
RELIGIUSITAS, SPIRITUALITAS, DAN KESEHATAN MENTAL: META ANALISIS

Hepi Wahyuningsih

Universitas Islam Indonesia

Abstract

A meta-analysis was performed in an attempt to clarify the proposed relationship between religiosity/spirituality and mental health. Specific focus was given to the issue of definition, measurement, namely, whether differences in researchers conceptualizations of religiosity/spirituality and mental health could account for the various contradictory findings. Analysis of 20 studies conducted during 6 past years revealed that the definitions of religiosity/spirituality and mental health utilized by researchers were indeed associated with different types and strengths of the correlations between religiosity/spirituality and mental health. It is found that there are positive correlation among organizational religiosity ($r = 0,345$), non-organizational religiosity ($r = 0,445$), intrinsic religiosity ($r = 0,227$), multidimensional religiosity ($r = 0,253$), spirituality ($r = 0,470$), and positive mental health. There are negative correlation among organizational religiosity ($r = -0,012$), non-organizational religiosity ($r = -0,188$), intrinsic religiosity ($r = -0,212$), multidimensional religiosity ($r = -0,130$), spirituality ($r = -0,046$), and negative mental health.

Keywords: meta-analysis, religiosity, spirituality, mental health..

Dewasa ini mulai tumbuh suatu konsensus yang menyatakan bahwa komitmen religius dan praktek keagamaan dapat menguntungkan bagi kesejahteraan fisik dan psikologis (Ellison dan Levin dalam Eliassen dkk, 2005). Meskipun demikian, hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan untuk menguji pengaruh religiusitas dan spiritualitas terhadap kesehatan mental bervariasi. Hasil penelitian Commerford dan Reznikoff (1996) menunjukkan bahwa religiusitas intrinsik tidak berkorelasi dengan depresi maupun dengan harga diri, tetapi aktivitas keagamaan bersama orang lain (publik) berkorelasi dengan depresi maupun dengan harga diri. Schafer (1997) menemukan bahwa arti penting agama bagi individu menunjukkan korelasi yang positif dengan perasaan tertekan (*personal distress*), keyakinan akan eksistensi Tuhan memiliki hubungan kurvelinier dengan perasaan tertekan (*personal distress*), dan

perasaan berarti memiliki korelasi negatif dengan perasaan tertekan. Variabel-variabel religiusitas dan spiritualitas yang lain tidak memiliki korelasi dengan perasaan tertekan (ketergantungan pada kekuatan besar, kepercayaan hidup sesudah mati, kepercayaan adanya surga dan neraka, kunjungan ke tempat ibadah, frekuensi berdoa, lahir kembali sebagai kristiani, dan pilihan agama saat ini).

Koenig dkk (1998) menemukan bahwa dimensi religiusitas yang mampu menjadi prediktor bagi cepat pulihnya seseorang dari depresi adalah religiusitas intrinsik, sedangkan dimensi religiusitas yang lain tidak mampu menjadi prediktor (religius organisasional dan religiusitas non-organisasional). Hasil penelitian Peacock dan Poloma (1999) menunjukkan bahwa hampir semua dimensi religiusitas kecuali doa yang berisi permohonan berkorelasi dengan kepuasan hidup. Dimensi-dimensi

religiusitas yang berkorelasi dengan kepuasan hidup adalah kedekatan dengan Tuhan, pengaiaman berdoa, keanggotaan gereja, kunjungan ke gereja/tempat ibadah, doa mediatif, doa ritual, dan doa yang bersifat percakapan.

Variasi hasil penelitian mengenai pengaruh religiusitas dengan kesehatan mental dapat terjadi karena karakteristik subyek dan aspek pengukuran religiusitas yang berbeda-beda (Eiassen dkk, 2005). James dan Wells (2003) juga mengatakan bahwa bervariasinya hasil penelitian mengenai pengaruh religiusitas terhadap kesehatan mental dapat dikarenakan sifat multidimensional dari religiusitas sehingga menimbulkan dampak yang bermacam-macam pada kesehatan mental. Dalam penelitian meta analisis, Bergins (James & Wells, 2003) membuktikan adanya hasil-hasil penelitian hubungan religiusitas dengan kesehatan mental yang bervariasi bahkan saling bertentangan. Hasil penelitian Bergins (James & Wells, 2003) menunjukkan bahwa 23% dari studi menunjukkan adanya hubungan yang negatif, 47% studi menunjukkan adanya hubungan yang positif, dan 30% menunjukkan tidak ada hubungan. Hasil review secara sistematis yang dilakukan oleh Wong dkk (2006) terhadap penelitian-penelitian yang meneliti pengaruh religiusitas dan spiritualitas terhadap kesehatan mental pada remaja menunjukkan bahwa dari 20 studi yang ditemukan, 18 (90%) studi menunjukkan adanya hubungan positif dan 2 studi (10%) menunjukkan tidak ada hubungan.

Hasil-hasil penelitian mengenai hubungan religiusitas/spiritualitas dengan kesehatan mental yang bertentangan dan bervariasi telah mendorong Hackney dan Sanders (2003) untuk melakukan studi meta analisis mengenai hubungan kedua variabel tersebut. Hackney dan Sanders (2003) berasumsi bahwa hasil penelitian yang bermacam-macam tersebut kemungkinan dapat terjadi karena konsep religiusitas dan konsep kesehatan mental yang multidimensional. Oleh karena itu, mereka melakukan meta analisis dengan keseluruhan studi maupun melakukan meta

analisis pada kelompok-kelompok studi yang terbentuk berdasarkan dimensi-dimensi religiusitas dan dimensi kesehatan mental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dimensi religiusitas berkorelasi positif dengan kesehatan mental. Akan tetapi, berdasarkan uji homogenitas, hasil meta analisis menunjukkan adanya variabel moderator yang mempengaruhi hasil.

Berdasarkan uraian di atas, meskipun hasil penelitian mengenai hubungan religiusitas/spiritualitas bervariasi atau bahkan bertentangan, tetapi dapat diambil kesimpulan bahwa religiusitas/spiritualitas berkorelasi dengan kesehatan mental. Oleh karena itu, hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara religiusitas/spiritualitas dengan kesehatan mental.

DASAR TEORI

Definisi Religiusitas dan Spiritualitas

Religiusitas dan spiritualitas sering digunakan secara bergantian. Becker (Sharma, 2006) menyatakan bahwa kata spiritualitas, keyakinan, dan sifat ketuhanan sering digunakan dalam literatur yang membahas religiusitas. Hal ini terjadi karena adanya tumpang tindih pengertian mengenai religiusitas dengan spiritualitas. Davis dkk (2003) menyatakan bahwa ada tumpang tindih definisi antara religiusitas dan spiritualitas. Hal yang sama juga dikemukakan oleh King dan Boyatzis (2004) yang menyatakan bahwa menjadi religius dan menjadi spiritual adalah hal yang berbeda, tetapi merupakan dua hal yang berhubungan.

Hasil review yang dilakukan oleh Tanyi (2002) terhadap literatur mengenai spiritualitas yang telah dipublikasikan selama 30 tahun terakhir, menyimpulkan bahwa spiritualitas adalah pencarian arti dan tujuan hidup yang dilakukan individu baik melalui agama maupun tidak melalui agama. Davis dkk (2003) menyatakan bahwa spiritualitas berhubungan dengan transendensi tanpa merujuk pada ajaran agama tertentu, sedangkan religiusitas berkonotasi dengan

kedekatan pada sistem keyakinan agama tertentu. Lebih lanjut Davis dkk (2003) menjelaskan bahwa meskipun religiusitas dan spiritualitas dapat dikonsepsi secara berbeda, pada kenyataannya kedua istilah tersebut lebih banyak tumpang tindihnya daripada perbedaannya. Dalam banyak kasus religiusitas menyediakan struktur untuk mendapatkan spiritualitas, dalam kasus yang lain spiritualitas tumbuh dalam konteks kerangka kerja religiusitas. Oleh karena adanya tumpang tindih antara religiusitas dengan spiritualitas, maka dalam penelitian ini peneliti menggunakan kedua konsep tersebut.

Benson (2004) menyatakan bahwa banyak terjadi perdebatan dalam melakukan pendefinisian dan pengukuran religiusitas. Barnett dkk (1996) menyatakan bahwa religiusitas biasanya didefinisikan dalam istilah: (1) kognitif, yaitu pengetahuan religius dan keyakinan religius; (2) afektif, yaitu kedekatan secara emosional atau perasaan emosional tentang agama; (3) perilaku, yaitu perilaku yang dilakukan individu berkaitan dengan agama, misalnya kunjungan ke tempat ibadah, membaca kitab suci, dan berdoa. Lebih lanjut Barnett dkk (1996) menjelaskan bahwa operasionalisasi konsep religiusitas juga bermacam-macam, misalnya orientasi religius yang dikemukakan oleh Alport, tipologi religiusitas yang dikemukakan oleh Gock dan Stark, kekolotan agama (*religious orthodoxy*) yang dikemukakan oleh Hunsberger, dan fundamentalisme agama yang dikemukakan oleh McFarland.

Levine dkk (1995) mendefinisikan dan mengoperasionalkan konsep religiusitas dalam keterlibatan agama yang terdiri dari 3 dimensi, yaitu organisasional (misalnya: kunjungan ke tempat ibadah dan partisipasi dalam kegiatan keagamaan bersama orang lain), non-organisasional (misalnya: membaca kitab suci, berdoa, mendengarkan ceramah di TV) dan subjektif (penerimaan nilai-nilai agama dan agama dijadikan acuan dalam kehidupan). Definisi dan Operasionalisasi konsep religiusitas yang hampir sama dengan Levine dkk adalah definisi dan operasionalisasi yang

dikemukakan oleh Koenig dkk (1998). Koenig dkk (1998) mendefinisikan dan mengoperasionalkan konsep religiusitas menjadi 3 dimensi, yaitu religiusitas organisasional, religiusitas non-organisasional, dan religiusitas intrinsik. Religiusitas organisasional digunakan untuk menggambarkan frekwensi berkunjung ke tempat-tempat ibadah atau pelayanan keagamaan. Religiusitas non-organisasional digunakan untuk menggambarkan waktu yang digunakan untuk melakukan aktivitas keagamaan secara pribadi. Religiusitas intrinsik digunakan untuk menggambarkan tingkat keyakinan dan integrasi nilai-nilai agama dalam kehidupan.

Fiori dkk (2006) dalam penelitiannya juga menggunakan operasionalisasi yang hampir sama untuk mengukur religiusitas, yaitu berdasarkan pengukuran subjektif (sebuah pelaporan diri mengenai keagamaan dan penerimaan agama) dan pengukuran obyektif (organisasional dan non-organisasional). Hackney dan Sanders (2003) menggunakan definisi religiusitas yang memfokuskan pada aspek sosial dan perilaku dari agama (institusional), aspek keyakinan (ideologi), dan aspek internalisasi (personal).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa spiritualitas adalah pencarian arti dan tujuan hidup yang dilakukan individu baik melalui agama maupun tidak melalui agama, sedangkan religiusitas adalah keterlibatan agama yang terdiri dari 3 dimensi, yaitu organisasional (misalnya: kunjungan ke tempat ibadah dan partisipasi dalam kegiatan keagamaan bersama orang lain), non-organisasional (misalnya: membaca kitab suci, berdoa, mendengarkan ceramah di TV) dan subjektif (penerimaan nilai-nilai agama dan agama dijadikan acuan dalam kehidupan).

Kesehatan Mental

Kesehatan mental telah didefinisikan bermacam-macam dari budaya yang berbeda-beda. Konsep kesehatan mental meliputi kesejahteraan subjektif, *self-efficacy*, kemandirian (*autonomy*), kemampuan (*competence*), aktualisasi diri,

dan lain-lain. Sulit untuk mendefinisikan kesehatan mental secara umum dari berbagai budaya, tetapi secara umum disepakati bahwa konsep kesehatan mental lebih luas daripada tidak adanya gangguan mental (WHO, 2001). Meskipun demikian, menurut Wong dkk (2006) beberapa peneliti di lapangan psikologi dan psikiatri mengkonsepkan kesehatan mental dengan ketidakhadiran sakit mental, sedangkan sebagian yang lain mengkonsepkan kesehatan mental lebih pada berfungsi kondisi psikologis individu. Oleh karena itu Wong dkk (2006) kemudian menggunakan kategori kesehatan mental negatif (misalnya: depresi, kecemasan, ketakutan, permusuhan, neurotik, psikotik) dan kesehatan mental positif (misalnya kesejahteraan psikologis, penerimaan diri, hubungan yang baik dengan orang lain, sikap positif pada orang lain, perasaan positif) dalam penelitiannya.

Tindakan yang hampir sama juga telah dilakukan oleh Hackney dan Sanders (2003) dalam studi meta analisis mereka. Mereka mengoperasionalkan konsep kesehatan mental dalam 3 konsep, yaitu penyesuaian psikologis yang rendah, kepuasan hidup yang tinggi, dan aktualisasi diri yang tinggi. Keputusan Hackney dan Sanders ini didasarkan pada bervariasinya konsep kesehatan mental yang dipakai dalam penelitian mengenai hubungan religiusitas dengan kesehatan mental yang juga memungkinkan untuk menghasilkan hasil penelitian yang bervariasi.

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa kesehatan mental dapat didefinisikan dengan ketidakhadiran sakit mental, akan tetapi juga dapat dikonsepsikan pada berfungsinya kondisi psikologis individu. Oleh karena itu dalam penelitian ini kesehatan mental dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu kesehatan mental positif dan kesehatan mental negatif.

METODE

Pencarian Literatur

Pencarian literatur dilakukan menggunakan database online yang tersedia

yaitu: EBSCO, ProQuest, Questia, dan Sagepub. Kata kunci yang digunakan adalah *religiosity, spirituality, mental health, religiosity and mental health* dan *spirituality and mental health*. Semua studi primer yang diperoleh kemudian dipertimbangkan menurut kriteria inklusi sebagai syarat untuk dapat dilakukan meta analisis.

Kriteria inklusi

1. Tahun publikasi

Artikel yang digunakan dalam studi ini adalah artikel yang dipublikasikan mulai dari tahun 2000-2006. Kriteria ini dimaksudkan untuk membandingkan hasil studi ini dengan hasil studi meta analisis yang telah dilakukan sebelumnya. Misal studi yang dilakukan oleh Hackney dan Sanders (2003) dilakukan terhadap artikel yang dipublikasikan dari tahun 1990-2000.

2. Statistik

Sesuai dengan pendapat Lipsey dan Wilson's (Hackney dan Sanders, 2003), statistik ukuran efek yang digunakan dalam meta analisis haruslah berasal dari studi-studi yang sama. Dalam studi meta analisis yang akan dilakukan ini, peneliti ingin mengetahui hubungan religiusitas/spiritualitas dengan kesehatan mental, sehingga statistik ukuran efek yang digunakan adalah korelasi (r). Jika nanti dalam studi diperoleh nilai F atau t , maka harus dikonversi ke nilai r .

Metode Analisis

Menurut Hunter dan Schmidt (1990), hasil penelitian yang berbeda-beda mengenai hal yang sama menunjukkan bahwa berbagai studi primer tersebut mempunyai kesalahan. Lebih lanjut Hunter dan Schmidt (1990) menjelaskan bahwa ada 11 kesalahan yang lazim ada dalam penelitian. Dalam penelitian ini hanya 3 kesalahan saja yang akan dikoreksi, yaitu: (1) kesalahan pengambilan sampel, (2) kesalahan pengukuran variabel bebas, (3) kesalahan pengukuran variabel tergantung. Untuk memudahkan dalam melakukan analisis, peneliti melakukan analisis dengan

dibantu oleh program meta analisis versi 5.3 yang dibuat oleh Schwarzer (1989) berdasarkan langkah-langkah teknik meta analisis yang dikemukakan oleh Hunter dan Schmidt. Test homogenitas yang dipakai dalam penelitian ini menggunakan chi-square, karena menurut Hunter & Schmidt (1990) chi-square ini yang sekarang banyak dipakai untuk tes homogenitas.

HASIL ANALISIS

1. Karakteristik Sampel Penelitian

Ada 101 studi primer yang berhasil dikumpulkan. Berdasarkan pada kriteria inklusi, ada 20 studi mengenai hubungan religiusitas/spiritualitas dengan kesehatan mental yang dapat dipakai dalam studi meta analisis ini. Dua puluh artikel yang diperoleh memiliki 93 koefisien ukuran efek. Gambaran sampel penelitian secara ringkas dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Ringkasan Karakteristik Sampel Penelitian

No	N	Subyek	r _{xy}	r _{yz}	r _{xz}	No	N	Subyek	r _{xy}	r _{yz}	r _{xz}
1.	303	Mhs	-0.14*	0.86	0.88	48.	20	Remaja	-0.45*	-	-
2.	303	Mhs	-0.11	0.86	0.92	49.	117	P. Hiv	0.13	0.96	0.80
3.	71	Lansia	0.341**	-	-	50.	117	P. Hiv	0.41**	0.86	0.80
4.	71	Lansia	0.385**	-	-	51.	400	mhs	0.013	-	0.957
5.	180	Lansia	0.31*	0.745	0.77	52.	659	Dewasa	-0.18*	0.643	0.743
6.	180	Lansia	0.56***	0.745	0.77	53.	659	Dewasa	-0.08*	0.643	0.835
7.	180	Lansia	0.29**	0.745	0.77	54.	155	Dewasa	-0.07	0.675	0.81
8.	180	Lansia	0.10	0.745	0.77	55.	155	Dewasa	0.06	-	0.70
9.	180	Lansia	0.52***	0.745	0.77	56.	155	Dewasa	-0.17*	-	0.90
10.	160	Lansia	0.39**	0.81	0.80	57.	570	mhs	-0.144**	0.89	0.81
11.	160	Lansia	0.39**	0.81	0.80	58.	570	mhs	-0.123**	0.89	0.90
12.	160	Lansia	0.44***	0.81	0.80	59.	570	mhs	-0.115**	0.89	0.89
13.	160	Lansia	0.32**	0.81	0.80	60.	570	mhs	-0.026	0.89	0.93
14.	160	Lansia	0.31**	0.81	0.80	61.	122	Lansia	0.25**	0.89	0.89
15.	48	Mhs	-0.43**	0.95	0.52	62.	122	Lansia	0.26**	0.83	0.89
16.	48	Mhs	0.07	0.95	0.64	63.	122	Lansia	0.27**	-	0.89
17.	48	Mhs	0.01	0.95	0.87	64.	122	Lansia	0.13	-	0.89
18.	48	Mhs	0.26	0.95	0.68	65.	122	Lansia	-0.01	0.89	0.82
19.	48	Mhs	0.26	0.95	0.77	66.	122	Lansia	-0.48	0.83	0.82
20.	48	Mhs	0.21	0.95	0.82	67.	122	Lansia	-0.24	-	0.82
21.	105	Athlet	0.02	-	0.88	68.	122	Lansia	-0.03	-	0.82
22.	105	Athlet	-0.10	-	0.84	69.	3480	Dewasa	0.11**	0.82	0.60
23.	105	Athlet	-0.02	-	0.70	70.	111	Dewasa	-0.53**	0.90	0.80
24.	105	Athlet	-0.06	-	0.88	71.	111	Dewasa	0.33**	0.90	0.85
25.	105	Athlet	-0.09	-	0.84	72.	1.056	Laki-Laki	0.282**	0.89	0.77
26.	105	Athlet	-0.04	-	0.70	73.	1.056	Laki-Laki	0.334**	0.89	0.86
27.	105	Athlet	-0.10	-	0.88	74.	1154	Wanita	0.256**	0.89	0.77
28.	105	Athlet	-0.21	-	0.84	75.	1154	Wanita	0.311**	0.89	0.86
29.	105	Athlet	-0.04	-	0.70	76.	105	Dewasa	-0.046	0.89	0.88
30.	85	Mhs	0.07	-	0.89	77.	305	Dewasa	0.014	0.97	0.88
31.	85	Mhs	-0.23*	-	0.80	78.	305	Dewasa	-0.194**	0.83	0.88
32.	85	Mhs	0.22*	-	0.89	79.	305	Dewasa	-0.331***	0.74	0.88
33.	85	Mhs	-0.31*	-	0.80	80.	305	Dewasa	0.085	0.89	0.86
34.	85	Mhs	0.01	-	0.89	81.	305	Dewasa	0.144*	0.97	0.86
35.	85	Mhs	-0.14	-	0.80	82.	305	Dewasa	-0.233***	0.83	0.86
36.	337	Dewasa	-0.04	-	0.80	83.	305	Dewasa	-0.332***	0.74	0.86
37.	337	Dewasa	-0.19*	0.68	0.80	84.	305	Dewasa	0.105	0.89	0.88
38.	337	Dewasa	-0.08	-	0.80	85.	305	Dewasa	0.103	0.97	0.88
39.	100(A)	Dewasa	0.137	-	-	86.	305	Dewasa	-0.226***	0.83	0.88
40.	100(A)	Dewasa	-0.05	-	-	87.	305	Dewasa	-0.330***	0.74	0.88
41.	100(A)	Dewasa	0.357	-	-	88.	305	Dewasa	0.042	0.89	0.81
42.	100(A)	Dewasa	-0.207	-	-	89.	305	Dewasa	0.056	0.97	0.81
43.	100(B)	Dewasa	0.097	-	-	90.	305	Dewasa	-0.199**	0.83	0.81
44.	100(B)	Dewasa	-0.03	-	-	91.	305	Dewasa	-0.202**	0.74	0.81
45.	100(B)	Dewasa	0.390	-	-	92.	107	P. HIV	0.18	-	-
46.	100(B)	Dewasa	-0.174	-	-	93.	107	P. HIV	0.31**	-	-
47.	20	Remaja	-0.58**	-	-						

1. Pengkategorian dan Pengkodean

Seperti telah diuraikan pada bagian pengantar bahwa hasil-hasil penelitian mengenai hubungan religiusitas/spiritualitas dengan kesehatan mental yang bervariasi diduga karena konsep dan operasionalisasi/pengukuran religiusitas dan kesehatan mental yang multidimensional. Kategorisasi dalam penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hackney dan Sanders (2003) karena Hackney dan Sanders (2003) sendiri mengatakan bahwa salah satu kelemahan penelitiannya adalah adanya tumpang tindih antara kategori yang satu dengan yang

lainnya. Oleh karena itu dalam studi meta analisis ini dilakukan pengkategorian untuk mengelompokkan studi-studi yang diperoleh. Berdasarkan studi primer yang diperoleh, variabel bebas dalam penelitian dikategorisasikan menjadi 5 kategori, yaitu : religiusitas organisasional (kode 1), religiusitas non-organisasional (kode 2), dan religiusitas intrinsik (kode 3), religiusitas multidimensional (kode 4), dan spiritualitas (kode 5). Variabel kesehatan mental dikategorisasikan menjadi 2 kategori, yaitu kesehatan mental positif (kode 1) dan kesehatan mental negatif (kode 2). Hasil pengkodean dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Hasil Pengkodean dan Daftar Studi Primer Yang digunakan Dalam Meta Analisis

No	Penulis	Jumlah Ukuran efek	N	Subyek	Koding Religiusitas (X)	Koding Kesehatan Mental (Y)
1.	Young dkk (2000)	2	303	Mahasiswa	5	2
2.	Meisenhelder & Chandler (2000)	2	71	Lansia	2,3	1
3.	Fry (2000)	10	180 & 160	Lansia	1,2,3,5	1
4.	Lewis (2001)	6	48	Mahasiswa	3	2
5.	Storch dkk (2002)	9	105	Athlet Wanita	1,2,3	2
6.	Harris dkk (2002)	6	85	Mahasiswa	1,2,3	1,2
7.	Nooney & Woodrum (2002)	3	337	Dewasa	1,2,3	2
8.	Tsuang dkk (2002)	8	100 (A) & 100 (B)	Dewasa	3,5	1,2
9.	Davis dkk (2003)	2	20	Remaja	3,5	2
10.	Coleman (2003)	2	117	P. Hiv	3,5	1
11.	Francis & Jacson (2003)	1	400	Mahasiswa	3	2
12.	Jang & Johnson (2004)	2	659	Dewasa	4	2
13.	Wink & Scott (2005)	3	155	Dewasa	4	1,2
14.	Al-Sabwah & Abdel-Khalek (2006)	4	570	Mahasiswa	4	2
15.	Ardelt & Koenig (2006)	8	122	Lansia	1,2,3	1,2
16.	Fiori dkk (2006)	1	3480	Dewasa	4	1
17.	Craig dkk (2006)	2	111	Dewasa	5	1,2
18.	Abdel Khalek (2006)	4	1056 & 1154	Laki-laki & Wanita	4	1
19.	Lonczak dkk (2006)	16	305	Dewasa	1,2,3,5	2
20.	Philips dkk (2006)	2	107	P. HIV	3,5	1

3. Hasil analisis setelah dilakukan koreksi terhadap kesalahan pengambilan sampel dan kesalahan pengukuran. Berdasarkan pengkategorian yang telah dilakukan, diperoleh 10 kelompok studi yang di analisis. Hasil analisis secara lengkap dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Matriks Hasil Analisis

Variabel bebas	Variabel Tergantung	
	Kesehatan Mental Positif	Kesehatan Mental Negatif
Religiusitas Organisasional	Ukuran efek : 4, N = 547 Korelasi sesungguhnya : 0,345 CI : 0,116 0,573 Chi-square : 9,752, p < 0,05 (Heterogen)	Ukuran efek : 10, N = 2079 Korelasi sesungguhnya : -0,012 CI : -0,158 0,134 Chi-square : 18,507, p < 0,05 (Heterogen)
Religiusitas Non-organisasional	Ukuran efek : 5, N = 618 Korelasi sesungguhnya : 0,445 CI : 0,112 0,778 Chi-square : 20,417 p < 0,05 (Heterogen)	Ukuran efek : 10, N = 2079 Korelasi sesungguhnya : -0,188 CI : -0,316 -0,060 Chi-square : 16,416, p > 0,05 (Homogen)
Religiusitas Intrinsik	Ukuran efek : 12, N = 1504 Korelasi sesungguhnya : 0,227 CI : -0,137 0,591 Chi-square : 50,048 p < 0,05 (Heterogen)	Ukuran efek : 21, N = 3109 Korelasi sesungguhnya : -0,212 CI : -0,577 0,153 Chi-square : 98,149, p < 0,05 (Heterogen)
Religiusitas Multidimensional	Ukuran efek : 6, N = 8055 Korelasi sesungguhnya : 0,253 CI : 0,006 0,501 Chi-square : 101,440 p < 0,05 (Heterogen)	Ukuran efek : 8, N = 3908 Korelasi sesungguhnya : -0,130 CI : -0,218 -0,042 Chi-square : 13,477, p > 0,05 (Homogen)
Spiritualitas	Ukuran efek : 7, N = 875 Korelasi sesungguhnya : 0,470 CI : 0,449 0,490 Chi-square : 7,247 p > 0,05 (Homogen)	Ukuran efek : 10, N = 2157 Korelasi sesungguhnya : -0,046 CI : -0,385 0,294 Chi-square : 61,992, p < 0,05 (Heterogen)

Keterangan : CI = Confidence Interval = interval kepercayaan

Berdasarkan tabel 3 di atas terlihat bahwa setelah dilakukan kategorisasi baik pada variabel bebas maupun variabel tergantung, hubungan antara religiusitas/spiritualitas sebagai variabel bebas dengan kesehatan mental sebagai variabel tergantung menjadi lebih jelas. Adapun penjelasan hasil analisis secara rinci adalah sebagai berikut:

- Korelasi populasi yang sesungguhnya antara religiusitas organisasional dengan kesehatan mental positif adalah 0,345 dengan interval kepercayaan 95%: 0,116 0,573. Nilai chi-square 9,752 dengan p < 0,05 menunjukkan heterogenitas. Heterogenitas yang terjadi menunjukkan adanya variabel moderator.
- Korelasi populasi yang sesungguhnya

antara religiusitas non-organisasional dengan kesehatan mental positif adalah 0,445 dengan interval kepercayaan 95% : 0,112 0,778. Nilai chi-square 20,417 dengan p < 0,05 menunjukkan heterogenitas. Heterogenitas yang terjadi menunjukkan adanya variabel moderator.

- Korelasi populasi yang sesungguhnya antara religiusitas intrinsik dengan kesehatan mental positif adalah 0,227 dengan interval kepercayaan 95% : -0,137 0,591. Nilai chi-square 50,048 dengan p < 0,05 menunjukkan heterogenitas. Heterogenitas yang terjadi menunjukkan adanya variabel moderator.

Hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini dapat dijelaskan dari beberapa hasil penelitian dan pendapat. Misalnya hasil penelitian dari Rowatt dan Kirkpatrick (2002). Hasil penelitian mereka menunjukkan adanya hubungan yang positif antara orientasi religius intrinsik dengan kelekatan aman (*secure attachment*) pada Tuhan. Sebaliknya, ada hubungan negatif antara orientasi religius intrinsik dengan kelekatan cemas (*anxiety attachment*) pada Tuhan. Hal ini menunjukkan bahwa orang yang memiliki orientasi religius intrinsik memiliki kelekatan aman dengan Tuhan. Kelekatan aman dengan Tuhan ini kemudian membawa kepada perasaan yang positif. Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa orang yang memiliki orientasi religius intrinsik (salah satu dimensi religiusitas) akan memiliki perasaan positif. Salah satu perasaan positif seseorang adalah kebahagiaan yang merupakan salah satu manifestasi dari kesehatan mental positif. Sebaliknya, orang yang orientasi religius intrinsiknya rendah, dia akan memiliki kelekatan cemas pada Tuhan, dan hal ini akan membawa pada kesehatan mental yang negatif.

Mattis (2002) dalam penelitian kualitatifnya menemukan bahwa ternyata spiritualitas dan religiusitas digunakan oleh subjek penelitiannya untuk menerima kenyataan hidup atau lebih tepatnya untuk menjembatani antara keinginan yang ada dalam dirinya dengan realita yang ada. Dengan demikian individu akan selalu merasa tenang karena pada akhirnya dia bisa menerima kenyataan yang ada. Dengan demikian individu akan memiliki kesehatan mental yang baik. Dalam penelitian Mattis juga ditemukan penggunaan spiritualitas untuk memaknai kehidupan, untuk mendapatkan tujuan hidup, transenden, menjawab pertanyaan-pertanyaan eksistensial, berdialog, bertindak sesuai prinsip hidup, dan untuk meraih pertumbuhan yang optimal. Hal-hal tersebut merupakan kunci untuk meraih kesehatan mental, sehingga orang yang memiliki spiritualitas akan memiliki kesehatan mental yang baik/positif.

Pargament (James dan Wells, 2003) menjelaskan hubungan religiusitas dengan kesehatan mental melalui teori pengatasan masalah (*coping*). Berkaitan dengan coping, religiusitas mempunyai peran dalam tiga level. Level yang pertama, agama sebagai bagian dari coping. Agama sebagai elemen dari pengatasan masalah, dapat melalui aktivitas kognitif (misalnya individu mengambil hikmah dari peristiwa yang dialaminya), melalui perilaku (misalnya berdoa), dan dapat melalui respon kolaboratif (misalnya kepasrahan pada Tuhan). Level yang kedua, kemampuan agama untuk membentuk proses coping, misalnya agama mempengaruhi peristiwa dalam hidup seperti pernikahan. Level yang ketiga, agama sebagai hasil dari coping, misalnya karena sakit kemudian orang kembali lagi ke ajaran agamanya.

James dan Wells (2003), menjelaskan korelasi antara religiusitas dengan kesehatan mental dari kerangka kerja kognitif. Menurut mereka, setidaknya ada dua mekanisme yang dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan religiusitas dengan kesehatan mental. Yang pertama, keyakinan agama (skema) menyediakan model mental yang dapat digunakan individu untuk membimbingnya melakukan penilaian pada peristiwa dalam kehidupannya. Yang kedua, keyakinan agama (skema) menyediakan model mental yang dapat digunakan individu untuk mengatur proses berpikirnya.

Hasil meta analisis ini dapat digunakan oleh terapis/konselor sebagai referensi dalam menangani atau berhadapan dengan klien, terutama klien yang religius atau beragama. Untuk di Indonesia, temuan ini lebih tepat digunakan oleh terapis karena sebagian besar penduduk Indonesia beragama. Meskipun demikian hasil penelitian ini harus digunakan berhati-hati karena hasil uji homogenitas menunjukkan bahwa homogenitas hanya ditemukan pada: (1) hubungan spiritualitas dengan kesehatan mental positif, (2) hubungan religiusitas non-organisasional dengan kesehatan mental negatif, dan (3) hubungan antara religiusitas multidimensional dengan kesehatan mental

negatif. Sedangkan tes homogenitas hubungan dimensi religiusitas yang lain baik dengan kesehatan mental positif maupun dengan kesehatan mental negatif menunjukkan adanya heterogenitas. Heterogenitas ini menunjukkan adanya bias yang sistematis, atau adanya variabel moderator. Misalnya dalam penelitian Fiori dkk (2006) ditemukan bahwa jenis kelamin, suku, dan umur berpengaruh pada religiusitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdel-Khalek, A.M. 2006. Happiness, Health, and Religiosity: Significant Relations. *Mental Health, Religion, & Culture*, Vol.9, 1, 85-97
- Al-Sabwah, M.N. and Abdel-Khalek A.M. 2006. Religiosity and Death Distress in Arabic College Students. *Death Studies*, Vol. 30, 365-375
- Ardelt, M and Koenig, C.S. 2006. The Role of Religion for Hospice Patients and Relatively Healthy Older Adults. *Research on Aging*, Vol. 28, 2, 184-215
- Barnet, T, Ken, B, and Gene, B. 1996. Religiosity, Ethical Ideology, and Intentions to Report A Peer's Wrongdoing. *Journal of Business Ethics*, Vol. 15, 11, 1161-1175.
- Benson, P.L. 2004. Emerging Themes in Research on Adolescent Spiritual and Religious Development. *Applied Developmental Science*, Vol. 8, 1, 47-50
- Coleman, C.L. 2003. Spirituality and Sexual Orientation: Relationship to mental Well-Being and Functional Health Status. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 43, 5, 457-464
- Commerford, M.C, and Reznikoff, M. 1996. Relationship of Religion and Perceived Social Support to Self-Esteem and depression in Nursing Home Residents. *The Journal of Psychology*, Vol. 130, 1, 35-51
- Craig, C. Weinert, C., and Walton, J. 2006. Spirituality, Chronic Illness, and Rural Life. *Journal of Holistic Nursing*, Vol.24, 1, 27-35
- Davis, T.L., Kerr, B.A., and Kurpius S.E.R. 2003. Meaning, Purpose, And Religiosity in At-Risk Youth: The Relationship Between Anxiety And Spirituality. *Journal of Psychology and Theology*. Vol.31, 4, p. 356
- Elliassen, A.H., Taylor, J. and Lloyd, D. 2005. Subjective Religiosity and Depression in the Transition to Adulthood. *Journal For The Scientific Study of Religion*, Vol.44,2, 187-199
- Fiori, K.L., Brown, E.F., Cortina, K.S., and Antonucci, T.C. 2006. Locus of Control as a Mediator of The Relationship Between Religiosity and Life Satisfaction: Age, Race, and Gender Differences. *Mental Health, Religion & Culture*, Vol.9,3, 239-263
- Francis, L.J. dan Jackson, C.J. 2003. Eysenck's Dimensional Model of Personality and Religion: Are Religious People More Neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*. Vol.6, 1, 87-100
- Fry, P.S. 2000. Religious Involvement, Spirituality And Personal Meaning For Life: Existential Predictors Of Psychological Wellbeing In Community-Residing And Institutional Care Elders. *Aging And Mental Health*, 4, 4, 375-387
- Hackney, C.H., and Sanders, G.S., 2003. Religiosity and Mental Health: Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for The Scientific Study of Religion*, Vol. 42, 1, 43-55
- Harris, J.I., Schoneman S.W., and Carrera S.R. 2002. Approaches To Religiosity related To Anxiety Among College Students. *Mental Health, Religion & Culture*, Vol 5, 3, 253-265
- Hunter, J.E., and Schmidt, F.L., 1990. *Methods of Meta-Analysis*. Newbury Park, California: Sage Publications.

- James, A., and Wells, A., 2003. Religion an Mental Health: Towards a Cognitive-Behavioral Framework. *British Journal of Health Psychology*, Vol. 8, 359-376.
- Jang, S.J. and Johnson, B.R. 2004. Explaining Religious Effects on Distress Among African Americans. *Journal for Scientific Study of Religion*. Vol. 43, 2, 239-260
- Hayes, M.A. and Cowie, H. 2005. Psychology and Religion: Mapping The Relationship. *Mental Health, Religion, & Culture*. Vol 8, 1, 27 33.
- King, P.E., and Boyatzis, C.J. 2004. Exploring Adolescent Spiritual and Religious Development: Current and Future Theoretical and Empirical Perspectives. *Applied Developmental Science*. Vol. 8, 1, 2 6.
- Koenig, H.G., George, L.K., and Petterson, B.L. 1998. Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 155, 4, 536 543.
- Lewis, C.A. 2001. Cultural Stereotype Of The Effects Of Religion On Mental Health. *British Journal Of Medical Psychology*, Vol. 74, 359-367
- Lonczak, H.S., Clifasefi, S.L., Marlatt, G.A., Blume A.W., and Donovan, D.M. 2006. Religious Coping and Psychological Functioning in a Correctional Population. *Mental Health, Religion, & Culture*, Vol. 9,2, 171-192
- Maltby, J, Lewis, C.A, and day, L 1999. Religious Orietation and Psychological Well-Being. The Role of The Frequency of Personal Prayer. *British Journal of Health psychology*, 4, 363-378
- Mattis, J.S. 2002. Religion and Spirituality in The Meaning Making and Coping Experiences of African American Women: A Qualitative Analysis. *Psychology of Women Quarterly*, Vol 26,309-321
- Meisenhelder, J.B. and Chandler, E.N. 2000. Faith, Prayer, and Health Outcomes in Elderly Native Americans. *Clinical Nursing Research*, Vol. 9 No.2, 191-203
- Nooney, J. and Woodrum, E. 2002. Religious Coping And Church-Based Social Support As Predictors Of Mental Health Outcomes: Testing A Conceptual Model. *Journal For Scientific The Study of Religion*. Vo. 141, 2, 359-368
- Peacock, J. R., and Poloma, M.M. 1999. Religiosity and Life Satisfaction Across The Life Course. *Social Indicators Research*, Vol.48,3,p321
- Phillips, K.D., Mock, K.S., Bopp, C.M., Dudgeon, W.A., Hand, G.A. 2006. Spiritual Well-Being, Sleep Disturbance, And Mental And Physical Health Status in HIV-Infected Individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol.27, 125-139
- Rowatt, W.C, and Kirkpatrick, L.A, 2002. Two Dimention of Attachment To God and Their Relation to Affect, Religiosity, and Personality Constructs. *Journal for The Scientific Study of Religion*, Vol 41,4, 637-651.
- Schafer, W.E. 1997. Religiosity, Spirituality, and Personal Distress Among College Students. *Journal of College Student Development*, Vol. 38, 6, 633-645
- Schwarzer, R. 1989. Manual Meta-Analysis Programs. From. http://web.fu-berlin.de/gesund/gesu_engl/meta_e.htm. 26/12/2006
- Sharma, M. 2006. Religiosity and Substance Abuse: Need for Systematic Research. *Journal of Alcohol and Drug Education*, Vol. 50, 1, 1-5
- Storch, E.A, Storch J.B., Welsh, E., and Okun, A. 2002. Religiosity and Depression in Intercollegiate Athletes. *College Student Journal*, Vol. 36, 4, p. 526

- Tanyi, R.A. 2006. Spirituality and Family Nursing: Spiritual assessment and Interventions for Families. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53, 3, 287-294.
- *Tsuang, M.T., Williams, W.M., Simpson, J.C., and Lyons, M.J. 2002. Pilot Study of Spirituality and Mental Health in Twins. *Am J psychiatry*, Vol 159, 3, 2002
- WHO. 2001. Chapter 1: A public health approach to mental health <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/print.html>.04/01/2007
- Wink, P. and Scott, J. 2005. Does Religiousness Buffer Against the Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Findings from A Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* Vol. 60B, 4, 207-215
- Wong, Y.J., Rew, L, and Slaikou, K.D. 2006. A Systematic Review of Recent Research on Adolescent Religiosity/Spirituality and Mental Health. *Issue in Mental Health Nursing*, Vol27, 161-183
- Young, J.S., Cashwell, C.S., and Shcherbakova, J. 2000. The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life Events and Psychological Adjustment. *Counseling and Value*, Vol45, 1, p. 49