

**PARTISIPASI MASYARAKAT SEBUAH INVESTASI UNTUK
MENJAGA HRQOL PADA PEREMPUAN
(COMMUNITY PARTICIPATION: AN INVESTMENT TO
KEEP HRQOL IN WOMEN)**

Edy Purwanto dan Fajar Suminto

*Peneliti SurveyMETER, Jl. Pamularsih 149-A, Klaseman, Sinduharjo, Ngaglik, Sleman,
Yogyakarta. edypaa43@gmail.com dan fassuminto@gmail.com*

Abstract

Health Related Quality of Life focuses on health research or health related quality of life. This study identifies the effect of community participation in HRQOL. Community participation is measured through individual participation in community activities, such as community meetings, voluntary work, PKK, Posyandu, etc. This study uses data from the Indonesian Family Life Survey 2000 and 2007. The method of analysis being used is the Two Stage Least Square (2SLS). The results of the analysis show that participation in community activity can improve HRQOL or slow down HRQOL decrease due to the age factor. This effect greater for males than for females. Using this evidence, a policy which preserves and improves the health status of females and health-related quality of life can be advocated by promoting more community participatory programs. Females who are active in community activities are expected to be able to preserve their health, which can reduce the effects of aging on their health status.

Key Words: HRQOL, IFLS, Instrumental Variable, Participation

Health Related Quality of Life (HRQOL) merupakan bidang yang fokus mempelajari penelitian kesehatan atau kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh partisipasi masyarakat terhadap HRQOL. Partisipasi masyarakat diukur dengan keikutsertaan seseorang dalam salah satu kegiatan yang melibatkan masyarakat seperti pertemuan warga, kerja bakti, PKK, Posyandu dan sebagainya. Studi ini menggunakan data Indonesia Family Life Survey 2000 dan 2007. Metode analisis yang digunakan adalah Two Stage Least Square (2SLS). Hasil analisis menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam kegiatan partisipasi masyarakat dapat meningkatkan HRQOL atau menjaga penurunan HRQOL karena bertambahnya usia. Pengaruh ini nampak lebih besar pada laki-laki dibandingkan perempuan. Dengan hasil ini maka kebijakan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan pada perempuan khususnya dan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan pada umumnya, dapat dilakukan dengan mempromosikan program-program partisipasi masyarakat. Perempuan yang aktif dalam kegiatan kemasyarakatan diharapkan akan dapat mempertahankan kesehatannya. Hal ini dapat mengurangi dampak penuaan yang semakin menurunkan derajat kesehatan.

Kata kunci: HRQOL, IFLS, Instrumental Variable, Partisipasi

1. PENDAHULUAN

Tahun 1948 *World Health Organization* (WHO) memberikan definisi bahwa sehat tidak hanya dilihat dari ketiadaan penyakit dan kelemahan, tetapi juga kesehatan fisik, mental dan sosial. *Health Related Quality of Life* (HRQOL) merupakan bidang yang fokus mempelajari penelitian kesehatan atau kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan. HRQOL merupakan domain kesehatan secara fisik, psikologik dan sosial yang terlibat sebagai area yang dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, harapan dan persepsi seseorang (Testa dan Simonson, 1996).

Dalam pengertian tersebut, maka salah satu faktor penentu HRQOL adalah adanya dukungan atau interaksi sosial dengan orang-orang di sekitar. Hasil-hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dukungan sosial yang buruk (yaitu ikatan sosial yang lemah serta keterbatasan hubungan dan aktivitas sosial) menyebabkan menurunnya kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan (Achat dkk, 1998; Benyamini dan Leventhal, 2000). Lebih lanjut dukungan sosial yang buruk telah menyebabkan kematian yang lebih tinggi dari hampir setiap penyebab kematian (Berkman dan Glass, 2000; Eng dan Kawachi, 2002; Seeman, 2000).

Sebagian masyarakat cenderung berpikir bahwa perempuan lebih dikenal sebagai "makhluk sosial" daripada laki-laki. Namun berdasarkan beberapa penelitian, wanita lebih terisolasi karena posisi wanita dalam rumah tangga yang harus berperan ganda. Hal ini menyebabkan status kesehatan wanita secara umum lebih rendah jika dibandingkan dengan pria (Tibblin dkk., 1990). Sementara itu, laki-laki mempunyai dukungan sosial yang lebih tinggi dari perempuan yang berasal dari lingkungan kerja maupun aktivitas kemasyarakatan yang diikuti. Hal ini sebagai akibat dari posisi laki-laki sebagai kepala rumah tangga. Berhubungan dengan banyaknya dukungan sosial yang dimiliki, penelitian menunjukkan bahwa laki-laki cenderung untuk melaporkan HRQOL yang lebih tinggi daripada wanita pada usia yang sama, meskipun harapan hidup laki-laki lebih pendek dan tingkat kematian lebih tinggi (Arber dan Cooper, 1999; Benyamini dkk., 2003).

Terlepas dari adanya hubungan antara partisipasi masyarakat dan HRQOL, sudah menjadi kodrat manusia hidup tidak lepas dari kehidupan berkelompok, baik kelompok kecil maupun kelompok besar. Dewasa ini, dalam proses pembangunan banyak menggunakan kelompok sebagai media untuk tujuan pembangunan. Kurt Lewin, ahli teori medan (*field theory*) merumuskan bahwa perilaku orang dipengaruhi oleh keadaan diri sendiri/*personality* dan lingkungannya, yang kemudian mengembangkannya dalam kelompok (Hariadi, 2011).

Dengan melihat semakin berkembangnya kegiatan yang melibatkan partisipasi masyarakat, studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh partisipasi masyarakat terhadap HRQOL. Penulisan paper ini diawali dengan (1) *literature review* yang dilanjutkan dengan (2) metodologi penelitian. Pada bagian (3) ditampilkan hasil dan analisis dan pada bagian penutup disajikan kesimpulan dan implikasi kebijakan.

2. LITERATURE REVIEW

2.1 HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE (HRQOL)

Istilah kualitas hidup (QOL: Quality of Life) dan lebih spesifik Health Related Quality of Life (HRQOL) merupakan domain kesehatan secara fisik, psikologik dan sosial yang terlibat sebagai area yang dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, harapan dan persepsi seseorang. Gambaran tersebut menunjukkan bahwa setiap domain ini bisa diukur dalam dua dimensi, yaitu penilaian obyektif terhadap fungsi atau status kesehatan (sumbu Y) dan persepsi yang lebih subyektif tentang kesehatan (sumbu X) sebagaimana terlihat dalam gambar 1. Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan status kesehatan seseorang, persepsi dan harapan subyektif seseorang akan mengubah penilaian obyektif tersebut menjadi kualitas hidup yang sebenarnya. Dengan demikian, dua orang dengan status kesehatan yang sama mungkin bisa mempunyai kualitas hidup yang sangat berbeda (Testa & Simonson, 1996).

Salah satu cara yang dapat digunakan sebagai instrumen pengukuran kualitas hidup adalah *The Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) Health Survey*. SF-36 adalah salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas yang merupakan suatu isian berisi 36 pertanyaan yang disusun untuk melakukan survei terhadap status kesehatan yang dikembangkan oleh para peneliti dari RAND Santa Monica. Kuesioner terbagi dalam 8 dimensi. Dimensi tersebut meliputi: dimensi fungsi fisik (FF) terdiri 10 butir pertanyaan, peran fisik (PF) terdiri dari 4 butir, rasa nyeri (RN) terdiri dari 2 butir, kesehatan umum (KU) terdiri dari 5 butir, fungsi sosial (FS) terdiri dari 2 butir, vitalitas (V) terdiri dari 4 butir, peran emosi (PE) terdiri dari 3 butir dan kesehatan mental (KM) terdiri dari 5 butir. Ditambah dengan 2 komponen ringkasan fisik dan ringkasan mental. Nilai SF-36 berkisar 0 – 100, dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik (Ware, 2000).



Gambar 1. Konsep dari domain dan variabel yang terlibat dalam penilaian HRQOL menurut Testa dan Simonson (1996)

2.1.1 HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DAN HRQOL

Dukungan sosial merupakan salah satu bentuk *social capital* (Fischer, 1982). Sementara itu menurut Kawachi et al (1999), secara umum *social capital* mencakup sumber daya nyata yang diberikan oleh orang lain yang memungkinkan seseorang untuk merasa diperhatikan, dihargai, dan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. *Social capital* merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa peningkatan *social capital* dapat mengurangi risiko terserang penyakit fisik, mental, dan kematian (Seeman, 2000; Stroebe, 2000). Memiliki *social capital* yang lebih sedikit meningkatkan kematian dari penyakit kardiovaskuler, kecelakaan, bunuh diri, dan kematian total (Seeman, 1996; Eng dkk, 2002; Berkman, 2000).

2.1.2 HUBUNGAN JENIS KELAMIN DAN HRQOL

Menurut Tibblin dkk. (1990), status kesehatan wanita secara umum lebih rendah jika dibandingkan dengan pria. Hal ini dikarenakan wanita lebih rentan mengalami penyakit psikologis seperti stres. Selain itu wanita biasanya menilai kesehatan mereka secara lebih tinggi dan cenderung mendiagnosis keluhan kesehatan yang mereka alami dalam waktu yang relatif lebih cepat jika dibandingkan dengan pria. Hal ini ditandai salah satunya dengan seringnya wanita melakukan kunjungan ke dokter atau pusat kesehatan jika mereka mengalami gangguan kesehatan (Verbrugge, 1982).

Selain *social capital* dan jenis kelamin berdasarkan penelitian sebelumnya diketahui bahwa HRQOL dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor tersebut diantaranya adalah karakteristik individu seperti usia dan status pernikahan, status sosial ekonomi misalnya tingkat pendidikan dan pendapatan, serta gaya hidup, sebagai contohnya kebiasaan merokok.

2.2 PARTISIPASI MASYARAKAT

Menurut Isbandi (2007) partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi.

Pentingnya partisipasi dikemukakan oleh Conyers dalam Susetiawan (1991) sebagai berikut: *pertama*, partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan, dan sikap masyarakat setempat, yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal; *kedua*, bahwa masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui seluk-beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek tersebut; *ketiga*, bahwa merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat mereka sendiri.

Santosa dan Heroepoetri (2005) dalam Suciati (2006) merangkum beberapa manfaat yang dapat diambil oleh para peserta dalam partisipasi masyarakat antara lain sebagai berikut:

1. Menciptakan rasa tanggung jawab. Kesempatan untuk berpartisipasi dalam kegiatan publik, akan memaksa orang yang bersangkutan untuk membuka cakrawala pikirannya dan mempertimbangkan kepentingan publik. Dengan demikian orang tersebut tidak semata-mata memikirkan kepentingannya sendiri, tetapi akan lebih memiliki sifat bertanggung jawab dengan mempertimbangkan kepentingan bersama.
2. Meningkatkan proses belajar. Pengalaman berpartisipasi secara psikologis akan memberikan seseorang kepercayaan yang lebih baik untuk berpartisipasi lebih jauh. Mengeliminir perasaan terasing. Dengan turut aktifnya berpartisipasi dalam suatu kegiatan, seseorang tidak akan merasa terasing, karena dengan berpartisipasi akan meningkatkan perasaan seseorang bahwa ia merupakan bagian dari masyarakat.

3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 JENIS DAN SUMBER DATA

Studi ini menggunakan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) tahun 2000 dan 2007. IFLS merupakan sebuah survei sosial ekonomi rumah tangga Indonesia. Survei ini telah dilaksanakan pada tahun 1993, 1997, 2000 dan 2007 di 13 dari 27 provinsi di Indonesia pada saat itu. Pemilihan sampel dalam IFLS menggunakan metode *stratified random sampling*. Stratifikasi dilakukan terhadap provinsi dan wilayah kota desa. Wilayah pencacahan dipilih di tiap strata dan rumah tangga dipilih di setiap wilayah pencacahan secara acak. *Over sampling* wilayah kota desa relatif kecil. *Sampling frame* yang digunakan adalah Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 1993. IFLS mewakili 87 % kondisi masyarakat Indonesia.

Dalam IFLS terdapat data dalam level individu, rumah tangga maupun komunitas. Studi ini menggunakan data dalam level individu. Jadi semua informasi yang dikumpulkan berasal dari individu yang bersangkutan. Dalam pelaksanaan pengumpulan data, petugas melakukan kunjungan atau wawancara secara langsung ke rumah dengan menggunakan kuesioner yang terstruktur. Jawaban responden dicatat dalam kuesioner yang telah disediakan kemudian dilakukan *data entry* oleh petugas saat di lapangan.

Di dalam kuesioner IFLS terdapat banyak informasi yang dapat digunakan untuk menjawab tujuan studi ini. Beberapa informasi penting antara lain: pengukuran kesehatan secara subyektif terdapat dalam seksi Keadaan Kesehatan (KK) dan Kesehatan Psikologi (KP) untuk mengetahui nilai HRQOL, beberapa variabel karakteristik individu, sosial ekonomi maupun karakteristik kesehatan terdapat dalam seksi pendidikan, buku kesehatan maupun buku rumah tangga.

3.2 METODE ANALISIS

3.2.1 VARIABEL DEPENDEN

Pengukuran HRQOL sebagai variabel dependen menggunakan kuesioner SF-36 yang disesuaikan dengan data IFLS yang tersedia. Dari data IFLS 2000 dan 2007 dipilih pertanyaan-pertanyaan yang sesuai dengan kuesioner SF-36 dimensi yang ada yaitu: dimensi fungsi fisik (FF), peran fisik (PF), rasa nyeri (RN), kesehatan umum (KU), fungsi sosial (FS), vitalitas (V), peran emosi (PE) dan kesehatan mental (KM).

Delapan dimensi tersebut selanjutnya diringkas menjadi 2 komponen, yaitu Ringkasan Fisik (RF) dan Ringkasan Mental (RM). Ringkasan fisik terdiri dari fungsi fisik (FF), peran fisik (PF) dan kesehatan umum (KU). Sementara itu ringkasan mental terdiri dari rasa nyeri (RN), fungsi sosial (FS), vitalitas (V), peran emosi (PE) dan kesehatan mental (KM). Dari jawaban setiap pertanyaan terpilih kemudian dikonversi ke nilai dengan basis 0 – 100 sebagaimana petunjuk dalam SF-36 dimana nilai 0 adalah sebagai kondisi terendah dan nilai 100 sebagai kondisi tertinggi. Total skor dari semua pertanyaan di setiap dimensi kemudian dirata-rata. Nilai ini menunjukkan skor untuk dimensi yang bersangkutan (Fryback, 2010).

3.2.2 VARIABEL INDEPENDEN

Meskipun tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh partisipasi masyarakat terhadap HRQOL, namun penelitian ini juga melihat faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap HRQOL tersebut. Untuk itu digunakan beberapa variabel independen sebagai berikut:

- **PARTISIPASI MASYARAKAT**

Partisipasi masyarakat dinyatakan dalam *dummy variable* dimana 1 menunjukkan ikut berpartisipasi dalam kegiatan partisipasi masyarakat dan 0 menunjukkan tidak mengikuti kegiatan partisipasi masyarakat sama sekali. Beberapa kegiatan partisipasi masyarakat yang terdapat dalam kuesioner IFLS antara lain: Pertemuan Masyarakat (di semua tingkat: Dasa Wisma, RT, RW, Desa/Kelurahan, Kecamatan, LMD/LKMD), Koperasi (semua jenis koperasi dan di semua tingkat: Dasa Wisma, RT, RW, Desa/Kelurahan, Kecamatan), Kerja bakti rutin (seperti: jumat bersih, bersih desa), kegiatan keagamaan (seperti: pengajian, kebaktian, dsb), PKK, Posyandu dan lain-lain.

- **JENIS KELAMIN**

Jenis kelamin dinyatakan dalam *dummy* dimana 1 untuk laki-laki dan 0 untuk perempuan.

- **PENDIDIKAN**

Pendidikan yang diikuti responden dinyatakan dalam tahun sekolah. Kemudian dibuat kelompok: SD (kurang dari 7 tahun), SMP-SMA (7 - 12 tahun) dan D1, D2,D3, Universitas (lebih dari 12 tahun).

- **KONDISI EKONOMI**
Kondisi Ekonomi rumah tangga diukur dengan menggunakan *Per Capita Expenditure* (PCE). Dari PCE yang ada kemudian dibuat 4 kelompok / kuartil dimana kuartil 1 menunjukkan kelompok paling rendah dan kuartil 4 menunjukkan kelompok tertinggi. Berdasarkan penggabungan data tahun 2000 dan 2007 diperoleh nilai PCE kelompok terendah adalah kurang Rp. 152.173. Kelompok kedua berada diantara Rp. 152.173 sampai Rp. 264.475. Kelompok ketiga berada diantara Rp. 264.475 – 468.140. Sedangkan kelompok tertinggi dengan nilai PCE > Rp. 468.140.
- **UMUR**
Meskipun responden dalam IFLS terdiri dari semua anggota rumah tangga, namun dalam studi ini hanya diambil responden yang berumur 40 tahun atau lebih. Hal ini disebabkan karena data pertanyaan yang berhubungan dengan HRQOL yang terdapat dalam seksi Kesehatan Psikologi (KP) hanya diperuntukkan bagi responden yang berumur 40 tahun keatas. Untuk meningkatkan ketepatan perbandingan antar kelompok maka umur dikelompokkan dalam 3 kelompok: yaitu (1) 40 – 54 tahun (2) 55 – 69 tahun dan (3) 70 tahun atau lebih. Pengelompokan ini didasarkan pada kondisi lansia dimana kelompok umur 40-54 diasumsikan sebagai kelompok pralansia, 55-69 adalah kelompok lansia dan 70 tahun keatas adalah kelompok lansia lanjut.
- **STATUS PERKAWINAN**
Status perkawinan dinyatakan dalam *dummy* variabel dimana nilai 1 menunjukkan kawin dan nilai 0 menunjukkan tidak kawin (Belum kawin, berpisah, cerai hidup maupun cerai mati).
- **BODY MASS INDEX**
Body mass index merupakan ukuran untuk mengetahui tingkat kegemukan. Sesuai ukuran orang Asia termasuk Indonesia maka *body mass index* (kg/m²) dikelompokkan menjadi : (1) Kurus, kurang 18,5 (2) Normal, 18,5 - 22,9 (3) Gemuk, 23,0 - 24,9 dan (4) Obesitas, lebih dari 24,9.
- **KEBIASAAN MEROKOK**
Kebiasaan merokok dikelompokkan dalam (1) tidak pernah, (2) pernah dan sekarang berhenti, dan (3) sekarang merokok.

3.2.3 ANALISIS STATISTIK

Mengingat adanya kemungkinan bias pada tingkat partisipasi masyarakat antar daerah, maka metode analisis yang digunakan adalah regresi *Two Stage Least Square (2-SLS)* dengan menggunakan *Instrumental Variable (IV)*: jumlah kegiatan partisipasi masyarakat dalam wilayah survei. Kemudian untuk menguji kebenaran metode ini dilakukan test lanjutan yaitu test *endogeneity* dengan menggunakan *Wu-Hausman F test* dan *Durbin - Wu- Hausman Chi - sq test*.

4. HASIL DAN ANALISIS

Dari data IFLS 2000 dan 2007 dibuat 3 set data yang masing masing berisi data 2000, 2007 dan kumpulan antara 2000 dan 2007. Karena adanya keterbatasan informasi, maka dari delapan domain HRQOL hanya 6 domain yang dapat dilakukan analisis yaitu fungsi fisik (FF), peran fisik (PF), peran emosi (PE), rasa nyeri (RN), kesehatan mental (KM) dan kesehatan umum (KU). Secara keseluruhan, kondisi karakteristik responden sampel dari ketiga kelompok sampel tersaji dalam tabel 1.

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa tingkat partisipasi masyarakat mengalami kenaikan dari sekitar 50% pada tahun 2000 menuju ke 80% pada tahun 2007. Dilihat dari persentase, responden perempuan memiliki jumlah yang lebih tinggi dari laki-laki yaitu 54% dibanding 46%. Kondisi ini nampak seragam dari tahun 2000 dan 2007.

Dilihat dari karakteristik responden yang lain, sampel penelitian ini didominasi oleh kelompok umur 40 – 54 tahun dengan persentase sekitar 55 – 58% dengan status masih menikah (79%) dan pendidikan rata-rata Sekolah Dasar (75%). Dilihat dari kondisi ekonomi, responden lebih banyak berada pada kelompok kuartil pertama (28%), tidak merokok (61%) dan memiliki *body mass index* normal (44%).

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	Sampel 1 (2000) n, %	Sampel 2 (2007) n, %	Sampel 3 (2000+2007) Total : n, %
Partisipasi			
• Tidak	3.895 (48,43)	1.697 (19,98)	5.592 (33,82)
• Ya	4.148 (51,57)	6.796 (80,02)	10.944 (66,18)
Jenis Kelamin			
• Perempuan	4.267 (53,05)	4.562 (53,71)	8.829 (53,39)
• Laki-laki	3.776 (46,95)	3.931 (46,29)	7.707 (46,61)
Umur			
• 40 – 54 tahun	4.467 (55,54)	4.956 (58,35)	9.423 (56,98)
• 55 – 69 tahun	2.668 (33,17)	2.640 (31,08)	5.308 (32,10)
• 70 tahun / lebih	908 (11,29)	897 (10,56)	1.805 (10,92)
Pendidikan			
• SD	6.226 (77,41)	6.179 (72,75)	12.405(75,02)
• SMP-SMA	1.494 (18,58)	1.857 (21,87)	3.351 (20,26)
• Perguruan tinggi	323 (4,02)	457 (5,38)	780 (4,72)
Status perkawinan			
• Tidak menikah	1.680 (20,89)	1.765 (20,78)	3.445 (20,83)
• Menikah	6.363 (79,11)	6.728 (79,22)	13.091(79,17)
Kuartil PCE			
• Kuartil 1	2.262 (28,12)	2.525 (29,73)	4.787 (28,95)
• Kuartil 2	2.144 (26,66)	2.310 (27,20)	4.454 (26,94)
• Kuartil 3	1.970 (24,49)	2.105 (24,79)	4.075 (24,64)
• Kuartil 4	1.667 (20,73)	1.553 (18,29)	3.220 (19,47)
Kebiasaan merokok			
• Tidak pernah	4.846 (60,26)	5.273 (62,09)	10.119 (61,20)
• Pernah	385 (4,79)	357 (4,20)	742 (4,49)
• Sekarang merokok	2.811 (34,95)	2.863 (33,71)	5.674 (34,32)
Body mass index (kg/m²)			
• Kurus (< 18,5)	1.524 (18,95)	1.163 (13,69)	2.687 (16,25)
• Normal (18,5 - 22,9)	3.695 (45,94)	3.606 (42,46)	7.301 (44,15)
• Gemuk (23 - 24,9)	1.095 (13,61)	1.289 (15,18)	2.384 (14,42)
• Obesitas (> 24,9)	1.729 (21,50)	2.435 (28,67)	4.164 (25,18)

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007.

Selanjutnya nilai rata-rata dari semua domain HRQOL dari ketiga sampel tersaji dalam tabel 2.

Tabel 2. Rata-rata nilai setiap domain dalam HRQOL semua sampel berdasarkan partisipasi

Domain	Sampel 1		Sampel 2		Sampel 3	
	Tidak	Partisipasi	Tidak	Partisipasi	Tidak	Partisipasi
Fungsi Fisik	89	96	90	94	89	95
Peran Fisik	87	90	81	81	85	85
Peran Emosi	87	90	92	94	89	92
Rasa Nyeri	77	80	75	78	77	79
Kesehatan Mental	84	88	86	89	85	89
Kesehatan Umum	58	62	62	66	59	64
Ringkasan Fisik	78	83	78	80	78	81
Ringkasan Mental	83	86	82	85	82	85
HRQOL	80	84	80	83	80	83

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007

Domain fungsi fisik dan peran fisik menunjukkan kondisi fisik responden yang diukur dengan kemampuan responden dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti berjalan, mengangkat beban, menyapu dan sebagainya. Sedangkan domain peran emosi dan kesehatan mental menyatakan kondisi kejiwaan responden yang dinyatakan secara subyektif dengan melaporkan hal-hal yang mengganggu perasaan responden dalam empat minggu terakhir sebelum wawancara.

Domain rasa nyeri berhubungan dengan kondisi kesehatan saat wawancara dan berapa lama tubuh mengalami gangguan karena kurang sehat dalam empat minggu terakhir sebelum wawancara. Domain kesehatan umum diukur berdasarkan kondisi kesehatan secara subyektif. Kesehatan umum menunjukkan kondisi kesehatan saat wawancara dan kesehatan setahun yang lalu. Domain ringkasan fisik merupakan rata-rata dari nilai domain fungsi fisik, peran fisik dan kesehatan umum. Sedangkan domain ringkasan mental merupakan nilai rata-rata dari rasa nyeri, peran emosi dan kesehatan mental.

Dari tabel 2 diketahui bahwa nilai semua domain HRQOL responden yang mengikuti partisipasi masyarakat lebih tinggi dari responden yang tidak mengikuti partisipasi masyarakat. Hasil ini terlihat seragam baik pada sampel 1, sampel 2 maupun sampel 3. Dari hasil ini terlihat bahwa domain kesehatan umum memiliki nilai yang paling rendah dibandingkan dengan domain lain. Hal ini disebabkan karena sebagian besar responden menyatakan keadaan kesehatan secara umum adalah sehat. Sedangkan nilai tertinggi dalam domain ini adalah sangat sehat.

Hasil statistik dari metode *Two Stage Least Square (2SLS)* dan hasil test *endogeneity* untuk semua domain dari ketiga sampel tersaji dalam lampiran. Dalam tabel 3 tersaji hasil *Two Stage Least Square* untuk ringkasan HRQOL secara keseluruhan, baik sampel 1, sampel 2 dan sampel 3.

Tabel 3. Hasil regresi *Instrumental Variable* (2SLS) untuk HRQOL

Variabel dependen	Sampel 1	Sampel 2	Sampel 3
Partisipasimasyarakat			
• Ya	7.7***	10.3***	3.2***
• Tidak	reference	reference	reference
Jenis kelamin			
• Laki-laki	0.8	0.0	1.4***
• Perempuan	reference	reference	reference
Kelompokumur			
• 40 - 54 tahun	reference	reference	reference
• 55 - 69 tahun	-1.6***	-0.7***	-1.3***
• 70 tahun atau lebih	-5.1***	-3.3***	-4.9***
Pendidikan			
• Maksimal SD	reference	reference	reference
• SMP – SMA	0.8**	0.5	0.8***
• PerguruanTinggi	0.2	2.3***	1.7***
KuartilPCE			
• kuartil 1	reference	reference	reference
• kuartil 2	0.1	-0.4	0.0
• kuartil 3	0.1	-0.3	0.3
• kuartil 4	-0.1	-0.2	0.4
Status menikah			
• Menikah	1.7***	0.8**	1.8***
• Tidak menikah	reference	reference	reference
Kebiasaanmerokok			
• Tidak pernah	reference	reference	reference
• Pernah	-1.9***	-2.2***	-2.1***
• Sekarangmerokok	0.1	0.0	0.0
Body mass index (kg/m²)			
• Kurus (< 18,5)	-1.1***	-0.5	-1.0***
• Normal (18,5 - 22,9)	reference	reference	reference
• Gemuk (23 - 24,9)	-0.1	0.6*	0.3
• Obesitas (> 24,9)	-0.3	0.4	-0.1
Constant	78.6***	79.0***	79.4***
Observations	8,042	8,493	16,535
Hasil test endogeneity			
Wu-Hausman F test	2,71*	27,88***	20,43***
Durbin - Wu- Hausman Chi - sq test	2,71*	27,84***	20,43***

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Dari hasil tersebut terlihat dengan jelas bahwa variabel partisipasi masyarakat memberikan hasil signifikan. Hasil ini menunjukkan bahwa keikutsertaan responden dalam kegiatan partisipasi masyarakat telah memberikan peningkatan pada HRQOL. Hasil ini sesuai dengan pendapat Santosa & Heroepoetri (2005) yang menyatakan bahwa keterlibatan seseorang dalam partisipasi masyarakat dapat menghilangkan rasa keterasingan. Selain variabel pokok partisipasi masyarakat, dari sampel 3 dapat diketahui bahwa laki-laki memiliki HRQOL yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

Hasil ini sesuai dengan temuan Gallicchio dkk. (2007) yang meneliti hubungan antara gender, *social support* dan HRQOL di Maryland tahun 2007. Temuan ini sekaligus telah menggugurkan anggapan umum bahwa wanita memiliki HRQOL yang lebih tinggi karena memiliki *social capital* yang lebih tinggi.

Dari tabel 3 juga diketahui bahwa peningkatan umur telah memberikan dampak pada penurunan HRQOL. Hasil ini sesuai dengan studi sebelumnya yang telah dilakukan Michael et al. (1999) yang melakukan studi tentang hubungan jaringan sosial dan penuaan di Amerika Serikat serta penelitian lain sebelumnya. Hasil lain menunjukkan bahwa peningkatan pendidikan serta status menikah telah meningkatkan HRQOL. Sementara itu kebiasaan merokok dan obesitas tidak menggambarkan dengan jelas pengaruhnya terhadap HRQOL.

Hasil test *endogenety* dengan *Wu-Hausman F test* dan *Durbin-Wu-Hausman Chi Sq test* menunjukkan hasil yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa variabel partisipasi masyarakat merupakan variabel endogen sehingga penggunaan metode 2 SLS memberikan hasil yang benar dan tidak bias.

5. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

Dalam IFLS pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat antara lain: Pertemuan warga, koperasi, kerja bakti rutin, program perbaikan kampung, kegiatan keagamaan, perpustakaan desa, simpan pinjam, dana sehat, siskamling/ronda malam, pengelolaan air minum maupun air untuk memasak (MCK), pengelolaan sampah padat, PKK dan Posyandu.

Persentase laki-laki yang mengikuti kegiatan pertemuan warga, kerja bakti rutin dan program perbaikan kampung nampak lebih tinggi daripada persentasi perempuan yang mengikuti kegiatan tersebut. Hal ini diduga karena kegiatan tersebut banyak diperuntukkan untuk laki-laki. Persentase perempuan yang lebih tinggi dijumpai di kegiatan keagamaan.

Dari penelitian ini diketahui bahwa keterlibatan seseorang dalam partisipasi masyarakat telah meningkatkan HRQOL. Selain itu diketahui bahwa HRQOL laki-laki lebih tinggi dari HRQOL perempuan. Dengan memperhatikan hasil dari studi ini maka kebijakan untuk meningkatkan derajat kesehatan pada perempuan khususnya dan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan pada umumnya, dapat dilakukan dengan mempromosikan program-program partisipasi masyarakat. Dengan promosi ini diharapkan para perempuan dapat mengikuti program-program partisipasi masyarakat yang sesuai untuk perempuan antara lain: (1) aktif dalam pertemuan warga baik di tingkat RT, RW atau pada tingkat yang lebih tinggi, (2) aktif dalam kegiatan PKK, Dasa Wisma maupun POSYANDU, dan (3) aktif dalam kegiatan keagamaan, sosial dan kegiatan kemasyarakatan yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Achat, H., Kawachi, Ichiro., Levine, S., Berkey, C., Coakley, Eugenie., & Colditz, Graham A. 1998. Social Networks, Stress and Health-Related Quality Of Life. *Quality of Life Research*, 7(8), 735-750
- Arber, Sara. & Cooper, Helen. 1999. Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox?. *Social Science & Medicine*, 48(1):61-76
- Benyamini, Yael., Blumstein, Tzvia., Lusky, Ayala., & Modan, Baruch. 2003. Gender Differences in The Self-rated Health-Mortality Association: Is it Poor Self-rated Health that Predicts Mortality or Excellent Self-rated Health that Predicts Survival?. *The Gerontologist*, 43(3): 396-405
- Benyamini, Yael., & Idler, Ellen. L. 1999. Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality. *Research on Aging*, 21(3): 392–401 4.
- Berkman, Lisa. F., Glass, Thomas., Brissette, Ian., & Seeman, Teresa.E. 2000. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine*, 51(2000): 843-857
- Eng, Patricia. M., Rimm, Eric. B., Fitzmaurice, Garrett., & Kawachi, Ichiro. 2002. Social Ties and Change in Social Ties in Relation to Subsequent Total and Cause-Specific Mortality and Coronary Heart Disease Incidence in Men. *American Journal of Epidemiology*, 155(8):700-709
- Fisher, Justina. A.V. 2009. Subjective Well-Being as Welfare Measure: Concepts and Methodology. *Munich Personal Repec Archive papaer* no. 16619.
- Gallicchio, Lisa., Sandra, C.Hoffman., & Kathy, J.Helzlsouer. 2000. The Relationship Between Gender, Social Support, and Health-Related Quality of Life in a Community-based Study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research*, 16(5):777-786
- Goldberg, Evelyn. L., Van, Natta Pearl., & Comstock, George. W. 1985. Depressive Symptoms, Social Networks and Social Support of Elderly Women. *American Journal of Epidemiology*, 121(3): 448-456
- Guallar-Castillon, Pilar., Sendino, Aurea Redondo., Banegas, Jose. R., Lopez-Garcia, Esther., & Rodriguez-Artalejo, Fernando. 2005. Differences in Quality of Life Between Women and Men in the Older Population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60(6): 1229-1240.
- Hariadi, S.S. 2011. “Dinamika Kelompok. Sekolah Pascasarjana UGM”, Yogyakarta.
- Isbandi, R.A. 2007. *Perencanaan Partisipatoris Berbasis Aset Komunitas: dari Pemikiran Menuju Penerapan*, Depok: FISIP UI Press.
- Kawachi, Ichiro., & Berkman, Lisa. F. 2001. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 78(3): 458-467

- Kawachi, Ichiro., Kennedy, B.P., & Glass, R. 1999. Social Capital and Self-rated Health: a Contextual Analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8): 1187-1193
- Keyes, C. L., Michalec, M. A., Kobau, R., Zahran, H., Zack, M. M., & Simoes, E. J. 2005. Social Support and Health-Related Quality of Life Among Older Adults - Missouri, 2000. *MMWR Morbidity & Mortality Weekly Report*, 54: 433-437
- Litwin, Howard. 1998. Social Network Type and Health Status in a National Sample of Elderly Israelis. *Social Science & Medicine*, 46(4-5): 599-609
- Lopez-Garcia, E., Banegas, J. R., Perez-Regadera, A. Graciana., Herruzo-Cabrera, R., & Rodriguez-Artalejo, F. 2005. Social Network and Health-Related Quality of Life in Older Adults: A Population-Based Study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2): 511-520
- Lorenz, Karl. A. MD, Shapiro, Martin. F., Asch, Steven. M., Bozzette, Samuel. A., & Hays, Ron. D. 2001. Associations of Symptoms and Health-Related Quality of Life: Findings from a National Study of Persons with HIV Infection. *Annals of Internal Medicine*, 134: 854-860
- Michael, Yvonne. L., Colditz, Graham. A., Coakley, Eugenie., & Kawachi, Ichiro. 1999. Health Behaviors, Social Networks, and Healthy Aging: Cross-Sectional Evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8(8): 711-722
- Ofstedal, Mary Beth., Zimmer, Zachary., Cruz, Grace., Chan, Angelique., & Lin Yu-Hsuan. 2003. A Comparison of Self-Assessed Health Expectancy Among Older Adults in Several Asian Setting. *Presented in Meeting of the Gerontological Society of America 2002.*
- Romans-Clarkson, S., Walton, V., Herbison, G., & Mullen, P. 1990. Psychiatric Morbidity among Women in Urban and Rural New Zealand: Psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, 156:84-91
- Romans, S. E., Walton, V. A., McNoe, B., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. 1993. Otago Women's Health Survey 30-month follow-up. I: Onset patterns of non-psychotic psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163: 733-738
- Seeman, Teresa E. 2000. Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6):362-370
- Seeman, Teresa E., Bruce, Martha L., & McAvay, Gail J. 1996. Social Network Characteristics and Onset of ADL Disability: Mac-Arthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(4):S191-S200
- Simon, P., Lightstone, A., Zeng, Z., Wold, C, Fielding, J., & Davis, B. 2001. Health-Related Quality of Life—Los Angeles County, California, 1999. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50: 556-559.

- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6):364-373
- Suciati . 2006.” Partisipasi Masyarakat Dalam Penyusunan Rencana Umum Tata Ruang Kota Pati”. *Tesis* . Universitas Diponegoro. Semarang.
- Susetiawan 1991. *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga: Suatu Pengantar*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Testa, Marcia A., & Simonson, Donald C. 1996. Assessment of Quality-Of-Life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13):835-840
- Tibblin, G., Bengtsson, C., Furunes, B., & Lapidus, L. 1990. Symptoms by Age and Sex. The Population Studies of Men and Women in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian Journal of Health Care*, 8(1): 9-17.
- Verbrugge, Lois M. 1982. Sex Differentials in Health. *Public Health Reports*, 97(5):417-437
- Ware JE, Jr. konsinsti M. Dewey JE. 2000. *How to Score Version 2 of The SF-36 Health Survey (Standard & Acute Forms)*, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil regresi *Instrumental Variable* (2SLS) untuk semua variabel dependen pada sampel 1

Variable dependen	Sampel 1								
	(1) FF	(2) PF	(3) PE	(4) RN	(5) KM	(6) KU	(7) RF	(8) RM	(9) HRQOL
Dummy_partisipasi (1= Y; 0=N)	6.5***	8.4**	5.8*	1.0	11.3***	13.0***	9.3***	6.0**	7.7***
Dummy_laki-laki (1=Lk; 0=Perempuan)	1.5**	0.7	1.7	0.1	2.8**	-2.2**	0.0	1.5*	0.8
Umur ^a									
• 55 - 69 tahun	-5.0***	-2.3***	-0.9*	-2.4***	0.8	-0.1	-2.5***	-0.8**	-1.6***
• 70 tahun atau lebih	-14.9***	-9.1***	-4.7***	-5.2***	1.1	2.1**	-7.3***	-2.9***	-5.1***
Pendidikan ^b									
• SMP-SMA	0.3	0.7	0.3	0.7	0.9	1.9***	1.0**	0.7	0.8**
• Perguruan Tinggi	0.5	-0.8	-1.4	1.7	-0.8	2.1*	0.6	-0.2	0.2
Kuartil PCE ^c									
• Kuartil 2	0.1	1.2	0.5	-1.0**	-0.2	0.1	0.4	-0.2	0.1
• Kuartil 3	-0.1	1.6**	-0.3	-1.0*	0.3	0.3	0.6	-0.3	0.1
• Kuartil 4	-1.2***	1.3	-1.0	-0.4	-0.1	1.0	0.4	-0.5	-0.1
Status perkawinan (1=Kawin; 0=Tidak)	3.1***	1.5*	1.1	0.8	4.1***	-0.4	1.4***	2.0***	1.7***
Kebiasaan merokok ^d									
• Pernah merokok	-1.6**	-0.7	-0.7	-4.4***	-1.7	-2.2**	-1.5*	-2.3***	-1.9***
• Sekarang merokok	1.0**	0.2	-0.2	1.0*	-1.8**	0.5	0.6	-0.3	0.1
Body mass index (kg/m ²) ^e									
• Kurus (< 18,5)	-1.1***	-1.1	-0.9	-2.1***	-0.2	-1.4**	-1.2***	-1.1**	-1.1***
• Gemuk (23 - 24,9)	-1.2***	0.4	0.2	-0.2	0.1	0.2	-0.2	0.0	-0.1
• Obesitas (> 24,9)	-2.0***	0.4	0.3	-0.9*	-0.1	0.2	-0.5	-0.2	-0.3
Constanta	90.5***	84.2***	85.4***	80.2***	76.7***	54.4***	76.4***	80.8***	78.6***
Observasi	8,042	8,042	8,042	8,042	8,042	8,042	8,042	8,042	8,042

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007

Reference : ^a 40 – 54 tahun ; ^b SD ; ^c Kuartil 1; ^dTidak pernah merokok; ^e Normal 18 – 22,9 .

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Keterangan:

FF	Fungsi Fisik	KU	Kesehatan Umum	RN	Rasa Nyeri
PF	Peran Fisik	RF	Ringkasan Fisik	KM	Kesehatan Mental
PE	Peran Emosi	RM	Ringkasan Mental	HRQOL	Health Related Quality of Life

Lampiran 2. Hasil regresi *InstrumentalVariable* (2SLS) untuk semua variabel dependen pada sampel 2

Variable dependen	Sampel 2								
	(1) FF	(2) PF	(3) PE	(4) RN	(5) KM	(6) KU	(7) RF	(8) RM	(9) HRQOL
Dummy_partisipasi (1= Y; 0=N)	15.0***	9.9	-5.2	8.5**	4.6	16.9***	13.9***	6.7***	10.3***
Dummy_laki-laki (1=Lk; 0=Perempuan)	1.4***	-3.5**	1.8**	1.1	1.7***	-0.3	-0.8	0.8*	0.0
Umur ^a									
• 55 - 69 tahun	-4.2***	6.9***	0.5	-2.7***	0.8**	-3.3***	-0.2	-1.2***	-0.7***
• 70 tahun atau lebih	-13.3***	9.6***	-1.3*	-6.4***	1.1*	-4.9***	-2.9***	-3.8***	-3.3***
Pendidikan ^b									
• SMP-SMA	-0.1	-0.6	0.1	0.8	1.2***	0.2	-0.2	1.1***	0.5
• Perguruan Tinggi	0.9	2.0	-1.0	3.9***	3.5***	2.5***	1.8**	2.8***	2.3***
Kuartil PCE ^c									
• Kuartil 2	-0.5	2.1**	-0.5	-1.6***	-0.8*	-1.1**	0.2	-1.0***	-0.4
• Kuartil 3	-1.4***	2.8**	0.6	-1.8***	0.2	-2.1***	-0.2	-0.4	-0.3
• Kuartil 4	-1.4***	3.1**	-0.4	-2.7***	0.7	-1.8***	-0.0	-0.4	-0.2
Status perkawinan (1=Kawin; 0=Tidak)	1.2***	-0.8	2.3***	-0.3	2.2***	-0.2	0.1	1.5***	0.8**
Kebiasaan merokok ^d									
• Pernah merokok	-2.5***	3.3	-0.9	-6.1***	-2.9***	-4.2***	-1.2	-3.3***	-2.2***
• Sekarang merokok	0.7*	-0.2	0.3	0.6	-1.8***	0.4	0.3	-0.3	0.0
Body mass index (kg/m ²) ^e									
Kurus (< 18,5)	-0.6	0.5	-0.3	-1.0*	-0.2	-1.5***	-0.5	-0.4	-0.5
Gemuk (23 - 24,9)	-0.2	1.7	0.8	0.7	0.7	0.6	0.7	0.5	0.6*
Obesitas (> 24,9)	-0.6*	2.7***	0.1	-0.7	0.1	-0.4	0.6	0.2	0.4
Constanta	83.8***	69.7***	95.3***	73.8***	82.5***	55.2***	69.6***	79.0***	74.3***
Observasi	8,493	8,493	8,493	8,493	8,493	8,493	8,493	8,493	8,493

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007

Reference : ^a 40 – 54 tahun ; ^b SD ; ^c Kuartil 1; ^d Tidak pernah merokok; ^e Normal 18 – 22,9 .

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Keterangan:

FF Fungsi Fisik
 PF Peran Fisik
 PE Peran Emosi
 RN Rasa Nyeri
 KM Kesehatan Mental

KU Kesehatan Umum
 RF Ringkasan Fisik
 RM Ringkasan Mental
 HRQOL *Health Related Quality of Life*

Lampiran 3. Hasil regresi *Instrumental Variable* (2SLS) untuk semua variabel dependen pada sampel 3

Variabel dependen	Sampel 3								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	ff	pf	pe	rn	Km	ku	rf	rm	HRQOL
Dummy_partisipasi (1= Y; 0=N)	5.9***	-9.0***	12.4***	-1.7	8.6***	15.4***	4.1***	2.3***	3.2***
Dummy_laki-laki (1=Lk; 0=Perempuan)	2.1***	2.1**	-0.2	1.6***	2.4***	-1.4***	0.9**	1.9***	1.4***
Umur^a									
• 55 - 69 tahun	-4.6***	2.0***	-0.0	-2.6***	0.7**	-1.7***	-1.4***	-1.1***	-1.3***
• 70 tahun atau lebih	-14.4***	-1.9**	-1.8***	-6.4***	1.0*	-1.3***	-5.9***	-3.9***	-4.9***
Pendidikan^b									
• SMP-SMA	0.3	0.6	-0.4	1.0***	1.0***	1.0***	0.6**	1.0***	0.8***
• Perguruan Tinggi	0.9**	1.7	-1.8**	3.2***	1.8**	2.2***	1.6***	1.8***	1.7***
Kuartil PCE^c									
• Kuartil 2	0.0	2.3***	-0.5	-1.0***	-0.6	-0.5	0.6**	-0.5*	0.0
• Kuartil 3	-0.4	3.4***	-0.6	-0.9**	0.2	-0.9***	0.7**	-0.1	0.3
• Kuartil 4	-0.9***	4.2***	-1.7***	-1.1**	0.4	-0.6	0.9***	-0.1	0.4
Status perkawinan (1=Kawin; 0=Tidak)	2.5***	2.1***	0.6	0.8**	3.1***	-0.4	1.4***	2.2***	1.8***
Kebiasaan merokok^d									
• Pernah merokok	-2.1***	0.9	-0.7	-5.3***	-2.3***	-3.2***	-1.4***	-2.8***	-2.1***
• Sekarang merokok	0.7***	-0.2	0.2	0.7*	-1.7***	0.4	0.3	-0.3	0.0
Body mass index (kg/m²)^e									
• Kurus (< 18,5)	-1.0***	-1.0	-0.3	-1.8***	-0.1	-1.4***	-1.1***	-0.9***	-1.0***
• Gemuk (23 - 24,9)	-0.7***	1.0	0.5	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.3
• Obesitas (> 24,9)	-1.3***	1.1*	0.2	-0.9**	-0.1	-0.0	-0.1	-0.0	-0.1
Constanta	90.2***	85.5***	83.7***	80.7***	78.7***	55.0***	76.9***	81.9***	79.4***
Observasi	16,535	16,535	16,535	16,535	16,535	16,535	16,535	16,535	16,535

Sumber: Analisis data IFLS 2000 dan 2007

Reference : ^a 40 – 54 tahun ; ^b SD ; ^c Kuartil 1; ^d Tidak pernah merokok; ^e Normal 18 – 22,9 .

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Keterangan:

FF Fungsi Fisik
PF Peran Fisik
PE Peran Emosi
RN Rasa Nyeri
KM Kesehatan Mental

KU Kesehatan Umum
RF Ringkasan Fisik
RM Ringkasan Mental
HRQOL *Health Related QualityOf Life*

