

Pengaruh Kebijakan *Work From Home* Terhadap Kualitas Hidup Pekerja

Yessie Kualasari¹, Kartika Weningtyas², Josephine Elvina³, Hardianto Iridiastadi^{4*}

^{1,2}Kementrian Ketenagakerjaan Republik Indonesia
Jl. Gatot Subroto No.Kav. 51 Jakarta Selatan Jakarta 12950

^{3,4}Fakultas Teknologi Industri, Jurusan Teknik Industri, ITB
Jl. Ganesa 10 Bandung 40132

Email: hiridias@vt.edu (penulis korespondensi)

ABSTRAK

Pandemi Covid 19 memberikan efek yang masif karena kecepatan penularannya. Untuk menekan kecepatan penularan virus, kebijakan *work from home* dipilih pemerintah sebagai salah satu alternatif. Dengan mengurangi mobilitas pekerja, harapannya risiko penyebaran virus dalam perjalanan ke tempat kerja ataupun di tempat kerja itu sendiri dapat berkurang. Penelitian ini meneliti seberapa besar pengaruh status kerja terhadap persepsi pekerja terhadap *quality of life* mereka yang dilihat dari aspek *mental health*, *physical health*, dan kepuasan hidup yang diukur dengan kuesioner 36 Item Short Form Survey (SF36) dan Satisfaction With Life Scale (SWLS). Selain itu akan dilihat apakah aspek demografi, status kesehatan dan juga socio-economic status dapat mempengaruhi *quality of life* atau justru memoderasi hubungan antara status kerja terhadap *quality of life*. Hasil dari penelitian ini diketahui bahwa status kerja berpengaruh terhadap dimensi *role functioning/emotional* pekerja. Faktor lain yang berpengaruh terhadap kualitas hidup adalah status pernikahan, gender, ada tidaknya penyakit kronis, kebiasaan berolahraga, kriteria BMI, pendapatan, dan provinsi domisili.

Kata kunci: COVID-19, SF36, SWLS, *work from home*, shift

ABSTRACT

Covid-19 pandemic give the world a tremendous effect due to its rapid spread. To overcome this, *work from home* policy is implemented. The policy is considered effective by reducing the workers mobility so that can reduce the virus spreading on the way and in the workplace. This study examines how the work status influences workers' perceptions of their *quality of life* which is conceived by *mental health*, *physical health*, and life satisfaction. 36 Item Short Form Survey (SF 36) and Satisfaction With Life Scale (SWLS) were used to measure the worker's perception of *mental health*, *physical health*, and life satisfaction. It was also seen whether the demographic, health status and socio-economic status aspects could affect *quality of life* or moderate the relationship between work status and the worker's *quality of life*. The result from this shows that work status affect *role functioning/emotional*. Another individual factor that can affect *quality of life* are marital status, gender, *chronical disease*, *exercising habit*, BMI, income, and province domicile.

Keywords: COVID-19, SF36, SWLS, *work from home*, shift

1. Pendahuluan

World Health Organization menyebutkan bahwa *quality of life* sebagai persepsi masing-masing individu terhadap posisi aktual diri di dalam suatu konteks sistem nilai dan kebudayaan di tempat mereka tinggal yang berkaitan dengan tujuan hidup, ekspektasi, standar mereka masing-masing (World Health Organization, [64]). Selain itu, *quality of life* sendiri dapat didefinisikan sebagai kepuasan seseorang terhadap dimensi kehidupannya dibandingkan dengan kehidupan ideal menurut gambarannya (Ruževičius, J., [50]). Sumber yang sama menyebutkan bahwa *quality of life* akan dipengaruhi oleh kesehatan fisik dan mental seseorang, tingkat kemandirian dan faktor lainnya.

Konsep *quality of life* sering digunakan sebagai metrik dalam lingkungan profesional, untuk membantu pengambilan kebijakan perusahaan ataupun untuk membantu untuk pengambilan kebijakan politis suatu negara. Peningkatan *quality of life* dari suatu pekerja perusahaan akan berdampak positif pada kesuksesan perusahaan tersebut (Festervand, dkk., [20]), serta secara langsung berpengaruh terhadap jumlah ketidakhadiran pegawai, *turnover*, produktivitas, dan juga biaya perawatan pegawai (Taylor, [55]). Carr, dkk., [14] merangkum penggunaan dari pengukuran *quality of life*, yaitu untuk alat identifikasi kebutuhan kesehatan dari suatu populasi, memberikan hasil perbandingan dari adanya suatu kebijakan atau intervensi, hingga sebagai alat untuk membantu prioritas sumber daya dan evaluasi penggunaan biaya

Selama pandemi COVID-19 berlangsung, pemerintah memberlakukan kebijakan yang mewajibkan perusahaan untuk mengimplementasikan sistem *work from home* ataupun *hybrid* antara *work from home* (bekerja dari rumah) dan *work from office* (bekerja dari kantor). Perubahan cara kerja yang mendadak ini menuntut para pekerja untuk menyesuaikan diri. Meskipun terdapat beberapa dampak positif seperti mengurangi kelelahan, meningkatkan produktivitas bahkan meningkatkan hubungan antara anggota keluarga, bekerja dari rumah juga dapat memberikan dampak negatif seperti mengurangi kualitas relasi dengan rekan sekerja (Gajendran & Harrison, [21]), mempengaruhi kesehatan fisik dan mental karena jam kerja yang berkepanjangan, serta batasan yang tidak jelas antara kantor dan rumah (Allen, dkk., [3]). Vitterso, J., dkk., [58] pernah meneliti pengaruh dari kebijakan *work from home* terhadap *quality of life* yang digambarkan dengan empat dimensi, yaitu kepuasan hidup, rasa kepemilikan (*sense of belonging*), rasa menjadi (*sense of becoming*), dan rasa keberadaan (*sense of being*) dengan survei kepada masyarakat Eropa. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pekerja yang bekerja dari rumah dapat berpengaruh negatif terhadap kepuasan terhadap hidup dari rekan pekerja, namun setelah memisahkan variabel terkontrol, tidak ditemukan adanya pengaruh negatif dari kebijakan bekerja dari rumah. Meskipun demikian, para responden melaporkan dampak negatif seperti *overwork*, adanya *withdrawal* dari pekerja, konflik antara tuntutan pekerjaan dan keluarga serta tidak ada batasan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi, sejalan dengan penelitian sebelumnya. Kebiasaan pekerja yang berubah dan tuntutan untuk beradaptasi dalam bekerja dapat mempengaruhi kualitas hidup pekerja dan tentunya akan berpengaruh juga bagi perusahaan sehingga penting untuk dibahas.

Pada penelitian ini, *quality of life* juga akan dianalisis untuk mengevaluasi kebijakan *work from home* yang telah diimplementasikan sejak dimulainya pandemi Covid-19 di Indonesia. Pengertian *quality of life* yang cukup luas dapat diartikan dan terdiri dari berbagai macam sisi, menurut Ruževičius, J., [50] dapat dilihat melalui keadaan fisik, keadaan materiil, keadaan psikologis, pendidikan dan pengembangan diri, hubungan sosial, kesempatan untuk mengekspresikan diri pada waktu luang, serta lingkungan dan keamanan. Sedangkan oleh Cai, T., dkk., [12], *quality of life* disebutkan berkaitan dengan kesehatan fisik, kesehatan mental, kesehatan sosial dan kesehatan fungsional. Pada penelitian ini, penilaian *quality of life* dipilih pada aspek kesehatan fisik, kesehatan mental (Hutcinson, A., dkk., [29]), dan kepuasan terhadap hidup (George & Bearon, [22]). Perbedaan individual seperti keadaan demografi, status kesehatan, dan *socio economic status* akan dilihat apakah memengaruhi hubungan antara status kerja dengan *quality of life* atau justru secara langsung mempengaruhi *quality of life*. Kesehatan fisik dan mental diukur dengan menggunakan kuesioner *36 Item Short form Survey* (SF36) sedangkan kepuasan terhadap hidup diukur menggunakan *Satisfaction With Life Scale* (SWLS).

Tabel 1. Faktor pribadi yang berpotensi mempengaruhi *quality of life*

Sumber	Hasil Studi Literatur
Kim & Kim [32]	- Usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan dapat mempengaruhi <i>stress level</i> <i>Health behaviour</i> seperti kebiasaan untuk merokok, minum, olahraga, jam tidur dapat mempengaruhi kondisi mental seseorang
Han, dkk., [27]	Status pernikahan berpengaruh terhadap <i>quality of life</i>
Zhang & Xiang, [69]	Pendapatan berpengaruh terhadap <i>health-related quality of life</i>
Apple, dkk., [6]; You, dkk., [68]	<i>Body mass index</i> juga berpengaruh terhadap <i>health related quality of life</i> meskipun berbeda pada tiap variabel demografis seperti usia dan jenis kelamin
Somrongsong, dkk., [53]	Penyakit kronis dapat mempengaruhi <i>quality of life</i> karena dapat berdampak pada penurunan kemampuan fisik dan masalah emosional
Keyvanara, dkk., [30]	<i>Socio economic status</i> juga dinilai berpengaruh kepada <i>quality of life</i>
Petek, dkk., [46]	Pasien berusia lanjut yang lebih aktif beraktivitas memiliki <i>quality of life</i> yang lebih baik untuk aspek <i>physical</i> dan <i>mental</i>
Goldenberg, dkk., [24]	Perilaku merokok berhubungan yang negatif dengan <i>quality of life</i>
Korhonen, dkk., [33]	<i>Health related quality of life</i> secara fisik menurun seiring dengan level BMI yang meningkat lebih pada wanita daripada pria

2. Metode Penelitian

Quality of life pekerja dievaluasi dengan menggunakan kuesioner standar SF36 dan SWLS yang disebar secara *online* menggunakan *google form* dari bulan Maret sampai dengan Juni 2020. Terdapat 368 partisipan dengan 42,3% sampel berasal dari Jakarta dan 53,7% berasal dari Jawa Barat. Kuesioner SF36 digunakan untuk survey status kesehatan dan didesain untuk riset dan pengujian klinis, evaluasi kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan serta dapat juga digunakan untuk memberikan gambaran kesehatan secara umum (Ware & Sherbourne, [61]). SF36 dirancang sebagai kuesioner yang diisi sendiri sesuai dengan persepsi responden tentang keadaan dirinya. Kuesioner SF36 terdiri dari dua buah pengukuran yang terdiri dari kesehatan fisik dan kesehatan mental. Kesehatan fisik terdiri dari *physical functioning* (fungsi fisik), *role-physical* (peran fisik), *bodily pain* (nyeri pada tubuh), dan *general health* (kesehatan secara umum). Sedangkan *mental health* terdiri dari *energy/fatigue* (vitalitas), *social functioning* (fungsi sosial), *role-emotional* (peran emosional), dan *mental health* (kesehatan mental). Sebagai tambahan, SF36 juga berisi sebuah item kuesioner yang mengukur persepsi seseorang terhadap perubahan kesehatannya (*health change*). Setiap pertanyaan dari SF36 disajikan dengan opsi jawaban yang terdiri dari dua hingga enam opsi. Pertanyaan dengan dua opsi terdiri dari jawaban 1) ya dan 2) tidak. Disesuaikan dengan bentuk pertanyaannya, setiap opsi bernilai 0 dan 100. Pertanyaan dengan tiga opsi diberikan skor 0, 50, dan 100. Pertanyaan dengan lima opsi diberikan skor 100, 80, 60, 40, 20, dan 0. Sedangkan pertanyaan dengan enam opsi akan diberikan skor 100, 80, 60, 40, 20, dan 0.

Kuesioner SWLS terdiri dari lima buah pertanyaan untuk mengukur penilaian kepuasan terhadap kehidupan seseorang tanpa mengukur pengaruh negatif atau positifnya (Diener, dkk., [18]). Kuesioner SWLS diisi secara mandiri oleh responden dengan diberikan opsi mulai dari sangat setuju hingga sangat tidak setuju sesuai dengan pernyataan mengenai kepuasan hidup yang diberikan. Nilai tujuh (7) diberikan untuk jawaban sangat setuju dan nilai satu (1) diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju. Kuesioner juga dilengkapi pertanyaan mengenai data demografis, perilaku kesehatan, serta pertanyaan mengenai pekerjaan.

Sebelum dikelola lebih lanjut, hasil pengumpulan data hasil kuesioner akan diuji *missing data* dan *outlier* menggunakan *software* Minitab. Hasil dari uji *missing data* tidak ditemukan data dengan *missing value*. Uji *outlier* dengan menggunakan *Grubb's test* pada Minitab menghasilkan adanya data *outlier*. Peneliti memutuskan untuk membuang 3 responden yang berisi data *outlier*. Hasil uji normalitas data menunjukkan bahwa data tidak terdistribusi normal.

Tabel 2. Dimensi yang digunakan dalam kuesioner SF36

Sumber : Kiebzak, dkk., [21]

Dimensi	Singkatan	Domain yang diukur	Arti Bila Skor Tinggi
Physical functioning	PF	Keterbatasan performa fisik dalam kehidupan sehari-hari	Dapat melakukan setiap aktivitas fisik tanpa adanya permasalahan.
Role functioning/physical	RP	Ditemui masalah dalam kehidupan sehari-hari atau pekerjaan karena ada masalah kesehatan fisik	Tidak ada masalah dalam aktivitas fisik atau pekerjaan sebagai akibat dari adanya kesehatan fisik
Role functioning/emotional	RE	Ditemui masalah dalam kehidupan sehari-hari atau pekerjaan karena ada masalah emosional	Tidak ada masalah dalam aktivitas fisik atau pekerjaan sebagai akibat dari adanya kesehatan emosional.
Energy/fatigue	EF	Frekuensi merasa penuh energi atau kelelahan	Merasa penuh energi sepanjang waktu
Emotional well-being	EW	Derajat kegugupan atau depresi	Merasa damai, gembira dan tenang sepanjang waktu
Social functioning	SF	Kinerja dalam aktivitas sosial sebagai akibat dari masalah kesehatan	Dapat melakukan aktivitas sosial secara normal tanpa gangguan yang diakibatkan oleh masalah fisik atau emosional
Pain	BP	Tingkat keparahan nyeri secara keseluruhan	Tidak ada nyeri atau batasan yang diakibatkan dari adanya nyeri
General Health	GH	Kesehatan keseluruhan	Kesehatan keseluruhan baik
Health Change	HC	Perubahan kesehatan	Kesehatan semakin baik selama satu tahun terakhir

Data hasil pengukuran kuesioner SF36 dan SWLS akan di cek reliabilitas konsistensi internal, validitas konvergen dan validitas diskriminan. Reliabilitas dianggap mencukupi apabila nilai *cronbach's alpha* > 0,6 (Malhotra, [35]). Hasil penilaian pada kuesioner SF36 menunjukkan dimensi yang mengukur fungsi sosial tidak reliabel, sedangkan semua skala SWLS memiliki reliabilitas yang baik. Hasil pengujian validitas konvergen dan diskriminan dengan menggunakan korelasi *spearman* menunjukkan semua indikator pada kuesioner SF36 dan SWLS valid secara konvergen dan diskriminan. Pengolahan data untuk SF36 adalah dengan mencari rata-rata jawaban responden untuk setiap dimensi. Skala SWLS juga dihitung rata-ratanya untuk setiap responden.

Tahapan selanjutnya adalah mencari apakah terdapat ada pengaruhnya status kerja (*work from home*, *work from office*, *hybrid*) terhadap *quality of life* pekerja yang digambarkan dengan *mental health*, *physical health*, dan kepuasan terhadap hidup dengan membandingkan nilai dari masing-masing aspek *quality of life* pada tiap bentuk status kerja. Selain itu akan ditelaah juga apakah terdapat pengaruh dari perbedaan individual yang dilihat dari domisili, pendidikan, status menikah, kebiasaan merokok dan berolahraga, serta BMI terhadap *quality of life* para pekerja.

3. Hasil dan Pembahasan

Data deskriptif dari responden yang mengisi kuesioner dapat dilihat pada tabel Tabel 3. Distribusi jenis kelamin responden cukup seimbang. Proporsi usia responden sebanyak 25.4% berada pada rentang 25-29 tahun. 96% responden berdomisili di Jakarta dan Jawa Barat. Sebagian besar dari responden memiliki tingkat pendidikan D4/S1 (59.3%), dan terbanyak kedua adalah S2 (25.7%). 64% dari responden telah menikah. Dari segi profil kesehatan, responden yang memiliki kebiasaan merokok hanya 16.7% dari total responden. Meskipun demikian 59.8% dari responden menyatakan tidak rutin berolahraga. 50.7% dari responden memiliki indeks massa tubuh normal. Hanya 3.2% dari responden yang memiliki indeks massa tubuh di bawah 18.5 yang berarti *underweight*, dan 32.1% yang dinyatakan *overweight*.

Untuk status kerja, 46,3% responden menyatakan bahwa mereka bekerja dari rumah *work from home*, dan 28.5% di antaranya bekerja secara *hybrid*, serta 21.7% bekerja dari kantor (WFO). Hanya sedikit responden (3.3%) yang kehilangan pekerjaannya.

Tabel 3. Data deskriptif profil responden

Variabel		Frekuensi	Distribusi
Jenis Kelamin	Perempuan	155	42.0%
	Laki-Laki	213	57.7%
Usia	15 - 19	2	0.5%
	20 - 24	40	10.8%
	25 - 29	90	24.4%
	30 - 34	64	17.3%
	35 - 39	55	14.9%
	40 - 44	60	16.3%
	45 - 49	20	5.4%
	50 - 54	21	5.7%
	55 - 59	4	1.1%
	60+	12	3.3%
Domisili	D.K.I Jakarta	156	42,3%
	Jawa Barat	194	53.7%
	D.I Jogjakarta	1	0.3%
	Papua Barat	4	1%
	Papua	1	0.3%
	Jambi	1	0.3%
	Jawa Timur	1	0.3%
	Batam	1	0.3%
	Nusa Ternggara Barat	1	0.3%
	Lampung	2	0.5%

Variabel		Frekuensi	Distribusi
Pendidikan	Jawa Tengah	3	0.9%
	Kalimantan Barat	1	0.3%
	Kalimantan Timur	2	0.6%
	SMP	2	0.5%
	SMA/SMK	24	6.5%
	D1	1	0.3%
	D3	21	5.7%
	D4/S1	219	59.3%
	S2	95	25.7%
Status Menikah	S3	6	1.6%
	Belum Menikah	127	34.4%
	Menikah	236	64.0%
Status Pekerjaan	Janda	5	1.4%
	Kehilangan pekerjaan	12	3.3%
	Work From Home (WFH)	171	46.3%
	Bekerja bergantian / <i>Hybrid</i>	105	28.5%
	Bekerja di kantor / Work at office	80	21.7%
Kebiasaan Merokok	Tidak Merokok	306	82,5%
	Merokok	62	16,7%
Kebiasaan Berolahraga	Tidak rutin berolahraga	222	59,8%
	Rutin berolahraga	146	39,4%
BMI	<18,5	12	3,2%
	18,5 - 25	188	50,7%
	25 - 30	119	32.1%
	>30	49	13,2%

Kesehatan Fisik dan Mental dan Kepuasan Terhadap Hidup

Hasil kuesioner SF36 menggambarkan data kesehatan fisik dan mental secara keseluruhan dari peserta. Pengukuran SF36 akan menghasilkan nilai 1-100. Dengan nilai yang semakin tinggi semakin baik. Hasil pengukuran tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hasil penilaian kuesioner SF36

Dimensi	Item	Reliabilitas	Mean	Standard Deviasi
Physical functioning	10	0,84	91,08	14,33
Role functioning/physical	4	0,82	82,81	30,24
Role functioning/emotional	3	0,72	73,00	35,26
Energy/fatigue	4	0,73	58,49	18,04
Emotional well-being	5	0,85	71,05	17,81
Social functioning	2	0,6275	68,67	24,33
Pain	2	0,77	86,95	16,13
General health	5	0,62	74,80	10,43
Health change	1		54,55	17,15
Satisfaction With Life	5	0,809	24,28	4,97

Hasil pengukuran menunjukkan bahwa terdapat nilai yang cukup rendah, yaitu dimensi *energy/fatigue*, *social functioning*, dan juga *health change*. Dimensi *energy/fatigue* menggambarkan apakah seseorang merasa penuh energi atau justru merasa lemas. *Fatigue* atau tidak berenergi dapat disebabkan oleh adanya masalah fisik seperti kurang tidur dan terlalu banyak aktivitas berat, kondisi gangguan medis seperti adanya masalah kronis, ataupun masalah psikis seperti adanya gejala depresi dan gangguan kecemasan (Marm, dkk., [36]). Masalah *fatigue* pada pekerja diberi perhatian khusus karena dapat berdampak pada produktivitas pekerja (Torres-Harding & Leonard, [56]). Meskipun demikian, pada penelitian ini gejala *fatigue* tidak digali lebih lanjut mengenai akar masalahnya. Terlihat dari empat buah pertanyaan, yaitu “Apakah anda merasa penuh semangat?”, “Apakah Anda merasa penuh energi?”, “Apakah Anda merasa jenuh/bosan?”, “Apakah Anda merasa bahagia?”, serta “Apakah Anda merasa lelah?”. Hall, dkk., [26] menyebutkan bahwa studi demikian memberikan gambaran yang mencampurkan antar faktor fisik dan psikososial yang menyebabkan *fatigue*. Dalam penelitian oleh Ward [60] disebutkan bahwa *fatigue* sebagian besar disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan. Dalam konteks penelitian ini belum diketahui apakah beban kerja ini disebabkan oleh pekerjaan, tetapi juga tanggung jawab di luar pekerjaan, misal tanggung jawab terhadap keluarga. Meskipun demikian, Collier [17] menyebutkan bahwa *fatigue* biasanya lebih disebabkan oleh keadaan psikologis dibandingkan dengan keadaan fisik. Gejala *fatigue* yang disebutkan oleh Nisenbaum, dkk., [40] biasanya terdiri dari masalah tidur, kelemahan, sakit otot, sulit berpikir dan berkonsentrasi.

Dimensi *social functioning* menggambarkan bahwa ada atau tidaknya penurunan fungsi sosial seseorang yang diakibatkan oleh adanya penyakit fisik ataupun mental. Nilai dimensi *social functioning* yang rendah menjadi indikasi adanya penyakit fisik ataupun mental yang diderita oleh pengguna, meskipun pada SF36 tidak terlihat akar masalah dari *social functioning* yang rendah. *Social functioning* menggambarkan kuantitas dan kualitas dari hubungan sosial, namun diindikasikan lebih karena diakibatkan oleh adanya masalah psikis dibanding fisik (Stansfeld, dkk., [54]). Hal ini diakibatkan karena adanya masalah mental seperti depresi dan gangguan kecemasan secara umum berpengaruh terhadap memburuknya hubungan sosial, serta selain itu, masalah dalam hubungan sosial yang diakibatkan karena faktor lingkungan ataupun pribadi dapat berpengaruh kepada psikis seseorang (Stansfeld, dkk., [52].)

Pemberian skor pada dimensi *health change* adalah sebagai berikut : Jauh lebih baik (100), Agak lebih baik (75), Sama (50), Agak lebih buruk (25), Jauh lebih buruk (0). Nilai *health change* di sekitar angka 50 dapat diterjemahkan bahwa tidak ada perubahan yang baik ataupun buruk dalam kesehatan selama satu tahun terakhir.

Hasil penilaian SWLS dianggap termasuk ke dalam rentang rata-rata meskipun seharusnya nilai skor di atas 24 termasuk ke dalam kategori tinggi. Pada hasil penelitian ini tidak terlalu signifikan hasil skor dan batasan nilai 24. Skor ini menunjukkan bahwa orang-orang cukup puas dengan kehidupan mereka, meskipun masih menginginkan perbaikan aspek kehidupan mereka (Pavot & Diener, [44])

Pengaruh Kebijakan Status Kerja dengan Kualitas Hidup

Pengujian akan mencari apakah terdapat perbedaan skor dimensi kesehatan fisik, kesehatan mental, serta kepuasan terhadap hidup antar masing-masing status kerja, yang terdiri dari kehilangan pekerjaan, *work from home* (WFH), *hybrid* (WFO dan WFH), dan *work from office* (WFO). Karena data tidak ada yang berdistribusi normal maka akan dilakukan perbandingan median dengan menggunakan metode Kruskal-Wallis. Metode Kruskal-Wallis tidak memerlukan asumsi normalitas dan homogenitas, namun data yang dibandingkan harus memiliki bentuk distribusi yang sama serta sampel yang saling independen satu sama lain (Ostertagova & Ostertag, [42]). H_0 yang digunakan adalah distribusi dimensi sama pada setiap status kerja. Jika ternyata ditemukan terdapat perbedaan, maka akan digali lebih lanjut perbedaan tersebut dengan menggunakan metode *Mann - Whitney*.

Tabel 5. Hasil pengujian Kruskal-Wallis antar status kerja pada masing-masing aspek SF36 dan SWLS

Dimensi	Normalitas	Nilai Signifikansi	Hasil
Physical functioning	Tidak Normal	0,116	Tidak ada perbedaan
Role functioning/physical	Tidak Normal	0,092	Tidak ada perbedaan
Role functioning/emotional	Tidak Normal	0,015	Terdapat perbedaan
Energy/fatigue	Tidak Normal	0,266	Tidak ada perbedaan
Emotionall well-being	Tidak Normal	0,656	Tidak ada perbedaan
Social functioning	Tidak Normal	0,512	Tidak ada perbedaan
Pain	Tidak Normal	0,872	Tidak ada perbedaan
General health	Tidak Normal	0,850	Tidak ada perbedaan
Health change	Tidak Normal	0,870	Tidak ada perbedaan
Satisfaction With Life	Tidak Normal	0,585	Tidak ada perbedaan

Tabel 6. Uji *Mann-Whitney* untuk dimensi RE

Dimensi			Nilai Signifikasnsi	Hasil
Role functioning/ emotional	Kehilangan pekerjaan	Work From Home (WFH)	0,223	Tidak ada perbedaan
		Bekerja bergantian / Shift	0,861	Tidak ada perbedaan
		Bekerja di kantor / Work at office	0,146	Tidak ada perbedaan
	Work From Home (WFH)	Bekerja bergantian / Shift	0,009	Terdapat perbedaan
		Bekerja di kantor / Work at office	0,526	Tidak ada perbedaan
	Bekerja bergantian / Shift	Bekerja di kantor / Work at office	0,007	Terdapat perbedaan

Hasil uji statistik lanjutan pada dimensi *role functioning/emotional* menggunakan uji *Mann-Whitney* menyebutkan bahwa terdapat perbedaan antara perbedaan *role functioning emotional* dari pekerja yang bekerja secara *hybrid* dengan pekerja yang baik dengan *work from home* maupun *work from office*. Perhitungan *mean rank* menunjukkan bahwa nilai *mean* untuk orang yang bekerja secara *shift* lebih rendah dan signifikan berbeda dengan orang yang bekerja baik secara WFO dan/atau WFH. Hal ini sedikit bertolak belakang dengan beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa banyak pekerja lebih setuju bekerja secara *shift*, bahkan menyebutkan bahwa mengalami lebih sedikit *burnout* dibanding dengan pekerja yang sepenuhnya bekerja dari rumah atau dari kantor (Accenture, [1]). Keterbatasan peran karena masalah emosional pada pegawai yang bekerja *shift* atau bergantian secara WFO dan WFH memberikan beban tersendiri bagi para pegawai, seperti merasa terasingkan dengan pekerja lain yang sedang menjalankan WFO, hingga kurangnya keberagaman di dalam kantor karena preferensi WFO dan/atau WFH yang berkorelasi kuat dengan demografi tertentu, misalnya wanita yang memiliki anak cenderung memilih untuk WFH (Bloom, [10]). Selain itu, terdapat kekhawatiran bagi para pekerja *shift* yang sedang berada di rumah dapat menyangkut hilangnya kesempatan untuk berkembang dan dipromosikan karena karyawan yang lebih sering hadir di kantor akan lebih dihargai dan dipercaya (Mariniello, dkk., [37]; Bloom, [10]).

Masalah emosional dapat disebabkan oleh berbagai hal, di antaranya adalah adanya masalah keluarga, isolasi sosial, keterbatasan pendidikan, perasaan tidak yakin terhadap masa depan (United Nation, [57]), yang mana lebih sering dialami oleh wanita. Selain itu, rendahnya pendapatan (Mental Health Foundation, [38]) dan tekanan dari pekerjaan juga menyebabkan adanya masalah emosional (World Health Organization, [67]). Meskipun demikian, penelitian lanjutan dari responden dengan kategori bekerja dari rumah tidak memperlihatkan adanya perbedaan yang signifikan terhadap masalah emosional dari profil responden antara pria dan wanita.

Pengaruh Antara Perbedaan Individual Terhadap Kualitas Kehidupan

Beberapa variabel demografi terbukti dapat memberikan perbedaan kepada kualitas hidup pekerja. Variabel pertama adalah jenis kelamin. Jenis kelamin memengaruhi sebagian besar dimensi kesehatan mental seperti *role functioning emotional*, *energy/fatigue*, *emotional well-being*, *social functioning*, kesehatan fisik seperti *bodily pain* dan *general health*, serta *health change*. Perempuan terbukti lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental, seperti depresi (Albert, [2]). Jenis kelamin sebagai faktor struktural akan berinteraksi dengan faktor lain seperti usia, struktur keluarga, pendidikan, pekerjaan, pemasukan dan dukungan sosial sangat menentukan kesehatan mental seorang perempuan (World Health Organization, [65]). Perbedaan gender masih memberikan perbedaan perlakuan dan tuntutan yang khusus diberikan kepada perempuan, seperti mengurus anak dan keluarga, bekerja dan lain-lain. Hal ini diperparah terutama di lingkungan sosial dan ekonomi tertentu dimana perempuan dianggap tidak perlu berpendidikan tinggi, dipaksa menikah di usia muda, kehamilan usia di remaja, kehamilan terus menerus dalam jangka waktu singkat, hingga superioritas laki-laki dapat memperburuk keadaan (World Health Organization, [65]). Perempuan juga rutin mengalami perubahan hormon selama masa pubertas, menstruasi, kehamilan dan *premenopause* (Albert, [2]). Selain itu, paper yang sama juga menyebutkan bawa kodrat alamiah perempuan sensitif terhadap hubungan sosial juga dapat menjadi faktor penyebab.

Tabel 7. Rangkuman uji perbandingan median skor dimensi SF36 dan SWLS untuk tiap variabel individual

Dimensi	Variabel yang Berpengaruh
Physical functioning	Status Pernikahan Penyakit Kronis

Dimensi	Variabel yang Berpengaruh
	BMI
	Berolahraga
Role functioning/physical	Pendapatan
Role functioning/emotional	Gender
Energy/fatigue	Gender
	Status Pernikahan
	Berolahraga
Emotionall well-being	Gender
	Status Pernikahan
	Berolahraga
Social functioning	Gender
Pain	Gender
	Berolahraga
General health	Gender
	Penyakit Kronis
	Berolahraga
Health change	Gender
	Status Pernikahan
	Berolahraga
Satisfaction With Life	Status Pernikahan
	Prov domisili
	Berolahraga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan beberapa dimensi kesehatan fisik, mental dan kepuasan hidup, seperti *physical functioning*, *energy/fatigue*, *emotional well-being*, *health change*, dan kepuasan terhadap hidup. Wilson & Oswald [63], dalam kajiannya menyebutkan bahwa orang yang menikah memiliki penurunan yang signifikan dalam indeks depresi. Selain itu orang yang menikah juga memberikan pengaruh dalam penyalahgunaan alkohol, meskipun tidak terlalu besar. Semua hal ini dipengaruhi oleh kualitas pernikahan. Pandangan seseorang terhadap pernikahan juga berpengaruh terhadap dampak positif dari pernikahan. Penelitian oleh Simon & Marcussen [52] menyebutkan apabila seseorang menghargai kelanggengan dan pentingnya pernikahan, akan mengalami penurunan depresi yang signifikan, namun akan terdampak parah bila terjadi perpisahan atau perceraian dalam pernikahan. Pada penelitian ini, efek terhadap seseorang yang mengalami perpisahan terhadap pernikahan sulit diteliti karena jumlah sampel yang terlampau kecil. Seseorang yang menikah mengalami peningkatan kepuasan terhadap hidup terutama di tiga tahun pertama pernikahan (Clark, [16]). *Well-being* yang diakibatkan oleh pernikahan dapat diakibatkan karena adanya pemenuhan kebutuhan biologis melalui aktivitas seksual (Blanchflower & Oswald, [9]). Meskipun demikian, pada penelitian ini terlihat bahwa untuk domain *physical functioning*, justru orang yang belum menikah memiliki nilai yang lebih tinggi daripada yang sudah menikah.

Penyakit kronis yang dimiliki seseorang tentunya akan berkorelasi terhadap kesehatan fisik dari penderitanya. Terbukti dari hasil perhitungan bahwa terdapat perbedaan *physical functioning* dan *general health* bagi para penderita dan non penderita. Penelitian ini selaras dengan penelitian oleh Pengpid & Peltzer [45] yang menyebutkan bahwa penyakit kronis berkorelasi dengan rendahnya *quality of life* secara umum. Penyakit kronis memang dapat memberikan keterbatasan fisik terutama karena perasaan nyeri dan tidak nyaman. Perawatan penyakit kronis yang perlu waktu lama sebenarnya bisa juga dapat berpengaruh ke kesehatan fisik dan mental. Meskipun pada penelitian, tidak terdapat perbedaan yang diakibatkan oleh penyakit kronis terhadap kesehatan mental. Meskipun demikian, hubungan kausal antara penyakit kronis tidak bisa dianggap kausal, dikarenakan penyakit kronis dapat diakibatkan karena kurangnya aktivitas fisik (Booth, dkk., [11]; Anderson & Durstine, [4]).

Body mass index atau indeks massa tubuh diukur berdasarkan tinggi badan dan berat badan seseorang. Dari perhitungan BMI dapat diperkirakan apakah seseorang mengalami obesitas atau justru kekurangan berat badan. Berdasarkan hasil perhitungan BMI, terdapat perbedaan di dimensi *physical functioning* dari responden yang memiliki berat badan normal dengan responden yang memiliki obesitas ataupun *underweight*, dan seseorang yang *underweight* memberikan perbedaan yang signifikan dengan orang yang obesitas. Terbukti bawa obesitas dan overweight lebih berbahaya dibandingkan dengan *underweight* (World Health Organization, [66]). Meskipun demikian, sampel responden yang memiliki BMI *underweight* cukup kecil sehingga perbandingan dengan sampel *underweight* dapat memberikan *power* yang kurang memuaskan.

Selain itu kebiasaan perilaku sehat rutin berolahraga dapat ternyata dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup. Dari hasil pengujian *Mann-Whitney* diketahui bahwa orang yang rutin berolahraga memberikan nilai yang lebih baik untuk dimensi *physical functioning*, *energy/fatigue*, *emotional well-being*, *pain*, *general health*, *health*

change, dan *satisfaction with life*. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Gill, dkk., [23]; Anokye, dkk., [5]; Hacker [25]) bahwa berolahraga memiliki korelasi positif dengan aspek kesehatan mental dan fisik. Gill, dkk., [23] menyebutkan bahwa orang yang rutin beraktivitas fisik mengalami dampak positif terutama pada aspek kesehatan fisik dan emosi/*mood*, seperti lebih tidak mudah stress, lebih kuat dan fleksibel secara fisik. Selain itu partisipan juga menyebutkan bahwa beraktivitas fisik bahkan berpengaruh terhadap perasaan berenergi dan selalu aktif, serta *emotional well-being* yang digambarkan dari adanya kepercayaan diri, disiplin diri, dan juga penerimaan diri. Pada penelitian ini tidak ditemukan perbedaan aspek *quality of life* pada responden yang memiliki kebiasaan merokok dan tidak merokok, meskipun beberapa penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan merokok berkorelasi negatif dengan *quality of life* (Rezaei, dkk., [48]; Vogl, dkk., [59]). Hal ini mungkin diakibatkan oleh responden yang menjawab merokok merupakan perokok ringan, sehingga dampak negatif dari rokok belum terlalu dirasakan (Sagtani, dkk., [51]) karena biasanya dampak buruk rokok baru dirasakan dalam jangka waktu lama. Selain itu terdapat pandangan terhadap kebiasaan merokok yang justru berpengaruh positif terhadap kondisi mental seseorang seperti mengurangi perasaan stress, menambah pergaulan (Wati, dkk., [62]), hingga menambah konsentrasi dan meningkatkan kepercayaan diri (Baig, dkk., [7]).

Pada penelitian ini hampir seluruh responden tinggal Jakarta dan provinsi Jawa Barat. Hasil uji menggunakan *mann whitney* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kepuasan terhadap hidup. Penelitian serupa oleh Milward & Spinney [39], menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dari kepuasan terhadap hidup yang berbeda di wilayah di desa dan kota, meskipun demikian mungkin dapat dipengaruhi oleh faktor lain yang berkaitan, seperti usia, pendapatan dan status menikah yang berbeda dalam area desa dan kota. Selain itu tingkat pendidikan dan juga ketersediaan fasilitas dan sarana prasarana dapat mempengaruhi kepuasan terhadap hidup (Pamungkas, [43]).

Tabel 8. Uji korelasi antara faktor individual dengan dimensi SF36 dan SWLS

	PF	HC	RP	RE	EF	EW	SF	BP	GH	SWLS
usia	-.124*	.146**	0.040	0.065	.318**	.329**	0.046	0.086	0.055	.320**
	0.017	0.005	0.443	0.214	0.000	0.000	0.382	0.099	0.293	0.000
pendidikan	0.047	0.024	.108*	0.050	-0.008	0.047	0.032	-0.018	0.037	.164**
	0.368	0.645	0.038	0.335	0.880	0.365	0.544	0.730	0.481	0.002
tanggungan	-0.039	0.041	-0.043	0.032	.114*	.104*	0.045	0.027	0.052	.124*
	0.459	0.430	0.411	0.538	0.028	0.047	0.392	0.612	0.323	0.017

Perbandingan *spearman* digunakan untuk variabel ordinal. Variabel usia berpengaruh terdapat *emotional functioning*, *emotional well-being*, dan *satisfaction with life*, meskipun kategorinya termasuk lemah. Ebner & Fischer [19] menjelaskan bahwa emosi sebenarnya tidak terlalu dipengaruhi oleh usia dikarenakan dimensi emosi cukup beragam dan efek usia ke dalam dimensi-dimensi tersebut berbeda. Dalam penelitian oleh ini juga disebutkan bahwa peningkatan usia akan berpengaruh pada peningkatan kemampuan *emotional problem solving* (Blanchard-Fields, [8]) dan frekuensi merasakan perasaan positif (Carstensen, dkk., [15]) namun menurunkan kemampuan mengenali emosi orang lain (Ruffman, dkk., [49]). Untuk kepuasan terhadap hidup, penelitian oleh Prenda & Lachman [47] menunjukkan bahwa usia berkorelasi positif terhadap kepuasan terhadap hidup.

Sedangkan aspek pendidikan berkorelasi, meskipun sangat lemah terhadap kepuasan terhadap hidup. Pendidikan dapat berpengaruh terhadap variabel lain seperti pendapatan, keadilan dan *self-fulfilment* (Cardenas, dkk., [13]) yang dapat berpengaruh terhadap kepuasan terhadap hidup. Penelitian oleh OECD [41] menyebutkan bahwa kepuasan terhadap hidup meningkat seiring dengan meningkatnya kemampuan sosial dan emosional. Kedua faktor ini biasanya tidak hanya diajarkan di institusi pendidikan, namun juga dari keluarga dan lingkungan. Kemampuan ini berperan untuk memengaruhi kesejahteraan karena dapat meningkatkan kemampuan dalam bidang ekonomi dan sosial, seperti pendapatan yang lebih tinggi, rendahnya tingkat pengangguran, dan kesehatan yang lebih baik. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa pengaruh dari pendidikan terhadap kepuasan terhadap hidup berbeda. Di negara seperti Denmark dan Finlandia, kepuasan terhadap hidup tetap tinggi terlepas dari tingkat pendidikan. Sedangkan India, Korea, dan Turkey menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi tidak selalu berkorelasi positif dengan kepuasan terhadap hidup OECD [40].

Jumlah tanggungan terlihat berkorelasi secara lemah terhadap kepuasan terhadap hidup dan juga lebih lemah lagi terhadap *emotional functioning* dan *emotional well-being*. Jumlah tanggungan meningkat berarti meningkatkan jumlah sumber daya dari seseorang untuk merawat seseorang, seperti uang, waktu tenaga dan pemikiran. Hal ini bisa menambah *stressor* bagi seseorang. Kowal, dkk., [34] menyebutkan bahwa peningkatan jumlah anak, dapat memberikan *stressor* tambahan bagi orang tua yang dapat mempengaruhi *well-being* mereka, meskipun terdapat beberapa faktor yang berinteraksi dengan jumlah tanggungan, seperti lingkungan sosial, budaya, dan religiusitas.

Kesimpulan dan Saran

Perhitungan skor SF36 menggunakan *mean* menunjukkan nilai terendah adalah *energy/fatigue* dan *social functioning*. Penilaian ini menunjukkan bahwa masyarakat mempersepsikan bahwa mereka sering mengalami kelelahan dan tidak berenergi serta sedikit mengalami gangguan fungsi sosial yang diakibatkan masalah fisik dan mental. Selain itu selama satu tahun terakhir tidak mengalami perubahan kondisi kesehatan baik membaik ataupun memburuk.

Hasil penelitian dan perhitungan menunjukkan bahwa status kerja (*work from home, work from office, shift*) tidak memberikan perbedaan pada dimensi kesehatan mental, kesehatan fisik dan kepuasan terhadap hidup kecuali dimensi *role functioning/emotional*, dimana terdapat justru pekerja yang bekerja secara sistem *shift* memberikan perhitungan *mean rank* yang lebih rendah pada uji *Mann Whitney U test*, dibandingkan dengan pekerja yang bekerja secara WFH ataupun WFO. Hal yang bertentangan karena beberapa penelitian menunjukkan bahwa pekerja yang bekerja secara *hybrid* mengalami lebih sedikit *burnout*. Meskipun demikian bekerja secara *hybrid* berpotensi menimbulkan kekhawatiran terhadap perasaan terasingkan serta kesenjangan kesempatan mengembangkan diri, kesempatan dipromosikan, serta kesenjangan perlakuan dari atasan terhadap orang yang bekerja di kantor dan yang dari rumah.

Faktor individu juga mempengaruhi persepsi kesehatan fisik, mental dan kepuasan terhadap hidup. Seperti status pernikahan, gender, ada tidaknya penyakit kronis, kebiasaan berolahraga, kriteria BMI, pendapatan, provinsi domisili, serta kebiasaan berolahraga. Berdasarkan hal ini, maka dapat disimpulkan bahwa persepsi kesehatan fisik, kesehatan mental dan kepuasan terhadap hidup lebih dipengaruhi oleh faktor individu dibandingkan dengan status kerja.

Meskipun pada penelitian ini tidak dapat ditunjukkan bahwa perbedaan status kerja (WFO, WFH, Hybrid) berpengaruh terhadap kualitas hidup, pada penelitian ini tidak ditunjukkan profil pekerjaan dari masing-masing pekerja secara mendetil, yang diduga justru dapat mempengaruhi kualitas kehidupan para pekerja. Selain itu, untuk variabel individual dapat berinteraksi satu sama lain sehingga ataupun justru merupakan sebab akibat satu sama lain. Pemetaan mengenai variabel individual yang mempengaruhi kualitas kehidupan dapat membantu peneliti dalam memetakan variabel mana yang benar-benar berdampak terhadap kualitas kehidupan.

Daftar Pustaka

- [1] Accenture. (2021). *The Future of Work : Productive Anywhere*. Accenture.
- [2] Albert, P. L. (2015, Juli). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(4), 219-221. doi:10.1503/jpn.150205
- [3] Allen, T. D., Golden, T. D., & Shockley, M. K. (2015, September). How Effective is Telecommuting ? Assessing the Status of Our Scientific Findings. *Psychological Science in the Public Interest*, 16(2), 40 - 68. doi:https://doi.org/10.1177/1529100615593273
- [4] Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 3-10. doi:10.1016/j.smhs.2019.08.006
- [5] Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Gavey, T. G., & Taylor, R. S. (2012). Physical Activity and Health Related Quality of Life. *BMC Public Health*, 12(624), 1-8. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/624>
- [6] Apple, R., Samuels, L. R., Fonnebeck, C., Schlundt, D., Mulvaney, S., Hargreaves, M., . . . Heerman, W. J. (2018). Body mass index and health-related quality of life. *Obesity Science & Practice*, 4(5), 417-426. doi:10.1002/osp4.292
- [7] Baig, M., Bakarman, M., Gazzaz, Z. J., Khabaz, M. N., Ahmed, T. J., Qureshi, I. A., . . . Al-Shehri, F. M. (2016). Reasons and Motivations for Cigarette Smoking and Barriers against Quitting Among a Sample of Young People in Jeddah, Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17.
- [8] Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: an adult developmental perspective. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 16(1), 26 - 31. doi:10.1111/j.467-8721.2007.00469.x
- [9] Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Money, Sex and Happiness: An Empirical Study. *Scandinavian Journal of Economics*, 393 - 415.
- [10] Bloom, N. (2021). *Hybrid is the future of work*. Stanford: Stanford Institute for Economic Policy Research (SIEPR).
- [11] Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of Exercise is a Major Cause of Chronic Diseases. *Compr Physiol*, 22, 1143 - 1211. doi:10.1002/cphy.c110025
- [12] Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14-22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>

- [13] Cardenas, M., Mejia, C., & Di Maro, V. (2008). *Education and Life Satisfaction: Perception or Reality?*
- [14] Carr, A. J., Thompson, P. W., & Kirwan, J. R. (1996). Quality of Life Measures. *Britis Journal of Rheumatology*, 35, 275 - 281.
- [15] Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., & Samanez-Larkin, G. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*, 26, 21-33. doi:10.1037/a0021285
- [16] Clark, A. E., Diener, E., Geogelis, Y., & Lucas, R. E. (2006). Lags and Leads in Life Satisfaction : A Test of the Baseline Hypothesis. *IZA Disussion Paper No 2526*.
- [17] Collier, H. E. (1943). *Outlines of Industrial Medical Practice*. Baltimore: Williams & Wilkins Company.
- [18] Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 71-75. Retrieved Januari 2021
- [19] Ebner, N. C., & Fischer, H. (2014). Emotion and aging: Evidence from brain and behavior. *Front. Psychol*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00996
- [20] Festervand, T. A., Lumpkin, J. R., & Tosh, D. S. (1988). 'Quality of Life in the Industrial Site Location Decision. *Journal of Real Estate Development*, 19 - 27 .
- [21] Gajendran, R. S., & Harrison, D. A. (2007, November). The good, the bad, and the unknown about telecommuting: meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. *J Appl Psychol*, 92(6), 1524 - 1541. doi:10.1037/0021-9010.92.6.1524
- [22] George, L., & Bearon, L. (1980). *Quality of life in older persons : Meaning and measurement*. New York: Human Sciences Press.
- [23] Gill, D. L., Hammond, C. C., Reifsteck, E. J., Jehu, C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., . . . Shang, Y.-T. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *Journal of Prevetive Medicine & Public Health*, 46, 28 - 34. doi:http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S28
- [24] Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. *Am J Addict*, 23(6), 540 - 562. doi:10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x
- [25] Hacker, E. (2009). Exercise and Quality of Life: Strengthening the Connections. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1), 31-39. doi:10.1188/09.CJON.31-39.
- [26] Hall, D. G., Sanders, S. D., & Replogio, W. H. (1994). Fatigue: a new approach to an old problem. *Journal of the Mississippi State Medical Association*, 35, 155-160.
- [27] Han, K. T., Park, E. C., Kim, J. H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life ? *Health adn Quality of Life Outcomes*, 12(109). doi:10.1186/s12955-014-0109-0
- [28] Hellgren, J., Balder, B., Palmqvist, M., & Löwhagen, O. (2005). *Quality of life in non-infectious rhinitis and asthma* *. 43(June 2014), 183–188.
- [29] Hutchinson, A., Farndon, J., & Wilson, R. (1979). Quality of Survival Patients Following Mastectomy. *Clin Oncol*, 5(391-2).
- [30] Keyvanara, M., Khasti, B. Y., Zadeh, M. R., & Modaber, F. (2015, December 30). Study of the relationship between quality of life and socioeconomic status in Isfahan at 2011. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(92). doi:10.4103/2277-9531.171806
- [31] Kiebzak, G. M., Pierson, L. M., Campbell, M., & Cook, J. W. (2002). Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: Effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 31(3), 207–213. https://doi.org/10.1067/mhl.2002.124299
- [32] Kim, J., & Kim, H. (2017). Demographic and Environmental Factors Associated with Mental Health: A Cross-Sectional Study. (P. B. Tchounwou, Ed.) *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 431. doi:10.3390/ijerph14040431
- [33] Korhonen, P. E., Seppala, T., Jarvenpaa, S., & Kautiainen, H. (2014). Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals. *Quality of Life Research*, 23, 67-74. doi:https://doi.org/10.1007/s11136-013-0433-6
- [34] Kowal, M., Groyecka-Bernard, A., Kochan-Wojcik, M., & Sorokowski, P. (2021). When and how does the number of children affect marital satisfaction? An international survey. *PLoS ONE*, 16(4). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249516
- [35] Malhotra, N. K. (2010). *Marketing Research an Applied Approach*. USA: Pearson.
- [36] Manu, P., Lane, T. J., & Matthews, D. A. (1992). Chronic fatigue syndromes in clinica practice,. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 58, 60 - 68.
- [37] Mariniello, M., Grzegorzczak, M., Nurski, L., & Schraepen, T. (2021). Blending the physical and virtual: a hybrid model for the future of work. *Policy Contribution*, 14(21).

- <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/05/08/the-porto-declaration/>.
- [38] Mental Health Foundation. (2016). *Poverty and Mental Health*. Mental Health Foundation.
 - [39] Millward, H., & Spinney, J. (2013). Urban–Rural Variation in Satisfaction with Life: Demographic, Health, and Geographic Predictors in Halifax, Canada. *Applied Research Quality of Life*, 8, 279 - 297. doi:<https://doi.org/10.1007/s11482-012-9194-6>
 - [40] Nisenbaum, R., Reyes, M., Mawle, A. C., & Reeves, W. (1998). Factor analysis of unexplained severe fatigue: a longitudinal study from the patient's Perspe. *American Journal of Epidemiology*, 148(1), 72 - 77.
 - [41] OECD. (2016). How are health and life satisfaction related to education? *Education Indicators in Focus*. doi:<https://doi.org/10.1787/22267077>
 - [42] Ostertagova, E., & Ostertag, O. (2014). Methodology and Application of te Kruskal-Wallis Test. *Applied Mechanics and Materials*, 115-120. doi:10.4028/www.scientific.net/AMM.611.115
 - [43] Pamungkas, B. (2019). Kebahagiaan Penduduk di Povinsi Jawa Barat. *JISPO*, 9(1), 188-197.
 - [44] Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and The Emerging Construct of Life Satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 137 - 152.
 - [45] Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). The Impact of Chronic Diseases on the Quality of Life of Primary Care Patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *Iran J Public Health*, 1308 - 1316.
 - [46] Petek, D., Petek-Ster, M., & Tusek-Bunc, K. (2018, Januari 5). Health behaviour and health-related quality of life in patients with a high risk of cardiovascular disease. *Journal of Public Health*, 57(1).
 - [47] Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16, 206 - 216.
 - [48] Rezaei, S., Matin, B. K., Karyani, A. K., Woldemichael, A., Khosravi, F., Khosravipour, M., & Rezaeian, S. (2017). Impact of Smoking on Health-Related Quality of Life: A General Population Survey in West Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(1), 3179-3185. doi:10.22034/APJCP.2017.18.11.3179
 - [49] Ruffman, T., Henry, J. D., Livingstone, V., & Phillips, L. H. (2008). A meta-analytic review of emotion recognition and aging: implications for neuropsychological models of aging. *Neurosci. Biobehav*, 32, 863-881. doi:10.1016/j.neubiorev.2008.01.001
 - [50] Ruževičius, J. (2012). Management de la qualité. *Notion globale et recherche en la matière*, 432.
 - [51] Sagtani, R. A., Thapa, S., & Sagtani, A. (2019). Smoking and Quality of Life - Is there really and association? Evidence from a Nepalese sample. *PLoS ONE*, 14(9). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221799>
 - [52] Simon, R. W., & Marcussen, K. (1999). Marital transitions, marital beliefs, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(2), 111–125. <https://doi.org/10.2307/2676367>
 - [53] Somrongthong, R., Hongthong, D., Wongchalee, S., & Wongtongkam, N. (2016). The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. *BioMed Research International*, 2016.
 - [54] Stansfeld, S. A., Roberts, R., & Foot, S. P. (1997). Assessing the validity of the SF-36 General Health. *Quality of Life Research*, 6, 217-224.
 - [55] Taylor, H. (1987). Evaluation out Quality of Life. *Industrial Development*, 1-4.
 - [56] Torres-Harding, S., & Leonard, J. (2005). What is Fatigue? History and Epidemiology. In J. DeLuca (Ed.), *Fatigue as a window to the brain* (pp. 3-17). MIT Press.
 - [57] United Nation. (2020). *Covid-19 and te Need for Action on Mental Health*. United Nation.
 - [58] Vitterso, J., Akselsen, S., & Julsrud, T. E. (2003). mpacts of Home-Based Telework on Quality of Life for Employees and Their Partners. Quantitative and Qualitative Results From a European Survey. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 201 - 233. doi:10.1023/A:1024490621548
 - [59] Vogl, M., Wenig, C. M., Leidl, R., & Pokhrel, S. (2012). moking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health*, 12(203). Retrieved from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-203>
 - [60] Ward, R. V. (1941). Chronic fatigue symptoms among industrial workers. *Canadian Public Health Journal*, 32, 464 - 467.
 - [61] Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6).
 - [62] Wati, S. H., Bahtiar, & Anggriani, D. (2018). DAMPAK MEROKOK TERHADAP KEHIDUPAN SOSIAL REMAJA (Studi di Desa Mabodo Kecamatan Kontunaga Kabupaten Muna). *Neo Societal*, 2, 503-509. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/246642-dampak-merokok-terhadap-kehidupan-sosial-b9ac92d1.pdf>
 - [63] Wilson, C. M., & Oswald, A. J. (2005). *Does Marriage Affect Physica and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence*. Warwick: The University of Warwick.

- [64] World Health Organization. (1997). *Measuring Quality of Life*. World Health Organization.
- [65] World Health Organization. (2000). *Woman's Mental Health : an Evidence Based Review*. Geneva: World Health Organization.
- [66] World Health Organization. (2021). Obesity and overweight. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [67] World Health Organizations. (2000). *Mental Health and work : Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organizations.
- [68] You, H., Li, X.-l., Jing, K.-z., Li, Z.-g., Cao, H.-m., Wang, J., . . . Gu, H. (2018). Association between body mass index and health-related quality of life among Chinese elderly—evidence from a community-based study. *BMC Public Health*, 18(1174). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6086-1>
- [69] Zhang, S., & Xiang, W. (2019). Income gradient in health-related quality of life — the role of social networking time. *International Journal of Equity in Health*, 44.