

Religiusitas dan stress pada penderita HIV/AIDS perempuan

Muhammad Ghazali Bagus Ani Putra ¹

Fakultas Psikologi, Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya

E-mail: baguz.putra@untag-sby.ac.id

Abstract

This study aims to analyze the relationship between religiosity and psychological pressure (stress) in female sufferers in Surabaya. The method used is to present a questionnaire to 30 women with HIV / AIDS in Surabaya who are willing to participate in this study. The subjects of this study were selected by establishing a positive HIV diagnosis (CD4 test with a score below 410). The results of laboratory tests stated that all participants (30 people) had a CD4 score below 410 or in other words all of them had a positive HIV status. After the subjects were selected, the religiosity and stress questionnaires were distributed. The data was then tested statistically by analyzing the correlation between the religiosity variable and psychological stress (stress) in women with HIV/AIDS. The results obtained in this study is that there is a negative relationship between religiosity and psychological pressure (stress). That is, the subjects in this study increasingly have a high religiosity, the lower the psychological pressure (stress). And vice versa, if the religiosity is low then the subjects in the study have high psychological pressure (stress).

Keywords: religiosity; stress; women with HIV/AIDS

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara religiusitas dengan tekanan psikologis (stress) pada penderita perempuan di Surabaya. Metode yang digunakan adalah menyajikan kuesioner kepada 30 perempuan penderita HIV / AIDS di Surabaya yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Subyek penelitian ini diseleksi dengan menegakkan diagnosis HIV positif (CD4 test dengan skor dibawah 410). Hasil uji laboratorium menyatakan semua peserta (30 orang) mempunyai skor CD4 dibawah 410 atau dengan kata lain semuanya mempunyai status HIV positif. Setelah subyek diseleksi maka dibagikan kuisisioner religiusitas dan stress. Data kemudian dilakukan uji statistik dengan analisis korelasi antara variabel religiusitas dengan tekanan psikologis (stress) pada penderita HIV/AIDS perempuan. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini adalah ada hubungan negatif antara religiusitas dengan tekanan psikologi (stress). Artinya, subyek dalam penelitian ini semakin mempunyai religiusitas yang tinggi maka semakin rendah tekanan psikologisnya (stress). Dan sebaliknya, jika religiusitas rendah maka subyek dalam penelitian mempunyai tekanan psikologis (stress) yang tinggi.

Kata kunci: penderita HIV/AIDS perempuan; religiusitas; stress

Pendahuluan

Masalah HIV/AIDS telah menjadi permasalahan global karena telah merebak di seluruh dunia dan membutuhkan intervensi yang komprehensif. Widiyatna (2009) menyatakan bahwa epidemi HIV/AIDS terkonsentrasi penyebarannya ke negara-negara Afrika dan Asia, bahkan tercatat di benua Asia 1,6 juta orang meninggal setiap tahunnya dan di benua Asia sekitar 8,3 juta orang meninggal dunia karena terinfeksi HIV/AIDS.

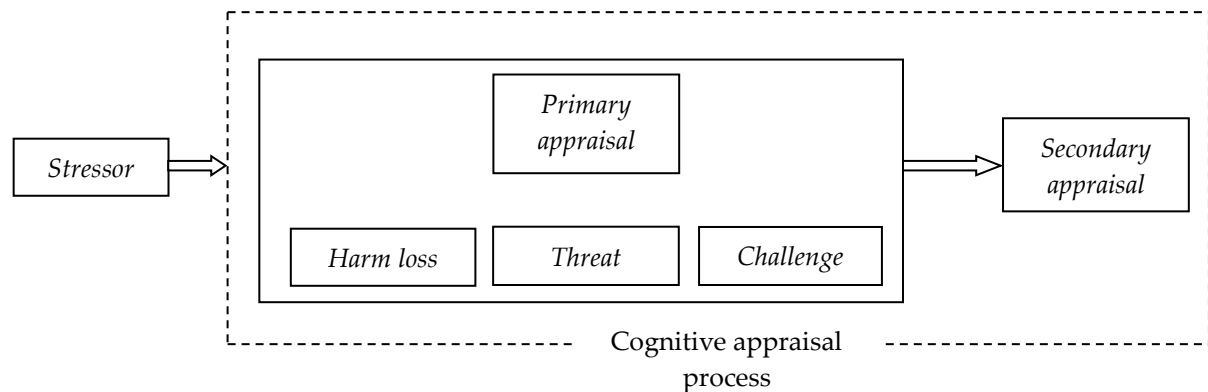
Data Departemen Kesehatan akhir Maret 2008 mencatat bahwa terjadi kasus AIDS mencapai 11.868 orang, sedangkan infeksi HIV sebanyak 6.130 orang. Diprediksikan masih banyak orang Indonesia yang terinfeksi HIV, mengingat kasus HIV/AIDS merupakan fenomena gunung es, yang kelihatan hanya di permukaan saja. Sedangkan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) melaporkan secara kumulatif 1 April 1987 sampai dengan 30 September 2012 terdapat 92.251 kasus HIV, 39.434 kasus AIDS, dan 7.293 diantara kasus tersebut mengakibatkan kematian. Jawa Timur provinsi ketiga terbanyak kasus HIV, dengan total populasi infeksi mencapai 78% terjadi di Kota Surabaya.

HIV/AIDS memiliki dimensi stigma bagi para penderitanya yang berarti melibatkan pula pada masalah kemanusiaan. Penelitian Kaplan, dkk. (1997) menunjukkan bahwa dimensi stigma pada penderita HIV/AIDS dan Kanker mempunyai dampak negatif terhadap unsur-unsur diri (*the self*) tanpa memandang jenis penyakitnya. Dampak ini tentu saja dapat berdampak pula bagi motivasi untuk memperoleh kesembuhan, dan pada gilirannya dapat berakibat negatif bagi proses pengobatannya. Apabila stigma negatif melekat kepada penderita HIV/AIDS maka tekanan psikologis (stress) dapat meningkat karena stress merupakan keadaan individu yang disebabkan oleh peristiwa atau hal penting yang menyebabkan dirinya tertekan (Cohen, dkk., dalam Reis, Ferreira, & Rodrigues-Anes, 2010). Bahkan menurut Cohen, S. & Janicki-Deverts (2012), stress pada penderita HIV/AIDS dapat menyebabkan kegagalan penerimaan diri, depresi dan kecenderungan bunuh diri (*suicide*).

Ketika muncul suatu peristiwa yang menyebabkan stres, maka tubuh akan bereaksi dengan mengeluarkan hormon yang dapat mempengaruhi sistem saraf sehingga dapat muncul reaksi tertentu. Apabila stimulus penyebab stres dianggap tidak mengancam maka hormon yang dikeluarkan sedikit, akan tetapi apabila stimulus stres yang muncul dianggap dapat menimbulkan ancaman yang serius maka tubuh akan merespon secara cepat dan mengeluarkan banyak hormon sehingga tekanan darah, detak jantung dan pernafasan meningkat, telapak tangan dingin dan berkeringat dan kulit menjadi kering. Keadaan ini akan memicu

munculnya perasaan cemas, marah, tidak nyaman dan rasa takut. Keadaan ini dapat menimpa siapa saja yang sedang menghadapi suatu permasalahan termasuk penderita HIV/ AIDS perempuan.

Berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Lazarus (Sarafino, 1990) menyebutkan bahwa ketika individu mengalami stress maka secara tak sadar individu tersebut akan melakukan suatu proses penilaian dalam dirinya. Proses ini dikenal dengan *cognitive appraisal*, dimana mekanismenya dapat dilihat pada bagan di bawah ini:



Ketika dihadapkan pada suatu stressor, maka individu secara otomatis akan melakukan pemaknaan terhadap situasi tersebut dan pengaruh apa kira-kira yang akan terjadi padanya. Hal ini dikenal dengan *primary appraisal*. Tahap pertama ini menghasilkan 3 macam penilaian. Yang pertama *harm loss*, menunjukkan bahwa individu melakukan penilaian yang terlalu berlebihan terhadap *stressor* yang kadarnya sebenarnya tak terlalu berat sehingga level stresnya meningkat. *Threat* menunjukkan bahwa *stressor* tersebut akan dapat menjadi sebuah ancaman baginya. Sedangkan *challenge*, menunjukkan bahwa ia menilai *stressor* tersebut sebagai peluang baginya untuk dapat menjadi lebih maju. Tahap kedua yakni *secondary appraisal* merupakan penilaian seorang individu terhadap kemampuannya dalam menghadapi *stressor* tersebut. Ketika seseorang merasa bahwa dirinya mempunyai kemampuan yang baik untuk menanggulangi stress tersebut maka ia akan mampu menyikapinya secara optimal. Akan tetapi apabila ia merasa tak menemukan sumber yang tepat untuk menaggulangi hal tersebut maka akan muncul stress.

Dalam ilmu Psikologi, dikenal bahwa manusia merupakan satu kesatuan antara jiwa dan badan. Kedua hal tersebut tak dapat dipisahkan, karena itu apabila mengalami stres maka gejala yang ditimbulkan tidak hanya dari satu segi saja, tetapi segala segi dari dirinya akan terpengaruh. Gejala-gejala stres tampak tidak hanya pada fisik namun juga dapat tampak pada emosi, intelektual dan interpersonal (Hardjana, 1994:23-26).

Individu terdiagnosis HIV cenderung mengalami stres yang tinggi terkait dengan prospek ancaman fisik, sosial, dan seksual yang berhubungan dengan status kesehatan. Akibatnya, sejumlah besar penelitian yang menilai hubungan antara status HIV dan fungsi psikologis secara khusus meneliti hubungan antara HIV dan depresi. Meskipun setiap penelitian yang dilakukan menghasilkan inkonsistensi, sebuah meta-analisis menunjukkan tingkat depresi yang tinggi pada individu-individu dengan HIV-positif dua kali lebih tinggi dari individu dengan HIV-negatif (Ciesla & Roberts, 2001). Namun, penting untuk dicatat bahwa sebagian besar penelitian yang termasuk meta-analisis dilakukan pada laki-laki gay kulit putih. Penelitian pada perempuan dengan HIV-positif menunjukkan bahwa perempuan menunjukkan tingkat depresi berkisar antara 30-60% (Kaplan, Marks, & Mertens, 1997; Moore et al, 1999), sedangkan perkiraan tingkat depresi pada laki-laki HIV-positif biasanya lebih rendah atau 20% (Schonnesson, 2002). Perbedaan jenis kelamin ditemukan bahwa perempuan dengan HIV dilaporkan mengalami gejala depresi lebih signifikan dibandingkan laki-laki dengan HIV (Lipsitz, Williams & Rabkin, 1994; Zorilla, McKay, Luborsky, & Schmidt, 1996).

Di Amerika Serikat status HIV dan kecemasan dilaporkan kurang signifikan. Namun, penelitian awal menunjukkan bahwa individu dengan HIV, suasana hatinya dapat dicirikan sebagai kesedihan, kekhawatiran, dan ketidakberdayaan (Schonneson & Ross, 1999). Selain itu, dua studi terhadap perempuan telah menunjukkan tingkat kecemasan lebih tinggi pada individu terinfeksi HIV, dibandingkan dengan perempuan tidak terinfeksi (Kaplan, Marks, Mertens, 1997; Moneyham et al, 1997). Dalam sebuah studi yang telah dilakukan oleh Morrison et al. (2002) dengan perempuan (55% Afrika-Amerika) menemukan bahwa meskipun tidak ada perbedaan antara perempuan terinfeksi HIV dan tidak terinfeksi dalam hal tingkat gangguan kecemasan, para perempuan terinfeksi HIV menunjukkan gejala kecemasan secara signifikan lebih dibanding mereka dengan HIV-negatif. Oleh karena itu, data tentang hubungan antara infeksi HIV dan kecemasan menunjukkan bahwa perempuan dengan HIV tidak mungkin lebih rentan terhadap gangguan kecemasan, tetapi mereka mungkin memiliki tingkat gejala cemas atau fitur secara keseluruhan lebih tinggi (misalnya khawatir, stres, sulit tidur). Namun, studi ini masih terbatas dan diperlukan penelitian lebih lanjut.

Menurut Pultzian & Park (2002), salah satu faktor yang dapat meminimalisasi dampak stress pada seseorang dan menjelaskan bahwa religiusitas dalam berbagai penelitian empiris menunjukkan sebagai faktor penting kesejahteraan mental. Religiusitas juga menunjang individu untuk beradaptasi dan menghadapi tantangan hidup yang berat, termasuk menghadapi penyakit yang



dideritanya. Religiusitas adalah keyakinan/kepercayaan individu akan tentang ajaran-ajaran agama tertentu dan dampak dari ajaran agama itu dalam kehidupannya sehari-hari (Glock & Stark dalam Tix & Frazier, 1998; Cornwall, 1986). Menurut mereka, dimensi religiusitas mencakup keyakinan, praktek agama, pengalaman, pengetahuan, dan konsekuensi.

- a. Dimensi keyakinan / ideologik. Dimensi ini berisi pengharapan-pengharapan dimana orang religius berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu dan mengakui kebenaran doktrin tersebut. Misalnya keyakinan akan adanya malaikat, surga dan neraka.
- b. Dimensi praktik agama / peribadatan. Dimensi ini mencakup perilaku pemujaan, pelaksanaan ritus formal keagamaan, ketaatan dan hal-hal yang dilakukan orang untuk menunjukkan komitmen terhadap agama yang dianutnya. Praktik-praktik keagamaan ini terdiri atas dua kelas penting, yaitu :
 1. Ritual, mengacu kepada seperangkat ritus, tindakan keagamaan formal dan praktik-praktik suci yang semua mengharapkan para pemeluk melaksanakannya.
 2. Ketaatan, apabila aspek ritual dari komitmen sangat formal dan khas publik, semua agama yang dikenal juga mempunyai seperangkat tindakan persembahan dan kontemplasi personal yang relatif spontan, informal dan khas pribadi.
- c. Dimensi pengalaman. Dimensi ini berkaitan dengan pengalaman keagamaan, perasaan, persepsi dan sensasi yang dialami seseorang atau didefinisikan oleh suatu kelompok keagamaan (atau masyarakat) yang melihat komunikasi, walaupun kecil, dalam suatu esensi ketuhanan yaitu dengan Tuhan, kenyataan terakhir, dengan otoritas transedental.
- d. Dimensi Pengetahuan Agama. Dimensi ini mengacu pada harapan bagi orang-orang yang beragama paling tidak memiliki sejumlah minimal pengetahuan mengenai dasar-dasar keyakinan, ritus-ritus, kitab suci dan tradisi-tradisi.
- e. Dimensi Konsekuensi. Dimensi ini mengacu pada identifikasi akibat-akibat keyakinan keagamaan, praktik, pengalaman dan pengetahuan seseorang dari hari ke hari. Dengan kata lain, sejauh mana implikasi ajaran agama mempengaruhi perilakunya.

Dalam pernyataannya, Silberman (2005) memberikan penegasan bahwa kehidupan beragama dapat melalui level individu maupun kelompok. Sedangkan kedua level itu saling berkesan sebagaimana Teori Medan (*field theory*) Kurt Lewin (dalam Myers, 1996). Teori itu yang menjelaskan bahwa kehidupan individu dengan kehidupan lingkungan sosial (kelompok) saling berinteraksi. Oleh karena

itu, Silberman (2005) memberikan perluasan makna kehidupan beragama tidak hanya keyakinan secara moral saja tetapi juga memfokuskan terhadap perilaku individu atau kelompoknya dalam mengamalkan ajaran agama pada semua aspek kehidupannya.

Masih menurut Silberman (2005), kehidupan beragama individu maupun kelompok dapat dibentuk dan diteliti melalui pengalaman kehidupan sepanjang perjalanan hidup manusia dan kelompoknya. Oleh karena itu, Silberman menyatakan bahwa untuk memahami kehidupan beragama individu maupun kelompok perlu mengetahui sejarah atau pengalaman manusia dalam keadaan yang kompleks dengan lingkungan sosial.

Kehidupan beragama itu dapat memberi kesan atas kehidupan berkelompok (Silberman 2005). Pandangan ini sebenarnya telah dinyatakan oleh Durkheim (1976) bahwa kehidupan beragama seseorang dikesankan dan dibentuk melalui lingkungan sosialnya. Menurut beliau lagi, kehidupan beragama seseorang dimulai dengan adanya nilai-nilai agama (*religious values*) yang dikesankan oleh lingkungan sosialnya. Jika nilai-nilai agama ini telah diamalkan dengan perbuatan, maka ia akan terbentuk sebagai kehidupan beragama (*religious life*). Hal inilah yang mengilhami para pakar pembangunan sosial (*social constructionism*) bahwa perilaku dan pemikiran manusia selalu dikesankan oleh lingkungan sosialnya.

Pengaruh lingkungan sosial sebagai pembentuk kehidupan beragama seseorang ini sebagaimana yang dikemukakan oleh pakar psikologi perkembangan, Bronfenbrenner (1994) mengenai sistem ekologi yang berkesan terhadap kehidupan individu. Beliau menjelaskan bahwa dalam tahapan perkembangannya, individu akan mengambil nilai-nilai dari lingkungannya. Terdapat lima level lingkungan yang mempengaruhi perkembangan manusia, antaranya mikrosistem, mesosistem, eksosistem, makrosistem dan kronosistem. Mikrosistem ialah bentuk aktivitas, peranan sosial dan hubungan sosial yang dialami oleh manusia secara terus menerus dari lingkungan fisik dan sosial yang berkaitan langsung dengan manusia. Contoh lingkungan ini ialah keluarga, sekolah, teman sebaya, tempat kerja dan kelompok agama. Dalam mikrosistem ini, individu akan mengambil nilai-nilai yang diajarkan oleh lingkungan mikrosistem. Sedangkan mesosistem mencakup hubungan dua atau lebih konteks lingkungan yang berkesan terhadap perkembangan manusia. Dengan lain kata, mesosistem ialah sistem dari mikrosistem. Sebagai contoh, hubungan antara lingkungan sekolah dengan lingkungan keluarga. Manusia akan mengambil nilai-nilai yang berkaitan antara lingkungan sekolah dan keluarga.



Eksosistem mencakup hubungan dan proses dua atau lebih konteks lingkungan namun berkesan secara tidak langsung terhadap perkembangan manusia. Contoh, bagi ibu bapak, hubungan antara lingkungan sekolah kanak-kanak mereka dengan lingkungan tetangga. Sedangkan makrosistem ialah sistem yang meliputi semua lingkungan itu (mikrosistem, mesosistem dan eksosistem) dan membentuk budaya, ideologi dan sistem keyakinan yang berkesan ke atas perkembangan manusia, khususnya dalam mikrosistem. Kronosistem ialah sistem sejarah dalam kehidupan manusia, baik sejarah manusia itu sendiri maupun sejarah lingkungannya. Dalam model ekologi dari Bronfenbrenner (1994) dinyatakan bahwa kehidupan beragama dari lingkungan sosial pada mikrosistem dan eksosistem, baik berwujud organisasi maupun komunitas dapat memberi kesan kepada kehidupan beragama individu pula. Dengan demikian, peneliti mengangkat topik penelitian hubungan antara religiusitas dengan stress pada penderita HIV/ AIDS perempuan di Surabaya.

Metode

Peneliti menyeleksi penderita HIV/AIDS perempuan pada beberapa komunitas penderita di Surabaya dengan cara menegakkan diagnosis hasil uji laboratorium HIV positif bagi penderita. Salah satu indikator medisnya adalah skor CD4 subyek yang berada di bawah 410 serta sering mengalami keputihan. Setelah didapatkan penderita HIV positif sesuai dengan karakteristik subyek tersebut maka peneliti menyiapkan 2 kuisioner tersebut (religiusitas dan *perceived stress*) dalam satu set untuk menganalisis hubungan antara kedua variabel tersebut. Kuisioner religiusitas terdiri dari dimensi, yaitu keyakinan, praktek agama, pengalaman, pengetahuan, dan konsekuensi (Glock & Stark dalam Tix & Frazier, 1998; Cornwall, 1986). Sedangkan skala stress adalah adaptasi dari *Perceived Stress Scale*. Skala yang mengukur tingkat persepsi individu terhadap situasi yang dianggap menimbulkan stress dalam kurun waktu satu bulan (Cohen, dkk., dalam Reis, Ferreira, & Rodrigues-Anes, 2010; Cohen, S. & Janicki-Deverts, 2012). Kemudian data kedua kuisioner tersebut dianalisis menggunakan perangkat lunak SPSS for Windows versi 22.0.

Hasil

Untuk menegakkan diagnosis status HIV positif maka hasil uji laboratorium CD4 adalah sebagai berikut (30 subyek);

Tabel 1

Hasil uji laboratorium CD4

NO	GOL DARAH	ERI	CD4	HB 9/dl	HCT%	WBC	PLT	DIFF(LY-STAB-SEG)
1	B	4,41	15	14,4	41,4	5,6	291	22,9/59,2/17,9
2	A	2,6	101	11,2	30,0	4,3	354	27,3/61,4/11,3
3	O	2,87	239	12,6	35,2	4,2	366	37,2/51,8/11,0
4	O	2,2	208	8,9	26	2,5	319	43,6/47,4/9
5	O	4,25	158	12,6	37,5	9,2	288	27,3/63,6/9,1
6	O	3,47	310	12,6	35,6	6,5	325	32,5/61,3/6,2
7	A	3,21	101	13,8	37,8	5,3	325	40,5/49,8/9,7
8	B	3,11	297	12,9	35,1	6,1	237	44,8/46,8/8,4
9	O	3,97	319	11,2	32,8	5,7	258	42,5/49,4/8,1
10	A	4,16	266	14,0	39,1	4,2	268	34,9/51,4/13,7
11	A	4,09	8	14,1	39,6	6,5	244	33,9/58,5/7,6
12	A	2,77	17	12,6	33,3	4,4	290	32,7/55,8/11,5
13	B	2,24	146	10,6	29,2	4,7	287	29,9/62,3/7,8
14	AB	3,25	207	11,6	33,1	6,6	404	29,2/61,9/8,9
15	O	3,58	3	12,6	35,4	6,9	175	25,8/64,5/9,7
16	A	3,13	62	13,0	35,4	5,1	275	32,6/56,2/11,2
17	O	4,22	79	14,4	39,4	5,6	173	33,4/57,6/9
18	O	3,81	268	10,8	32,6	3,7	246	36,6/50,3/13,1
19	O	2,71	73	11,8	32,1	5,4	306	40,7/44,2/15,1
20	O	2,66	51	10,2	29,5	10,4	459	19,4/
21	O	2,60	250	11,0	30,7	6,5	260	30/62,8/7,2
22	O	3,95	20	13,1	37,6	4,3	317	22,4/61,7/15,9
23	A	4,12	79	11,5	35,2	4,4	303	32,9/48,4/18,7
24	O	2,5	80	11,3	32,3	5,3	267	34,3/48,6/17,1
25	B	3,23	354	14,2	38,6	5,6	281	31,3/53,6/15,1
26	O	2,91	110	12,5	33,4	6,5	219	30,5/63,8/5,7
27	O	3,79	125	13,0	37,7	4,1	169	30,4/58,6/11
28	A	2,7	65	11,3	31,6	2,3	130	30,6/43,3/26,1
29	O	2,66	51	10,2	29,5	10,4	459	34,3/48,6/17,1
30	O	2,60	250	11,0	30,7	6,5	260	30/62,8/7,2

Sedangkan deskripsi subyek penelitian ini dikategorikan berdasarkan usia, tingkat pendidikan, status perkawinan dan agama. Gambaran keseluruhan subyek penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 2

Data usia subyek

No	Usia (tahun)	Jumlah	Persentase (%)
1.	17-25 (remaja akhir)	1	3.33



2.	26-35 (dewasa awal)	11	36.67
3.	36-45 (dewasa akhir)	14	46.67
4.	46-55 (lansia)	4	13.33
Total		30	100.0

Tabel 3

Data tingkat Pendidikan

No	Tingkat pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1.	SD	3	10
2.	SLTP	6	20
3.	SLTA	18	60
4.	Diploma	1	3.33
5.	S1	2	6.67
Total		30	100.0

Tabel 4

Data status perkawinan

No	Status	Jumlah	Persentase (%)
1.	Menikah	14	46.67
2.	Janda	16	53.33
Total		30	100.0

Tabel 5

Data agama

No	Agama	Jumlah	Persentase (%)
1.	Islam	29	96.67
2.	Nasrani	1	3.33
Total		30	100.0

Deskripsi data penelitian dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 6

Data deskriptif

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Religiusitas	30	11	44	24,90	11,920
Stress	30	10	40	24,90	12,925
Valid N (listwise)	30				

Data variabel penelitian ini kemudian dikategorikan dalam lima kelompok kategori atau lima jenjang atau yang lazim disebut stan-five. Lima kategori ini masing-masing diberi label mulai dari “sangat rendah”, “rendah”, “sedang”,

“tinggi”, sampai “sangat tinggi”. Setiap kategori diberi batasan skor sebagai acuan norma. Untuk mengetahui batasan-batasan tersebut diperlukan mean dan standar deviasi yang diolah dengan rumusan di bawah ini:

Tabel 7

Rumusan norma stan-five

Kategori	Rumusan
Sangat Tinggi (A)	$(X + 1,5SD) < X$
Tinggi (B)	$(X + 0,5SD) < X \leq (X + 1,5SD)$
Sedang (C)	$(X - 0,5SD) < X \leq (X + 0,5SD)$
Rendah (D)	$(X - 1,5SD) < X \leq (X - 0,5SD)$
Sangat Rendah (E)	$X \leq (X - 1,5SD)$

Setelah mengetahui batasan jenjang dari tiap kategori maka subjek penelitian dapat dikelompokkan menurut skor yang didapatkan di setiap alat ukur penelitian. Berikut deskripsi subjek penelitian berdasarkan kategori nilai yang didapatkan:

Tabel 8

Kategorisasi subyek berdasarkan stan-five

Variabel	Norma Kategori	Kategori	Jumlah	%
Religiusitas	$X > 42.78$	Sangat Tinggi	1	3.33
	$30.86 < X \leq 42.78$	Tinggi	14	46.67
	$18.94 < X \leq 30.86$	Sedang	0	0
	$7.02 < X \leq 18.94$	Rendah	15	50
	$X \leq 7.02$	Sangat Rendah	0	0
Stress	$X > 44.3$	Sangat Tinggi	0	0
	$31.37 < X \leq 44.3$	Tinggi	15	50
	$18.44 < X \leq 31.37$	Sedang	0	0
	$5.51 < X \leq 18.44$	Rendah	15	50
	$X \leq 5.51$	Sangat Rendah	0	0

Uji Asumsi Normalitas

Uji normalitas untuk menentukan normalitas data dilakukan untuk menentukan teknik statistik yang akan digunakan dalam uji hubungan variabel penelitian ini. Teknik statistik parametrik secara teoritis mensyaratkan asumsi data berdistribusi normal dan linier, selain mensyaratkan data berjenis interval atau rasio.

Uji normalitas dengan teknik Kolmogorov-Smirnov dilakukan menggunakan SPSS 22.0 for Windows. Data disebut normal apabila nilai signifikansi $>0,05$, sebaliknya jika nilai signifikansi $<0,05$ maka asumsi normalitas tidak terpenuhi sehingga analisis statistik harus menggunakan teknik statistik non-



parametrik (Field, 2009). Hasil uji normalitas semua variabel penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 9

Hasil uji normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test			
		Religiusitas	Stress
N		30	30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	24,90	24,90
	Std. Deviation	11,920	12,925
Most Extreme Differences	Absolute	,252	,278
	Positive	,230	,278
	Negative	-,252	-,211
Test Statistic		,252	,278
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c	,000 ^c
a. Test distribution is Normal.			
b. Calculated from data.			
c. Lilliefors Significance Correction.			

Hasil uji normalitas menunjukkan nilai signifikansi 0.00 (<0.05) bermakna data terdistribusi normal namun hasil uji linieritas menghasilkan nilai signifikansi 0.00 (<0.05) maka data dinyatakan tidak normal. Hasil ini berarti asumsi normalitas data tidak dipenuhi oleh keseluruhan data variabel penelitian, sehingga teknik analisis statistik yang digunakan selanjutnya adalah teknik non-parametrik, yaitu Spearman's rank correlation (Spearman's Rho).

Tabel 10

Hasil uji analisis data

Correlations				
			Religiusitas	Stress
Spearman's rho	Religiusitas	Correlation Coefficient	1,000	-,858**
		Sig. (1-tailed)	.	,000
		N	30	30
	Stress	Correlation Coefficient	-,858**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	.
		N	30	30

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

Analisis data tersebut menunjukkan bahwa terdapat koefisien korelasi sebesar -0.858 yaitu terdapat hubungan negatif yang sangat kuat antara religiusitas dengan tekanan psikologis (stress). Artinya, semakin tinggi religiusitas maka

semakin rendah stress pada penderita HIV/AIDS perempuan di Surabaya. Sebaliknya, semakin rendah religiusitas maka semakin tinggi stress pada penderita HIV/AIDS perempuan di Surabaya. Dengan demikian, hipotesis penelitian ini diterima karena nilai signifikansi 0.00 (<0.05).

Pembahasan

Pada penelitian ini, tingkat religiusitas sampel yang cukup tinggi disebabkan kondisi masyarakat Indonesia yang religius sehingga mampu menempatkan nilai dan ajaran agama pada setiap kondisi kehidupan manusia. Hal ini menurut Ironson dkk., (2006) bahwa orang yang didiagnosis HIV justru lebih meningkatkan religiusitasnya dari waktu ke waktu. Paloutzian & Park (2005) menjelaskan bahwa religiusitas dalam berbagai penelitian empiris menunjukkan sebagai faktor penting kesejahteraan mental. Religiusitas juga menunjang individu untuk beradaptasi dan menghadapi tantangan hidup yang berat, termasuk menghadapi penyakit yang dideritanya. Pandangan ini sesuai dengan data penelitian ini yang menunjukkan religiusitas berperan menghindarkan subyek menjadi stress. Religiusitas dengan demikian menjadi sebuah pola adaptasi (coping) menghadapi dampak psikososial ketika individu didiagnosis mengidap HIV (Nelson-Becker, 2003). Nilai dan ajaran agama bagi setiap individu yang mengidap HIV menjadi dasar individu sehingga dapat menerima, beradaptasi, bangkit, dan menyesuaikan diri dengan status HIV/AIDS yang disandangnya.

Dukungan dari kumpulan keagamaan, seperti kumpulan pengajian dan kebaktian akan menurunkan stress pada penderita HIV/AIDS. Menurut Sarafino (2011) dukungan sosial tersebut sangat penting dalam berbagai aspek kehidupan individu, mengingat individu adalah makhluk sosial yang selalu berhubungan satu dengan yang lain. Tersedianya dukungan sosial akan memberi pengalaman pada individu bahwa dirinya dicintai, dihargai, dan diperhatikan. Adanya perhatian dan dukungan dari orang lain akan menumbuhkan harapan untuk hidup lebih lama, sekaligus dapat mengurangi kecemasan individu. Sebaliknya, kurang atau tidak tersedianya dukungan sosial akan menjadikan individu merasa tidak berharga dan terisolasi (Norris, 1996).

Adanya dukungan dari orang-orang seperti keluarga, pasangan, teman baik teman sesama penderita maupun teman yang bukan penderita, konselor, dan dokter yang berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan penilaian diri akan memberikan pengalaman kepada penderita bahwa dirinya dicintai, diperhatikan, dan disayangi. Pengalaman tersebut akan dapat menuntun penderita pada suatu keyakinan bahwa dirinya masih berarti bagi orang-orang



terdekatnya. Selanjutnya pengalaman tersebut akan dapat menyadarkan penderita bahwa dirinya masih pantas untuk hidup meskipun menderita HIV/AIDS sehingga stress dapat menurun.

Dukungan berupa penghargaan positif dari orang-orang terdekat yang berupa penghargaan positif, dorongan maju atau persetujuan terhadap gagasan akan menyadarkan kepada penderita bahwa dirinya masih dapat melakukan hal-hal yang bermanfaat. Hal ini akan menimbulkan perasaan puas bahwa dirinya telah melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidupnya. Melalui kumpulan penderita tersebut, penderita akan mendapatkan informasi bagaimana menangani kondisi psikologisnya terkait dengan penyakit dialaminya, serta kajian agama yang akan menguatkan mental para penderita. Penderita juga akan mendapatkan penerimaan, dorongan dan empati. Tanggapan positif dari teman dan masyarakat terhadap apa yang dilakukan penderita akan memberikan perasaan bahwa dirinya berguna atau bermanfaat bagi orang lain. Hal ini sesuai dengan pendapat Sarafino (2011) bahwa dukungan sosial ini dapat meminimalkan tekanan psikososial yang dirasakan penderita sehingga penderita dapat memiliki gaya hidup yang lebih baik dan dapat memberikan respon yang lebih positif terhadap lingkungan sosialnya.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan negatif yang sangat kuat antara religiusitas dengan tekanan psikologis (stress). Artinya, semakin tinggi religiusitas maka semakin rendah stress pada penderita HIV/AIDS perempuan di Surabaya. Sebaliknya, semakin rendah religiusitas maka semakin tinggi stress pada penderita HIV/AIDS perempuan di Surabaya. Sedangkan saran untuk pemerintah/pengambil kebijakan, untuk memfokuskan program penanganan HIV/AIDS dengan peningkatan religiusitas penderita HIV/AIDS. Hal ini karena religiusitas merupakan dasar untuk mengurangi tekanan psikologis penderita HIV/AIDS. Bagi penderita HIV/AIDS, disarankan untuk meningkatkan religiusitasnya, yaitu dengan cara menerapkan nilai dan ajaran agama dalam setiap permasalahan (khususnya yang berkaitan dengan status HIV). Semangat dan mental religiusitas ini yang akan mengantisipasi stress bagi penderita HIV/AIDS.

Bagi masyarakat/keluarga, disarankan untuk memberi dukungan peningkatan religiusitas bagi penderita HIV/AIDS. Hal ini dapat dilakukan salah satu caranya dengan menyelenggarakan kajian-kajian keagamaan secara periodik bagi untuk umum maupun penderita HIV/AIDS. Adapun bagi peneliti selanjutnya, dapat memperdalam pemahaman tentang kondisi psikososial penderita HIV/AIDS

dengan pendekatan kualitatif, yaitu dengan metode wawancara. Hal ini diharapkan bisa mendapatkan data yang mendalam dan komprehensif tentang kondisi psikososial penderita HIV/AIDS.

Referensi

- Bronfenbrenner, U. 1994. Ecological model of human development. *International Encyclopedia of Education* 3 (2): 37-43.
- Ciesla, J.A. & Roberts, J.E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *The American Journal Of Psychiatry*, 158(5), 725-730.
- Cohen, S. & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320-1334.
- Cohen, S., & JANICKI-DEVERTS, D. E. N. I. S. E. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320-1334.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cornwall, M., Albrecht, S. L., Cunningham, P. H., & Pitcher, B. L. (1986). The dimensions of religiosity: A conceptual model with an empirical test. *Review of Religious Research*, 226-244.
- Durkheim, E. 1976. *The Elementary Forms of Religious Life*. London: Routledge
- Hardjana, A.M. (1994). *Stres Tanpa Distres: Seni Mengolah Stres*. Yogya: Kanisius
- Ironson, G., Solomon, G.F., Balbin, E.G., O'Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., Larson, D., & Woods, T.E. (2002). The Ironson-woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral*
- Kaplan, M.S., Marks, G., & Mertens, S.B. (1997) Distress and coping among women with HIV infection. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 80-91.
- Lipsitz, J.D., Williams, J.B., Rabkin, J.G., et al. (1994). Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1662-1668.
- Myers, H.F. (1996). The Social Resources and Social Supports Questionnaire: A multidimensional inventory. In R.L. Jones (Ed.), *Handbook of Tests and Measurements for Black Populations (Volume 2)* (pp. 427-441). Hampton, VA: Cobb & Henry Publishers.
- Moore, J., Schuman, P., Schoenbaum, E., Boland, B., Solomon, L., & Smith, D. (1999). Severe adverse life events and depressive symptoms among women



- with, or at risk for, HIV infection in four cities in the United States of America. *AIDS*, 13, 2459-2468.
- Moneyham, L., Seals, B., Sowell, R., Hennessy, M., Demi, A., & Brake, S. (1997). The impact of HIV on emotional distress of infected women: cognitive appraisal and coping as mediators. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11, 125- 145.
- Nelson-Becker, H. 2003. Practical philosophies: Interpretations of religion and spirituality by African American and European American elders. *Journal of Religious Gerontology* 14: 85–100.
- Paloutzian, R.F., & Park, C.L. 2005. *Handbook of the Psychology Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Reis, R. S., Ferreira, A. A., & Rodrigues-Anes, C. R. (2010). Perceived stress scale: Reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107-114.
- Sarafino, E.P, 1990, 1998, *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction* (2nd – 3rd Ed). New York: John Willey and Sons, Inc.
- Schonnesson, L.N. (1999). Life at focus: A study on quality of life among gay men and heterosexual women with HIV infection. Gothenburg University, Department of social work. Report 3.
- Schonnesson, L.N. (2002). Psychological and existential issues and quality of life in people living with HIV infection. *AIDS Care*, 12(3), 399-404. Schimoff (2008, h.66).
- Silberman, I. 2005. Religion as a meaning system: implications for the new millennium. *Journal of Social Issues* 61(4): 641-663.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 411.
- UNAIDS/WHO (2002). *AIDS epidemic update: December 2002*. Geneva, Switzerland.
- Widiyatna, 2009. *Mencermati Prevalensi HIV/AIDS*. The Learning University: Universitas Negeri Malang.