

**PERBEDAAN DERAJAT KECEMASAN DAN DEPRESI
ANTARA MAHASISWA DENGAN TINGKAT RELIGIUSITAS
TINGGI DAN RENDAH**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Nafika Ikhwanudin

G 0008136

**Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret**

Surakarta

2012

commit to user

ABSTRAK

Nafika Ikhwanudin, G0008136, 2012. Perbedaan Derajat Kecemasan dan Depresi antara Mahasiswa dengan Tingkat Religiusitas Tinggi dan Rendah. Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Tujuan Penelitian: untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah.

Metode Penelitian: Penelitian bersifat observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Sampel yang digunakan sebanyak 64 orang. Sampel diambil secara *purposive random sampling* setelah diseleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi tertentu melalui *screening test*, tes L-MMPI, dan skala Religiusitas. Teknik pengumpulan data menggunakan skala kecemasan TMAS dan skala depresi BDI yang diberikan langsung pada subjek. Data skor kecemasan dan depresi yang diperoleh dianalisis dengan uji t tidak berpasangan menggunakan program SPSS 17.0 *for Windows*.

Hasil Penelitian: Hasil analisis variabel kecemasan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada derajat kecemasan antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah ($p > 0,05$). Hasil analisis variable depresi juga menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada derajat depresiantara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah ($p > 0,05$).

Simpulan Penelitian: Tidak terdapat perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah.

Kata Kunci: Kecemasan, Depresi, Religiusitas, Mahasiswa Fakultas Kedokteran

ABSTRACT

Nafika Ikhwanudin, G0008136, 2012. The Differences of the Degrees of Anxiety and Depression between College Student with High Level of Religiosity and Low Level of Religiosity, Medical Faculty of Sebelas Maret Universitas, Surakarta.

Objectives: To determine whether there is any difference in the degrees of anxiety and depression between college student with high level of religiosity and low level of religiosity

Methods: The study is an observational analytic with cross sectional approach. The subjects are medical students of Sebelas Maret University, Surakarta. 64 people are used as the sample. The sample was taken in *purposive random sampling* methods after being selected based on specific inclusive and exclusive criterion through screening test, L-MMPI test, and Religiosity scale. The data collection techniques used was TMAS anxiety scale and BDI depression scale that was provided directly to the subject. The anxiety and depression data scores was analyzed by unpaired test using SPSS 17.0 for Windows.

Results : The results of data analysis shows that there are no differences in the degrees of anxiety between college student with high level of religiosity and low level of religiosity ($p > 0,05$). The results of the analysis of the depression variable shows the same that there are no differences in the degree of depression between college student with high level of religiosity and low level of religiosity ($p > 0,05$).

Conclusion: There are no differences in the degree of anxiety and depression between college student with high level of religiosity and low level of religiosity

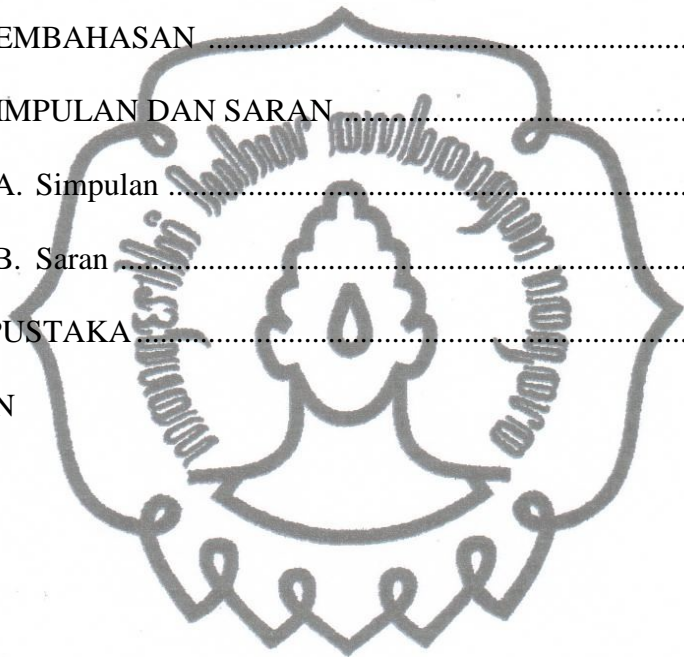
Keyword: anxiety, depression, religiosity

DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II LANDASAN TEORI	4
A. Tinjauan Pustaka	4
B. Kerangka Pemikiran	22
C. Hipotesis	23
BAB III METODE PENELITIAN	24
A. Jenis Penelitian	24
B. Lokasi Penelitian	24
C. Subjek Penelitian	24
D. Teknik Sampling	25
E. Variabel Penelitian	26
F. Definisi Operasional Variabel	26

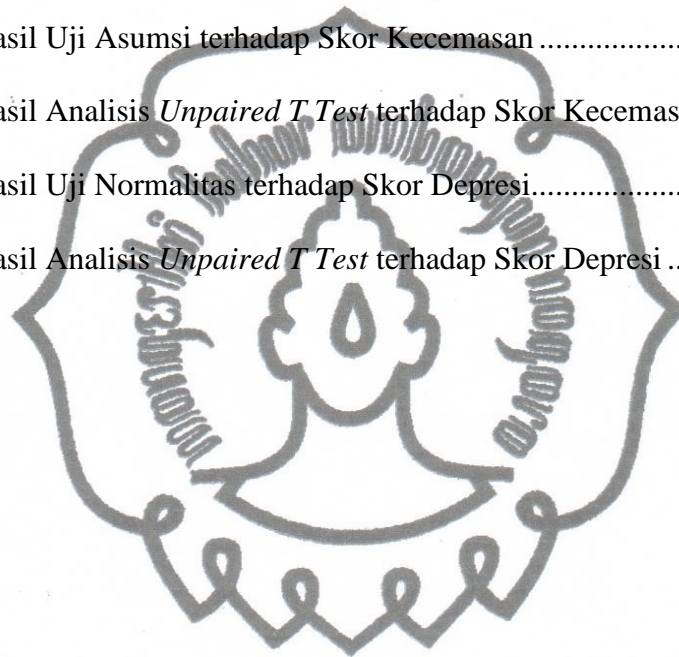
commit to user

G. Rancangan Penelitian	28
H. Instrumentasi Penelitian	29
I. Alur Penelitian	31
J. Analisis Data	32
BAB IV HASIL PENELITIAN	33
BAB IV PEMBAHASAN	38
BAB IV SIMPULAN DAN SARAN	42
A. Simpulan	42
B. Saran	42
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Deskripsi Subjek Penelitian dan Skor Religiusitas	33
Tabel 2. Kelompok Religiusitas dan Kelompok Kecemasan	34
Tabel 3. Kelompok Religiusitas dan Kelompok Kecemasan	35
Tabel 4. Hasil Uji Asumsi terhadap Skor Kecemasan	36
Tabel 5. Hasil Analisis <i>Unpaired T Test</i> terhadap Skor Kecemasan	36
Tabel 6. Hasil Uji Normalitas terhadap Skor Depresi	37
Tabel 7. Hasil Analisis <i>Unpaired T Test</i> terhadap Skor Depresi	37



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Skema Kerangka Pemikiran	29
Gambar 2. Skema Rancangan Penelitian	34



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.** Skor Religiusitas dan Kelompok Tingkat Religiusitas
- Lampiran 2.** Skor dan Kelompok Religiusitas serta Kecemasan
- Lampiran 3.** Skor dan Kelompok Religiusitas serta Depresi
- Lampiran 4.** Lembar Persetujuan Penelitian
- Lampiran 5.** Formulir Biodata Responden
- Lampiran 6.** Kuesioner L-MMPI
- Lampiran 7.** Skala Religiusitas
- Lampiran 8.** Kuesioner Kecemasan TMAS
- Lampiran 9.** Kuesioner Depresi BDI
- Lampiran 10.** Hasil Uji Statistik
- Lampiran 11.** Surat Keterangan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sensasi cemas (anxietas) sering dialami oleh hampir semua manusia. Perasaan tersebut ditandai oleh rasa ketakutan, tidak menyenangkan, dan seringkali disertai oleh gejala otonomik, seperti nyeri kepala, berkeringat, palpitasi, gelisah, dan sebagainya. Kecemasan adalah salah satu respon seseorang terhadap kondisi stres atau konflik yang terjadi di sekitarnya. (Hutagalung, 2007). Kecemasan dikatakan patologis apabila respon yang timbul tidak sesuai dengan stimulus yang diberikan berdasarkan pada intensitas ataupun durasinya (Kaplan dan Saddock, 2005). Kecemasan sangat mengganggu homeostasis dan fungsi individu, karena itu perlu segera dihilangkan dengan berbagai macam cara penyesuaian (Maramis, 2005). Kecemasan merupakan gangguan mental terbesar. Diperkirakan 20% dari populasi dunia menderita kecemasan (Gail, 2002) dan sebanyak 47,7% remaja sering merasa cemas (Haryadi, 2007).

Gangguan depresi merupakan kelainan psikiatrik yang sering dijumpai. Kira-kira 20% dari semua wanita dan 10% dari semua pria akan mengalami masa depresi berat semasa hidupnya (Rakel dan Andrianto, 1990). Boleh dikatakan bahwa setiap orang pada masa hidupnya pernah menderita depresi sampai pada tingkat tertentu (Setyonegoro, 1991). Gangguan depresi dapat dialami oleh semua kalangan usia, bahkan gangguan depresi berat juga

commit to user

mungkin memiliki onset selama masa anak-anak atau pada lanjut usia, walaupun hal tersebut jarang terjadi. Beberapa data epidemiologis baru-baru ini bahkan menyatakan bahwa insidensi gangguan depresif berat meningkat pada orang yang berusia kurang dari 20 tahun (Kaplan dan Saddock, 2005).

Menurut pendapat Nevid *et al.* (2005), gangguan kecemasan dan depresi ini cenderung muncul pada pertengahan remaja sampai pertengahan umur 20-an tahun dan insidensinya semakin meningkat tiap tahunnya. Hal tersebut dapat disebabkan oleh adanya perubahan emosi dan perilaku pada remaja yang mempengaruhi faktor psikologisnya. Remaja mempunyai reputasi berani mengambil risiko paling tinggi dibandingkan periode lainnya. Perilaku nekad dan hasil yang tidak selalu jelas ini akan membuka peluang besar untuk meningkatkan terjadinya kecemasan dan depresi pada remaja (Pitaloka, 2007).

Fanani (2008), menyatakan dengan agama orang akan ber-*positive thinking, self control & self esteem* yang baik, memiliki cara penyelesaian masalah yang spesifik, sehingga daya tahan mentalnya menjadi lebih baik. Sedangkan Durand *et al.*, (2007), berpendapat faktor religiusitas merupakan salah satu hal yang dapat menentramkan jiwa dan pikiran, sehingga faktor religiusitas dari mahasiswa menjadi salah satu faktor yang dapat mengurangi kejadian kecemasan dan depresi. Untuk itu peneliti ingin mengetahui perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.

B. Perumusan Masalah

Adakah perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui adakah perbedaan derajat kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Untuk memperluas wacana ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kedokteran Jiwa dan untuk memberikan data ilmiah tentang perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara dua kelompok mahasiswa yang mempunyai tingkat religiusitas yang berbeda.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi fakultas, pemerintah, mahasiswa, dan berbagai pihak yang terkait guna membantu kelancaran proses belajar mengajar agar mahasiswa lebih berprestasi.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pembanding atau pustaka bagi para peminat masalah yang berhubungan dengan kecemasan dan depresi pada mahasiswa.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan adalah suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatis terutama sistem saraf otonom yang menjadi hiperaktif (Kaplan dan Sadock, 2005). Kecemasan merupakan ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan manifestasi kecemasan dapat melibatkan somatik dan psikologis (Maramis, 2005).

Menurut Hawari (2006), kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal.

b. Etiologi

Faktor etiologi yang dapat menimbulkan kecemasan menurut Kaplan dan Sadock (2000) adalah :

1). Biologi

commit to user

- a) Reaksi otonom yang berlebihan dengan naiknya tonus simpatis
- b) Naiknya pelepasan katekolamin
- c) Naiknya metabolit norepinefrin, misalnya 3-metoksi-4-hidroksifenil-glikol (MHPG)
- d) Turunnya masa laten tidur *rapid eye movement* (REM) dan stadium 4
- e) Turunnya *gamma amino butyric acid* (GABA) menyebabkan hiperaktivitas susunan saraf pusat (GABA menghambat aktivitas susunan saraf pusat)
- f) Serotonin menyebabkan kecemasan, naiknya aktivitas dopaminergik berkaitan dengan kecemasan
- g) Pusat hiperaktif di korteks serebral bagian temporal
- h) Lokus seruleus, pusat neuron noradrenergik, hiperaktif pada keadaan kecemasan

2). Psikoanalitik

- a) Impuls tak sadar (misalnya seksual, agresivitas) mengancam muncul ke dalam alam sadar dan menimbulkan kecemasan
- b) Mekanisme pertahanan dipakai untuk mengatasi kecemasan
- c) *Displacement* dapat menimbulkan fobia
- d) *Conversion, undoing, displacement*, dapat menimbulkan obsesif konvulsif
- e) Menghilangnya depresi dapat menimbulkan gejala panik atau gangguan kecemasan menyeluruh

f) Agrofobia berkaitan dengan hubungan bergantung-bermusuhan (*hostile*) dengan teman serta takut impuls agresif/seksual dari diri ke orang lain atau sebaliknya

3). Teori belajar

- a) Cemas timbul akibat frustrasi atau stres. Begitu dirasakan, cemas menjadi respon terkondisi terhadap situasi lain, yang kurang serius, frustrasi atau stres
- b) Dapat dipelajari lewat identifikasi dan imitasi pola cemas pada orang tua (teori belajar sosial)
- c) Cemas terkait stimulus mengagetkan alamiah (misalnya kecelakaan) dipindahkan ke stimulus lain melalui pengkondisian dan menimbulkan fobia

Menurut Trismiati (2004) sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan bersifat lebih umum, dapat berasal dari berbagai kejadian dalam kehidupan atau dalam diri seseorang itu sendiri.

Kecemasan timbul akibat adanya respon terhadap kondisi stres atau konflik. Rangsangan berupa konflik baik dari luar maupun dalam diri sendiri akan menimbulkan respon dari sistem saraf yang mengatur pelepasan hormon tertentu. Akibatnya, muncul perangsangan pada organ-organ seperti lambung, jantung, pembuluh darah maupun ekstremitas (Redi, 2003).

c. Gejala Klinis

commit to user

Menurut Taylor yang menyusun skala kecemasan TMAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*), gejala kecemasan meliputi dua aspek :

- 1) Aspek fisiologis, meliputi gejala-gejala fisik yang menyertai kecemasan seperti berkeringat, nafsu makan berkurang, jantung berdebar-debar, ujung jari terasa dingin, merasa akan buang air kecil, otot leher kaku, kepala pusing, mual dan mulas.
- 2) Aspek psikologis, meliputi gejala-gejala psikologis yang menyertai kecemasan seperti sulit konsentrasi, bingung, was-was, tidak tenang, tertekan, takut, mudah tersinggung, gelisah, cepat marah, tidak puas, khawatir akan ditimpa suatu bahaya, tampak bodoh, ingin lari dari kenyataan, dan sulit tidur.

Sedangkan menurut Maramis (2005), gejala kecemasan meliputi :

- 1) Gejala-gejala somatik

Gejala-gejala ini dapat berupa napas sesak, dada tertekan, kepala enteng seperti mengambang, linu-linu, epigastrium nyeri, lekas lelah, palpitasi, keringat dingin. Macam gejala yang lain mungkin mengenai motorik, pencernaan (diare, lambung terganggu, perut kembung, nausea), pernapasan (nafas pendek), system kardiovaskuler (hipertensi, takikardi), genitourinaria (poliuria), atau susunan saraf pusat (pusing, tremor, gelisah).

2) Gejala – gejala psikologik

Gejala ini mungkin timbul sebagai rasa was-was, khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, khawatir dengan pemikiran orang mengenai dirinya. Penderita tegang terus-menerus dan tak mampu berlaku santai. Pemikirannya penuh dengan kekhawatiran, kadang-kadang bicaranya cepat tapi terputus-putus.

Selain itu, kecemasan dapat pula disertai dengan gejala lain seperti depresi, amarah, mudah lelah, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak mampu, otot tegang, *syncope*, gangguan psikosomatik, dan gangguan tidur seperti sulit masuk tidur, mimpi yang menakutkan, sering terkejut saat bangun, dan tidur tidak nyenyak (Maramis, 2005).

2. Depresi

a. Definisi

Pada tahun 1992, Rice P. L. menyatakan depresi adalah gangguan *mood*, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang. Depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal (Atkinson et all., 1993).

Maramis (2005) memasukkan depresi sebagai gangguan afek dan emosi. Afek ialah suasana perasaan emosional yang terkait pada objek, gagasan, atau pikiran, termasuk yang dirasakan dalam hati dan dimanifestasikan keluar (diekspresikan), sedangkan emosi merupakan keadaan jaga yang ditentukan oleh serentetan perasaan subjektif yang sering disertai oleh perasaan fisiologis yang mendorong untuk bertindak (Nuhriawangsa, 2009). Afek dan emosi dengan aspek-aspek yang lain seorang manusia (umpama proses berpikir, psikomotor, persepsi, ingatan) saling mempengaruhi dan menentukan tingkat fungsi dari manusia itu pada suatu waktu (Maramis, 2005).

b. Etiologi

Kaplan & Saddock pada tahun 2005 menyatakan bahwa sebab depresi dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain: aspek biologi, aspek genetik, aspek psikologi dan aspek lingkungan sosial.

1) Aspek biologi

Penyebabnya adalah gangguan neurotransmitter di otak dan gangguan hormonal. Neurotransmitter antara lain dopamin, norepinefrin dan serotonin.

a) Dopamin dan norepinefrin

Keduanya berasal dari asam amino tirosin yang terdapat pada sirkulasi darah. Pada neuron dopaminergik, tirosin diubah menjadi dopamin melalui 2 tahap: perubahan tirosin menjadi DOPA oleh tirosin hidroksilase (Tyr-OH). DOPA tersebut akan

commit to user

diubah lagi menjadi dopamin (DA) oleh enzim dopamin beta hidroksilase (DBH-OH). Pada jaringan interseluler, DA yang bebas yang tidak disimpan pada vesikel akan dioksidasi oleh enzim MAO menjadi DOPAC. Sedangkan pada jaringan ekstraseluler (pada celah sinap) DA akan menjadi HVA dengan enzim MAO dan COMT.

b) Serotonin

Serotonin yang terdapat pada susunan saraf pusat berasal dari asam amino triptofan, proses sintesis serotonin sama dengan katekolamin, yaitu masuknya triptofan ke neuron dari sirkulasi darah, dengan bantuan enzim triptofan hidroksilase akan membentuk 5-hidroksitriptofan dan dengan dekarboksilase akan membentuk 5-hidroksitriptamin (5-HT).

2) Aspek genetik

Pola genetik penting dalam perkembangan gangguan *mood*, akan tetapi pola pewarisan genetik melalui mekanisme yang sangat kompleks, didukung dengan penelitian-penelitian sebagai berikut:

a) Penelitian keluarga

Dari penelitian keluarga secara berulang ditemukan bahwa sanak keluarga turunan pertama dari penderita gangguan bipolar I berkemungkinan 8-18 kali lebih besar dari sanak keluarga turunan pertama subyek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-10 kali lebih mungkin untuk

menderita gangguan depresi berat. Sanak keluarga turunan pertama dari seorang penderita berat berkemungkinan 1,5-2,5 kali lebih besar daripada sanak keluarga turuna pertama subyek kontrol untuk menderita gangguan bipoler I dan 2-3 kali lebih mungkin menderita depresi berat.

b) Penelitian adopsi

Penelitian ini telah mengungkapkan adanya hubungan faktor genetik dengan gangguan depresi. Dari penelitian ini ditemukan bahwa anak biologis dari orang tua yang menderita depresi tetap berisiko menderita gangguan *mood*, bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak menderita gangguan.

c) Penelitian kembar

Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan bahwa angka kesesuaian untuk gangguan bipoler I pada anak kembar monozigotik 33-90 persen; untuk gangguan depresi berat angka kesesuaiannya 50 persen. Sebaliknya, angka kesesuaian pada kembar dizigotik adalah kira-kira 5-25 persen untuk gangguan bipoler I dan 10-25 persen untuk gangguan depresi berat.

3) Aspek psikologi

Sampai saat ini tak ada sifat atau kepribadian tunggal yang secara unik mempredisposisikan seseorang kepada depresi. Semua

manusia dapat dan memang menjadi depresi dalam keadaan tertentu. Tetapi tipe kepribadian dependen-oral, obsesif-kompulsif, histerikal, mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada tipe kepribadian antisosial, paranoid, dan lainnya dengan menggunakan proyeksi dan mekanisme pertahanan mengeksternalisasikan yang lainnya. Tidak ada bukti hubungan gangguan kepribadian tertentu dengan gangguan bipolar I pada kemudian hari. Tetapi gangguan distimik dan gangguan siklotimik adalah berhubungan dengan perkembangan gangguan bipolar I di kemudian harinya.

4) Aspek lingkungan sosial

Berdasarkan penelitian, depresi dapat membaik jika klinisi mengisi pada pasien yang terkena depresi suatu rasa pengendalian dan penguasaan lingkungan.

c. Gejala Klinis

Gejala utama dari depresi adalah *mood*/perasaan yang depresi (perasaan kesedihan yang patologis) dan kehilangan minat untuk kesenangan. Beck (1985) mengungkapkan gejala – gejala depresi antara lain :

- 1) Manifestasi emosi, seperti suasana hati yang pedih dan pilu, tidak menyukai diri-sendiri (perasaan negatif pada diri-sendiri) hilangnya atau kurangnya respon gembira pada situasi yang menimbulkan kesenangan, hilangnya rasa senang dan menangis.

- 2) Manifestasi kognitif, berupa rendahnya penilaian terhadap diri sendiri, pikiran-pikiran negatif terhadap masa depan, menyalahkan, mengkritik atau mencela diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan dan gambran yang salah tentang diri sendiri.
- 3) Manifestasi motivasional, seperti hilangnya motivasi untuk melakukan segala aktivitas, keinginan untuk menghindar dan menarik diri, meningkatnya ketergantungan dan yaitu menginginkan bantuan, pegarahan dan bimbingan.
- 4) Manifestasi fisik dan vegetatif, seperti hilangnya nafsu makan, mengalami gangguan tidur, hilangnya nafsu seksual, perasaan lelah yang sangat berat, gangguan berat badan dan kemampuan fisik.

3. Religiusitas

a. Definisi

Religiusitas merupakan tingkah laku manusia yang sepenuhnya dibentuk oleh kepercayaan terhadap alam gaib. Dalam hal ini religiusitas lebih melihat aspek yang ada di dalam lubuk hati dan tidak dapat dipaksakan. Religiusitas adalah kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan agama. Dalam perspektif Islam, religiusitas dapat diketahui melalui beberapa aspek penting yaitu: aspek keyakinan terhadap ajaran agama (akidah), aspek ketaatan terhadap ajaran agama (syari'ah atau ibadah), aspek penghayatan terhadap ajaran agama (ihsan), aspek pengetahuan terhadap ajaran agama (ilmu) dan aspek pelaksanaan ajaran agama (amal atau akhlak) (Rosyidah, 2006).

Religiusitas bukan hanya penghayatan terhadap nilai-nilai agama saja namun juga perlu adanya pengamalan nilai-nilai tersebut. Kebermaknaan hidup adalah kualitas penghayatan individu terhadap seberapa besar seseorang dapat mengembangkan dan mengaktualisasikan potensi-potensi serta kapasitas yang dimilikinya, dan terhadap seberapa jauh seseorang telah berhasil mencapai tujuan-tujuan hidupnya, dalam rangka memberi makna dan arti dalam hidupnya (Rosyidah, 2006).

b. Aspek-aspek Religiusitas

Glock dan Stark dalam Jalaludin (2004) mengatakan bahwa terdapat 5 aspek dalam religiusitas yaitu :

1). *Ideological Involvement* (Keterlibatan Ideologikal)

Ideological involvement (keterlibatan ideologikal) adalah tingkatan sejauh mana seseorang menerima hal-hal yang dogmatik dalam agamanya, misalnya kepercayaan kepada Tuhan, malaikat, surga dan neraka. Kepercayaan atau doktrin agama adalah dimensi yang paling dasar. Setiap agama tentu memiliki seperangkat kepercayaan yang secara doktriner berbeda dengan agama lainnya. Pada dasarnya setiap agama juga meringingkan adanya unsur ketaatan bagi setiap pengikutnya (Jalaludin, 2004).

Dimensi keyakinan dalam agama Islam menggambarkan keyakinan seseorang terhadap ajaran-ajaran agama yang bersifat

fundamental yang diwujudkan dengan membaca dua kalimat syahadat (Ancok et al, 2001).

2). *Ritual Involvement* (Keterlibatan Ritual)

Ritual involvement (keterlibatan ritual) yaitu tingkatan sejauh mana seseorang mengerjakan kewajiban-kewajiban ritual dalam agamanya. Unsur yang ada dalam dimensi ini mencakup pemujaan, kultur serta hal-hal yang lebih menunjukkan komitmen seseorang dalam agama yang dianutnya. Wujud dari dimensi ini adalah perilaku masyarakat pengikut agama tertentu dalam menjalankan ritual yang berkaitan dengan agama (Jalaludin, 2004).

Dimensi praktek dalam agama Islam disebut sebagai ibadah yang harus dilakukan setiap orang sebagai tanda penghambaan kepada Allah. Ibadah dapat dilakukan dengan menjalankan ibadah shalat, puasa, zakat, haji ataupun praktek amalan lainnya (Ancok et al, 2001).

3). *Experiential Involvement* (Keterlibatan Eksperensial)

Experiential involvement (keterlibatan eksperensial) adalah perasaan-perasaan atau pengalaman yang pernah dialami dan dirasakan oleh penganut agama. Pengalaman ini terjadi misalnya ketika seseorang mampu mengatasi rasa takut, merasa dekat dengan Tuhan, merasa takut berbuat dosa, merasa doanya

dikabulkan, diselamatkan oleh Tuhan dan sebagainya (Jalaludin, 2004).

Keterlibatan eksperensial dalam perspektif Islam terwujud dalam perasaan dekat atau akrab dengan Allah, perasaan bertawakal (pasrah diri dalam hal yang positif) kepada Allah, perasaan khusyuk ketika melaksanakan shalat atau berdoa, perasaan tergetar ketika mendengar adzan atau ayat-ayat Al Quran, perasaan bersyukur kepada Allah, perasaan mendapat peringatan atau pertolongan dari Allah (Ancok *et al*, 2001).

4). *Intellectual Involvement* (Keterlibatan Intelektual)

Intellectual involvement (keterlibatan intelektual) atau dimensi pengetahuan agama adalah dimensi yang menerangkan seberapa jauh seseorang mengetahui tentang ajaran agamanya, terutama yang ada di dalam kitab suci manapun yang lainnya. Paling tidak seseorang yang beragama harus mengetahui hal-hal pokok mengenai dasar-dasar keyakinan, ritual-ritual, kitab suci dan tradisi-tradisi. Dimensi keyakinan dan pengetahuan berkaitan erat karena kepercayaan tidak akan kuat tanpa pengetahuan. Dimensi ini dalam Islam menunjuk kepada seberapa tingkat pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap ajaran-ajaran agamanya yang termuat di dalam kitab sucinya (Jalaludin, 2004).

5). *Consequential Involvement* (Keterlibatan Konsekuensial)

Consequential involvement (keterlibatan konsekuensial) yaitu dimensi yang mengukur sejauh mana perilaku seseorang dimotivasi oleh ajaran-ajaran agamanya dalam kehidupan sosial, misalnya apakah seseorang mengunjungi tetangganya sakit, menolong orang lain yang kesulitan, mendermakan hartanya, dan sebagainya (Jalaludin, 2004).

Dalam Islam, dimensi ini dikenal dengan akhlak yaitu setiap manusia berelasi dengan Tuhannya, manusia lain dan alam sekitar. Hubungan manusia dengan Tuhannya menimbulkan kepasrahan dan rasa berserah diri kepadaNya. Hubungan manusia dengan manusia dapat diwujudkan dengan melakukan perbuatan atau perilaku yang baik sebagai amalan sholeh sebagai muslim meliputi perilaku suka menolong, bekerjasama, berderma, menyejahterakan dan menumbuhkembangkan orang lain, menegakkan kebenaran dan keadilan, berlaku jujur, memaafkan, menjaga amanat dan sebagainya. Hubungan manusia dengan alam sekitar diwujudkan dengan memelihara, melestarikan, memakmurkan alam sekitarnya (Ancok *et al*, 2001).

Jamaluddin (1995) membagi dimensi religiusitas menjadi lima aspek dengan mengacu kepada rumusan religiusitas Islam dari Kementrian Kependudukan dan Lingkungan Hidup. Kelima aspek tersebut adalah :

1). Akidah (ideologi)

Dimensi Aqidah yaitu dimensi yang mengungkap sejauh mana hubungan manusia dengan keyakinannya terhadap rukun iman yaitu iman kepada Allah, iman kepada malaikat, iman kepada nabi dan rasul, iman kepada kitab suci, iman kepada hari akhir, iman kepada qadha dan qadar. Jadi inti dari dimensi akidah (keyakinan) dalam ajaran Islam adalah tauhid atau peng-Esa-an Tuhan.

2). Ibadah (ritual)

Ibadah atau ritual merupakan dimensi yang berhubungan dengan sejauh mana tingkat kepatuhan seseorang dalam mengerjakan kegiatan-kegiatan ritual sebagai mana yang diperintahkan ajaran agamanya. Dimensi ini berkaitan dengan tingkat frekuensi, intensitas dan pelaksanaan ibadah seseorang. Ibadah khusus dipahami sebagai ibadah yang aturan dan tata caranya, syarat, rukunnya telah diatur secara pasti oleh ajaran Islam. Yang termasuk dalam dimensi ibadah dalam Islam adalah shalat, puasa, zakat, haji, doa, dzikir, membaca Al Quran dan sebagainya.

3). Ihsan (penghayatan)

Ihsan atau penghayatan merupakan dimensi yang berhubungan dengan masalah seberapa jauh seseorang merasa dekat dan dilihat oleh Tuhan dalam kehidupan sehari-hari. Dimensi ini mencakup pengalaman-pengalaman dan perasaan tentang kehadiran Tuhan dalam kehidupan, sehingga dalam hatinya timbul perasaan-perasaan tenang dan tentram dalam hidupnya, takut melanggar larangan Tuhan, keyakinan menerima pembalasan, perasaan dekat dengan Tuhan dan dorongan untuk melaksanakan perintah agama. Dimensi ihsan dalam Islam mencakup perasaan-perasaan dekat dengan Allah, merasa nikmat dalam menjalankan ibadah, merasa diselamatkan Allah, merasa bersyukur atas nikmat Allah dan merasa tenang hatinya saat mendengar asma Allah.

4). Ilmu (pengetahuan)

Ilmu atau pengetahuan merupakan dimensi yang berkaitan dengan pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap ajaran agamanya, terutama dalam kitab suci. Seseorang yang beragama harus mengetahui hal-hal yang pokok mengenai dasar-dasar keyakinan, ritual serta kitab lainnya. Dimensi ini dalam Islam menyangkut pengetahuan tentang isi Al Quran, di antaranya pokok ajaran yang harus diimani dan dilaksanakan.

5). Amal dan Akhlak

Amal dan Akhlak merupakan dimensi yang berkaitan dengan keharusan seseorang pemeluk agama untuk merealisasikan ajaran-ajaran agama yang dianutnya dalam kehidupan sehari-hari dengan bukti sikap dan tindakannya yang berlandaskan pada etika dan spiritualitas agama. Dimensi ini menyangkut hubungan manusia satu dengan hubungan manusia dengan lingkungannya.

c. Faktor yang Mempengaruhi Religiusitas

Menurut Jalaludin (2004), faktor-faktor yang mempengaruhi religiusitas berdasarkan analisis psikososial adalah:

1). Faktor kepribadian

Secara fitrah manusia memang terdorong untuk melakukan sesuatu yang baik, benar dan indah. Namun naluri mendorong manusia untuk segera memenuhi kebutuhannya yang bertentangan dengan realita.

2). Faktor usia

Pada masa kanak-kanak perkembangan religiusitas masih meniru-niru ketergantungan pada yang mengajak dan berubah-ubah. Pada masa remaja, religiusitas ditentukan oleh pertumbuhan dan kemampuan mental, perasaan dan pertimbangan sosial dan moral serta sikap dan minat. Pada masa dewasa seseorang sudah memiliki tanggung jawab terhadap sistem nilai yang dipilihnya, baik yang bersumber dari ajaran agama maupun dari norma-norma lain. Pada

usia lanjut terdapat kecenderungan yang semakin meningkat untuk menerima pendapat keagamaan.

3). Faktor jenis kelamin

Pada pria lebih cenderung mengutamakan dimensi keagamaan. Sedang pada wanita sering mendapat halangan fisik, sehingga berakibat pada pola ibadah yang tidak teratur.

4). Faktor pendidikan

Tingkat pendidikan membuat orang lebih terkontrol perilakunya sesuai dengan norma agama.

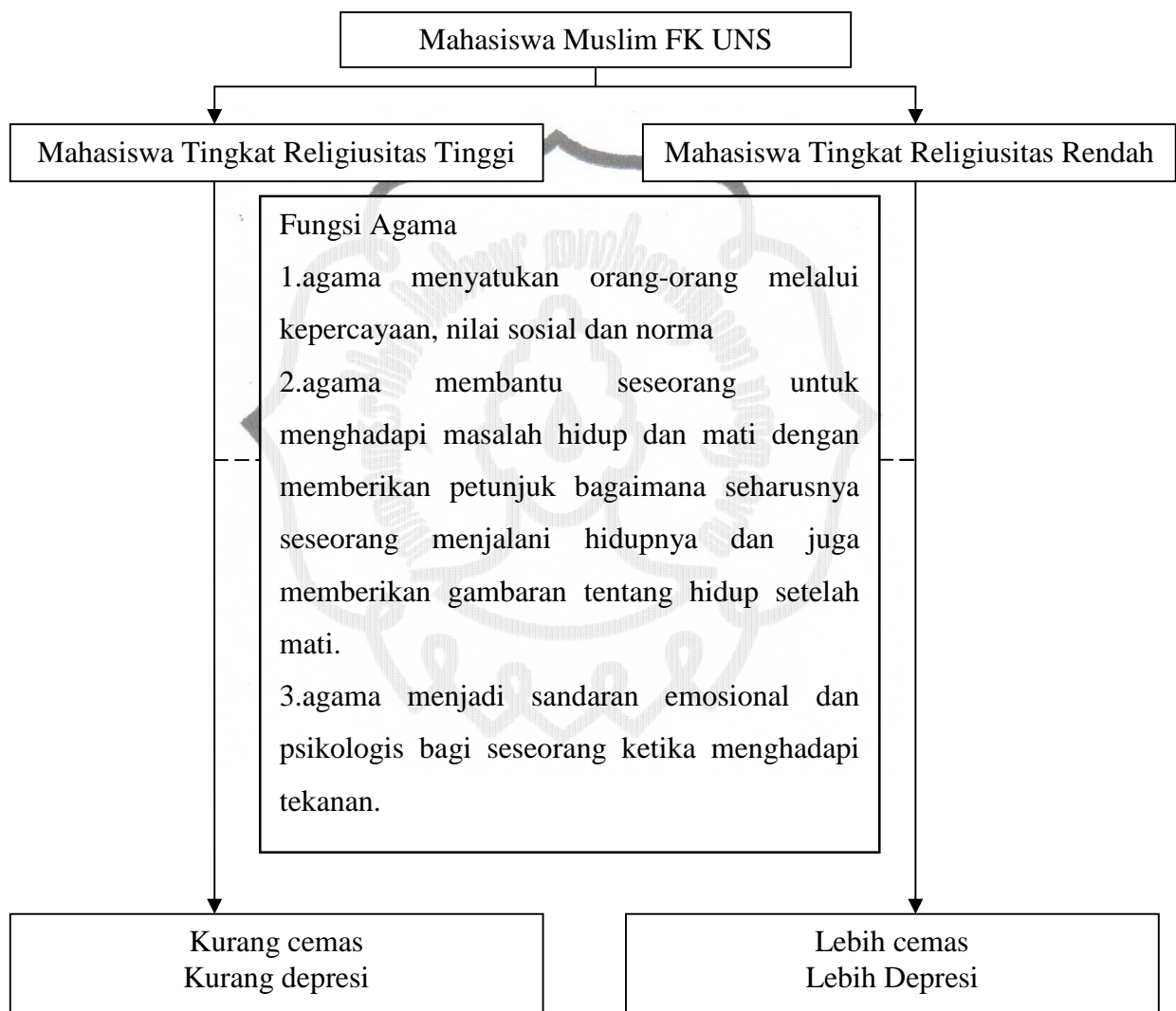
5). Faktor stratifikasi sosial ekonomi

Seseorang yang berpenghasilan sangat terbatas, cenderung berkurang perhatian terhadap hal-hal yang berkaitan dengan agama. Hal ini dapat disebabkan seluruh waktu dihabiskan untuk mencari nafkah agar terpenuhi kehidupannya, tetapi faktor ini tidak mutlak mempengaruhi religiusitas seseorang.

Setiap individu memiliki tingkat religiusitas yang berbeda-beda dan dipengaruhi oleh dua macam faktor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang dapat mempengaruhi religiusitas antara lain pengalaman-pengalaman emosional keagamaan, kebutuhan individu yang mendesak untuk dipenuhi seperti kebutuhan akan rasa aman, harga diri, cinta kasih dan sebagainya. Sedangkan faktor eksternalnya antara lain pendidikan formal, pendidikan agama dalam keluarga, tradisi-tradisi sosial yang berlandaskan nilai-nilai

keagamaan serta tekanan-tekanan lingkungan sosial dalam kehidupan individu.

B. Kerangka Pemikiran



Gambar 1 : Skema Kerangka Pemikiran

C. Hipotesis

Derajat kecemasan dan depresi pada mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi lebih rendah daripada mahasiswa dengan tingkat religiusitas rendah.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan secara *cross sectional*. Dalam penelitian *cross sectional* digunakan pendekatan transversal, dimana observasi terhadap variabel bebas (faktor risiko) dan variabel terikat (efek) dilakukan hanya sekali pada saat yang sama.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret pada tahun 2011.

C. Subjek Penelitian

Mahasiswa Fakultas Kedokteran dengan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a. Mahasiswa Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
 - b. Sehat jasmani maupun rohani.
 - c. Masih aktif dalam kuliah.
 - d. Skor L-MMPI dengan jawaban “tidak” ≤ 10 .

2. Kriteria eksklusi

Faktor-faktor lain yang menyebabkan kecemasan dan depresi :

- a. Faktor stres psikososial yang tinggi
- b. Keadaan medis umum, seperti penyakit kronis dan berat, mengkonsumsi narkoba dan sedang menjalani terapi pengobatan.

D. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*. *Purposive* karena sampel dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2005).

Sampel pada penelitian ini adalah setiap anggota populasi sumber yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi yang memenuhi persamaan berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan:

N = jumlah sampel

p = perkiraan prevalensi penyakit yang diteliti atau paparan pada populasi

q = 1-p

Z α =nilai distribusi normal standar untuk uji dua sisi pada tingkat kemaknaan α . Misalnya 1.96 untuk α 0.05

D =presisi absolut yang dikehendaki pada kedua sisi proporsi populasi

Dari rumus di atas didapatkan jumlah sampel sebesar

$$n = 1,96^2 \cdot 0,2(1-0,2)/0,1^2 = 61,45 = 62$$

Jadi jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini minimal berjumlah 62.

E. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas: mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan tingkat religiusitas rendah
2. Variabel terikat: kecemasan dan depresi mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan tingkat religiusitas rendah
2. Variabel luar :
Keadaan lain yang menyebabkan kecemasan adalah :
 - a. Kematian salah satu/semua anggota keluarga.
 - b. Perpisahan/perceraian orangtua.
 - c. Menderita sakit kronis.
 - d. Masalah ekonomi dan kehidupan sosial yang menurun.

F. Definisi Operasional

1. Variabel bebas

Mahasiswa Fakultas Kedokteran dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah

Alat pengukuran : kuesioner

Skala pengukuran : nominal

2. Variabel terikat
 - a. Kecemasan

Kecemasan dalam penelitian ini adalah keadaan pada subjek penelitian yang diukur dengan TMAS. Tingkat kecemasan diketahui dari tinggi rendahnya skor yang didapatkan. Makin besar skor maka

tingkat kecemasan makin tinggi, dan makin kecil skor maka tingkat kecemasan makin rendah.

Alat pengukuran : kuesioner TMAS

Skala pengukuran : interval

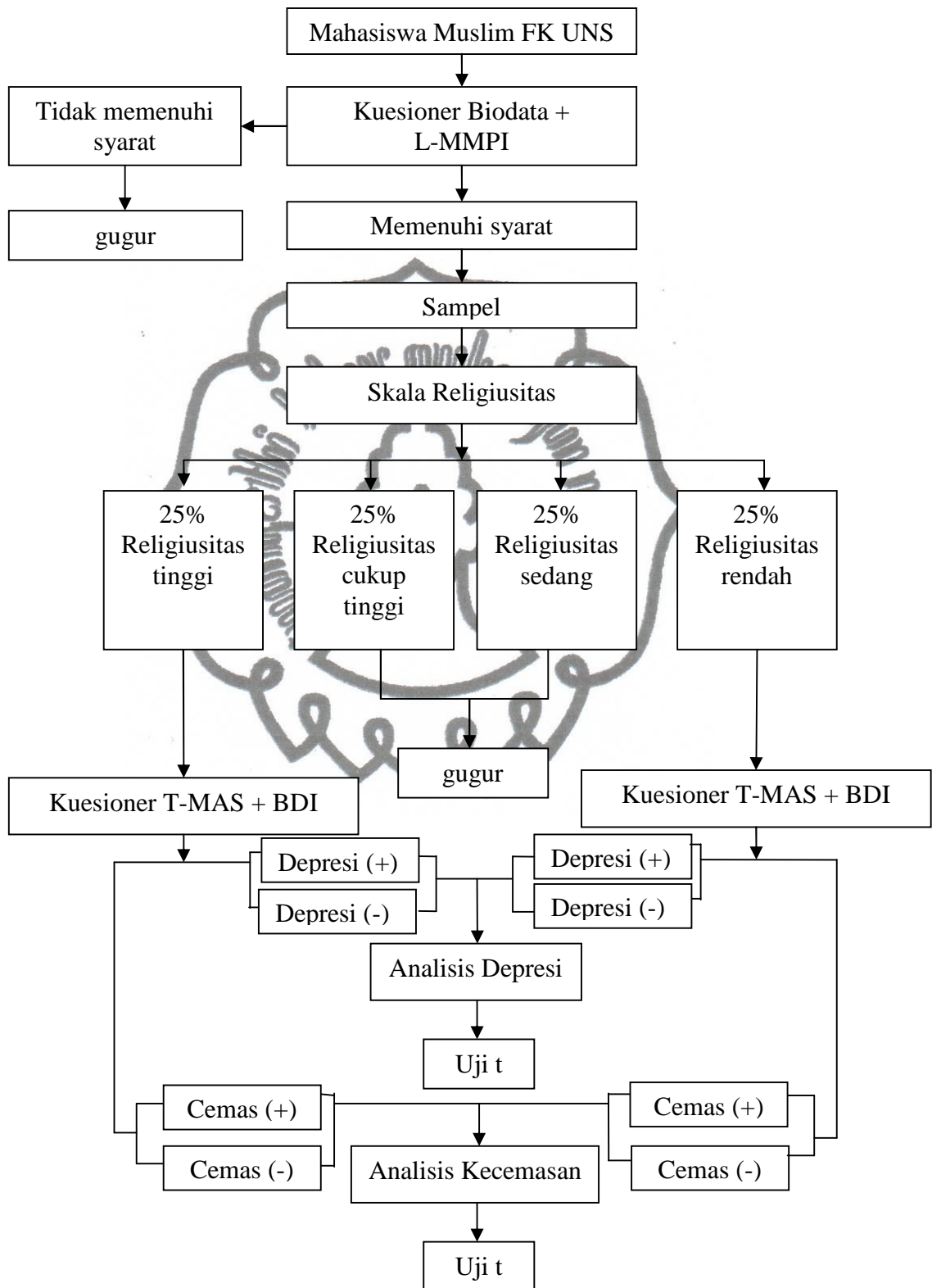
b. Depresi

Depresi dalam penelitian ini adalah derajat depresi pada subjek penelitian yang memiliki 21 gejala depresi, meliputi 11 gangguan emosi, 4 perubahan sikap, dan 6 gejala somatik. Semakin tinggi nilai yang didapat menunjukkan depresi yang lebih berat.

Alat pengukuran : kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI)

Skala pengukuran: interval

G. Rancangan Penelitian



Gambar 2 : Skema Rancangan Penelitian

H. Instrumentasi Penelitian

1. Formulir biodata responden dan *screening*
2. Kuesioner L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)

L-MMPI adalah skala validitas yang berfungsi untuk mengidentifikasi hasil yang mungkin invalid karena kesalahan atau ketidakjujuran subjek penelitian. Skala L-MMPI berisi 15 butir pernyataan untuk dijawab responden dengan "ya" bila butir pernyataan sesuai dengan perasaan dan keadaan responden; dan "tidak" bila tidak sesuai dengan perasaan dan keadaan responden. Nilai batas skala adalah 10, artinya apabila jawaban "tidak" responden ≥ 10 , maka data hasil penelitian responden dinyatakan invalid (Azwar, 2009).

3. Skala Religiusitas

Penelitian ini menggunakan angket/skala religiusitas yang disusun oleh Jatningsih (2007) berdasarkan teori religiusitas Glosk dan Stark. Angket tersebut meliputi keterlibatan ideologikal, keterlibatan ritual, keterlibatan intelektelekual, keterlibatan konsekuensial serta keterlibatan eksperensial.

Validitas angket tersebut sudah diukur dengan uji coba kuesioner terhadap 10 siswa SMU. Validitas diuji dengan uji *Pearson's product moment*, pertanyaan dinyatakan valid jika signifikasi $\alpha < 0,05$. Butir pertanyaan yang validitasnya kurang dari 0,3 diganti, butir pertanyaan

yang validitasnya antara 0,3-0,7 diperbaiki, sedangkan pertanyaan yang validitasnya lebih dari 0,7 dapat dipakai.

Pemberian skor pada angket religiusitas menggunakan skala Likert dengan pernyataan positif penentuan skor (SS: sangat sesuai, nilai 4; S: sesuai, nilai 3; TS: tidak sesuai, nilai 2; STS: sangat tidak sesuai, nilai 1) serta pernyataan negatif penentuan skor (SS: sangat sesuai, nilai 1; S: sesuai, nilai 2; TS: tidak sesuai, nilai 3; STS: sangat tidak sesuai, nilai 4).

4. Kuesioner TMAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*)

Kuesioner TMAS adalah instrumen pengukur kecemasan. TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dimana responden menjawab ya atau tidak sesuai keadaan dirinya dengan memberi tanda (V) pada kolom jawaban ya atau tidak. Pada kuesioner ini terdapat dua sifat pernyataan yang *favourable* and *unfavourable*. Untuk pernyataan *favourable*, setiap jawaban “ya” diberi nilai 1 dan jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sedangkan untuk pernyataan *unfavourable* berlaku sebaliknya. Jika jumlah skor T-MAS > 21 maka responden dinyatakan cemas dan jika skor T-MAS ≤ 21 dinyatakan tidak cemas.

Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrument tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud pengukuran tersebut. TMAS memiliki derajat validitas yang cukup tinggi, tetapi dipengaruhi juga kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya (Azwar, 2009).

5. Kuesioner BDI (*Beck Depression Inventory*)

Skala BDI merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, terdiri atas sedih, pesimis, merasa gagal, merasa tidak puas, merasa bersalah, merasa dihukum, perasaan benci pada diri-sendiri, menyalahkan diri-sendiri, kecenderungan bunuh diri, menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari hubungan sosial, tidak mampu mengambil keputusan, merasa dirinya tidak menarik secara fisik, tidak mampu melaksanakan aktivitas, gangguan tidur, merasa lelah, kehilangan selera makan, penurunan berat badan, preokupasi somatik dan kehilangan libido seks (Lestari, 2003).

Masing-masing kelompok item terdiri dari empat pernyataan dengan skor yang berkisar antara 0-3. Pernyataan yang menunjukkan tidak adanya gejala depresi diberi skor 0, skor 1 untuk pernyataan yang menggambarkan gejala depresi ringan, skor 2 untuk pernyataan yang menggambarkan gejala depresi sedang, sedangkan skor 3 untuk gejala depresi berat. Skor total berkisar antara 0-63 dengan indikasi sebagai berikut : jumlah nilai 0-9 dianggap normal, jumlah nilai 10-15 depresi ringan, 16-23 depresi sedang dan jumlah 24-63 depresi berat (Beck, 1985).

I. Alur Penelitian

1. Responden mengisi biodata dan *screening*.
2. Responden mengisi kuesioner L-MMPI untuk mengetahui angka kebohongan sampel.

commit to user

3. Bila didapatkan skor lebih besar atau sama dengan 10 maka responden dinyatakan invalid dan dikeluarkan dari sampel penelitian.
4. Responden mengisi kuesioner religiusitas yang telah divalidasi
5. Responden mengisi kuesioner TMAS untuk mengetahui angka kecemasan.
6. Responden mengisi kuesioner BDI untuk mengetahui angka depresi.
7. Data yang didapat dianalisis dengan statistik.

J. Analisis Data

Analisis data yang digunakan untuk menguji hipotesis adalah uji t tidak berpasangan menggunakan program SPSS 17.0 *for Windows* dengan angka signifikansi $p < 0,05$. Adapun syarat dalam uji t ini adalah :

1. distribusi data normal (nilai $p > 0,05$ pada uji *Tests of Normality* Kolmogorov-Smirnov)
2. varians kedua kelompok boleh sama (*homogeneity*), boleh juga tidak sama
3. pengukuran variabel harus bersifat independen, artinya nilai satu objek tidak mempengaruhi nilai objek lainnya (Sastroasmoro, 2002).

Apabila syarat uji t tidak terpenuhi maka dilakukan transformasi data. Jika data hasil transformasi tidak terdistribusi normal maka uji hipotesis yang dipakai adalah uji Mann-Whitney (Dahlan, 2009).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Pada tanggal 22 November 2010 dilakukan penyebaran kuesioner penelitian kepada populasi penelitian yaitu mahasiswa pendidikan dokter angkatan 2009 dan 2010. Dari 100 kuesioner yang disebar, didapatkan sebanyak 93 kuesioner yang mengembalikan kuesioner penelitian. Responden yang memenuhi kriteria berjumlah 87 mahasiswa, sisanya sejumlah 6 mahasiswa tidak masuk dalam kriteria penelitian. Dari 87 responden yang memenuhi kriteria penelitian diambil secara acak sebanyak 64 mahasiswa yang akan digunakan sebagai subjek penelitian.

Tabel 1. Deskripsi Subjek Penelitian dan Skor Skala Religiusitas

No	Skor religiusitas	Kelompok tingkat religiusitas	Jumlah	Persentase
1	143-169	Religiusitas rendah	16	25%
2	169-172	Religiusitas sedang	16	25%
3	172-179	Religiusitas cukup tinggi	16	25%
4	180-197	Religiusitas tinggi	16	25%

Sumber: Data primer November 2011

Dari hasil skor religiusitas yang diperoleh, kemudian disusun dari skor yang terendah ke tinggi (lampiran 1). Dari skor ini kemudian dikelompokkan menjadi kelompok dengan religiusitas tinggi dan kelompok dengan religiusitas rendah. Untuk menghindari risiko kesalahan yang cukup besar bagi skor-skor yang terletak di sekitar mean kelompok jika skor hanya dibagi menjadi 2 kelompok, maka digunakan kategori jenjang (ordinal) (Azwar, 2009). Dengan metode ini nilai skor religiusitas dibagi menjadi 4 kelompok yaitu kelompok dengan religiusitas tinggi (25%), cukup tinggi (25%), sedang (25%) dan rendah (25%). Dari 4 kelompok itu, kelompok dengan religiusitas cukup tinggi dan sedang gugur.

Dari 2 kelompok religiusitas tinggi dan rendah kemudian dihitung skor kecemasan (lampiran 2). Dari skor kecemasan tersebut kemudian dikelompokkan menjadi kelompok cemas dan tidak cemas.

Tabel 2. Kelompok Religiusitas dan Kelompok Kecemasan

No	Kelompok tingkat religiusitas	Kelompok kecemasan		Total
		Jumlah sampel cemas	Jumlah sampel tidak cemas	
1	Kelompok religiusitas tinggi	13 (81,25%)	3 (18,75%)	16 (100%)
2	Kelompok religiusitas rendah	13 (81,25%)	3 (18,75%)	16 (100%)
3	Jumlah	26 (81,25%)	6 (18,75%)	32 (18%)

Dari tabel 2 terlihat bahwa dari 16 mahasiswa pendidikan dokter Fakultas Kedokteran UNS yang termasuk dalam kategori kelompok religiusitas tinggi, diketahui 13 orang (81,75%) memiliki kecemasan dan 3

orang (18,75%) tidak memiliki kecemasan. Dari tabel 2 juga terlihat bahwa dari 16 mahasiswa pendidikan dokter Fakultas Kedokteran UNS yang termasuk dalam kategori kelompok religiusitas rendah, diketahui 13 orang (81,75%) memiliki kecemasan dan 3 orang (18,75%) tidak memiliki kecemasan. Dari 2 kelompok religiusitas tinggi dan rendah kemudian juga dihitung skor depresi (lampiran 2). Dari skor depresi tersebut kemudian dikelompokkan menjadi kelompok tidak depresi, depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat.

Tabel 3. Kelompok Religiusitas dan Kelompok Depresi

No	Kelompok tingkat religiusitas	Kelompok kecemasan			Total
		Tidak depresi	Depresi ringan	Depresi sedang	
1	Kelompok religiusitas tinggi	16 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (100%)
2	Kelompok religiusitas rendah	11 (68,75%)	4 (25%)	1 (6,25%)	16 (100%)
3	Total	27 (84,375%)	4 (12,5%)	1 (3,125%)	32 (100%)

Dari tabel 3 terlihat bahwa dari 16 mahasiswa pendidikan dokter Fakultas Kedokteran UNS yang termasuk kategori kelompok religiusitas tinggi, diketahui 16 orang (100%) tidak mengalami depresi. Dari tabel 3 juga terlihat bahwa dari 16 mahasiswa pendidikan dokter Fakultas Kedokteran UNS yang termasuk kategori kelompok religiusitas rendah 11 orang (68,75%) tidak mengalami depresi, 4 orang (25%) mengalami depresi ringan, 1 orang (6,25%) mengalami depresi sedang dan tidak ada yang mengalami depresi

berat. Jika dilihat dari perbandingan jumlah subjek yang mengalami depresi, maka subjek kelompok religiusitas rendah lebih banyak depresi daripada subjek kelompok religiusitas tinggi.

B. Analisis Data

1. Analisis Data Kecemasan

Tabel 4. Hasil Uji Asumsi Normalitas terhadap Skor Kecemasan

Uji Asumsi	Kelompok	Sig	Ket
<i>Kolmogorov-</i>	Religiusitas tinggi	0,200	Normal
<i>Smirnov Test</i>	Religiusitas rendah	0,162	Normal

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa hasil uji asumsi normalitas terhadap skor kecemasan pada kedua kelompok yang dilakukan dengan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov Test* menunjukkan bahwa skor kecemasan yang digunakan mengikuti distribusi normal ($p > 0,05$). Sedangkan hasil uji asumsi homogenitas terhadap skor kecemasan yang dilakukan dengan *Levene's Test* menunjukkan hasil bahwa varian penelitian ini homogen ($p = 0,0179$ atau $p > 0,05$) sehingga layak untuk dibandingkan.

Tabel 5. Hasil Analisis *Unpaired T Test* terhadap Skor Kecemasan

Kelompok	Mean	SD	t	Sig
Religiusitas tinggi	26,00	9,17	0,348	0,731
Religiusitas rendah	27,00	6,96		

Berdasarkan hasil uji t tidak berpasangan (*unpaired t test*) yang dilakukan diperoleh nilai t sebesar 0,348 dengan $p = 0,731$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan derajat kecemasan antara

mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah sehingga hipotesis tidak terbukti (H_0 diterima dan H_1 ditolak).

2. Analisis Data Depresi

Tabel 6. Hasil Uji Asumsi Normalitas terhadap Skor Depresi

Uji Asumsi	Kelompok	Sig	Ket
<i>Kolmogorov-Smirnov Test</i>	Religisitas tinggi	0,195	Normal
	Religiusitas rendah	0,129	Normal

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa hasil uji asumsi normalitas terhadap skor kecemasan pada kedua kelompok yang dilakukan dengan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov Test* menunjukkan bahwa skor kecemasan yang digunakan mengikuti distribusi normal ($p > 0,05$). Sedangkan hasil uji asumsi homogenitas terhadap skor depresi yang dilakukan dengan *Levene's Test* menunjukkan hasil bahwa varian penelitian ini homogen ($p = 0,261$ atau $p > 0,05$) sehingga layak untuk dibandingkan.

Tabel 7. Hasil Analisis *Unpaired T Test* terhadap Skor Depresi

Kelompok	Mean	SD	T	Sig
Religiusitas tinggi	3,62	3,09	1,350	0,187
Religiusitas rendah	5,81	5,69		

Berdasarkan hasil uji t tidak berpasangan (*unpaired t test*) yang dilakukan diperoleh nilai t sebesar 1,350 dengan $p = 0,187$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan derajat depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah sehingga hipotesis tidak terbukti (H_0 diterima dan H_1 ditolak).

BAB V

PEMBAHASAN

Dari tabel 1 diketahui jumlah sampel yang dianalisis dalam penelitian ini berjumlah 64 mahasiswa. Dari 64 mahasiswa ini kemudian dikelompokkan menjadi kelompok dengan religiusitas tinggi dan rendah berdasarkan skor yang didapat oleh setiap sampel. Untuk menghindari risiko kesalahan yang cukup besar bagi skor-skor yang terletak di sekitar *mean* kelompok, jika skor di atas hanya dibagi menjadi 2 kelompok, maka digunakan kategori jenjang (ordinal) (Azwar, 2009). Dengan digunakan kategori ini, maka skor dari yang tertinggi sampai yang terendah dibagi menjadi 4 kelompok yaitu kelompok dengan religiusitas tinggi (25%), cukup tinggi (25%), sedang (25%) dan rendah (25%). Mahasiswa yang nilai skornya termasuk dalam kelompok cukup tinggi dan sedang tidak dimasukkan dalam penelitian selanjutnya dan dinyatakan gugur.

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan *t test* dari Tabel 5 dan 7 untuk menguji hipotesis dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan derajat depresi antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah sehingga hipotesis tidak terbukti (H_0 diterima dan H_1 ditolak). Hal ini ditunjukkan oleh nilai $p = 0,731$ ($p > 0,05$) pada tabel 5 dan $p = 0,187$ ($p > 0,05$) pada tabel 7.

Perbedaan hasil penelitian dengan teori serta tidak signifikannya perbedaan depresi pada dua kelompok di atas dapat disebabkan oleh berbagai

commit to user

macam hal. Penyesuaian diri terhadap stres untuk tiap orang berlainan karena penilaian terhadap stres dan tuntutan terhadap tiap individu itupun berbeda-beda. Hal ini tergantung pada umur, jenis kelamin, kepribadian, intelegensi, emosi, status sosial atau pekerjaan individu itu. Begitu pula daya tahan stres atau nilai ambang frustrasi untuk setiap orang juga berbeda-beda. Hal ini tergantung pada keadaan somato-psiko-sosial orang tersebut. Stres yang cukup besar, cukup lama atau cukup spesifik, serta didukung oleh kestabilan emosi dan kepribadian barulah dapat menyebabkan orang tersebut mengalami gangguan jiwa (Maramis, 2005).

Masoomah *et al.* (2007) menyebutkan bahwa meskipun kebanyakan penelitian mendukung adanya hubungan yang signifikan antara religiusitas dan tingkat kecemasan, terdapat pula penelitian yang menyebutkan bahwa hubungan yang ada tidaklah signifikan. Hubungan yang tidak signifikan ini bisa disebabkan oleh berbagai macam hal. Salah satunya bisa dikarenakan adanya faktor lain yang mempengaruhi kecemasan seperti faktor biologis, lingkungan dan faktor intrinsik lain yang mempunyai pengaruh lebih kuat dibandingkan dengan tingkat religiusitas pada kondisi kejiwaan pasien. Dengan demikian hal ini mendukung pandangan holistik tentang manusia, bahwa seorang manusia tersusun dari dimensi bio-psiko-sosio-spiritual dan tidak ada satu dimensi paling dominan yang bisa memprediksi perilaku manusia.

Perbedaan antara hipotesis awal dengan hasil penelitian ini kemungkinan juga disebabkan oleh beberapa hal yang memang merupakan kelemahan dari penelitian, antara lain :

1. Tipe kepribadian subjek penelitian.

Pada saat pengambilan sampel penelitian, penulis tidak mengecek tipe kepribadian masing-masing siswa-siswi yang menjadi subjek penelitian. Padahal tipe-tipe kepribadian tertentu memiliki kecenderungan akan kecemasan dan depresi yang lebih tinggi (Kaplan & Saddock, 2005).

2. Pengambilan sampel yang tidak serentak (waktu yang sama).

Pengambilan sampel untuk penelitian ini tidak dapat dilakukan dalam waktu yang sama (serentak) karena terbentur dengan jadwal perkuliahan yang berbeda, sehingga dibagi menjadi beberapa tahap. Padahal karakter pokok rancangan penelitian dengan pendekatan *cross-sectional* (studi potong lintang) adalah penelitian dilakukan pada saat yang sama (Murti, 2003).

3. Faktor lingkungan sosial mahasiswa.

Pada penelitian ini, penulis tidak mengecek lingkungan sosial dari tiap-tiap mahasiswa yang menjadi subjek penelitian. Padahal faktor lingkungan sosial seseorang mempunyai pengaruh dalam menimbulkan kelainan kecemasan dan depresi pada suatu individu (Kaplan dan Saddock, 2005).

4. Jumlah sampel yang terbatas

Pada penelitian ini jumlah sampel yang masih terbatas pada satu lokasi tertentu dengan jumlah subjek yang terbatas pula. Hal ini menyebabkan

selisih data yang sangat kecil antara kedua kelompok akan berdampak pada hasil analisis statistik.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa dengan tingkat religiusitas tinggi dan rendah.

B. Saran

1. Untuk penelitian yang menggunakan pendekatan *cross-sectional*, perlu diusahakan pengambilan sampel secara serentak untuk menghindari kerancuan data (sampel).
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai topik ini dengan mengendalikan faktor-faktor luar yang turut mempengaruhi, seperti genetik, kepribadian, hormon, dan sosial ekonomi yang belum dapat dikendalikan dalam penelitian ini.
3. Sebaiknya dilakukan penelitian dengan sampel lebih besar untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat dan terpercaya.