

**KOPING RELIGIUS PADA SKIZOFRENIA**  
***RELIGIOUS COPING IN SCHIZOPHRENIA***

**Oleh: Frida Ayu N.H. <sup>1)</sup>, I.Gst.Ng.Gunadi S.P. <sup>2)</sup>**

- 
- <sup>1)</sup> Dokter umum, peserta PPDS 1 Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri) Departemen/ SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Airlangga/ RSUD Dr. Soetomo Surabaya.  
Corresponding address : fridaayu123@gmail.com
- <sup>2)</sup> Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa, Staf pengajar pada Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga /RSU Dr.Soetomo, Surabaya.

## **ABSTRAK**

Pasien skizofrenia menunjukkan tingkat religiusitas yang sebanding dengan populasi umum, dan sebagian besar pasien skizofrenia melaporkan bahwa religiusitas memainkan peranan penting sebagai mekanisme koping mereka dalam mengatasi gangguan mental yang dialaminya. Terapi yang didasarkan pada model biopsikososial untuk penderita skizofrenia tidak memperhitungkan keyakinan religius dari pasien. Asesmen religiusitas diperlukan untuk memperoleh gambaran kebutuhan religius dan strategi koping religius yang dipakai pasien skizofrenia. Koping religius pada pasien skizofrenia bisa dipergunakan sebagai prediktor outcome terapi. Koping religius yang digunakan pasien skizofrenia tidak selalu dihubungkan dengan keluaran yang baik. Strategi koping religius positif selalu dihubungkan dengan penyesuaian psikologis yang lebih baik terhadap stressor, keluaran klinis dan fungsional yang baik, dan merupakan faktor protektif terhadap readmisi/rehospitalisasi, namun sebaliknya dengan strategi koping religius negatif.

Kata kunci : skizofrenia, religiusitas, koping religius

## **ABSTRACT**

*Schizophrenia patients show a level of religiosity that is comparable to that of the general population, and most schizophrenia patients report that religiosity plays an important role as their coping mechanism in overcoming their mental disorders. Biopsychosocial models therapy for schizophrenia ignore the religious beliefs of patients. The assessment of religiosity is needed to obtain a picture of the religious needs and strategies of religious coping used by schizophrenia patients. Religious coping among schizophrenia patients may be used as a predictor outcome. Religious copings used by schizophrenia patients are not always associated with good outcomes. A positive religious coping strategy is always associated with better psychological adjustment to stressors, good clinical and functional outcomes, and is a protective factor against readmission or rehospitalization, but conversely with negative religious coping strategies.*

*Keywords : schizophrenia, religiousness, religious coping*

## PENDAHULUAN

Masyarakat Indonesia merupakan masyarakat yang sangat religius dan menganggap penting peran agama dalam kehidupannya. Fakta yang diperoleh dari data sensus penduduk 2010 oleh Badan Pusat Statistik, populasi penduduk yang beragama mencapai 99% (Badan Pusat Statistik, 2010). Namun demikian, agama seringkali terabaikan pada penatalaksanaan gangguan jiwa.

Terapi gangguan jiwa, termasuk skizofrenia, umumnya didasarkan pada model biopsikososial untuk pasien dan intervensi keluarga. Model tatalaksana seperti ini tidak memperhitungkan keyakinan religius dari pasien. Penelitian menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia, menunjukkan tingkat religiusitas yang sebanding dengan populasi umum (Grif, 2002).

Sejumlah literatur juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami gangguan jiwa berat melaporkan bahwa religiusitas dan spiritualitas memainkan peranan penting sebagai mekanisme coping mereka dalam mengatasi gangguan mental yang dialaminya (Weisman, Gomes, & Lo, 2003). Kebanyakan dari mereka mengklaim bahwa separuh dari waktu yang mereka habiskan untuk mengatasi masalahnya, merupakan kegiatan yang terkait dengan praktek spiritual/religius (Tepper et al., 2001). Sebuah literatur menunjukkan bahwa adalah penting menilai kebutuhan religius dan spiritual dari penderita penyakit kronis, termasuk skizofrenia, sebab memiliki banyak implikasi klinis, salah satunya adalah sebagai prediktor *outcome* (Koenig, 2012).

Dalam studi lain ditemukan bahwa religi dapat memainkan peran protektif terhadap usaha bunuh diri diantara pasien dengan skizofrenia dan gangguan skizoafektif (Gillieron, Huguelet, Mohr, Brandt, & Borrás, 2007). Hasil ini dapat dikaitkan dengan berkurangnya agresifitas terkait praktik religius sebagai mekanisme kopungnya. Pengurangan agresifitas mungkin disebabkan oleh aktivasi korteks medial prefrontal selama melakukan praktik religius. Berbeda dengan pasien skizofrenia yang mempunyai gejala delusi religius yang diduga disebabkan oleh overaktivitas sistem temporo-limbik, penggunaan mekanisme coping religius justru merugikan karena memperberat gejala.

## PEMBAHASAN

### 1. Skizofrenia

#### Definisi dan Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Beberapa kriteria dipakai untuk menegakkan diagnosis skizofrenia. Menurut Eugene Bleuler, skizofrenia adalah gangguan jiwa yang bersifat kronis yang ditandai dengan perpecahan/ disharmoni pada unsur-unsur proses berpikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor, yang diperkuat oleh gejala sekunder lainnya (Sadock, 2007). Kriteria diagnosis DSM 5 mencakup prognosis dan dalam beberapa hal memudahkan dokter untuk menggambarkan situasi klinis aktual. Suatu gangguan didiagnosis sebagai skizofrenia jika menunjukkan minimal dua gejala yang tercantum pada gejala 1 sampai 5 dari kriteria A yakni: delusi, halusinasi, pembicaraan yang kacau, perilaku kacau, dan gejala negatif (seperti berkurangnya ekspresi

emosi atau kemauan) dan syarat lain yang tercantum pada kriteria B adalah adanya fungsi sehari-hari yang terganggu meskipun belum terjadi deteriorasi, bertahan 6 bulan, dan penyebab organik serta diagnosis gangguan mood harus disingkirkan.

Beberapa peneliti menegaskan bahwa ada perbedaan penting antara pengalaman religius pada orang normal dan penderita skizofrenia. Pada umumnya, deskripsi yang diberikan oleh kelompok pasien gangguan jiwa lebih bersifat mengganggu daripada mengilhamkan, dan pasien cenderung tenggelam (sulit berjarak dengan pengalaman tersebut) daripada orang normal, dan kehilangan kontak dengan realitas dengan menunjukkan perilaku yang tidak wajar. Berbeda dengan orang normal, pasien gangguan jiwa sulit mengaitkan pengalaman spiritual yang mereka alami dengan kehidupan sehari-hari sehingga pengalaman itu tidak berdampak positif bagi mereka.

### **Epidemiologi**

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang diderita kurang lebih 1% populasi (Sadock, 2007). Sebuah *systematic review* menunjukkan prevalensi median skizofrenia secara global adalah 4,6/1000 (Bhugra, 2005). Indonesia tidak memiliki data prevalensi skizofrenia yang akurat. Informasi yang diperoleh dari data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 hanya menyebutkan prevalensi gangguan jiwa berat, tidak dibedakan apakah yang dimaksud gangguan jiwa berat tersebut adalah skizofrenia atau psikosis lainnya. Data gangguan jiwa berat nasional lebih rendah dibanding prevalensi global skizofrenia, yakni 1,7/1000 (Riskesdas, 2013).

### **Tatalaksana**

Modalitas terapi yang bisa dipergunakan pada model biopsikososial meliputi terapi farmakologis dan non farmakologis (Sadock, 2007). Terapi farmakologis biasanya melibatkan obat golongan antipsikotik baik jenis tipikal maupun atipikal. Pemberian antipsikotik tipikal yang cara kerjanya melakukan blokade reseptor D2 post sinaps ini didasarkan hipotesis Dopamin sebagai etiologi terjadinya skizofrenia. Sedangkan antipsikotik atipikal diduga melibatkan reseptor serotonin 5HT dalam mekanisme kerjanya menekan gejala skizofrenia. (Stahl, 2013). Terapi farmakologis tambahan seperti obat golongan antimania litium, asam valproat dan lamotrigin kerap diresepkan jika gejala mania menyertai gejala skizofrenia. Obat golongan lain yang juga dipakai sebagai terapi ajuvan adalah golongan benzodiazepin dan beberapa kelompok obat antidepresan.

Terapi psikososial mencakup berbagai metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasi, ketrampilan sosial, ketrampilan praktis dan komunikasi interpersonal pada pasien skizofrenia. Beberapa metode dipakai, diantaranya: *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*, *Assertive Community Therapy (ACT)*, *Social Skill Training (SST)*, remediasi kognitif, Group Therapy dan serangkaian metode lainnya yang bertujuan menyiapkan penderita skizofrenia untuk mandiri. Terapi non farmakologis lain yang sering dilakukan antara lain *Electro Convulsive Therapy (ECT)* ECT adalah prosedur pemberian aliran listrik yang kecil ke otak, yang bertujuan memicu terjadinya kejang singkat.

Terapi yang didasarkan pada model biopsikososial untuk penderita skizofrenia tidak memperhitungkan keyakinan religius dari pasien. Padahal sebagian besar pasien yang mengalami gangguan jiwa berat, termasuk skizofrenia, melaporkan bahwa religiusitas memainkan peranan penting sebagai mekanisme coping mereka

dalam mengatasi gangguan mental yang dialaminya (Weisman, Gomes, & Lo, 2003). Aspek religi relevan bagi penanganan skizofrenia karena mengurangi gejala, memperbaiki mekanisme coping dan mendorong percepatan pemulihan pasien (Mohr et al., 2011). Sehingga penting untuk mengidentifikasi dimensi religiusitas spesifik, seperti coping religius, guna memberikan layanan perawatan yang lebih holistik untuk skizofrenia.

## 2. KOPING RELIGIUS

### Definisi Coping Religius

Ada banyak definisi mengenai coping, religius, dan coping religius. Coping adalah cara mengatasi masalah (Atkinson, 2005). Sedangkan Pargament mendefinisikan coping sebagai pencarian makna ketika menghadapi kondisi penuh tekanan/stress (Canda & Furman, 2010).

Religius sering digunakan secara bergantian dengan spiritual meskipun keduanya memiliki makna berbeda. Spiritualitas dimaknai sebagai kualitas nilai manusia universal dan mendasar yang melibatkan pencarian akan makna, tujuan, moralitas, kesejahteraan, dan kedalaman dalam hubungan dengan diri sendiri, orang lain dan realitas tertinggi (Canda & Furman, 2010). Sedangkan religius adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan religi. Akar kata religi memiliki arti *'to bind together'*. Religi mengacu pada agregasi komunitas, dimana para pengikutnya mempertahankan *sense of belonging* melalui keyakinan, simbol, ritual/ibadah, pengajaran etik, dan tradisi keagamaan. Sehingga religius dimaknai sebagai segala sesuatu yang berhubungan dengan pola nilai, kepercayaan, simbol, perilaku/ritual, dan pengalaman yang berorientasi pada masalah spiritual, yang dilembagakan, yang dimiliki oleh masyarakat, dan ditransmisikan dari waktu ke waktu dalam tradisi (Canda & Furman, 2010). Sehingga dapat disimpulkan bahwa religius merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan religi, dan merupakan salah satu cara untuk mencapai spiritualitas. Ada cara lain diluar aktivitas religius yang juga bisa digunakan untuk mencapai spiritualitas. Bahkan ada yang berpendapat bahwa pencapaian spiritual tidak memerlukan konsep ketuhanan, mereka yang *agnostik* dan *atheis* pun juga dapat memiliki kehidupan spiritual yang kaya, sama dengan mereka yang mencapai spiritualitas melalui jalur religius (Mohr, 2006).

Dari seluruh uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa coping religius merupakan kemampuan memahami dan menghadapi kondisi penuh tekanan dengan menggunakan pola nilai, kepercayaan, simbol, perilaku/ritual, dan pengalaman yang berorientasi spiritual.

### Aspek Neurosains Aktivitas Religius

Banyak informasi mengenai neuroanatomi religiusitas yang diperoleh melalui penelitian yang mengukur aktivitas otak selama praktik religius. Percobaan oleh Newberg menunjukkan bahwa penurunan metabolisme Lobus Parietal Superior Posterior berkaitan dengan peningkatan metabolisme korteks Prefrontalis. Eksitasi korteks prefrontalis oleh stimulasi sirkuit limbik menyebabkan deaferenasi LPSP sebab inputnya terhambat. LPSP terlibat di dalam persepsi koordinasi spasial yang dimiliki oleh diri seseorang dan

orang lain. Deafrenasi dari daerah ini dapat menyebabkan penurunan kewaspadaan terhadap batas antara diri (*self*) dan dunia luar (*eksternal world*). Hal inilah yang memunculkan pengalaman-pengalaman religius, seperti rasa penyatuan yang absolut dengan keabadian. Hipotesa ini merupakan hal yang menarik untuk pengalaman religius yang sering dijumpai dalam berbagai agama seperti Islam, Yahudi, dan Kristen. Sehingga, sangat mungkin terjadi bahwa para Nabi, dan pemimpin Agama mempunyai sebuah pengalaman unik semacam ini sebagai sebuah proses psikofisiologi (Muramoto, 2004).

### **Strategi Koping Religius**

Konsep awal, Pargament mengidentifikasi koping religius difokuskan menjadi 3 strategi, yaitu: 1) *Collaborative*, yakni strategi koping yang melibatkan Tuhan dan individu/pasien dalam mengatasi dan mengontrol gejala gangguan jiwa yang dialami; 2) *Self-directing* artinya seorang individu percaya bahwa dirinya telah diberi kemampuan oleh Tuhan untuk memecahkan masalahnya secara mandiri tanpa melibatkan Tuhan; 3) *Deffering*, artinya individu tak melakukan usaha apapun dan bergantung sepenuhnya kepada isyarat Tuhan untuk memecahkan masalahnya. Sementara Wong dan McDonald telah mengusulkan strategi koping ke empat yaitu *Surrender* atau pasrah, dimana pasien bekerjasama dengan Tuhan dalam mengatasi stressor namun meyakini ketetapan Tuhan diatas segala keinginannya (Maynard, Gorsuch, & Bjorck, 1997)

### **Macam-macam Koping Religius**

Ada dua macam bentuk koping religius, yakni koping religius positif dan koping religius negatif. koping religius positif adalah sebuah ekspresi spiritualitas, hubungan yang aman dengan Tuhan, keyakinan bahwa ada makna yang dapat ditemukan dalam hidup, serta adanya hubungan spiritualitas dengan orang lain (Duarte, 2009). Strategi koping religius kolaboratif selalu dihubungkan dengan penyesuaian psikologis yang lebih baik terhadap stressor. Koping religius positif diidentifikasi memiliki beberapa aspek yaitu: 1) *Benevolent Religious Reappraisal*, yaitu menggambarkan kembali stresor melalui agama secara baik dan menguntungkan; 2) *Collaborative Religious Coping*, yaitu mencari kontrol melalui hubungan kerjasama dengan Tuhan dalam pemecahan masalah.; 3) *Seeking Spiritual Support*, yaitu mencari keamanan dan kenyamanan melalui cinta dan kasih sayang Tuhan; 4) *Religious Purification*, yaitu mencari pembersihan spiritual melalui perilaku religius; 5) *Spiritual Connection*, yaitu mencari rasa keterhubungan dengan kekuatan transenden; 6) *Seeking Support from Clergy or Members*, yaitu mencari dukungan keamanan dan kenyamanan melalui cinta dan kasih sayang komunitas seiman dan pemuka agama; 7) *Religious Helping*, yaitu usaha untuk meningkatkan dukungan spiritual dan kenyamanan pada sesama; 8) *Religious Forgiving*, yaitu memaafkan segala hal yang membuat rasa tidak nyaman.

Sedangkan koping religius negatif adalah sebuah ekspresi dari hubungan yang kurang aman dengan Tuhan. Koping religius negatif diasosiasikan dengan distres, fungsi kognitif yang buruk, tingkat depresi yang tinggi dan kualitas hidup yang buruk. Beberapa aspek koping religius negatif :1) *Punishing God Reappraisal*, yaitu menggambarkan kembali stressor sebagai sebuah hukuman dari Tuhan atas dosa-dosa yang telah

dilakukan oleh individu; 2) *Demonic Reappraisal*, yaitu menggambarkan kembali stresor sebagai sebuah tindakan yang dilakukan oleh kekuatan jahat/setan; 3) *Reappraisal of God's Power*, yaitu menggambarkan kekuatan Tuhan untuk mempengaruhi situasi stres; 4) *Self-directing Religious Coping*, yaitu mencari kontrol melalui inisiatif individu dibandingkan meminta bantuan kepada Tuhan; 5) *Spiritual Discontent*, yaitu ekspresi kecemasan dan ketidakpuasan terhadap Tuhan; 6) *Interpersonal Religious Discontent*, yaitu ekspresi kecemasan dan ketidakpuasan terhadap pemuka agama atau pemeluk agama.

### **3. Koping Religius pada Skizofrenia**

#### **Asesmen Religiusitas pada Skizofrenia**

Religiusitas dinilai memiliki peran krusial dalam membangun aliansi terapeutik, merumuskan rencana perawatan, serta menguatkan kepatuhan pengobatan, memungkinkan dampak baik maupun buruk terhadap keluaran klinis, juga dinilai mampu meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan psikiatri, karena pasien yang memiliki religiusitas yang baik akan mengapresiasi sensitivitas dokter akan kebutuhan religiusnya, merasa dimengerti dan dihargai keyakinannya.

Pertanyaannya, apa yang mesti dievaluasi dalam asesmen religiusitas? Meskipun beberapa instrumen dikembangkan untuk menilainya, wawancara klinis oleh pemeriksa yang mampu menyesuaikan bahasanya dengan keyakinan masing masing pasien skizofrenia, nampaknya merupakan metode evaluasi paling sesuai. Mohr dan Huguelet menjabarkan beberapa aspek yang perlu untuk dievaluasi, diantaranya: latar belakang dan pilihan agamanya, pengaruh gangguan jiwa yang dialami terhadap religiusitasnya, keyakinan religius saat ini, praktek religius pribadi maupun dalam komunitas keagamaannya, banyaknya dukungan dari komunitas agamanya, pentingnya agama secara subyektif bagi pasien dalam kehidupannya. Pertanyaan lain yang bisa dijadikan bahan evaluasi adalah makna spiritual dari gangguan jiwa yang dialami, cara mengatasi gejala yang dialami, sejauh mana keyakinan religius membuat nyaman dirinya, dan sejauh mana layanan psikiatrik yang diberikan mampu memenuhi kebutuhan religiusnya (Huguelet & Koenig, 2009). Data yang diperoleh dari asesmen religiusitas merupakan data profil religiusitas pasien secara umum yang bisa dipergunakan untuk melakukan pendekatan terapi yang lebih holistik. Dengan mengetahui profil religius pasien, klinisi bisa mengidentifikasi kebutuhan religius pasien berikut dimensi religius mana yang dipergunakan oleh pasien untuk melakukan koping.

#### **Koping Religius pada Skizofrenia**

##### **Penggunaan koping religius pada pasien skizofrenia**

Ada beberapa laporan bahwa koping religius bisa membantu proses pemulihan namun bisa juga menjadi masalah yang merugikan bagi pasien skizofrenia. Bagi beberapa pasien, koping religius melalui aktivitas religius seperti bergabung dengan komunitas seagama yang bersahabat bisa mempercepat pemulihan, namun sebagian pasien justru mengalami penolakan dan stigma. Beberapa pasien merasa terangkat dengan aktivitas religius, beberapa lainnya justru merasa terbebani dengan aktivitas tersebut. Beberapa pasien merasa

nyaman dan merasa kuat dengan coping religiusnya, sedangkan beberapa lainnya justru kecewa dan merasakan demoralisasi (Huguelet & Koenig, 2009).

Penggunaan coping religius bisa berakibat baik maupun buruk bergantung dari strategi coping yang dipakai oleh pasien skizofrenia. Pasien skizofrenia yang menggunakan strategi coping religius positif dilaporkan membantu proses kesembuhan lebih baik dibanding dengan pasien skizofrenia yang menggunakan coping religius negatif. Selain itu, penggunaan coping religius pada pasien skizofrenia yang memiliki gejala delusi bertemakan religi, dilaporkan memiliki dampak buruk terhadap psikopatologinya.

Penelitian oleh Cabernathy dkk melaporkan bahwa penggunaan coping religius secara berlebihan memiliki dampak buruk bagi skizofrenia. Penggunaan coping religius yang berlebihan menyebabkan ketergantungan yang justru maladaptif, artinya pasien skizofrenia cenderung bergantung pada coping religius secara eksklusif sehingga mengabaikan penggunaan mekanisme coping non religius yang penting. Pasien seperti ini lebih mudah tertekan dibanding pasien skizofrenia yang menggunakan coping religius pada level moderat yang juga menggunakan cara coping lainnya dalam menghadapi stresornya (Duarte, 2009).

Sehingga secara umum dapat disimpulkan bahwa penggunaan coping religius bisa menguntungkan maupun merugikan bagi pasien skizofrenia tergantung dari strategi coping religius yang dipilih, adanya psikopatologi bertemakan religi, dan penggunaan coping religius yang proporsional atau eksklusif.

### **Koping Religius sebagai prediktor terhadap *outcome* pasien skizofrenia**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa religiusitas dikaitkan dengan outcome yang baik untuk pasien skizofrenia. Penelitian yang dilakukan Verghese di India menyebutkan bahwa peningkatan aktivitas religius sebagai salah satu cara coping terhadap gangguan jiwa yang dialami dihubungkan dengan keluaran klinis dan fungsional yang baik bagi pasien skizofrenia (Mohr et al., 2011).

Sebuah studi yang dilakukan oleh Yangarber-Hicks, menunjukkan bahwa religiusitas juga berhubungan dengan perawatan diri pasien yang lebih baik. Religiusitas juga berhubungan dengan *treatment seeking* dan penerimaan diri terhadap gangguan jiwa yang dialami oleh pasien skizofrenia. Sebuah studi yang dilakukan oleh Moss dkk menganalisa hubungan antara derajat religiusitas dan *Duration of Untreated Psychosis (DUP)* diantara 195 pasien rawat inap yang menunjukkan gejala psikotik. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pasien yang memiliki religiusitas yang tinggi menunjukkan waktu yang lebih awal untuk memperoleh perawatan dan hospitalisasi. Sehingga, untuk pasien yang mengalami gejala awal skizofrenia, akan lebih awal bisa ditangani oleh para profesional kesehatan jiwa. Dengan demikian, pasien skizofrenia akan memiliki prognosis yang lebih baik (Moss, Fleck, & Strakowski, 2006). Pargament berpendapat bahwa religiusitas coping memiliki nilai prediktor yang lebih baik dalam hal penyesuaian psikososial pasien skizofrenia (Duarte, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Wilson menunjukkan bahwa coping religius justru merugikan pasien skizofrenia karena berpengaruh buruk terhadap gejala yang dialami dan menambah stressor baru sebab religiusitas menuntut pasien pemahaman abstrak yang tinggi dimana hal ini terganggu pada skizofrenia.

Alasan lainnya adalah adanya afek yang dangkal, emosi yang terbatas, dan kehilangan motivasi adalah gejala yang umum pada skizofrenia, menyebabkan pasien kesulitan untuk aktif terlibat dalam aktivitas religius. Wilson juga beralasan bahwa meskipun pasien sukses dalam menjalankan aktivitas religiusnya, religiusitasnya bisa mewarnai isi delusinya. Misalnya pasien merasa dimata matai oleh Tuhan, atau setan, atau orang lain dalam komunitasnya. Seringkali juga mereka merasa dosanya tidak terampuni sehingga pantas dihukum dengan penyakit yang dialaminya.

Kesenjangan penemuan penelitian ini nampaknya berhubungan dengan berat ringannya gejala yang dialami oleh pasien skizofrenia. Secara umum, koping religius tampaknya menguntungkan dan bermanfaat pada pasien skizofrenia yang menunjukkan gejala ringan sampai sedang, sedangkan hasil yang merugikan banyak ditunjukkan oleh pasien skizofrenia dengan gejala lebih berat (Siddle,2002).

### **Instrumen untuk Koping Religius**

Belum ada kuesioner tervalidasi mengenai koping religius untuk pasien skizofrenia. Lazarus dan Folkman menyusun kuesioner mengenai *Ways of Coping*. Namun kuesioner ini hanya menggambarkan sedikit saja mengenai jenis koping religius. Pargament menyusun *RCOPE*, yaitu instrumen untuk menilai koping religius berdasarkan teorinya mengenai koping religius, yang tiap item nya disesuaikan dengan 5 fungsi religi, yakni pemberi makna, kontrol, *intimacy*, perubahan dalam kehidupan dan pencarian spiritual itu sendiri. *RCOPE* terdiri dari 21 item yang menggambarkan strategi koping positif maupun negatif. Karena *RCOPE* dinilai kurang efisien dari segi banyaknya waktu yang diperlukan untuk asesmen, maka dikembangkan instrumen yang lebih singkat yakni *Brief RCOPE*. *Brief RCOPE* terdiri dari 14 item yang mengukur 2 macam metode koping religius, yaitu koping religius positif dan negatif.

## **Ringkasan**

Koping religius merupakan kemampuan memahami dan menghadapi kondisi penuh tekanan dengan menggunakan pola nilai, kepercayaan, simbol, perilaku/ritual, dan pengalaman yang berorientasi spiritual. Dua pertiga pasien skizofrenia menganggap religiusitas sangat penting dalam kehidupan sehari-hari. Pasien skizofrenia menunjukkan tingkat religiusitas yang sebanding dengan populasi umum, dan sebagian besar melaporkan bahwa religiusitas memainkan peranan penting sebagai mekanisme koping mereka dalam mengatasi gangguan mental yang dialaminya. Strategi koping religius yang dipergunakan setidaknya dibagi menjadi dua, yaitu koping religius positif dan koping religius negatif. Strategi koping religius positif selalu dihubungkan dengan penyesuaian psikologis yang lebih baik terhadap stressor, keluaran klinis dan fungsional yang baik, dan merupakan faktor protektif terhadap readmisi/rehospitalisasi, namun sebaliknya dengan strategi koping religius negatif.

Asesmen religiusitas diperlukan untuk memperoleh gambaran kebutuhan religius dan strategi koping religius yang dipakai pasien skizofrenia serta memberi informasi kepada klinisi apakah koping religius yang dipergunakan oleh pasien skizofrenia bisa membantu memperbaiki gejala atau justru memperburuk gejalanya. Beberapa instrumen dikembangkan untuk menilai religiusitas, namun wawancara klinis oleh klinisi yang memahami keyakinan religius masing-masing pasien nampaknya merupakan metode yang paling sesuai. Bagaimanapun juga, klinisi harus bertindak hati-hati saat berhadapan dengan pasien yang berkeyakinan bahwa religiusitas tidak penting dan jarang atau tidak pernah melakukan aktivitas religius. Mengarahkan koping religius kepada pasien dengan religius rendah bisa mengirimkan pesan bahwa mereka kehilangan sesuatu, dan hal ini bisa berakibat buruk bagi pasien maupun hubungan pasien-dokter.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bhugra, D. (2005). *The Global Prevalence of Schizophrenia*, 2(5), 372–373.
- Borras, L., Mohr, S., Gillie, C., Eytan, A., Huguelet, P., & Edition, F. (2007). *Religious Beliefs in Schizophrenia : Their Relevance for Adherence to Treatment*, 33(5), 1238–1246.
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work Practice*.
- Duarte, E. A. (2009). *General Religiosity and Use of Religious Coping as Predictors of Treatment Gains for Patients with Schizophrenia and Their Relatives*.
- Gillieron, C., Huguelet, P., Mohr, S., Brandt, P., & Borras, L. (2007). *Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders*, 22, 188–194.
- Grif, R. (2002). An Association With Mental Health, 47(2), 159–166.
- Huguelet, P., & Koenig, H. K. (2009). *Spiritual and Religion in Psychiatry*.
- Koenig, H. G. (2012). Religion , Spirituality , and Health : The Research and Clinical Implications, 2012.
- Maynard, E. A., Gorsuch, R. L., & Bjorck, J. P. (1997). Religious Coping Style , Concept of God , and Personal Religious Variables in Threat , Loss , and Challenge Situations, 65–74.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P., Rieben, I., Borras, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2–3), 177–182.
- Mohr, W. K. (2006). Spiritual Issues in Psychiatric Care, 42(3).
- Moss, Q., Fleck, D. E., & Strakowski, S. M. (2006). The influence of religious affiliation on time to first treatment and hospitalization, 84, 421–426.
- Muramoto, O. (2004). The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity, 479–485.
- Newberg, A. B. (2014). The neuroscientific study of spiritual practices. *Frontiers in Psychology*, 5(MAR), 1–6.
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., & Santanna, J. (2001). The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation : a preliminary SPECT study.
- Ng, F., & Ng, F. (2007). The Interface between Religion and psychosis.
- Pargament, K. I., Underwood, L. G., & Fetzer Institute. (1999). Meaning in: multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: m report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. *Kalamazoo, Mich: John E. Fetzer Institute*, 11–18
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2(4), 51–76.
- Puri, B. K., Lekh, S. K., Nijran, K. S., & Bagary, M. S. (2000). *SPECT neuroimaging in Schizophrenia with religious delusions*.
- Riskesdas. (2013). *RISSET KESEHATAN DASAR*.
- Sadock, B. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Eds. B. . Sadock & V. . Sadock. 10th ed. Philadelphia: Lipincott William and Wilkins.
- Souza, R. D. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues?, 44–47.
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology 4th Edition* (4th ed.). new york, USA: Cambridge University Press.
- Tepper, L., Ph, D., Rogers, S. A., Coleman, E. M., Ph, D., Malony, H. N., & Ph, D. (2001). The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness, 52(5).
- Weisman, A. G., Gomes, L. G., & Lo, S. R. (2003). Shifting Blame Away From Ill Relatives, 191(9), 574–581.
- Wong, P. T. P., Wong, L. C. J., & Scott, C. (2006). Beyond Stress and Coping: The Positive Psychology of Transformation Paul T. P. Wong, Lilian C. J. Wong, and Carolyn Scott Citation:
- Xu, J. (2016). Pargament ' s Theory of Religious Coping : Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice, 1394–1410.
- Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*, 2(4), 345–357.