Menikah	113	94.2 %
Bercerai	7	5.8 %
Total	120	100 %

4.1.5 Gambaran Partisipan Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal

Berdasarkan tabel 4.5, sebagian besar partisipan dalam penelitian ini tinggal di wilayah kota Karawang yaitu sebanyak 92 partisipan (76.7%). Sisanya sebanyak 28 orang partisipan (23.3 %) tinggal di wilayah kota Jakarta.

Tabel 4.5 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Wilayah

Wilayah	Frekuensi	Persentase
Jakarta	28	76.7 %
Karawang	92	23.3 %
Total	120	100 %

4.2 Analisis Data Utama Penelitian

Analisis data utama penelitian meliputi perhitungan deskriptif terhadap persepsi partisipan mengenai kualitas hidup secara keseluruhan, persepsi partisipan mengenai kesehatannya secara umum, serta persepsi partisipan atas domain-domain kualitas hidup yang terdapat dalam kuesioner WHOQOL-BREF antara lain domain kesehatan fisik, domain psikologis, domain, hubungan sosial, dan domain lingkungan.

4.2.1 Gambaran Kualitas Hidup Secara Umum

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa item nomor 1 yaitu mengenai kualitas hidup secara umum merepresentasikan persepsi individu terhadap kualitas hidup secara keseluruhan. Tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan yaitu sebanyak 64 partisipan (53.3%) mempersepsikan kualitas hidupnya ke dalam kategori baik. Sedangkan partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya biasa-biasa saja ada sebanyak 53 partisipan (44.2%). Selain itu terdapat 1 partisipan (0.8%) mempersepsikan kualitas hidupnya ke dalam kategori sangat baik. Sisanya, diketahui bahwa hanya terdapat 2 partisipan (1.7%) yang mempersepsikan kualitas hidupnya buruk dan tidak ada partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya termasuk ke dalam kategori sangat buruk. Hasil perhitungan deskriptif kualitas hidup secara umum dapat dilihat pada tabel 4.7 di bawah ini:

Tabel 4.7 Gambaran Persepsi Kualitas Hidup Secara Umum

Tingkat Kualitas Hidup	Frekuensi	Persentase
Sangat Buruk	0	0%
Buruk	2	1.7 %
Biasa-biasa Saja	53	44.2 %
Baik	64	53.3 %
Sangat Baik	1	0.8 %
Total	120	100 %

4.2.2 Gambaran Kesehatan Secara Umum

Berdasarkan perhitungan deskriptif terhadap persepsi kepuasan partisipan terhadap kesehatannya secara umum, diketahui bahwa sebagian besar partisipan yaitu sebanyak 57 partisipan (47.5%) mempersepsikan kesehatan yang dimilikinya secara umum termasuk kategori biasa saja. Sementara itu, terdapat 45 partisipan (37.5%) yang mempersepsikan kepuasannya terhadap kesehatan secara umum ke dalam kategori memuaskan. Terdapat sebanyak 8 partisipan (6.7%) merasa bahwa kesehatannya secara umum tergolong ke dalam kategori sangat memuaskan. Sisanya, 9 orang partisipan (7.5%) yang merasa bahwa kesehatannya secara umum tidak memuaskan dan 1 orang partisipan (0.8%) yang mempersepsikan kesehatannya secara umum tergolong ke dalam kategori sangat tidak memuaskan. Hasil perhitungan deskriptif kualitas hidup secara umum dapat dilihat pada tabel 4.8 di bawah ini:

Tabel 4.8 Gambaran Persepsi Kesehatan Secara Umum

Tingkat Kualitas Hidup	Frekuensi	Persentase
Sangat Tidak Memuaskan	1	0.8 %
Tidak Memuaskan	9	7.5 %
Biasa-biasa Saja	57	47.5 %
Memuaskan	45	37.5 %
Sangat Memuaskan	8	6.7 %
Total	120	100 %

4.2.3 Gambaran Domain Kualitas Hidup

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa alat ukur WHOQOL-BREF yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari empat domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Berdasarkan tabel 4.9 di bawah ini terlihat bahwa pada domain kesehatan fisik dan psikologis, sebagian besar partisipan mempersepsikan kualitas hidupnya termasuk ke dalam kategori tinggi. Pada kedua domain tersebut tidak ditemukan adanya partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya berada pada kategori sangat rendah dan rendah. Sedangkan pada domain hubungan sosial dan lingkungan, frekuensi terbesar partisipan yaitu sebanyak berada pada kategori sedang. Pada domain hubungan sosial dan lingkungan tidak ditemukan adanya partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya ke dalam kategori sangat rendah.

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Skor Partisipan pada 4 Domain Kualitas Hidup

Domain	Sangat Rendah		Rendah		Sedang		Tinggi		Sangat Tinggi	
	Frek.	%	Frek.	%	Frek.	%	Frek.	%	Frek.	%
Kesehatan Fisik	0	0	0	0	24	20.8	80	66.6	16	13.3
Psikologis	0	0	0	0	31	25.8	82	68.3	7	5.8
Hubungan Sosial	0	0	2	1.6	76	63.3	36	30	6	5
Lingkungan	0	0	6	5	80	66.6	31	25.8	3	2.5

Selain analisis terhadap penyebaran frekuensi skor partisipan pada keempat domain WHOQOL-BREF, dilakukan pula analisis terhadap skor rata-rata partisipan pada keempat domain. Berdasarkan tabel 4.10 di bawah ini terlihat bahwa skor rata-rata paling tinggi terdapat pada domain psikologis yaitu sebesar 66.53 dan skor rata-rata terendah terdapat pada domain lingkungan yaitu sebesar 55.81. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kualitas hidup paling tinggi yang dipersepsikan oleh partisipan terdapat dalam domain psikologis. Sedangkan, tingkat kualitas hidup paling rendah yang dipersepsikan oleh partisipan terdapat pada domain lingkungan. Tabel 4.10 juga menunjukkan bahwa domain hubungan sosial memiliki nilai standar deviasi yang paling tinggi yaitu 11.45. Hal ini berarti persepsi partisipan terhadap kualitas hidupnya dalam domain hubungan sosial lebih bervariasi dibandingkan dengan persepsi partisipan mengenai kualitas hidupnya pada domain lainnya. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.10 yang berisikan gambaran skor rata-rata, standar deviasi serta skor minimum dan maksimum partisipan pada keempat domain kualitas hidup.

Tabel 4.10 Gambaran Rata-rata Skor Domain Kualitas Hidup

Domain	Mean	SD	Min	Maks
Kesehatan Fisik	65.74	10.21	43	89
Psikologis	66.53	9.75	46	88
Hubungan Sosial	59.72	11.45	25	100
Lingkungan	55.81	10.03	34	88

4.3 Analisis Tambahan Penelitian

Analisis tambahan dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui adanya perbedaan skor rata-rata dari keempat domain kualitas hidup di antara dua atau lebih kelompok data partisipan. Dalam penelitian ini, terdapat lima variabel yang terdapat dalam data partisipan yaitu usia, tingkat pendidikan, masa kerja, status pernikahan, dan wilayah tempat tinggal. Meski demikian tidak semua variabel dapat dilakukan analisis tambahan. Pada variabel status pernikahan, data yang didapatkan tidak dapat diolah menggunakan *t-test* karena distribusi frekuensinya skewed atau tidak normal.

4.3.1 Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Usia

Pada bagian ini, peneliti ingin melihat ada tidaknya perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup berdasarkan usia partisipan penelitian. Perhitungan perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup ini dilakukan dengan menggunakan *one way anova* karena terdapat lebih dari dua kelompok partisipan yang akan dibandingkan yaitu kelompok usia 20-31 tahun, usia 31-40 tahun, usia 41-50 tahun, dan usia 51-60 tahun. Hasil perhitungan statistik tersebut dapat dilihat pada tabel 4.11 di bawah ini:

Tabel 4.11 Perbedaan Berdasarkan Usia

Domain Kualitas Hidup	Mean				F	Sig
	20-30 tahun	31-40 tahun	41-50 tahun	51-60 tahun		
Kesehatan Fisik	67.30	64.43	55.36	69.64	2.328	0.078
Psikologis	67.06	65.25	71.88	70.83	0.877	0.455
Hubungan Sosial	62.37	57.00	52.08	58.33	2.808	0.043**
Lingkungan	55.47	56.25	55.47	56.25	0.058	0.982

Berdasarkan tabel 4.11 diketahui bahwa domain hubungan sosial memiliki $p < 0.05$, dimana nilai p tersebut signifikan pada LOS 0.05. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata domain hubungan sosial diantara kedua kelompok usia. Kelompok partisipan yang usianya berada pada rentang 20-30 tahun mempersepsikan kualitas hubungan sosial yang dimilikinya lebih baik dari kelompok partisipan yang lain. Sedangkan pada ketiga domain lainnya (kesehatan fisik, psikologis, dan lingkungan), memiliki nilai $P > 0.05$. Hal ini berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata ketiga domain tersebut diantara kelompok partisipan berdasarkan usia.

4.3.2 Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Pendidikan

Pada bagian ini, peneliti ingin melihat ada tidaknya perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup berdasarkan tingkat pendidikan partisipan penelitian. Perhitungan perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup ini dilakukan dengan menggunakan *one way Anova* karena terdapat lebih dari dua kelompok partisipan yang akan dibandingkan yaitu kelompok tingkat pendidikan SD, SMP, SMA, D3, dan S1.

Tabel 4.12 Perbedaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Domain Kualitas Hidup	Mean					F	Sig
	SD	SMP	SMA	D3	S1		
Kesehatan Fisik	64.29	65.97	65.74	58.93	60.71	0.293	0.882
Psikologis	54.17	68.98	66.06	60.42	66.67	1.080	0.370
Hubungan Sosial	50.00	61.11	59.46	58.33	58.33	0.295	0.880
Lingkungan	53.13	56.94	55.51	54.69	56.25	0.127	0.973

Berdasarkan tabel 4.12 dapat diketahui bahwa setiap domain kualitas hidup memiliki nilai $p > 0.05$ dimana nilai p tersebut tidak signifikan pada LOS 0.05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata setiap domain kualitas hidup diantara beberapa kelompok tingkat pendidikan. Dengan kata lain, baik partisipan dengan tingkat pendidikan SD, SMP, SMA, D3, maupun S1, memiliki persepsi yang tidak berbeda secara signifikan terhadap keempat domain kualitas hidup.

4.3.3 Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Masa Kerja

Pada bagian ini, peneliti ingin melihat ada tidaknya perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup berdasarkan masa kerja dari pekerja *shift* yang menjadi partisipan dalam penelitian ini. Perhitungan perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup ini dilakukan dengan menggunakan *one way Anova* karena terdapat lebih dari dua kelompok partisipan yang akan dibandingkan yaitu kelompok partisipan dengan masa kerja kurang dari 2 tahun, masa kerja 2-10 tahun, dan partisipan dengan masa kerja di atas 10 tahun. Hasil perhitungan statistik tersebut dapat dilihat pada tabel 4.13 di bawah ini.

Tabel 4.13 Perbedaan Berdasarkan Masa Kerja

Domain Kualitas Hidup	Mean			F	Sig
	<2 thn	2-10 thn	>10 thn		
Kesehatan Fisik	68.49	68.85	64.15	1.665	0.194
Psikologis	66.22	66.83	66.36	0.044	0.957
Hubungan Sosial	60.12	60.98	58.50	0.550	0.578
Lingkungan	53.68	57.70	55.45	1.397	0.251

Berdasarkan tabel 4.13 dapat diketahui bahwa keempat domain kualitas hidup memiliki nilai $p > 0.05$ dimana nilai p tersebut tidak signifikan pada LOS 0.05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata setiap domain kualitas hidup diantara ketiga kelompok masa kerja. Dengan kata lain, baik partisipan dengan masa kerja di bawah 2 tahun, 2-10 tahun, ataupun di atas 10 tahun, memiliki persepsi yang tidak berbeda secara signifikan terhadap keempat domain kualitas hidup.

4.3.4 Perbedaan Rata-rata Domain Kualitas Hidup Wilayah Tempat Tinggal

Pada bagian ini, peneliti ingin melihat ada tidaknya perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup berdasarkan wilayah tempat tinggal partisipan. Perhitungan perbedaan skor rata-rata domain kualitas hidup ini dilakukan dengan menggunakan *independent sample t-test* karena terdapat dua kelompok partisipan yang akan dibandingkan yaitu kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta dan partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Karawang. Untuk lebih jelasnya, hasil perhitungan statistik tersebut dapat dilihat pada tabel 4.14 di bawah ini.

Tabel 4.14 Perbedaan Berdasarkan Wilayah

Domain Kualitas Hidup	Mean		F	Sig
	Jakarta	Karawang		
Kesehatan Fisik	64.67	66.07	7.284	0.008**
Psikologis	67.86	66.12	3.142	0.79
Hubungan Sosial	57.44	60.42	3.728	0.056
Lingkungan	55.80	55.81	0.003	0.958

Berdasarkan tabel 4.14 dapat diketahui bahwa domain kesehatan fisik memiliki nilai $p < 0.05$ dimana nilai p tersebut signifikan pada LOS 0.05. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata domain kesehatan fisik diantara kedua kelompok partisipan. Dengan kata lain, kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta memiliki persepsi terhadap kualitas kesehatan fisik yang berbeda secara signifikan dari kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Karawang. Dalam hal ini, kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Karawang mempersepsikan kualitas kesehatan fisiknya lebih baik dari kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta. Sementara itu, pada ketiga domain lainnya (kesehatan fisik, psikologis, dan hubungan sosial), memiliki nilai $P > 0.05$. Hal ini berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata ketiga domain tersebut diantara kedua kelompok partisipan. Dengan kata lain, baik kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta maupun Karawang memiliki persepsi yang tidak berbeda secara signifikan terhadap ketiga domain kualitas hidup tersebut.

Bab 5

Kesimpulan, Diskusi, dan Saran

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Lebih dari 50% ibu yang bekerja *shift* dengan sistem rotasi mempersepsikan kualitas hidup mereka secara umum tergolong baik. Sementara itu diketahui tidak ada partisipan yang mempersepsikan kualitas hidup mereka secara umum tergolong sangat buruk.
2. Terdapat hampir separuh dari ibu pekerja shift rotasi yang menjadi partisipan penelitian ini (47.5%) mempersepsikan kesehatan mereka secara umum biasa-biasa saja. Selain itu, diketahui bahwa terdapat 1 orang partisipan yang mempersepsikan kesehatannya secara umum sangat tidak memuaskan.
3. Gambaran domain-domain kualitas hidup ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi memperlihatkan bahwa pada domain kesehatan fisik dan psikologis, lebih dari 60% partisipan mempersepsikan kualitas hidupnya termasuk ke dalam kategori tinggi. Sementara itu, pada domain hubungan sosial dan lingkungan, terdapat lebih dari 60% partisipan mempersepsikan kualitas hidupnya dalam kategori sedang.
4. Pada keempat domain tidak ditemukan adanya partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya termasuk dalam kategori sangat rendah. Namun tidak seperti pada domain kesehatan fisik dan psikologis, pada domain hubungan sosial dan lingkungan ditemukan adanya partisipan yang mempersepsikan kualitas hidupnya termasuk kategori rendah.
5. Gambaran domain-domain kualitas hidup partisipan juga memperlihatkan bahwa aspek kehidupan yang paling berkualitas dalam hidup ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi adalah aspek psikologis dengan nilai

rata-rata sebesar 66.53. Aspek psikologis mencakup konsep diri individu, keyakinan spiritual atau tingkat religiusitas, daya ingat, kemampuan belajar, serta tingkat konsentrasi individu. Sedangkan aspek kehidupan yang memiliki tingkat kualitas paling rendah adalah aspek lingkungan dimana nilai rata-ratanya sebesar 55.81. Aspek ini mencakup keamanan, lingkungan fisik, keuangan, informasi, rekreasi, tempat tinggal, pelayanan, dan transportasi.

Selain adanya hasil data utama, peneliti juga melakukan hasil analisis tambahan dimana kesimpulan yang didapatkan adalah sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata domain hubungan sosial diantara beberapa kelompok partisipan. Kelompok partisipan yang usianya berada pada rentang 20-30 tahun mempersepsikan kualitas hubungannya lebih baik dari kelompok partisipan lainnya. Pada ketiga domain yang lain (kesehatan fisik, psikologis, dan lingkungan), tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata ketiga domain diantara kelompok usia.
2. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata setiap domain kualitas hidup diantara kelompok tingkat pendidikan SD, SMP, SMA, D3, dan S1.
3. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata setiap domain kualitas hidup diantara kelompok masa kerja di bawah 2 tahun, 2-10 tahun, ataupun di atas 10 tahun.
4. Terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata domain kesehatan fisik diantara kedua kelompok partisipan yaitu partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta dan Karawang. Diketahui bahwa, kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Karawang mempersepsikan kualitas kesehatan fisiknya lebih baik dari kelompok partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta. Sedangkan pada ketiga domain lainnya tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata antara kelompok yang bertempat tinggal di Jakarta maupun Karawang.

5.2 Diskusi

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas hidup dari ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi. Seperti yang telah dijelaskan pada bab 1 dan 2, bekerja secara *shift* dengan sistem rotasi memberikan dampak negatif (fisik, psikologis, dan sosial) terhadap kehidupan para pekerjanya. Adanya berbagai dampak negatif tersebut, memungkinkan terganggunya kualitas hidup dari ibu yang bekerja secara *shift* rotasi. Meski demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa para ibu pekerja *shift* rotasi yang menjadi partisipan mempersepsikan kualitas hidup mereka secara umum tergolong baik. Berdasarkan hal tersebut, peneliti menemukan adanya dua kemungkinan penjelasan mengenai adanya kesenjangan yang terdapat pada hasil penelitian.

Pertama, peneliti menduga kemungkinan adanya kecenderungan *faking good* pada jawaban yang diberikan partisipan terhadap kuesioner WHOQOL-BREF. Hal ini mungkin terkait dengan prosedur pelaksanaan penelitian ini dimana situasi pelaksanaan pengisian kuesioner kurang memberikan rasa aman pada partisipan untuk memberikan jawaban yang sesungguhnya. Saat pengisian kuesioner berlangsung, partisipan penelitian yang merupakan operator produksi diawasi oleh seorang atasan (supervisor produksi) mereka. Partisipan penelitian mungkin mengira bahwa hasil penelitian ini akan berdampak pada penilaian kinerja mereka di perusahaan tersebut sehingga mereka kemudian berusaha untuk menampilkan jawaban yang terlihat baik (*faking good*). Hal ini diperburuk dengan ketiadaan instruksi pengisian kuesioner yang antara lain berisikan pernyataan untuk meyakinkan partisipan bahwa hasil dari penelitian ini tidak terkait dengan perusahaan dan sepenuhnya hanya dipergunakan untuk penelitian ini.

Di samping adanya kemungkinan kecenderungan *faking good*, ketidaksesuaian hasil penelitian dengan teori yang ada, juga dapat disebabkan adanya faktor lain yang mempengaruhi partisipan dalam mempersepsikan kualitas hidupnya. Peneliti menduga, para ibu pekerja *shift* rotasi yang menjadi partisipan penelitian memiliki penilaian positif terhadap pekerjaan mereka yang pada akhirnya mempengaruhi persepsi mereka terhadap kualitas hidupnya. Dalam

hal ini partisipan menilai bahwa pekerjaan mereka memberikan kebahagiaan dalam hidupnya. Partisipan mungkin juga merasa bahwa dengan bekerja meskipun harus di-*shift* rotasi, akan lebih baik daripada tidak bekerja sama sekali. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Puspita (1998) yaitu ibu yang bekerja memiliki kepuasan hidup yang lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

Selain itu, dari hasil pengamatan dan wawancara terhadap buruh wanita yang bekerja di pabrik, diketahui bahwa menjadi buruh wanita adalah lebih baik daripada hanya tinggal di rumah dan tidak bekerja sama sekali. Bagi buruh wanita, ada kebanggaan tersendiri bagi mereka dapat bekerja di pabrik. Selain itu, walaupun pekerjaan mereka melelahkan namun di sisi lain mereka mendapatkan kesempatan untuk memperluas lingkungan pergaulan dengan teman kerjanya (Abdams, 1991). Dengan diberikannya kesempatan untuk bekerja di luar rumah akan membuat perempuan terlepas dari perasaan bosan dan terisolasi dalam pekerjaan rumah tangga sehingga akan mendorong tercapainya kebahagiaan dan *self-fulfillment*. Hal serupa juga dinyatakan Barnett dan Baruch (dalam Nieva dan Gutek, 1981) yaitu dengan bekerja perasaan *well being* perempuan dapat meningkat.

Gambaran domain-domain kualitas hidup partisipan memperlihatkan bahwa aspek kehidupan yang memiliki tingkat kualitas yang paling rendah pada ibu yang bekerja *shift* rotasi adalah aspek lingkungan. Aspek lingkungan ini mencakup keamanan, lingkungan fisik, keuangan, informasi, rekreasi, tempat tinggal, pelayanan, dan transportasi. Meski sebagian besar partisipan penelitian (66.6%) mempersepsikan kualitas lingkungannya dalam kategori sedang, namun dari keempat domain kualitas hidup aspek lingkungan diketahui memiliki tingkat kualitas yang paling rendah. Menurut peneliti, hal ini mungkin disebabkan karena keseluruhan partisipan merupakan pekerja *blue collar* yaitu sebagai tenaga operator produksi di perusahaan manufaktur dengan penghasilan antara 1 hingga 1.5 juta rupiah per bulannya. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, keuangan merupakan salah satu faset dari aspek lingkungan. Dengan penghasilan yang tidak terlalu besar, maka kesempatan mereka untuk mendapatkan tempat tinggal, pelayanan, dan transportasi yang memadai menjadi terbatas. Selain itu, berdasarkan data demografi, sebagian besar partisipan penelitian bertempat

tinggal di luar Jakarta yaitu di wilayah Karawang. Seperti diketahui kurangnya pemerataan pembangunan di Indonesia menyebabkan pengadaan sarana dan fasilitas umum di kota-kota kecil menjadi kurang diperhatikan seperti di kota-kota besar. Oleh karenanya partisipan yang tinggal di wilayah Karawang memiliki keterbatasan untuk mendapatkan informasi, pelayanan, dan transportasi yang memadai.

Hasil analisis tambahan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dari skor rata-rata domain hubungan sosial berdasarkan usia dan tingkat pendidikan. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh karakteristik personal seperti usia (Lehman, dalam Basu, 2004).

Dalam penelitian ini juga tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan dari rata-rata skor setiap domain kualitas hidup diantara kelompok yang memiliki tingkat pendidikan yang berbeda (SD, SMP, SMA, D3, dan S1). Flanagan (1978) menyebutkan bahwa perkembangan intelektual merupakan salah satu komponen yang penting dalam kualitas hidup seseorang. Partisipan dalam penelitian ini seluruhnya memiliki pekerjaan yang sama yaitu sebagai tenaga operator produksi. Dalam hal ini, pekerjaan yang mereka lakukan bersifat teknis, rutin dan monoton. Oleh karenanya, mereka kurang mengembangkan kemampuan intelektual sehingga perbedaan tingkat pendidikan diantara kelompok partisipan tidak memberikan perbedaan terhadap kualitas hidup mereka. Selain itu, tidak adanya perbedaan yang signifikan juga disebabkan penyebaran partisipan yang kurang merata antara kelompok SD, SMP, SMA, D3, dan S1, dimana sebagian besar partisipan memiliki tingkat pendidikan SMP dan SMA.

Sementara itu, pada variabel wilayah tempat tinggal, hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan skor rata-rata pada domain kesehatan. Dalam hal ini, kelompok partisipan yang tinggal di wilayah Karawang mempersepsikan kualitas kesehatannya lebih baik dari partisipan yang tinggal di wilayah Jakarta. Peneliti menduga hal tersebut mungkin disebabkan adanya variabel lain yang berhubungan dengan variabel wilayah. Dari hasil perhitungan *chi-square* diketahui bahwa variabel wilayah berhubungan secara signifikan dengan variabel

usia. Oleh karenanya penjelasan mengenai adanya perbedaan pada variabel wilayah dapat dijelaskan melalui gambaran respon pada variabel usia.

Berdasarkan gambaran usia partisipan di wilayah Karawang, dapat terlihat bahwa sebagian besar partisipan berusia di bawah 40 tahun. Hasil penelitian yang dilakukan Iskra-Golec, et al (dalam Perrucci, et al., 2007) mengenai kesehatan fisik antara perawat yang bekerja *shift* 12 jam dengan perawat yang bekerja *shift* 8 jam menunjukkan bahwa tidak ditemukannya masalah kesehatan pada perawat kemungkinan disebabkan usia perawat yang relatif masih muda yaitu di bawah 35 tahun. Selain itu, hasil penelitian juga sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa usia kritis bagi pekerja *shift* adalah usia 40 tahun ke atas (Koler dalam Adnan, 2002). Pada usia tersebut penyesuaian ritme Circadian terhadap kerja *shift* menjadi lebih lambat dibandingkan dengan pekerja *shift* yang lebih muda (Harma, dalam Adnan 2002). Dengan demikian dapat dikatakan pekerja *shift* yang berusia di atas 40 tahun akan lebih merasakan dampak sistem *shift* kerja terhadap kesehatan dibanding pekerja *shift* yang berusia di bawah 40 tahun. Sebaliknya pekerja *shift* pada usia muda seperti yang banyak terdapat di kelompok partisipan wilayah Karawang tidak terlalu merasakan dampak negatif dari sistem *shift* kerja. Hal tersebut kemudian membuat kelompok partisipan di wilayah Karawang mempersepsikan kesehatannya lebih baik dari kelompok partisipan yang tinggal di wilayah Jakarta.

5.3 Saran

5.3.1 Saran Metodologis

Saran metodologis yang dapat diberikan peneliti untuk penelitian selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Hasil penelitian deskriptif dapat menjadi informasi awal untuk dilakukannya penelitian selanjutnya. Peneliti berharap akan ada lagi penelitian mengenai kualitas hidup dari pekerja *shift* yang lebih mendalam baik secara kualitatif maupun kuantitatif.
2. Pada penelitian selanjutnya diharapkan untuk lebih memperhatikan prosedur pelaksanaan pengisian kuesioner untuk mencegah adanya kecenderungan

faking good pada jawaban yang diberikan oleh partisipan penelitian. Dalam hal ini, peneliti dapat menyediakan instruksi pengisian kuesioner yang antara lain berisikan pernyataan bahwa hasil kuesioner ini hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian.

3. Pada penelitian ini keseluruhan pekerja *shift* yang menjadi partisipan merupakan pekerja *blue collar*, peneliti berharap pada penelitian selanjutnya mengenai pekerja *shift* dapat menggunakan partisipan pekerja *shift* pada level manajerial seperti supervisor agar bisa dibandingkan kualitas hidupnya dengan pekerja level bawah seperti operator.
4. Sampel pada penelitian ini terlalu homogen, dimana keseluruhan partisipan adalah tenaga operator produksi dengan tingkat pendapatan yang relatif sama. Dalam penelitian selanjutnya diharapkan untuk mengambil sampel yang lebih beragam yaitu dari berbagai sektor seperti pelayanan kesehatan, *call-centre*, pelayanan keamanan, dan lain sebagainya sehingga dapat dilihat perbedaan pada tingkat pendapatannya.
5. Alat ukur WHOQOL-BREF merupakan pengukuran kualitas hidup secara subyektif. Pengukuran tersebut didasarkan pada persepsi individu terhadap kualitas hidupnya dan bukan berdasarkan kenyataan obyektif. Oleh karenanya, akan lebih baik bila peneliti memiliki tambahan informasi mengenai kenyataan obyektif yang sedang dialami partisipan dalam setiap domain-domain kualitas hidup. Informasi tambahan ini bisa didapatkan melalui wawancara singkat dengan partisipan. Informasi tambahan ini dapat dibandingkan dengan hasil pengukuran subyektif dari WHOQOL-BREF sehingga dihasilkan gambaran kualitas hidup yang lebih menyeluruh.

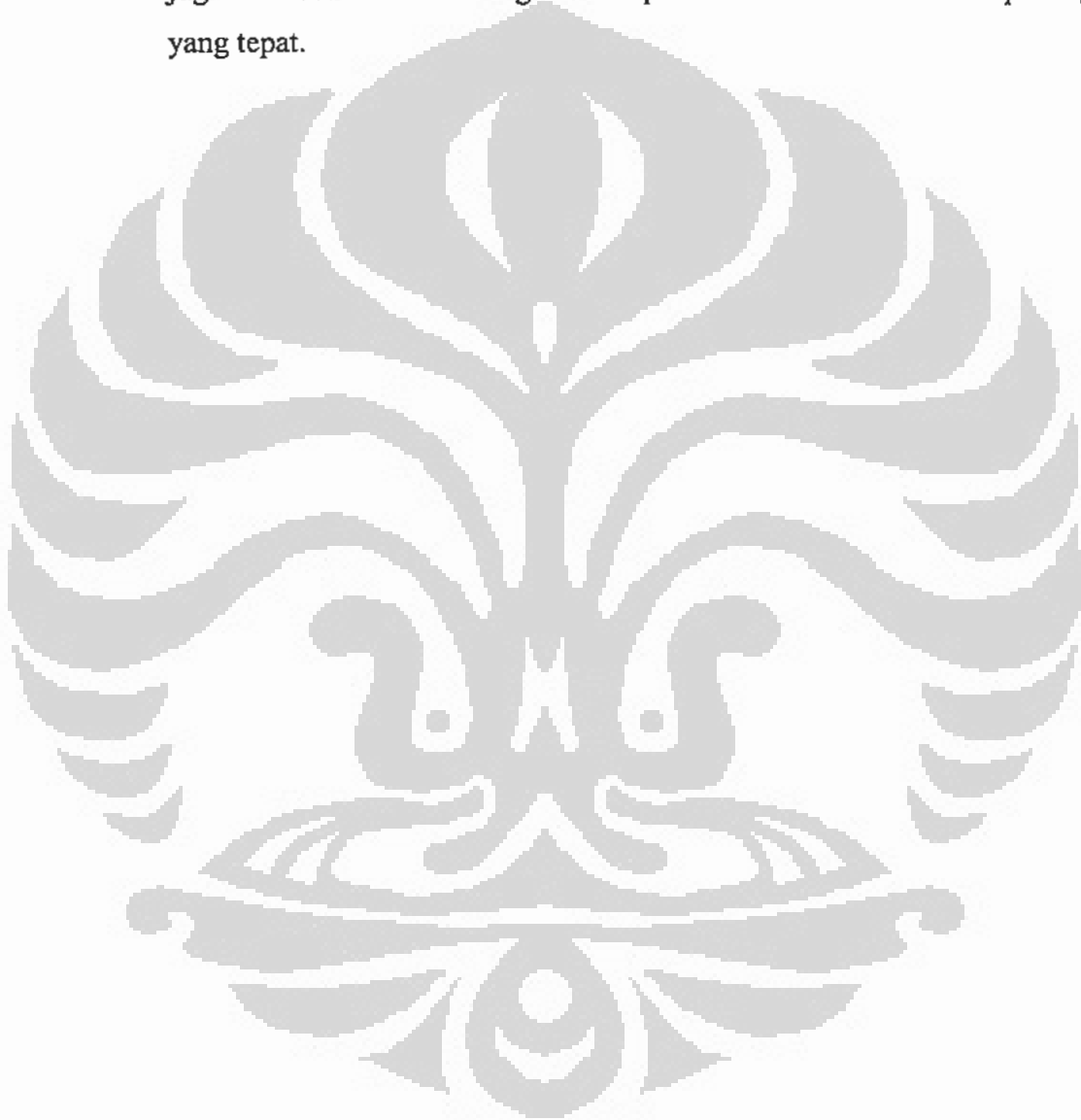
5.3.2 Saran Praktis

Beberapa saran praktis dari penelitian ini antara lain:

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh pihak yang berkepentingan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup ibu yang menjadi pekerja *shift* rotasi.
2. Informasi dari penelitian ini juga dapat digunakan oleh para praktisi Sumber Daya Manusia khususnya yang berada di perusahaan manufaktur, mengingat

keseluruhan partisipan merupakan tenaga operator produksi di perusahaan manufaktur.

3. Bagi para konselor dan ahli klinis, hasil penelitian dapat dimanfaatkan untuk mengetahui mengenai aspek hidup mana yang paling tinggi dan paling rendah kualitasnya dari para ibu yang bekerja dengan sistem *shift* rotasi. Selain itu juga untuk membantu mengambil keputusan untuk memberikan penanganan yang tepat.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdams, I. (1991). *Hubungan Konsep Diri dengan Perilaku Konsumtif pada Buruh Wanita di Jakarta*. Fakultas Psikologi UI.
- Adnan, I. (2002). *Hubungan antara Tipe Kepribadian, Tipe Circadian dengan Sikap Terhadap Sistem Kerja Shift Rotasi*. Program Pascasarjana Fakultas Psikologi UI.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and Quality of Life: Result of a Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 48 (3), pp 189-199.
- Bara, C. A. & Arber, S. Working Shifts and Mental Health - findings from the British Household Panel Survey (1995-2005). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Stockholm: Sep 2009. Vol. 35, Iss. 5; pg. 361, 7 pgs.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research Method in Clinical Psychology: An Introduction for Student and Practitioners* (2nd ed). West Sussex: John Willey and Sons, Ltd.
- Barnett, R. C., Gareis, K. C., Brennan, R. T. (2008). Wives' Shift Work Schedules and Husband' and Wives' Wellbeing in Dual-Earner Couples With Children: A Within Couple Analysis. *Journal of Family Issues*. Diakses 28 Oktober 2009 dari <http://jfi.sagepub.com>.
- Barton, J. (1994). Choosing to Work at Night: A Moderating Influence on Individual Tolerance to Shift Work. *Journal of Applied Psychology*. Diakses pada 28 Oktober 2009 dari <http://psynet.apa.org>.
- Basu, D. (2004). Quality of Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future. *German Journal of Psychiatry* (ISSN 1433-1055).
- Berry, L. M. (1998). *Psychology at Work* (2nd ed). Singapore: McGraw Hills Companies.
- Engelchin, D. S., & Wozner, Y. (2005). Quality of Life Single Mother by Choice in Israel: Comparison to Divorced Mothers and Married Mothers. *Marriage and Family Review*, Vol. 37, ISS 4, pg. 7.

- Evans, D. R. (1997). Health Promotion, Wellness Programs, Quality of Life and the *Marketing of Psychology*. *Canadian Psychology*, Vol. 38 (1), pp 1-12.
- Flanagan, J. C. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life. *American Psychologist*, pp 138-147.
- Foltin, R. W., Ward, A. S., Haney, M., & Hart, C. L. (2003). Zolpidem-Related Effects on Performance and Mood During Simulated Night *Shift* Work. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. Diakses 28 Oktober 2009 dari <http://psynet.apa.org>.
- Fuliawati. (1991). *Hubungan antara sikap suami yang mendukung dan tidak mendukung istri bekerja dan istri tidak bekerja dengan kepuasan perkawinan suami-istri*. Skripsi Sarjana Fakultas Psikologi UI. Depok.
- Grosswald, B. (2004). The Effect of *Shift* work on Family Satisfaction. *Family in Society*, Vol. 85, ISS 3, pg. 413, 11 pgs.
- Guilford, J. P., & Fruchter, B. (1978). *Fundamental Statistic in Psychology and Education* (6th ed). Tokyo: McGraw-Hill International.
- Hattery, A. (2001). Tag-team parenting: Costs and Benefits of Utilizing Nonoverlapping *Shift* Work in Families with Young Children. *Journal of Family and Society*, Vol. 82, Iss. 4; pg. 419, 9 pgs.
- Hoffman, L. W. & Nye, F. E. (1984). *Working Mother: An evaluative review of the consequences for wife, husband, and child*. California: Jossey-Bass, Inc Publishers.
- Kerlinger, F. N. (1992). *Foundation of Behavioral Research* (2nd ed). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Landy, F. J., & Trumbo, D. A. (1985). *Psychology of Work Behavior*. Illinois: The Dorsey Press.
- Maurits, L. S. & Widodo, I. D. (2008). Faktor dan Penjadualan *Shift* Kerja. *Teknoin*, Vol. 13, No.2. ISSN: 0853-8697.
- McKenna, E. (2000). *Bussiness Psychology and Organization Behavior* (3rd ed). New York: Psychology Press, Ltd.
- Mwemba, P. (2008). *Quality of Life Among Rural and Urban Zambian Men and Women with HIV/AIDS*. Ken State University College of Nursing.

- Munandar, S. C. U. (1983). Peran ganda wanita dalam keluarga. Dalam S.C.U. Munandar (Editor). *Emansipasi dan peran ganda wanita Indonesia: Suatu tinjauan psikologis*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Nieva, V.F. & Gutek, B. A. (1981). *Women & work: A psychological perspective*. New York: Praeger Publisher.
- Pedhazur, E. J. (1982). *Multiple Regression in Behavioral Research: Explanation and Prediction*. New York: Holt, Reinhart & Winston, Inc.
- Perrucci, R., et al. (2007). The Significance of *Shift* Work: Current Status and Future Directions. *Journal Family and Economic*. ISS 28:600-617.
- Power, M., Harper, A., Bullinger, M., & The World Health Organization Quality of Life Group. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *Health Psychology*, Vol. 18 (No.5), pp 495-505.
- Pullat, B. M. (1992). *Fundamental of Industrials Ergonomics*. New Jersey: Prentice Hall .
- Rajaratnam, S. M., & Arendt, J. (2001). Health in a 24-h Society. *The Lancet*, Vo. 358, ISS 9286, pg. 999, 7 pgs.
- Rogers, et al. (1997). Improving *Shift* Work Management. *The Journal of Occupational Health and Safety*. Vol.2. ILO
- Rosa, R. R., & Colligan, M. J. (1997). Plain Language About *Shift* Work. DHHS (NIOSH) Publication, No. 97-145.
- Schultz, D., & Ellens, S. (2006). *Psychology and Work Today* (9th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Seccombe, K., & Warner, R. L. (2004). *Marriages and Families Relationship in Social Context*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Setiadi, B. N., Matindas, R. W., & Chairy, L. S. (1998). *Pedoman Penulisan Skripsi Psikologi*. Jakarta: LPSP3 UI.
- Shaughnessy, J. J., Zeichmeister, J. S., & Zeichmeister, B. B. (2001). *Essential of Research and Methods in Psychology*. New York: McGraw Hills Companies, Inc.
- Simanjuntak, D. (1997). Hubungan *Shift* Kerja dan Absensi. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Vol. 25, No.7, ISSN 0216-3527.

- Spector, P. E. (2000). *Industrial and Organization Behavior* (2nd ed). New York: John Willey and Sons, Inc.
- Stewart, A. C., & Dun, J. (2000). *Families Conflict on Child and Adolescent Development*. New York: Cambridge.
- Sukadji, S. (2000). *Menyusun dan Mengevaluasi Laporan Penelitian*. Jakarta: UI-Press
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & Vries, J. D. (2006). The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating Its Discriminant Ability for Psychiatric Outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 22 (No.3), pp 207-215.
- Wardhani, V. (2006). *Gambaran Kualitas Hidup Dewasa Muda Berstatus Lajang melalui Adaptasi Instrumen WHOQOL-BREF dan SRPB*. Jakarta: Pascasarjana Fakultas Psikologi UI.
- World Health Organization. (1998). *Draft Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual*. Geneva: WHO (WHO/MNH/MHP/98.4).
- World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4).

Lampiran 1. Reliabilitas Item

Domain Kesehatan Fisik

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.529	.595	7

Domain Psikologis

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.514	.501	6

Domain Hubungan Sosial

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.684	.681	4

Domain Lingkungan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.710	.716	8

Lampiran 2. Validitas Item

Domain Kesehatan Fisik

		Correlations						
		q3	q4	q10	q15	q16	q17	q18
q3	Pearson Correlation	1	.228	-.055	-.093	.387(*)	.000	.344(*)
	Sig. (1-tailed)	.	.113	.385	.312	.017	.500	.031
	N	30	30	30	30	30	30	30
q4	Pearson Correlation	.228	1	-.061	.204	.188	.080	.050
	Sig. (1-tailed)	.113	.	.375	.140	.160	.336	.396
	N	30	30	30	30	30	30	30
q10	Pearson Correlation	-.055	-.061	1	.199	.000	.362(*)	.391(*)
	Sig. (1-tailed)	.385	.375	.	.146	.500	.025	.016
	N	30	30	30	30	30	30	30
q15	Pearson Correlation	-.093	.204	.199	1	.289	.198	.226
	Sig. (1-tailed)	.312	.140	.146	.	.061	.148	.115
	N	30	30	30	30	30	30	30
q16	Pearson Correlation	.387(*)	.188	.000	.289	1	.391(*)	.320(*)
	Sig. (1-tailed)	.017	.160	.500	.061	.	.016	.042
	N	30	30	30	30	30	30	30
q17	Pearson Correlation	.000	.080	.362(*)	.198	.391(*)	1	.563(**)
	Sig. (1-tailed)	.500	.336	.025	.148	.016	.	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30
q18	Pearson Correlation	.344(*)	.050	.391(*)	.226	.320(*)	.563(**)	1
	Sig. (1-tailed)	.031	.396	.016	.115	.042	.001	.
	N	30	30	30	30	30	30	30
dom1	Pearson Correlation	.471(**)	.517(**)	.507(*)	.486(**)	.580(**)	.582(**)	.719(**)
	Sig. (1-tailed)	.004	.002	.002	.003	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Domain Psikologis

		q5	q6	q7	q11	q19	q26
q5	Pearson Correlation	1	.352(*)	-.146	.184	.365(*)	.298
	Sig. (1-tailed)	.	.028	.221	.166	.024	.055
	N	30	30	30	30	30	30
q6	Pearson Correlation	.352(*)	1	-.055	.289	.157	.034
	Sig. (1-tailed)	.028	.	.387	.061	.204	.428
	N	30	30	30	30	30	30
q7	Pearson Correlation	-.146	-.055	1	.284	.443(**)	.091
	Sig. (1-tailed)	.221	.387	.	.064	.007	.317
	N	30	30	30	30	30	30
q11	Pearson Correlation	.184	.289	.284	1	.224	.188
	Sig. (1-tailed)	.166	.061	.064	.	.117	.159
	N	30	30	30	30	30	30
q19	Pearson Correlation	.365(*)	.157	.443(**)	.224	1	.294
	Sig. (1-tailed)	.024	.204	.007	.117	.	.058
	N	30	30	30	30	30	30
q26	Pearson Correlation	.298	.034	.091	.188	.294	1
	Sig. (1-tailed)	.055	.428	.317	.159	.058	.
	N	30	30	30	30	30	30
dom2	Pearson Correlation	.507(**)	.448(**)	.425(**)	.706(**)	.672(**)	.524(**)
	Sig. (1-tailed)	.002	.006	.010	.000	.000	.001
	N	30	30	30	30	30	30

Domain Hubungan Sosial

		q20	q21	q22
q20	Pearson Correlation	1	.650(**)	.523(**)
	Sig. (1-tailed)	.	.000	.002
	N	30	30	30
q21	Pearson Correlation	.650(**)	1	.401(*)
	Sig. (1-tailed)	.000	.	.014
	N	30	30	30
q22	Pearson Correlation	.523(**)	.401(*)	1
	Sig. (1-tailed)	.002	.014	.
	N	30	30	30
dom3	Pearson Correlation	.864(**)	.861(**)	.749(**)
	Sig. (1-tailed)	.000	.000	.000
	N	30	30	30

Domain Lingkungan

Correlations

		q8	q9	q12	q13	q14	q23	q24	q25
q8	Pearson	1	.439(**)	.538(**)	.362(*)	.274	.348(*)	.307(*)	.355(*)
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)		.008	.001	.025	.071	.030	.049	.027
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q9	Pearson	.439(**)	1	.297	.525(**)	-.022	.283	.465(**)	.305
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.008		.056	.001	.455	.065	.005	.051
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q12	Pearson	.538(**)	.297	1	.212	.115	.554(**)	.217	.290
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.001	.056		.130	.273	.001	.125	.060
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q13	Pearson	.362(*)	.525(**)	.212	1	.173	.448(**)	.421(*)	.332(*)
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.025	.001	.130		.181	.006	.010	.037
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q14	Pearson	.274	-.022	.115	.173	1	.229	.151	.380(*)
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.071	.455	.273	.181		.112	.214	.019
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q23	Pearson	.348(*)	.283	.554(**)	.448(**)	.229	1	.264	.316(*)
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.030	.065	.001	.006	.112		.079	.045
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q24	Pearson	.307(*)	.465(**)	.217	.421(*)	.151	.264	1	.686(**)
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.049	.005	.125	.010	.214	.079		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
q25	Pearson	.355(*)	.305	.290	.332(*)	.380(*)	.316(*)	.686(**)	1
	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.027	.051	.060	.037	.019	.045	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
dom	Pearson	.686(**)	.649(**)	.552(**)	.720(**)	.464(**)	.627(**)	.691(**)	.699(**)
4	Correlation								
	Sig. (1-tailed)	.000	.000	.001	.000	.005	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Lampiran 3. Hasil Utama

Kualitas Hidup Secara Umum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	1.7	1.7	1.7
3	53	44.2	44.2	45.8
4	64	53.3	53.3	99.2
5	1	.8	.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

Kesehatan Secara Umum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	.8	.8	.8
2	9	7.5	7.5	8.3
3	57	47.5	47.5	55.8
4	45	37.5	37.5	93.3
5	8	6.7	6.7	100.0
Total	120	100.0	100.0	

Domain Kualitas Hidup

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
trans	120	43	89	65.74	10.202
trans2	120	46	88	66.53	9.752
trans3	120	25	100	59.72	11.450
trans4	120	34	88	55.81	10.033
Valid N (listwise)	120				

Lampiran 4. Hasil Tambahan

Berdasarkan Usia

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
trans	Between Groups	448.987	3	149.662	1.454	.231
	Within Groups	11936.111	116	102.898		
	Total	12385.098	119			
trans2	Between Groups	133.151	3	44.384	.460	.711
	Within Groups	11183.979	116	96.414		
	Total	11317.130	119			
trans3	Between Groups	1098.656	3	366.219	2.929	.037
	Within Groups	14503.195	116	125.028		
	Total	15601.852	119			
trans4	Between Groups	328.247	3	109.416	1.089	.357
	Within Groups	11650.187	116	100.433		
	Total	11978.434	119			

Berdasarkan Tingkat Pendidikan

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
trans	Between Groups	124.915	4	31.229	.293	.882
	Within Groups	12260.182	115	106.610		
	Total	12385.098	119			
trans2	Between Groups	409.703	4	102.426	1.080	.370
	Within Groups	10907.427	115	94.847		
	Total	11317.130	119			
trans3	Between Groups	158.656	4	39.664	.295	.880
	Within Groups	15443.196	115	134.289		
	Total	15601.852	119			
trans4	Between Groups	52.540	4	13.135	.127	.973
	Within Groups	11925.895	115	103.703		
	Total	11978.434	119			

Berdasarkan Masa Kerja

ANOVA

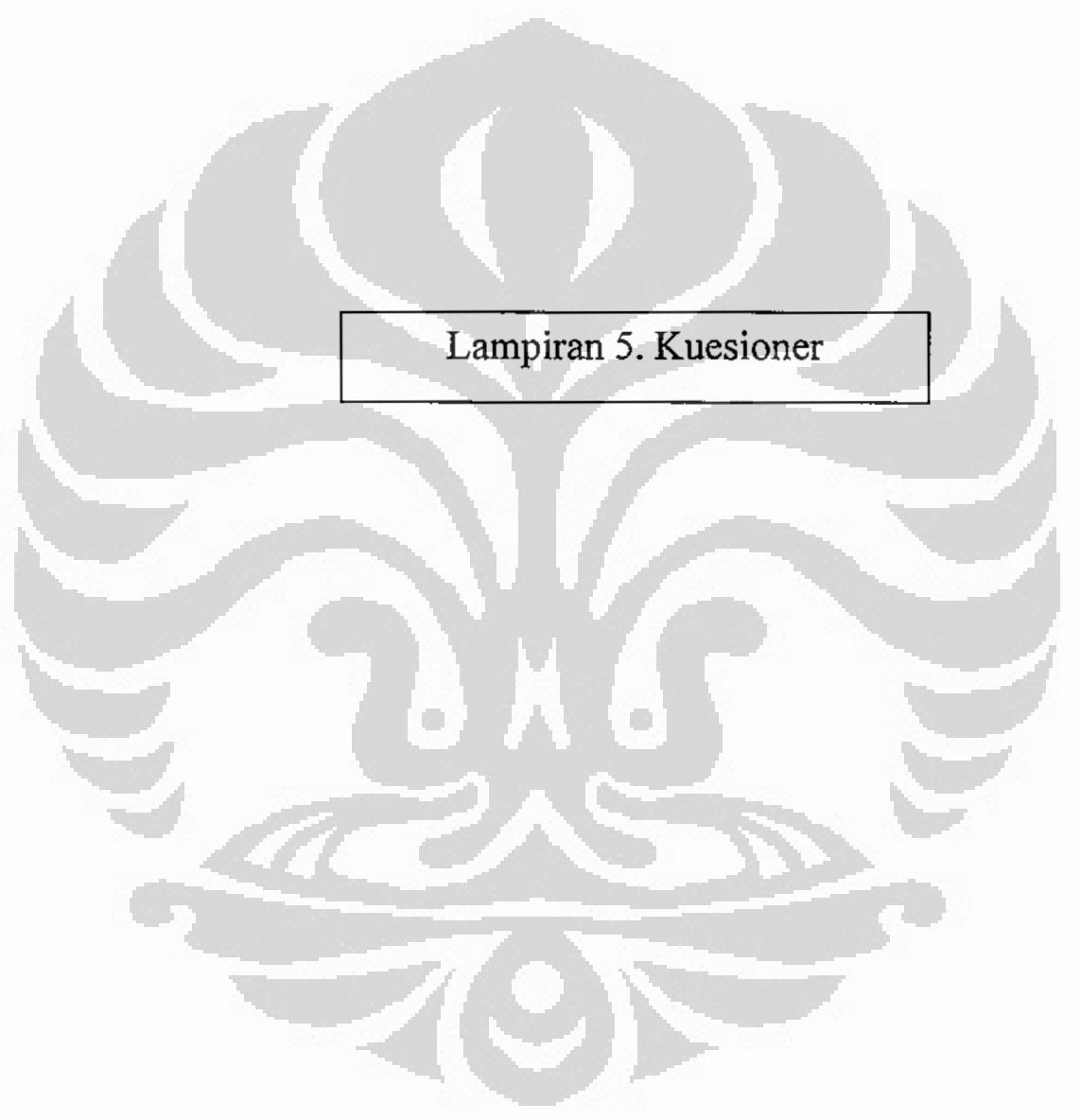
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
trans	Between Groups	342.671	2	171.335	1.665	.194
	Within Groups	12042.427	117	102.927		
	Total	12385.098	119			
trans2	Between Groups	8.438	2	4.219	.044	.957
	Within Groups	11308.691	117	96.655		
	Total	11317.130	119			
trans3	Between Groups	145.413	2	72.706	.550	.578
	Within Groups	15456.439	117	132.106		
	Total	15601.852	119			
trans4	Between Groups	279.327	2	139.664	1.397	.251
	Within Groups	11699.107	117	99.992		
	Total	11978.434	119			

Berdasarkan Status Pernikahan

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
trans	Equal variances assumed	.000	.988	.524	118	.601	2.090	3.986
	Equal variances not assumed			.441	6.515	.673	2.090	4.735
trans2	Equal variances assumed	1.181	.279	-.204	118	.838	-.780	3.814
	Equal variances not assumed			-.153	6.392	.883	-.780	5.096
trans3	Equal variances assumed	1.108	.295	.897	118	.372	4.003	4.463
	Equal variances not assumed			.694	6.424	.512	4.003	5.766
trans4	Equal variances assumed	12.190	.001	-1.837	118	.069	-7.107	3.869
	Equal variances not assumed			-1.000	6.183	.355	-7.107	7.107

Berdasarkan Wilayah

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
trans	Equal variances assumed	7.284	.008	.636	118	.526	1.403	2.207
	Equal variances not assumed			.529	35.508	.600	1.403	2.653
trans2	Equal variances assumed	3.142	.079	-.823	118	.412	-1.734	2.108
	Equal variances not assumed			-.741	38.765	.463	-1.734	2.340
trans3	Equal variances assumed	3.728	.056	1.207	118	.230	2.976	2.467
	Equal variances not assumed			1.418	60.286	.161	2.976	2.099
trans4	Equal variances assumed	.003	.958	.002	118	.998	.005	2.175
	Equal variances not assumed			.002	49.076	.998	.005	2.054



Lampiran 5. Kuesioner

Selamat pagi/siang/sore

Saya adalah mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian mengenai pekerja shift. Untuk itu, saya meminta kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner ini.

Kuesioner ini terdiri dari dua bagian. Bagian I berisi beberapa pertanyaan mengenai data diri Anda. Bagian II terdiri dari 26 pertanyaan mengenai kondisi Anda saat ini.

Sebelum Anda mengerjakan, bacalah terlebih dahulu setiap petunjuk pengisian yang terdapat dalam setiap bagian dalam kuesioner ini. **Jawaban yang Anda berikan sebaiknya benar-benar mewakili diri Anda sesungguhnya.** Semua jawaban yang akan Anda berikan dijamin kerahasiannya dan hanya digunakan untuk penelitian ini saja.

Jawaban Anda sangat berharga bagi penelitian ini. Oleh karena itu, saya mengharapkan kesediaan Anda untuk mengisi seluruh pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner ini dengan sungguh-sungguh.

Untuk kesediaan pengisian kuesioner ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Palupi Maulia Andari

Bagian I

Petunjuk:

Isilah pertanyaan-pertanyaan mengenai data diri Anda.

1. Nama :
2. Usia :tahun
3. Pendidikan terakhir:
4. Masa Kerja : tahun bulan
5. Status pernikahan : Menikah / Bercerai (*)

Bagian II

Petunjuk

Pilihlah jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan diri Anda. Lingkarilah angka yang terdapat pada setiap nomor pertanyaan sesuai dengan jawaban Anda. Jika Anda tidak yakin dengan jawaban yang Anda berikan, pikiran pertama yang muncul pada benak Anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Contoh:

	Tdk pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
Seberapa sering Anda pergi ke Mall?	1	2	3	4	5

Jawaban di atas menunjukkan bahwa Anda jarang pergi ke Mall

Camkan dalam pikiran Anda segala standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian Anda. Pertanyaan berikut ini mengenai apa yang Anda pikirkan tentang kehidupan Anda pada empat minggu terakhir.

	Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1 Bagaimana (menurut Anda) kualitas hidup Anda?	1	2	3	4	5

	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2 Seberapa puasakah Anda dengan kesehatan Anda	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa besar/sering Anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

	Tidak sama sekali	Sedikit	Dlm jumlah sedang	Sangat besar/sering	Dlm jumlah berlebihan
3 Seberapa besar rasa sakit fisik (Anda) mencegah Anda untuk beraktivitas sesuai kebutuhan (Anda)?	5	4	3	2	1
4 Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk menjalani kehidupan sehari-hari?	5	4	3	2	1