

**HUBUNGAN KEBERAGAMAAN DAN KESEHATAN DI INDONESIA:
DATA DARI *INDONESIAN FAMILY LIFE SURVEY 5***

¹Cahyo Setiadi Ramadhan, ²Riswanti Budi Sekaringsih, ³Novat Pugo Sambodo

¹Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada

Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia, 55281

²Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga

Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia, 55281

³Pusat Kajian Ekonomi dan Bisnis Syariah, Fakultas Ekonomika dan Bisnis UGM

Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia, 55281

cahyosetiadi@yahoo.com

Abstrak:

Agama berhubungan erat dengan kehidupan manusia. Kondisi tersebut memunculkan kemungkinan adanya hubungan keberagamaan dengan berbagai aspek kehidupan manusia termasuk kesehatan baik mental maupun fisik. Penelitian ini menguji secara empiris hubungan keberagamaan dengan kesehatan dengan kasus populasi di Indonesia. Keberagamaan dilihat dari religiusitas subjektif. Kesehatan mental dilihat dari rendahnya tingkat depresi dan tingginya kesejahteraan subjektif. Kesehatan fisik dilihat dari kemampuan melakukan aktivitas umum dan rinci keseharian. Data didapatkan dari *Indonesian Family Life Survey (IFLS) 5* dengan 30.909 responden di Indonesia. Hubungan keberagamaan dengan kesehatan diuji menggunakan analisis statistik berupa korelasi *product moment*. Hasil analisis menunjukkan adanya korelasi lemah yang signifikan ($p \leq 0,01$) antara religiusitas dengan depresi ($r = -0,037$), kebahagiaan dan kepuasan hidup ($r = 0,130$), afek positif ($r = 0,085$), rasa bermasalah ($r = -0,058$), rasa capek ($r = -0,063$) dengan aktivitas harian ($r = 0,016$), dan korelasi yang lemah dengan aktivitas harian yang rinci ($r = 0,028$). Hasil tersebut menunjukkan adanya hubungan positif antara religiusitas dengan kesehatan.

Kata kunci: keberagamaan, *Indonesian Family Life Survey (IFLS)*, kesehatan, religiusitas

PENDAHULUAN

Agama adalah hal yang penting dalam kehidupan manusia (Argyle, 2000; Hood Jr., Hill, & Spilka, 2009; Nelson, 2009). Bahkan agama disebut sebagai faktor penentu atau pendorong yang kuat bagi manusia (McCullough & Willoughby, 2009; Loewenthal, 2000). Salah satu contoh yang menunjukkan agama sebagai faktor penentu adalah hubungan agama dengan nilai yang diyakini individu pemeluknya (Schwartz & Huismans, 1995). Terdapat lebih dari 50 % penduduk dunia yang memeluk suatu agama (Pew Research Centre, 2012; RedC Research, 2012). Sebagai faktor penentu atau pendorong yang kuat, tentu agama dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan umat beragama tersebut. Salah satu aspek kehidupan yang dipengaruhi agama adalah kesehatan, baik mental maupun fisik (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Koenig, King, & Carson, 2011).

Berbagai penelitian menunjukkan hubungan positif antara agama dan kesehatan mental serta fisik individu. Krause (2003) menemukan bahwa lansia yang

mendapatkan makna hidup dari nilai agama memiliki tingkat kepuasan, keberhargaan diri (*self-esteem*) dan optimisme yang lebih tinggi daripada lansia yang tidak memiliki makna hidup dari nilai-nilai agama. Pada tingkat usia yang lebih umum, tidak hanya usia lanjut, agama dapat membantu menurunkan tingkat distres dalam menghadapi situasi yang menekan (*stressful*), yaitu dengan cara-cara religius (Eliassen, Taylor, & Lloyd, 2005). Religiusitas juga membantu penyesuaian psikologis menghadapi tekanan ekonomi (Gebauer, Nehrlich, Sedikides, & Neberich, 2012). Pada perempuan, Keberagamaan berhubungan negatif dengan simptom gangguan makan (Varady, 2002). Selain itu, nilai-nilai keagamaan, seperti kepercayaan akan Tuhan, dapat membantu penyesuaian diri perempuan yang terkena kanker payudara, termasuk meningkatkan kesejahteraan emosi mereka (Gall, 2000). Dalam hal kesehatan fisik, keikutsertaan pada kegiatan keagamaan berpengaruh positif pada perasaan/persepsi bahwa diri pribadi sehat (*self-assessed health*) dan kondisi tersebut bukan merupakan hasil dari aspek sosial agama (Huijts & Kraaykamp, 2011).

Selain penelitian yang menunjukkan hubungan positif keberagamaan dengan kesehatan, terdapat juga berbagai penelitian yang menunjukkan hubungan yang tidak pasti antara keberagamaan dengan kesehatan. Snoep (2008) menunjukkan bahwa diperlukan konteks tertentu, yaitu latar belakang individu dan kondisi lingkungannya, agar kepercayaan terhadap doktrin agama dan kesertaan dalam kegiatan agama dapat menimbulkan kebahagiaan atau kepuasan hidup terhadap individu tersebut. Agama berhubungan dengan kesehatan karena faktor psikososial yang menyertainya seperti gaya hidup dan dukungan sosial yang dipengaruhi (Dreyer & Dreyer, 2012). Di sisi lain, penelitian Hudson, Purnell, Duncan, dan Baker (2015) menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap agama dan keikutsertaan dalam kegiatan agama tidak berhubungan dengan kesehatan mental. Bahkan, penelitian Filiz (2015) menunjukkan keberagamaan yang keliru, yaitu rasa ketuhanan (*god image*) yang tidak diimbangi dengan religiusitas justru dapat memunculkan gangguan psikologis.

Kajian tentang keberagamaan banyak dilakukan di “Negara Barat” (Paloutzian & Park, 2005; Tampubolon & Hanandita, 2014). Kajian tentang hubungan agama dan kesehatan yang telah dijabarkan sebelumnya juga dominan dilakukan di Negara Barat, yaitu Amerika Serikat, Denmark, dan Belanda (Snoep, 2008), Amerika Serikat dengan partisipan kulit putih, hispanik, kuban, dan afrikan, (Eliassen, Taylor, & Lloyd, 2005), Eropa (Huijts & Kraaykamp, 2011), Amerika Serikat dengan partisipan kulit putih, afrikan, dan karibbean (Hudson, Purnell, Duncan, & Baker, 2015), Afrika Selatan dengan partisipan kaukasian (kulit putih) (Dreyer & Dreyer, 2012), Belanda (Filiz, 2015), serta Eropa (Austria, Switzerland, Spanyol, Perancis, Jerman, Italia, Belanda, Polandia, Rusia, Swedia, dan Turki) (Gebauer, Nehrlich, Sedikides, & Neberich, 2012). Bahkan beberapa penelitian terbatas pada partisipan agama tertentu, seperti penelitian Krause (2003) di Amerika Serikat dengan partisipan lansia kristen kulit putih dan hitam. Kajian yang dominan dilakukan di “Negara Barat” tersebut menjadikan kajian keberagamaan cenderung bercorak “Barat” (Richards, 2011; Loewenthal, 2012). Menurut Loewenthal, diperlukan perluasan kancah kajian untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai keberagamaan dalam hubungannya dengan kehidupan manusia. Hal tersebut juga perlu dilakukan dalam kajian tentang keberagamaan dan kesehatan.

Penelitian mengenai keberagamaan dan kesehatan pada populasi di Indonesia telah dilakukan. Misalnya Amawidyati & Utami (2007) menemukan religiusitas berhubungan positif dengan kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) korban gempa pada laki-laki dan perempuan, baik yang sudah menikah maupun

belum, pada tingkat pendidikan apapun dan dengan tingkat kerusakan apapun. Rahmawati, Hadjam, & Afiatin (2002) menunjukkan bahwa religiusitas berhubungan dengan perilaku sehat individu remaja dan dewasa awal dalam berselancar di dunia maya. Hadjam & Nasiruddin (2003) menunjukkan bahwa religiusitas dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis bersama dengan kepuasan kerja namun tidak berpengaruh apabila berdiri sendiri. Utami (2012) menunjukkan religiusitas dapat mempengaruhi kesejahteraan subjektif individu apabila dibarengi oleh pengatasan masalah (*coping*) berbasis nilai-nilai agama. Mahwati (2014) menemukan bahwa aktivitas keagamaan memiliki dampak yang penting terhadap evaluasi kesehatan subjektif (*self-rated health status*) lansia. Tampubolon dan Hanandita (2014) menemukan bahwa religiusitas berhubungan positif dengan kesehatan mental.

Hasil penelitian yang dilakukan di Indonesia tersebut tidak seragam, sebagaimana penelitian yang dilakukan di “Dunia Barat” yang juga telah dijabarkan. Hal ini sesuai dengan kesimpulan Brown (2012b) tentang hubungan agama atau religiusitas dengan kesehatan mental dan juga dalam telaah mengenai hubungan religiusitas dengan kesehatan secara umum (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Kondisi tersebut menjadikan kajian hubungan agama atau religiusitas dan kesehatan masih diperlukan. Termasuk mempertimbangkan perlunya perluasan kancah penelitian tentang hubungan keberagamaan dan kesehatan sebagaimana dikemukakan Loewenthal (2012).

Penelitian tentang hubungan keberagamaan dan kesehatan di Indonesia, yang telah disebutkan sebelumnya dilakukan terhadap partisipan berjumlah puluhan atau ratusan orang. Mahwati (2014) serta Tampubolon dan Hanandita (2014) telah melakukan kajian hubungan agama dan kesehatan pada partisipan yang lebih banyak, yaitu ribuan partisipan. Kajian Tampubolon dan Hanandita terbatas pada hubungan religiusitas dengan kesehatan mental yang diukur dengan tingkat depresi individu. Kajian Mahwati terbatas pada hubungan partisipasi pada kegiatan keagamaan dengan kesehatan fisik. Hasil tersebut juga belum menjelaskan hubungan religiusitas dengan kesehatan fisik karena religiusitas tidak sama dengan partisipasi pada kegiatan keagamaan (Hudson, Purnell, Duncan, & Baker, 2015). Diperlukan kajian yang menelaah hubungan religiusitas dengan kesehatan yang tidak saja berfokus pada kesehatan fisik atau mental melainkan dapat fokus terhadap kedua bagian kesehatan tersebut. Hal ini sesuai dengan definisi kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) yang menyertakan kesehatan mental dan fisik sebagai parameter kesehatan (World Health Organization, 1948a; 1948b). Definisi kesehatan tersebut juga memiliki implikasi pandangan positif mengenai kesehatan, yaitu kesehatan bukan hanya ketiadaan simtom gangguan tetapi juga kondisi diri yang lebih sejahtera (Bowling, 2005).

Berbeda dengan kesehatan, tidak ada lembaga yang diakui umum untuk mendefinisikan agama (*religion*). Terdapat berbagai konsep tentang religiusitas (Brown, 2012a; Hood Jr., Hill, & Spilka, 2009; Holdcroft, 2006; Loewenthal, 2000; Nelson, 2009). Menurut Loewenthal kondisi tersebut menjadikan alat ukur untuk religiusitas menjadi beragam. Holdcroft menyebutkan bahwan konsep Glock dan Stark adalah konsep yang banyak digunakan dalam penelitian tentang keberagamaan. Berbagai penelitian lain tentang keberagamaan tidak menjadikan konsep atau teori tertentu tentang keberagamaan sebagai dasar pengukuran (Hill, 2005).

Beberapa penelitian tentang religiusitas yang dikutip pada tulisan ini menggunakan konsep Glock dan Stark (dalam Ancok & Suroso, 1994) dalam mendefinisikan keberagamaan dan menyusun alat ukurnya (Amawidyati & Utami, 2007; Hadjam & Nasiruddin, 2003; Rahmawati, Hadjam, & Afiatin, 2002; Utami,

2012). Mahwati (2014) hanya berfokus pada aktivitas keberagamaan saja. Sedangkan Tampubolon dan Hanandita (2014) tidak menyebutkan suatu konsep keberagamaan yang diacu dan hanya menggunkan satu aitem untuk mengukur keberagamaan. Menurut Loewenthal (2000) pengukuran keberagamaan menggunakan satu aitem menunjukkan pemahaman bahwa keberagamaan adalah unidimensional. Sedangkan penelitian Johnson, Sheets, dan Kristeller (2008) menunjukkan bahwa satu aitem untuk mengukur keberagamaan tidak menunjukkan unidimensionalitas keberagamaan, melainkan instrumen tersebut mengukur karakter umum keberagamaan. Demikian pula kesimpulan penelitian Gorsuch dan McFarland (1972) bahwa pengukuran keberagamaan menggunakan satu aitem dapat mengukur keberagamaan secara umum. Menurut Abdel-Khalek (2007), penggunaan satu aitem dalam pengukuran keberagamaan menjelaskan keberagamaan intrinsik (*intrinsic religiousness*) atau keberagamaan subjektif (*subjective religiosity*) individu bersangkutan. Dengan kata lain, religiusitas secara umum yang diukur menggunakan satu aitem adalah perasaan subjektif individu tentang pentingnya agama dan peran agama dalam kehidupan sehari-harinya.

Untuk memenuhi kebutuhan yang telah dijelaskan, kajian ini menelaah hubungan keberagamaan dengan kesehatan pada masyarakat Indonesia. Definisi keberagamaan yang diacu merupakan keberagamaan secara umum yaitu perasaan subjektif individu tentang pentingnya agama dan peran agama dalam kehidupan sehari-harinya. Definisi kesehatan yang akan digunakan yaitu definisi kesehatan ideal WHO agar dapat memenuhi kebutuhan yang telah dipaparkan sebelumnya. Telaah dilakukan terhadap hubungan keberagamaan dengan kesehatan mental dan kesehatan fisik. Berdasarkan berbagai hasil temuan yang telah dipaparkan sebelumnya, hipotesis yang diajukan yaitu terdapat korelasi antara keberagamaan dengan kesehatan fisik dan mental.

METODE

Desain

Telaah hubungan keberagamaan atau religiusitas dengan kesehatan mental dan fisik dilakukan dengan menguji hubungan (analisis korelasional) kedua variabel atau konstruk tersebut berdasarkan data yang didapatkan dari partisipan. Terdapat dua hubungan yang diuji yaitu hubungan keberagamaan dengan kesehatan mental dan hubungan keberagamaan dengan kesehatan fisik.

Partisipan

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari *Indonesian Family Life Survey 5* (IFLS5). Survey tersebut merupakan gelombang kelima dari survei berkelanjutan tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan di Indonesia. Survei dilakukan pada rumahtangga mewakili sekitar 83% penduduk Indonesia pada gelombang pertama yang dilaksanakan 1993. Data IFLS5 dikumpulkan dengan wawancara terhadap 50.148 individu dalam 16.204 rumah tangga pada akhir 2014 akhir dan awal 2015. Pemilihan responden didasarkan pada responden IFLS1 yang dipilih secara acak berdasarkan data SUSENAS dari 13 provinsi yang memaksimalkan representasi Indonesia. Provinsi yang dipilih adalah Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Selatan (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016).

Hingga sekarang, data IFLS dianggap cukup mewakili kondisi masyarakat

Indonesia (Cao & Rammohan, 2016; Lu, 2010; Lund, 2014; Mahwati, 2014; Miller, Scheffler, Lam, Rosenberg, & Rupp, 2006; Sujarwoto & Tampubolon, 2013; Tampubolon & Hanandita, 2014). Data dari 50.148 individu yang diwawancarai dalam IFLS5, tidak semua menjawab pertanyaan survei. Hal tersebut menjadikan tidak semua data yang terkumpul dari IFLS5 dapat diolah. Kajian ini hanya mengolah data dari individu yang menjawab semua pertanyaan yang diperlukan, yaitu yang dijelaskan di bagian instrumen. Partisipan yang menjawab data tersebut berjumlah 30.909 individu dengan rincian yang akan dijelaskan kemudian. Individu dengan data yang dapat dianalisis dianggap sebagai partisipan penelitian.

Instrumen

Instrumen yang digunakan IFLS 5 berupa serangkaian pertanyaan yang disampaikan pewawancara kepada partisipan dalam Bahasa Indonesia untuk dijawab partisipan dan jawaban tersebut direkam sebagai data (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016). Beberapa bagian pertanyaan tersebut dapat menunjukkan variabel yang diteliti dalam penelitian ini, yaitu:

1. Religiusitas responden diukur dengan jawaban responden atas pertanyaan “Seberapa religius Anda?”. Pilihan respon atas pernyataan tersebut yaitu tidak religius yang di 1, agak religius yang dikuantifikasi menjadi 2, religius yang dikuantifikasi menjadi 3, dan sangat religius yang dikuantifikasi menjadi 4 dan yang tidak menjawab dikuantifikasi menjadi 0 karena dianggap tidak memperhatikan masalah agama dalam kehidupannya. Semakin tinggi skor menunjukkan tingkat religiusitas yang semakin tinggi. Model pengukuran tingkat religiusitas menggunakan satu pertanyaan “Seberapa religius Anda?” digunakan dalam berbagai penelitian (Amable, 2009; DeKeyser Ganz & Musgrave 2006; Dreyer & Dreyer, 2012; Huijts & Kraaykamp, 2011; Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000; Musgrave, Margalith, & Goldsmidt, 2001; Norenzayan & Hansen, 2006; Tampubolon & Hanandita, 2014) dengan bahasa, partisipan, dan rentang pilihan jawaban yang berbeda-beda. Pengukuran religiusitas menggunakan satu aitem dapat efektif (Gebauer, Paulhus, & Neberich, 2013; Schwartz, & Huismans, 1995) dan sesuai dengan hasil pengukuran religiusitas menggunakan multi-aitem (Abdel-Khalek, 2007; Abdel-Khalek & Lester, 2015; Gorsuch & McFarland, 1972).
2. Kesehatan mental yang ditunjukkan oleh tingkat depresi secara berlawanan dan kesejahteraan subjektif.
 - i. Depresi diukur dengan skala *Center for Epidemiologic Studies Short Depression (CES-D-R 10)* dengan 10 aitem. Respon terhadap aitem dalam skala ini dikuantifikasikan menjadi 0 untuk jawaban “jarang atau tidak” dan menjadi 3 untuk jawaban “sepanjang waktu”. Skor tersebut dibalik untuk aitem 5 dan 8 yang merupakan aitem *unfavourable*. Semakin tinggi skor skala menunjukkan kondisi depresi yang semakin parah. Skala tersebut merupakan versi pendek (Andresen, Malmgren, Carter, & Patrick, 1994) dari *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* yang mengukur depresi pada populasi umum (Radloff, 1977). Skala ini mampu mengukur depresi pada berbagai sampel seperti Indonesia, Korea Utara, Myanmar, Sri Lanka, Thailand (Mackinnon, McCallum, Andrews, & Anderson, 1998) dan Afrika (Baron, Davies, & Lund, 2017).
 - ii. Kesejahteraan subjektif responden diukur menggunakan (a) Evaluasi subjektif tentang kepuasan hidup (*life satisfaction*), (b) Evaluasi subjektif tentang kebahagiaan hidup (*happiness*) yang masing-masing menggunakan

satu pertanyaan, dan (c) Skala *Hedonic Well-Being* dengan 12 item (HWB-12) dengan format yang berbeda (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016). Penggunaan evaluasi subjektif satu aitem tentang kepuasan hidup dan atau tentang kebahagiaan dilakukan pada berbagai riset (Easterlin, McVey, Switek, Sawangfa, & Zweig, 2010; Helliwell & Wang, 2014; Kahneman & Kueger, 2006; Oishi, Diener, Lucas, & Suh, 1999; Snoep, 2008; Tassot, 2014). Walaupun reliabilitasnya pada tataran subjek yang kecil kurang memuaskan tetapi pengukuran kepuasan hidup dengan satu pertanyaan tetap memadai untuk digunakan dalam survey skala besar (Krueger & Schkade, 2008), demikian juga evaluasi kebahagiaan hidup (Helliwell & Wang). Selain itu, evaluasi dengan satu pertanyaan menunjukkan hubungan dengan berbagai variabel yang telah terbukti berhubungan dengan kesejahteraan subjektif individu (Helliwell & Wang; Krueger & Schkade). Respon paling kiri untuk kedua pernyataan tentang kesejahteraan subjektif diskor 1 dan terus meningkat hingga ke respon paling kanan atau paling akhir. Skala HWB-12 disusun oleh Smith dan Stone serta menjadi aitem dalam *Health and Retirement Study 2012* (Tassot; National Research Council, 2013). Untuk menghitung tingkat kesejahteraan subjektif hedonistik, respon terhadap emosi yang ditanyakan perlu dikuantifikasikan menjadi 1 untuk respon “tidak sama sekali” dan 5 untuk respon “sangat” dan hasilnya dikelompokkan ke dalam tiga bagian perasaan.

- iii. Kesehatan fisik partisipan dapat ditelaah dari kemampuan individu untuk melakukan aktivitas fisik serta aktivitas fisik yang detail dalam kesehariannya. Kemampuan fisik keseharian diukur dengan menggunakan aitem-aitem *activity of daily living* (ADL) dan *instrumental activity of daily living* (IADL) yang disesuaikan dengan aitem-aitem di *Health and Retirement Study* (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016). Aitem-aitem ADL HRS merupakan pengembangan dari Katz dan kolega sedangkan IADL merupakan pengembangan dari Lawton dan Brody (Fonda & Herzog, 2004). Indeks ADL Katz dan IADL banyak digunakan namun kurang memadai dalam perhitungan psikometrisnya (Bowling, 2005; McDowell, 2006). Skoring kedua skala tersebut adalah sama yaitu skor 1 untuk respon “mudah”, dan semakin meningkat.

Prosedur

Data yang diperoleh dari IFLS5 dipilih yang merespon pertanyaan instrumen penelitian sebagaimana yang dijelaskan pada bagian partisipan. Data partisipan kemudian dianalisis menggunakan teknik analisis yang dijelaskan selanjutnya.

Teknik Analisis

Analisis hubungan korelasional dilakukan menggunakan analisis korelasi *product moment* dengan bantuan perangkat lunak SPSS 17.

ANALISIS DAN HASIL

Menggunakan analisis deskriptif dengan bantuan SPSS 17 terhadap data, diketahui karakteristik partisipan penelitian. Adapun karakteristik partisipan penelitian tersebut dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran Demografi Partisipan Penelitian

	Atribut	Jumlah	Persentase
Status	Menikah	22386	72,4
	Tidak Menikah	8523	27,6
Posisi	Kepala rumah tangga	12359	40,0
	Bukan kepala rumah tangga	18550	60,0
Jenis Kelamin	Laki-laki	14419	46,6
	Perempuan	16490	53,4
Agama	Islam	27804	90,0
	Katolik	410	1,3
	Protestan	1164	3,8
	Hindu	1479	4,8
	Budha	41	0,1
	Konfusianisme	11	0,0
Lama Pendidikan	0 – 7 tahun	11284	36,5
	8 – 15 tahun	17397	56,3
	15 tahun lebih	2228	7,2
Usia	0 – 20 tahun	4203	13,6
	21 – 59 tahun	23829	77,1
	60 tahun lebih	2877	9,3

Dari Tabel 1 dapat diketahui bahwa proporsi jenis kelamin partisipan penelitian seimbang antara laki-laki dan perempuan. Kebanyakan partisipan penelitian berusia dewasa, menikah, dan bukan merupakan kepala rumah tangga. Lama pendidikan partisipan yang terbanyak adalah antara 8 – 15 tahun. Selain data yang ditampilkan pada Tabel 1, dapat pula dilaporkan hasil lain yang ditemukan dari analisis deskriptif terhadap data bahwa persentasi terbesar partisipan adalah yang mengaku sebagai individu religius (60,5 %).

Setelah melakukan uji asumsi, dilakukan uji hipotesis penelitian menggunakan analisis statistik yaitu korelasi *product moment*. Selain menganalisis hubungan antara religiusitas dengan berbagai skor instrumen kesehatan mental dan kesehatan fisik, dilakukan juga analisis hubungan antar skor instrumen untuk mendapatkan gambaran keterkaitan hal-hal yang diukur. Korelasi skor berbagai instrumen dalam penelitian ini dapat dilihat di Tabel 2 pada halaman sebelum ini.

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa religiusitas berkorelasi secara signifikan ($p \leq 0,01$) dengan semua instrumen ukur kesehatan mental dan kesehatan fisik dalam penelitian ini. Dengan kata lain, religiusitas berhubungan dengan kesehatan mental dan fisik individu. Arah hubungan tersebut sesuai yang diperkirakan yaitu negatif dengan depresi, afek merasa bermasalah (*troubled*), dan afek merasa lelah (*fatigue*) serta berhubungan positif dengan kepuasan hidup (*life satisfaction*), kebahagiaan (*happiness*), dan afek positif. Religiusitas juga berhubungan positif dengan kemampuan melakukan aktivitas harian yang umum maupun yang detail. Dapat dikatakan bahwa religiusitas berkorelasi positif dengan kesehatan mental dan fisik individu. Walaupun demikian, korelasi religiusitas dengan berbagai instrumen tersebut adalah rendah dengan koefisien korelasi paling tinggi yaitu 0,01, antara religiusitas dengan kebahagiaan dan kepuasan hidup.

Tabel 2. Korelasi berbagai skor instrumen penelitian

	Religiusitas	Depresi	Life Satisfaction	Happiness	Afek Positif	Trouble	Fatigue	Daily Activity	Instrumental Daily Activity
Religiusitas	1								
Depresi	0,037**	1							
Life Satisfaction	0,130**	0,059**	1						
Happiness	0,130**	0,059**	1,000**	1					
Afek Positif	0,085**	0,045**	0,260**	0,260*	1				
Trouble	0,058**	0,216**	0,125**	0,125*	0,132**	1			
Fatigue	0,063**	0,200**	0,132**	0,132*	0,109**	0,577**	1		
Daily Activity	0,016**	0,066**	-0,003	-0,003	0,079**	0,060**	0,068**	1	
Instrumental Daily Activity	0,028**	0,060**	0,027**	0,027*	0,034**	0,045**	0,068**	0,143**	1

Keterangan: Angka yang ditampilkan adalah koefisien korelasi *product moment* dengan tanda ** menunjukkan korelasi yang signifikan ($p \leq 0,01$)

Dari Tabel 2 dapat pula diketahui hampir semua instrumen saling berkorelasi secara signifikan ($p \leq 0,01$) kecuali kemampuan melakukan aktivitas harian dengan kepuasan hidup (*life satisfaction*) dan kebahagiaan (*happiness*). Individu dapat berkegiatan seperti biasa dalam kesehariannya walaupun ia merasa tidak bahagia atau tidak puas dengan kehidupannya. Korelasi antar skor instrumen cenderung rendah, ditunjukkan dengan kebanyakan koefisien korelasi antar instrumen di bawah 0,0. Korelasi tertinggi yaitu antara *life satisfaction* dan kebahagiaan (*happiness*), mencapai koefisien korelasi 1.

DISKUSI

Hasil penelitian ini sesuai dan memperkuat hasil penelitian sebelumnya tentang hubungan positif religiusitas dengan kesehatan mental dan fisik. Penelitian Krause (2003), Gall (2000), Amawidyati & Utami (2007) menunjukkan hubungan keberagamaan dengan afek positif atau kesejahteraan psikologis. Terdapat juga penelitian tentang hubungan keberagamaan yang berlawanan dengan stres dan

gangguan mental (Gebauer, Nehrlich, Sedikides, & Neberich, 2012; Eliassen, Taylor, & Lloyd, 2005; Tampubolon & Hanandita, 2014; Varady, 2002). Selain itu, penelitian ini memperkuat hasil penelitian Huijts dan Kraaykamp (2011) serta Mahwati (2014) tentang hubungan kegiatan keagamaan dengan kesehatan fisik.

Angka koefisien korelasi religiusitas dengan kesehatan yang kecil dalam penelitian ini sama dengan hasil penelitian Tampubolon dan Hanandita (2014) yang menemukan koefisien korelasi religiusitas dengan kesehatan mental (depresi) yang kecil, yaitu -0,107. Angka koefisien yang kecil tersebut mengindikasikan adanya mekanisme yang memediasi hubungan religiusitas dengan kesehatan individu, baik fisik maupun mental. Hal ini sesuai dengan pemikiran Hood Jr., Hill, dan Spilka (2009) serta Oman dan Thoresen (2005). Mereka dan berbagai ahli lain seperti Loewenthal (2000) serta McCullough dan Willoughby (2009) telah mencoba merumuskan mekanisme hubungan keberagamaan dan kesehatan. Snoep (2008) menyatakan diperlukan konteks tertentu dalam kemanfaatan agama bagi kesehatan, yaitu faktor individual dan latar belakang lingkungannya. Salah satu faktor individual yang dapat disebutkan adalah agama dapat bermanfaat bagi yang mempercayainya (Brown, 2012b).

Adanya mekanisme yang memediasi hubungan keberagamaan dengan kesehatan dapat menjelaskan hasil berbagai penelitian yang menunjukkan hubungan yang tidak pasti (*mixed results*) antara keberagamaan dengan kesehatan. Berbagai penelitian tersebut telah dijabarkan pada bagian latar belakang sebelumnya (Filiz, 2015; Hudson, Purnell, Duncan, & Baker, 2015; Snoep, 2008). Kemungkinan adanya mekanisme yang memediasi hubungan keberagamaan dengan kesehatan juga terlihat dari penelitian Dreyer dan Dreyer (2012) yang menyebutkan pengaruh keberagamaan pada gaya hidup yang memunculkan hubungan keberagamaan dengan kesehatan. Penelitian Hadjam dan Nasiruddin (2003) serta Utami (2012) menunjukkan bahwa keberagamaan dapat berpengaruh pada kesehatan mental apabila dibarengi dengan perubahan sikap atau perilaku dikarenakan agama seperti persepsi yang positif terhadap kehidupan atau melakukan *coping* dengan nilai-nilai agama. Saran Mahwati (2014) tentang telaah secara empiris mengenai mekanisme hubungan keberagamaan dan kesehatan menjadi relevan dan perlu dilakukan. Nelson (2009) merangkum berbagai penelitian tentang keberagamaan dan kesehatan dengan kesimpulan bahwa pengaruh keberagamaan atau agama terhadap kesehatan individu tidak langsung. Menurutnya hubungan keberagamaan dan kesehatan dapat dijelaskan dari kemampuan praktik keagamaan memunculkan ketahanan individu dari gangguan mental maupun penyakit fisik, mendorong gaya hidup sehat, mendukung kepercayaan positif, membantu regulasi emosi, mendorong perasaan transendensi, dan melalui mekanisme *coping*.

Selain hasil penelitian yang berkontribusi bagi diskusi mengenai hubungan keberagamaan dengan kesehatan, jumlah partisipan yang besar di lingkungan “Non Barat” juga menjadi sumbangan kajian ini bagi kajian tentang agama khususnya psikologi agama. Kajian ini memperkuat kajian Mahwati (2014) serta Tampubolon dan Hanandita (2014) mengenai keberagamaan dan kesehatan di Indonesia. Sebagaimana yang telah disebutkan, berbagai ahli kajian psikologi agama menyarankan perlunya perluasan kancah kajian agama dan kesehatan ke partisipan “Non Barat” (Loewenthal, 2012).

Analisis data yang telah dilakukan juga memberikan *insight* terhadap beberapa hal di luar bahasan utama mengenai hubungan keberagamaan dengan kesehatan. Persentase besar partisipan yang mengaku religius mendukung ungkapan bahwa penduduk Indonesia cenderung religius. Hubungan sempurna ($r = 1$; $p < 0,01$)

yang ditemukan dalam penelitian ini antara kepuasan hidup (*life satisfaction*) dan kebahagiaan (*happiness*). Hal ini mengindikasikan kedua konstruk tersebut sama. Hubungan afek positif dengan kebahagiaan hidup justru tidak besar ($r = 0,26$; $p < 0,01$) yang mengindikasikan perbedaan kedua konstruk tersebut. Hasil ini dapat bermanfaat dalam kajian tentang kesejahteraan subjektif yang juga berpengaruh pada kajian tentang alat ukur kesehatan (Bowling, 2005; McDowell, 2006).

Alat ukur mengenai kesehatan telah menjadi diskusi bagi para ahli dan menjadi hal yang perlu diperhatikan dalam kajian tentang kesehatan (Bowling, 2005; McDowell, 2006). Demikian juga alat ukur mengenai religiusitas (Hill, 2005; Loewenthal, 2000). Faktor pengukuran variabel juga menjadi hal yang perlu diperhatikan dalam penerimaan terhadap hasil penelitian ini. Peneliti telah berusaha memperkuat argumentasi terhadap proses pengukuran yang dilakukan sebagaimana dibahas dalam bagian instrumen. Walaupun demikian, beberapa hal tetap perlu ditingkatkan dalam kajian selanjutnya. Salah satu contohnya adalah penggunaan aitem tunggal untuk mengukur religiusitas. Beberapa penelitian telah menunjukkan penggunaan satu aitem dalam pengukuran religiusitas dapat efektif (efektif (Gebauer, Paulhus, & Neberich, 2013; Schwartz, & Huismans, 1995) dan sesuai dengan hasil pengukuran religiusitas menggunakan multi-aitem (Abdel-Khalek, 2007; Abdel-Khalek & Lester, 2015; Gorsuch & McFarland, 1972). Walaupun demikian, penelitian tersebut dilakukan bukan di Indonesia sehingga diperlukan kajian mengenai kemampuan ukur aitem tunggal religiusitas dibandingkan dengan skala yang menggunakan aitem banyak dengan kancah di Indonesia.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan diskusi terhadap hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penelitian ini menunjukkan korelasi positif antara keberagamaan dengan kesehatan mental dan fisik individu. Semakin tinggi keberagamaan, semakin sehat individu tersebut secara fisik dan mental. Hasil tersebut dapat dikatakan mencerminkan kondisi di Indonesia. Dengan kata lain, dapat disimpulkan bahwa pada populasi masyarakat Indonesia, semakin religius individu semakin baik kesehatan mental dan fisiknya.

Hasil penelitian juga menegaskan perlunya pengembangan penelitian tentang hubungan keberagamaan dengan kesehatan. Tema yang mengemuka perlu dikaji dalam penelitian selanjutnya adalah mengenai dinamika hubungan keberagamaan dengan kesehatan serta mengenai alat ukur religiusitas dan kesehatan dalam konteks Indonesia.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, peneliti mengajukan saran sebagai berikut:

1. Bagi pemerintah agar dapat memperhatikan kondisi keberagamaan masyarakat dalam upaya promosi kesehatan mental dan fisik masyarakat.
2. Peneliti di bidang keagamaan dan kesehatan dapat mengembangkan penelitian mengenai dinamika hubungan keberagamaan dengan kesehatan.
3. Peneliti di bidang keagamaan dan kesehatan dapat mengembangkan penelitian mengenai alat ukur religiusitas dan kesehatan di konteks Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2015) Self-reported religiosity in kuwaiti and american college students. *Psychological Reports: Sociocultural Issues in Psychology*, 116(3): 986-989.

- Abdel-Khalek, a. M. (2007) Assessment of Intrinsic Religiosity with a Single-Item Measure in a Sample of Arab Muslims. *Journal of Muslim Mental Health*, 2: 211-215. Doi: 10.1080/15564900701614874
- Amable, B. (2009) The Differentiation of social demands in europe. The social basis of the european models of capitalism. *Social Indicator Research*, 91:391–426. Doi: 10.1007/s11205-008-9340-6
- Amawidyati, S. A. G., & Utami, M. S. (2007) Religiusitas dan *psychological well-being* pada korban gempa. *Jurnal Psikologi*, 34 (2): 164 – 176. ISSN: 0215-8884
- Ancok, D. & Suroso, F. N. (1994) *Psikologi islami: Solusi islam atas problem-problem psikologi*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.
- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the ces-d (center for epidemiologic studies depression scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 77-84.
- Argyle, M. (2000) *Psychology and religion: An introduction*. London: Routledge. ISBN 0-203-98045-X
- Baron, E. C., Davies, T., & Lund, C. (2017) Validation of the 10-item centre for epidemiological studies depression scale (ces-d-10) in zulu, xhosa and afrikaans populations in south africa. *BMC Psychiatry*, 17:6. Doi: 10.1186/s12888-016-1178-x
- Bowling, A. (2005) *Measuring health: A review of quality of life measurement scales, 3rd ed.* New York: Open University Press.
- Brown, L. B. (2012a) Introduction (h. 1-15). Pengarang (ed) *Religion, personality, and mental health*. New York, NY: Springer-Verlag. Doi: 10.10011978-1-4612-2696-3
- Brown, L. B. (2012b) Conclusion (h. 193-204). Pengarang (ed) *Religion, personality, and mental health*. New York, NY: Springer-Verlag. Doi: 10.10011978-1-4612-2696-3
- Cao. J., & Rammohan, A. (2016). Social capital and healthy ageing in indonesia. *BMC Public Health*, 16:631. Doi: 10.1186/s12889-016-3257-9
- DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C.F.(2006) Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart and Lung*, 35(6): 412–422.
- Dreyer, L. I., & Dreyer, S (2012) Religious involvement, psychosocial resourcefulness, and health. *Journal of Religion and Health*, 51:1172–1187. Doi: 10.1007/s10943-010-9423-y
- Easterlin, R. A., McVey, L. A., Switek, M., Sawangfa, O., & Zweig, J. S. (2010). The happiness–income paradox revisited. *PNAS*, 107(52): 22463–22468. Doi: 10.1073/pnas.1015962107
- Eliassen, A. H., Taylor, J., & Lloyd, D. A. (2005) Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(2):187–199 Doi: 10.1111/j.1468-5906.2005.00275.x.
- Filiz, T. (2015) Subjective religiosity and god image as predictors of mental health. *Skripsi*. University of Twente.
- Fonda, S., & Herzog, A. R. (2004) Documentation of physical functioning measured in the health and retirement study and the asset and health dynamics among the oldest old study. Michigan, Amerika Serikat: Survey Research Center University of Michigan. Diunduh dari; dari <http://hrsonline.isr.umich.edu/sitedocs/userg/dr-008.pdf>
- Gall, T. L. (2000) Integrating religious resources within a general model of stress and

- coping: Long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 39(2): 167-182. Url: <http://www.jstor.org/stable/27511437>
- Gebauer, J. E., Nehrlich, A. D., Sedikides, C. , & Neberich, W. (2012) The psychological benefits of income are contingent on individual-level and culture-level religiosity. *Social Psychological and Personality Science*, 4(5): 569-578. Doi: 10.1177/1948550612469819
- Gebauer, J. E., Paulhus, D. L., & Neberich, W. (2013) Big two personality and religiosity across cultures: Communals as religious conformists and agentics as religious contrarians. *Social Psychological and Personality Science*, 4(1): 21-30. Doi: 10.1177/1948550612442553
- Gorsuch, R. L., & McFarland, S. G. (1972) Single vs. Multiple-Item Scales for Measuring Religious Values. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 11(1): 53-64. URL: <http://www.jstor.org/stable/1384298>
- Hadjam, M. N. R., & Nasiruddin, A. (2003) Peranan kesulitan ekonomi, kepuasan kerja, dan religiusitas terhadap kesejahteraan psikologis. *Jurnal Psikologi*, 2: 72-80. ISSN : 0215 - 8884
- Helliwell, J. F., & Wang, S (2014) Measuring subjective well-being: Theory and practice in korea. Dalam Wang, S. (Ed) *Measuring and explaining subjective well-being in korea* (h.7-34). Sejong-si, Korea: Korea Development Institute.
- Hill, P. C. (2005) Measurement in the psychology of religion and spirituality: Current status and evaluation (h. 43–61). Dalam Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (ed) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY: The Guilford Press. ISBN 1-57230-922-9
- Holdcroft, B (2006). What is relegiosity? *Catholic Education: A Journal of Inquiry and Practice*, 10 (1): 89-103.
- Hood Jr., R. W., Hill, P. C., & Spilka, S. (2009) *The psychology of religion: An empirical approach, 4th ed.* Spring Street, New York, NY: The Guilford Press.
- Hudson, D. L., Purnell, J. Q., Duncan, A. E., & Baker, E. (2015). Subjective religiosity, church attendance, and depression in the national survey of american life. *Journal of Religion and Health*, 54:584–597. Doi: 10.1007/s10943-014-9850-2
- Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2011) Religious Involvement, Religious context, and self-assessed health in europe. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1) 91–106. Doi: 10.1177/0022146510394950.
- Johnson, T. J., Sheets, V. L., & Kristeller, J. L. (2008) Empirical identification of dimensions of religiousness and spirituality. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(8): 745–767.
- Kahneman, D. & Krueger, A. B. (2006) Developments in the measurement of subjective well-Being. *Journal of Economic Perspectives*, 20(1): 3–24.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001) *Handbook of religion and health, 1st ed.* Oxford University Press: New York, NY.
- Koenig, H.G., King, D.E., Carson, V.B. (2011) *Handbook of Religion and Health, 2nd ed.* Oxford University Press: New York, NY.
- Krause, N (2003) Religious meaning and subjective well-Being in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B(3): S160–S170.
- Krueger, A. B., & Schkade, D. A. (2008) The reliability of subjective well-being measures. *Journal of Public Economy*, 92(8-9): 1833–1845. doi:10.1016/j.jpubeco.2007.12.015.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival

- analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 42–48.
- Loewenthal, K. M.(2000). *The psychology of religion: A short introduction*. Oxford, England: Oneworld Publications.
- Loewenthal, K. M. (2012) Changing ways of doing things: An autobiographical account of some of my experiences in the psychology of religion (h. 133 – 153) Dalam J.A. Belzen (ed)*Psychology of Religion: Autobiographical Accounts*. New York: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-1602-9_8.
- Lu, Y. (2010) Mental Health and Risk Behaviors of Rural-urban Migrants:Longitudinal Evidence from Indonesia. *Popul Stud (Camb)*, 64(2): 147–163. doi:10.1080/00324721003734100.
- Lund. C. (2014) Poverty and mental health: Towards a research agenda for low andmiddle-income countries. Commentary on tampubolon and hanandita (2014).*Social Science & Medicine*, 111: 134-136. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.010.
- Mackinnon, A., McCallum, J., Andrews, G., & Anderson, I. (1998). The center for epidemiological studies depression scale in older community samples in indonesia, north korea, myanmar, sri lanka, and thailand. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), 343-352
- Mahwati (2014) Religious activity participation and self-rated health among older population in indonesia. *Makara Journal of Health Resesearch*,18(3): 119-126. Doi: 10.7454/msk.v18i3.4470
- McCullough, M. E., &Willoughby, B. L. B., (2009) Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations,and implications. *Psychological Bulletin*. Doi: 10.1037/a0014213
- McDowell, I. (2006) *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- Miller, D. L., Scheffler, R., Lam, S. Rosenberg, R., & Rupp, A. (2006) Social capital and health in indonesia. *World Development*, 34(6): 1084–1098. Doi:10.1016/j.worlddev.2005.11.006
- National Research Council. (2013). *Subjective well-being: Measuring happiness, suffering, and other dimensions of experience*. Washington: The National Academies Press.
- Nelson, J. M. (2009) *Psychology, religion, and spirituality*. New York: Springer Science. Doi: 10.1007/978-0-387-87573-6
- Norenzayan, A. & Hansen, I. G. (2006) Belief in supernatural agents in the face of death. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2): 174-187. Doi: 10.1177/0146167205280251
- Oishi, S., Diener, E. F., Lucas, R. E., Suh, E. M. (1999) Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *PSPB*, 25(8): 980-990.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005) Do religion and spirituality influence health? (h. 435 - 459). Dalam Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (ed) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY: The Guilford Press. ISBN 1-57230-922-9
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005) Integrative themes in the current science of the psychology of religion (h. 3-20). Dalam Pengarang (ed) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY: The Guilford Press. ISBN 1-57230-922-9

- Pew Research Centre (2012) *The global religious landscape: A report on the size and distribution of the world's major religious groups as of 2010*. Washington, D.C: Penulis.
- Radloff, L. S. (1977). The ces-d scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Application, 1*: 385-401.
- Rahmawati, D. V., Hadjam, N. R., & Afiatin, T. (2002) Hubungan antara kecenderungan perilaku mengakses situs porno dan religiusitas pada remaja. *Jurnal Psikologi, 1*: 1-13. ISSN: 0215 – 8884.
- RedC Research (2012) *Global index of religion and atheism: Press release*. Dublin: Penulis.
- Richards, G. (2011) *Psychology, religion, and the nature of the soul: A historical entanglement*. New York: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4419-7173-9.
- Schwartz, S. H., & Huisman, S. (1995) Value priorities and religiosity in four western religions. *Social Psychology Quarterly, 58*,(2): 88-107. Url: <http://www.jstor.org/stable/2787148>
- Snoep, L. (2008) Religiousness and happiness in three nations: a research note. *Journal of Happiness Study, 9*:207–211. Doi: 10.1007/s10902-007-9045-6
- Strauss, J., F. Witoelar, & B. Sikoki. (2016) *The fifth wave of the indonesian family life survey (ifls5): Overview and field Report*. WR-1143/1-NIA/NICHD.
- Sujarwoto, S., & Tampubolon, G. (2013) Mother's social capital and child health in Indonesia. *Social Science & Medicine, 91*: 1-9. Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.032
- Susan Ann Varady, S. A. (2002) Perceived control, religious belief, and the eating disorders. *Disertasi*. George Mason University, Fairfax, V.A
- Tampubolon, G., & Hanandita, W. (2014) Poverty and mental health in Indonesia. *Social Science & Medicine, 106*: 20-27
- Tassot, C. (2014) Three essays on subjective well-being. *Disertasi*. Pardee Rand Graduate School. California, Amerika Serikat.
- Utami, M. U. (2012) Religiusitas, koping religius, dan kesejahteraan subjektif. *Jurnal Psikologi, 39*(1): 46 – 66.
- World Health Organization (1948) *Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference, New York 19–22 June 1946*. Geneva: Penulis.