

PENDEKATAN PENCERAHAN QOLBU UNTUK KESEHATAN ODHA

Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM, M.Epid

Fatmah Afrianty Gobel, seorang pendidik, peneliti, pengajar dan sekaligus ibu dari tiga anak. Lahir di Tapa, Gorontalo 2 April 1973. Pendidikan sarjana (S1) lulus pada tahun 1997 dari FKM UNHAS Makassar, magister (S2) dari FKM UI Jakarta (2006) dan pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran pada FK UNAIR selesai tahun 2015. Saat ini selain aktif mengajar mahasiswa S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat juga menjabat Kepala Bidang Audit Mutu Internal Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) UMI Makassar.

Penelitian dalam lima tahun terakhir seperti Kemah Kreativitas Spiritual Mahasiswa dan Odha Sebagai Model Upaya Mengurangi Stigma HIV/ AIDS (2014), Pengaruh Media Audio Visual terhadap Pengetahuan dan Sikap Masyarakat tentang ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Arungkeke Kabupaten Jeneponto (2017), Faktor yang berhubungan dengan Hambatan Pengungkapan Status HIV/AIDS di Kota Makassar (2017), Aspek Sosial Budaya Pemanfaatan Layanan Antenatal Care Suku Bajo Pomalaa Sulawesi Tenggara Tahun 2017 (2017), dan The Influence of Service Quality on Patient Satisfaction and Trust in Puskesmas Paccerakang of Makassar City (2018).

Publikasi ilmiah lima terakhir, diantaranya "Risk Factor of Baby Blues Sindrom in BPS Lusla Sandaden Sudiang Raya Village Biringkanaya District Makassar City Sulawesi Selatan Province in The Year 2012" (bersama Hasriwiani Habo, Ph.D) Jurnal Kesehatan Bung, Vol 5 No. 2 Juni 2015; Pengaruh Bimbingan Teknik Menyusui dan Pemberian Minuman Lokal Terhadap Tingkat Keberhasilan Dalam Menyusui Pada Ibu Post Partum Di Puskesmas Kassi-Kassi (bersama D Sartika, A Nurlinda), Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Volume 11 Nomor 4 Tahun 2017; dan Cox Proportional Hazard Survival Analysis to Inpatient Breast Cancer Cases (bersama M.N Bustan, M. K Aidid), Journal of Physics Series 1028 (2018) 012230.

Pendekatan Pencerahan Qolbu untuk Kesehatan ODHA

Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa;

Kutipan Pasal 113

- 1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf I untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000,00,-(seratus juta rupiah).
- 2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf t, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).
- 3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,- (satu miliar rupiah).
- 4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp.4.000.000.000,- (empat miliar rupiah)

Pendekatan Pencerahan Qolbu untuk Kesehatan ODHA

Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid

Pendekatan Pencerahan Qolbu untuk Kesehatan ODHA

--Yogyakarta: LeutikaPrio, 2019

xvi + 86 hlm.; 14.5 × 20.5 cm

Cetakan Pertama, Januari 2019

Penulis : Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM., M.Epid
Desain Sampul : Dita
Tata Letak : LeutikaDesign



leutikaprio

Jl. Wiratama No. 50, Tegalrejo,
Yogyakarta, 55244
Telp. (0274) 625088
www.leutikaprio.com
email: leutikaprio@hotmail.com

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin dari penerbit.

Dicetak oleh PT Leutika Nouvalitera
Isi di luar tanggung jawab penerbit & percetakan.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Puji syukur Alhamdulillah saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, hidayah dan nikmat yang diberikan sehingga buku hasil penelitian disertasi yang awalnya berjudul: “Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Stres Persepsi, Strategi Koping dan Jumlah CD4 Pengidap HIV/AIDS” dapat diselesaikan. Sholawat dan salam untuk Baginda Rasulullah SAW, para sahabat dan pengikutnya hingga akhir zaman.

Buku yang diadaptasi dari disertasi ini dapat dirampungkan berkat dukungan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini saya menyampaikan banyak terima kasih atas segala bantuan materi maupun non materi, dorongan dan doa dalam menyelesaikan penelitian disertasi. Rasa bangga, bahagia yang tak dapat terlukiskan lewat untaian kata, tak pernah lepas berucap syukur kehadiran Allah SWT yang telah menghadirkan orang hebat nan baik hati yang menjadi panutan, teladan bukan hanya dari kedalaman ilmunya, namun dari cara bersikap, bertingkah laku, bertutur kata dan cara memperlakukan mahasiswa didik.

Terima kasih saya sampaikan kepada Prof. Dr. Nasronuddin, dr., Sp.PD., K-PTL, FINASIM ditengah kesibukan beliau sebagai pimpinan ITD bersedia meluangkan waktu menjadi Promotor dengan penuh kesabaran membimbing, memberi wawasan, mengarahkan, memotivasi, senantiasa mengirimkan sms mengingatkan waktu studi,

memotivasi saya belajar lebih giat lagi agar tak “gagap gempita” saat ujian dan senantiasa mendorong saya untuk menjadi yang terbaik, mohon maaf Prof jika saya belum mampu menjadi yang terbaik; Kepada Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS selaku Kopromotor yang penuh perhatian membimbing, memberi dukungan, memotivasi agar berani maju apa adanya, nasehat beliau “Selama masih bikin manusia yakin saja ndak ada yang sempurna”, beliau senantiasa meluangkan waktu hampir setiap pagi ditengah kesibukannya; Kepada Prof. Kuntoro, dr. MPH., Dr. PH yang telah bersedia menjadi PA, membimbing seperti ayah, menanamkan rasa percaya diri, nasehat yang terpatrit dalam hati saya adalah “Maju saja, kamu nunggu sempurna, kapan akan sempurna? *wong* yang sudah jadi disertai saja belum tentu sempurna”. Membantu menata alur pikir, sehingga lebih terarah.

Terimakasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada Dirjen DIKTI yang telah memberikan bantuan Beasiswa Pendidikan Dalam Negeri (BPPDN), para pimpinan dan staf bagian pendidikan Universitas Airlangga yang telah memfasilitasi dan membantu pengurusan BPPDN.

Ucapan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya atas selesainya penulisan disertasi ini juga saya sampaikan kepada: Prof. Dr. H. Fasich, Apt selaku Rektor beserta para Wakil Rektor Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan saya mengikuti program pendidikan doktor pada Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga, suasana akademiknya yang nyaman dan kondusif dengan berbagai sarana dan prasarannya yang luar biasa, membuat saya bangga menjadi bagian darinya; Direktur Sekolah Pascasarjana Prof. Dr. Sri Hajati, SH., MS, Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan saya untuk mengikuti program pendidikan doktor pada Program Studi Ilmu Kedokteran Jenjang Doktor; Prof. Dr. Teddy Ontoseno, dr, SpA(K), SpJP, FIHA selaku Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Jenjang Doktor dan

Prof. Dr. Harjanto JM, dr., AIFM mantan Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Jenjang Doktor Program Pascasarjana Universitas Airlangga atas perhatian, arahan, dan telah memfasilitasi dengan berbagai kemudahan selama mengikuti pendidikan doctoral; Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Ilmu Kedokteran Jenjang Doktoral Prof. Dr. M.Zainuddin Apt; R.Widodo J Pudji Rahardjo, dr.,MS, MPH, Dr.PH; Prof.Dr. Suhartono Taat Putra, dr.,MS; Prof. Juliati Hood. Assegaf,dr.,MS.,Sp.PA (K) FIAC; Dr. F. Sustini, dr., MS; Siti Pariani dr., M.Sc., PhD; Dr. Toetik Koesbardiati, Dra., Ph.D; Prof. Dr. I Ketut Sudiana, dr., M.Si; Prof. Purnomo Suryohudoyo, dr, SpBK; Dr. Sunarjo, dr, M.Sc; Dr. F. M. Judajana, dr., Sp.PK(K); Prof. Dr. Fedik Abdul Rantam, drh; dan Para dosen penguji sejak ujian kualifikasi, proposal dan kelayakan, Prof. Kuntoro, dr. MPH. Dr.PH; Prof. Veni Hadju, dr. PhD (selaku penguji eksternal); Prof. Dr. Yusti R. Probowati, Dra. M.Si; Prof. Dr. Nursalam M.Nurs (HONS); Prof. Dr. I Ketut Sudiana, Drs. M.Si; Oedojo Soedirham, dr., MPH., MA., Ph.D atas koreksi untuk kesempurnaan disertasi yang sekarang diterbitkan jadi buku.

Terima kasih kepada yang terhormat Rektor Universitas Muslim Indonesia (UMI) Prof. Dr. Hj. Masrurah Mokhtar, MA., Wakil Rektor I UMI Prof. Dr. H. Syahnur Said, SE., MS., para Wakil Rektor, Ketua dan Pengurus Yayasan Wakaf Universitas Muslim Indonesia, mantan Wakil Rektor IV Prof. Dr. H. Abdul Makhsud, Ir.DEA yang telah memfasilitasi, memberikan rekomendasi, membebaskan dari segala kewajiban selaku dosen demi melaksanakan tugas belajar, dan berbagai bantuan lainnya; Dr. R. Sudirman, MS selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia beserta para Wakil Dekan, Bapak H. Muh. Ikhsan, dr. MS, dan Dr. H. Zainuddin Rahman, M.Si selaku para mantan Dekan FKM UMI yang telah banyak membantu dan telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan doktor pada Program Studi Ilmu Kedokteran; Ustad Drs. K. H. Zain Irwanto, MA sebagai Direktur Pesantren Darul Mukhlisin Padang Lampe, Ustad Ahmad

Basith, LC.,MA selaku Wakil Direktur II, yang selalu saya repotkan dengan berbagai urusan dan pertanyaan, serta seluruh pimpinan dan ustad ustadzah di Padang Lampe terima kasih telah memberi motivasi, dan bersedia menerima rekan-rekan ODHA untuk belajar dan mengikuti kegiatan Pencerahan Qalbu.

Ayahanda H. Abdul Karim Gobel (Alm) dan Ibunda Hj. Hafisah Oli'i yang telah mengasuh, mendidik, membesarkan dengan penuh cinta kasih tanpa pernah sekalipun mengeluh, menjadi teladan yang baik, senantiasa mendoakan dan menjadi sumber keberkahan hidup saya. Dan mertua saya Bapak Bado Rahman Dg. Beta (Alm) dan ibu Karenai Dg. Ni'ni yang senantiasa mendoakan dan menjadi tauladan kehidupan. Semoga almarhum papa dan almarhum bapak mertua saya ditepatkan dalam surga firdaus, dilapangkan, diterangi dan diwangikan kuburnya, dan untuk mama dan ibu mertua saya, semoga diberi keberkahan umur dalam lindungan Allah SWT; Suami saya tercinta Muslimin B. Putra yang senantiasa memberi dukungan, mendoakan serta rela menjadi *"the nanny"* untuk ketiga putra putri kami selama saya ke Surabaya, terimakasih atas cinta, kasih sayang, dukungan, doa dan pengobanan mu selama ini. Anak-anak kami: Kurnia Ratna Yuliani, Sabina Anggiani Ayu dan Abdullah Jibril Setianto, kesabaran dan sesekali protes kalian yang sering ditinggal pergi telah menjadi motivasi tersendiri untuk menyelesaikan studi, mohon maaf jika selama ini telah sering tidak berada disamping kalian bahkan pada saat-saat terpenting hidup kalian; Adik ku tercinta Mohamad Gobel dan keluarga, Suriani Gobel dan keluarga, terimakasih atas dukungan moril dan materil yang tak terbilang. Semoga saya bisa menjadi kakak terbaik, senantiasa menyayangi, mendoakan yang terbaik untuk kalian dimanapun berada; Para ipar ku dan para ponakan terkhusus untuk Uais Alkarni yang telah membantu di awal penelitian.

Terima kasih pula pada pihak Prodia Jakarta dan Prodia Makassar yang telah membantu memfasilitasi dan memudahkan pemeriksaan

CD4 ODHA: bu Wiwik, Ferliem dan Aries. Semua rekan pengurus PKNM: Lukman, Gusmar, Risma, Hasbi, Farid, Emmank yang telah membantu memfasilitasi sebagian besar kegiatan mulai dari Ballata, ke Pesantren di Padang Lampe, Pemeriksaan CD4 hingga akhir penelitian, terimakasih tak terhingga pada rekan-rekan ODHA, yang jika tanpa dukungan dan keikutsertaan kalian penelitian ini tidak akan berjalan lancar, kalian telah mengajari saya banyak hal tentang arti kehidupan, hal yang bahkan untuk sekedar membayangkannya saja sudah cukup “mengerikan”; Bapak Mulyadi Prayitno, dan rekan-rekan KPA Propinsi Sulsel bapak Sulfikar dan Awaluddin, SKM., M.Kes yang telah memfasilitasi dan memperkenalkan pimpinan LSM yang membina ODHA pada awal-awal penelitian.

Tidak lupa pula terima kasih pada semua teman seperjuangan angkatan 2010 genap, Dr. Tri Wahyuliati, dr. Sp.S., M.Kes; Dr. Muzajadah Retno Arimbi dr. Sp.P; Dr. Renni Yuniati, dr. Sp.KK; Dr. Ashon Sa’adi dr. SpOG; Dr. Kusbaryanto dr. M.Kes, dan Dr. Hans Lesmana, drg. MARS, yang senantiasa saling transfer semangat; Teman kos dan teman seperjuangan Dr. Tri Riana Lestari, SKM, M.Kes Wahiduddin, SKM., M.Kes, dan Supri, drg. M.Kes Sri Lestari dr. M.Kes (Riri) yang bersedia meminjamkan motor setiap saat yang mempermudah mobilitas dan segala urusan. Kanda Nasruddin Syam, SKM., M.Kes dan Wardiah Hamzah, SKM., M.Kes yang telah membantu menyusun tabel dan menginterpretasi data, Dr. Dewi Rohmah, SKM., M.Kes bersama suami, Dr. Hozisah, SKM., M.KM, Dr. Apik Indarti, SKM., M.Kes, Dr. Sitti Raodah, SKM., M.Kes, Dr. Nurmiati Mukhlis, SKM., M.Kes, Rahmawati Samiran, SE (Wati) yang banyak membantu, memberi semangat saya dan menjadi teman yang baik dalam segala suasana; Ria Wahyuni, SKM., M.Kes; Dian Sidik, SKM., MKM; Masriadi, SKM., M.Kes selaku ahli statistik yang membantu menganalisis data.

Ucapan yang sama pada Ketua dan Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM UMI Nur Ulmi Mahmud, SKM., M.Kes

dan Yuliati, ST., M.Kes, Mantan KPS Dr. Fairus Prihatin Idris, SKM., M.Kes dan mantan Sekretaris Program Studi Dr. Yusriani, SKM., M.Kes serta Seluruh rekan Staf Pengajar dan staf administrasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia, tanpa mengurangi rasa hormat tidak disebutkan satu persatu; Seluruh staf administrasi Program Studi Ilmu Kedokteran Jenjang Doktor Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Unair dan para sekretaris pimpinan antara lain bu As, mbak Andri, mbak Fitri, pak Topo, mbak Ana (gramik), mbak Anis (ITD), mas Deri (Echo Anak), pak Yanto (Prof Kun) yang selalu memberi pelayanan sepenuh hati dan selalu saya recoki dengan berbagai urusan administrasi dan penjadwalan; Keluarga besar dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung, memberikan motivasi dan mendoakan saya untuk menyelesaikan pendidikan doktor.

Dari lubuk hati yang paling dalam, saya memohon maaf atas segala salah dan khilaf saat kita saling berinteraksi, mungkin ada lisan yang kurang berkenan, serta tingkah laku yang cenderung kelewatan, semoga dapat dimaafkan. Besar harapan saya semoga buku hasil penelitian ini bermanfaat bagi umat manusia khususnya orang dengan HIV/AIDS. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat, taufik, hidayah Nya dan membalas semua kebaikan bapak ibu semua dengan pahala yang berlipat ganda. Aamiin ya Rabbal alamin..

Makassar, 7 Januari 2019

Dr. Fatmah Afrianty Gobel, SKM, M.Epid
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xv
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Kerangka Pikir	10
1.3. Tujuan dan Manfaat	12
 BAB II PENCERAHAN QALBU, RELIGIUSITAS DAN STATUS KESEHATAN	 13
2.1. Religiusitas, Spritualitas dan Status Kesehatan	13
2.2. Pencerahan Qalbu Padang Lampe	18
2.3. Stres dan Stresor	27
2.4. Strategi Koping	40
2.5. Pengelolaan Stres dan Psikoneuroimunologi.....	51
2.6. CD4, Faktor yang Mempengaruhi dan Metode Tes.....	53
 BAB III PENGARUH PENGARUH PENCERAHAN QALBU BAGI KESEHATAN ODHA.....	 59

3.1. Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Dimensi Spiritual, Strategi Koping dan Persepsi Stress	60
3.2. Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Persepsi Stres dan Jumlah CD4	68
BAB IV PENUTUP	71
DAFTAR PUSTAKA.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Grafik Kumulatif HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2010 s.d. 2017 - 2012	3
Gambar 1.2	Grafik ODHA, Cakupan ARV, dan Kematian di Pokja HIV/AIDS RSUP Wahidin Sudirohusodo Tahun 2004 – Oktober 2012	4
Gambar 1.3	Kerangka Buku.....	10
Gambar 2.1	Skema ilustrasi hubungan stres dengan system kekebalan tubuh.....	34
Gambar 2.2	Alur Hubungan Pencerahan Qalbu Padang Lampe, HIV/AIDS, Persepsi Stres dan Stres Respons (CD4).....	38

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Neurosains Spiritual dan Indikatornya	15
Tabel 2.2	Transactional Model of Stres and Coping	43
Tabel 2.3	Perbedaan Pencerahan Qalbu ODHA dan Original Pencerahan Qalbu	47
Tabel 2.4	Jumlah CD4 (sel/mm ³)	54
Tabel 3.1	Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Perubahan Dimensi Spiritual Pengidap HIV/AIDS	60
Tabel 3.2	Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Strategi Koping Positif Pengidap HIV/AIDS	66
Tabel 3.3	Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Strategi Koping Negatif Pengidap HIV/AIDS	66
Tabel 3.4	Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Persepsi stres dan Jumlah CD4 Pengidap HIV/AIDS	69

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ANS	: <i>Autonomic Nervous System</i>
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
ACTH	: <i>Adrenocorticotrophic Hormone</i>
CD4	: <i>Cluster of Diffentiation</i>
CRF	: <i>Corticotrophin-Releasing Factor</i>
CS	: <i>Cortex Striate</i>
DABDA	: <i>On Death and Dying</i>
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleid Acid</i>
EPI	: <i>Epinephrin</i>
EWB	: <i>Existencial Well-Being</i>
GABA	: <i>Gamma Amino Butiryc Acid</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPA	: <i>Hipotalamus Pituitary Adrenal</i>
LGB	: <i>Lateral Geniculate Body</i>
LPN	: <i>Lateral Posterior Nucleus</i>
ODHA	: <i>Orang dengan HIV/AIDS</i>
PFC	: <i>Prefrontal Cortex</i>
PQPL	: <i>Pencerahan Qalbu Padang Lampe</i>
POKJA	: <i>Kelompok Kerja</i>
POMC	: <i>Proopiomelanocotrín</i>
PSPL	: <i>Posterior Superior Parietal Lobe</i>

PVN	: <i>Paraventriculer Nucleus</i>
RAS	: <i>Reticular Activating System</i>
RNA	: <i>Ribonucleid Acid</i>
RSUP	: <i>Rumah Sakit Umum Pusat</i>
SNS	: <i>Sistem Saraf Simpatik</i>
SSP	: <i>Sistem Saraf Pusat</i>
TRF	: <i>Thyrotropin Releasing Factor</i>
UMI	: <i>Universitas Muslim Indonesia</i>
UNICEF	: <i>United Nations Children's Fund</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

HIV/ AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Hasil surveilans epidemiologi World Health Organization (WHO), UNAIDS dan UNICEF (2011) di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) mengalami peningkatan dari tahun ke tahun: dimana tahun 2008 terdapat 32,3 juta kasus menjadi 32,9 juta kasus tahun 2009 dan meningkat lagi menjadi 34 juta kasus pada tahun 2010. Meskipun data kasus baru mengalami penurunan tingkat penyebarannya dari 3.1 juta tahun 2002 menjadi hanya sekitar 2,7 juta kasus baru pada tahun 2010. Data ini termasuk 3,4 juta anak-anak kurang dari 15 tahun. Terdapat 2,7 juta kasus baru infeksi HIV tahun 2010, termasuk didalamnya sejumlah 390.000 anak-anak yang berumur kurang dari 15 tahun.

Data *Global summary of the AIDS epidemic* tahun 2017 terdapat 36,9 juta pengidap HIV diseluruh dunia, 31,1 juta diantaranya usia dewasa. Sedangkan infeksi baru HIV secara global tahun 2017 mencapai 1,8 juta kasus dengan jumlah total kematian secara global 940.000 kasus kematian (UNAIDS Data, 2018).

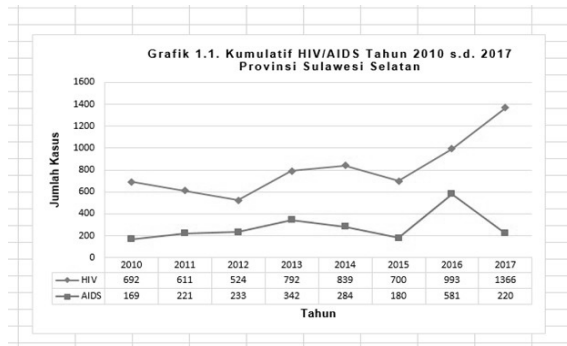
Di Indonesia, kasus HIV/AIDS berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2011) meningkat tajam. Jumlah kasus mencapai delapan kali lipat, dari 2.684 kasus AIDS (tahun 2004) menjadi 17.699 kasus (pertengahan 2009), dan 21.770 kasus (Juni 2010) menjadi 29.879

kasus tahun 2011. Sedangkan *Case Fatality Rate* (CFR) AIDS menurun dari 4,5% pada tahun 2010 menjadi 2,4% pada tahun 2011.

Laporan Ditjen PP & PL Kemenkes RI mencatat secara kumulatif sejak 1 April 1987 hingga 30 September 2012 terdapat 92.251 kasus HIV, dan 39.434 kasus AIDS dengan total kematian 7.293 kasus. Dari jumlah ini Sulawesi Selatan menempati urutan ke 8 dengan total 2.861 kasus HIV, dan 1.377 AIDS dengan 167 kematian. Data yang dilaporkan 1 April hingga 30 Juni 2011 terdapat 2.352 kasus AIDS, dimana Provinsi Sulawesi Selatan melaporkan jumlah peningkatan kasus terbanyak pertama dari seluruh propinsi di Indonesia yaitu 404 kasus. Propinsi ini juga menempati urutan ke-11 tertinggi prevalensi kasus AIDS dari 33 propinsi di Indonesia yaitu 17,14/100.000 penduduk.

Data terbaru Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI 2017 dari Laporan situasi perkembangan HIV AIDS dan PIMS di Indonesia kumulatif HIV/AIDS di Sulawesi Selatan tahun 2010 sampai dengan 2017 sebagai berikut: tahun 2010 HIV 692, AIDS 169 orang, tahun 2011 HIV 611 sedangkan AIDS 221, tahun 2012 HIV 524, AIDS 233, tahun 2013 meningkat HIV 792, AIDS 342, tahun 2014 HIV 839 sedangkan AIDS 284, tahun 2015 HIV 700 sedangkan AIDS 180 orang, tahun 2016 HIV & AIDS meningkat tajam HIV menjadi 993 kasus sedangkan AIDS 581, tahun 2017 HIV 1.366 dan AIDS 220 kasus (lihat grafik 1.1).

Dinas kesehatan Provinsi Sulsel data kasus HIV/AIDS untuk kota Makassar dalam kurun waktu delapan tahun terakhir menduduki urutan pertama jumlah kumulatif pengidap HIV/AIDS dari seluruh kasus di kabupaten kota Propinsi Sulawesi Selatan atau lebih dari 90% dari rata-rata seluruh kasus di propinsi ini. Rincian jumlah kasusnya sejak tahun 2005 sampai dengan Juni 2012 sebagai berikut, tahun 2005 HIV 335 sedangkan AIDS 143 kasus, tahun 2006 467 HIV, 119 AIDS, tahun 2007 HIV 334, AIDS 156 kasus, tahun 2008 HIV 422, AIDS 59, tahun 2009 HIV 459 dan 79 AIDS, tahun 2010 HIV 476 kasus sedangkan AIDS 184, tahun 2011 HIV 525 AIDS 461, 2012 sampai

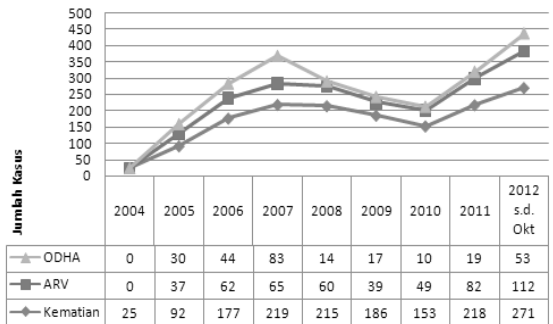


Gambar 1.1 Grafik Kumulatif HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2010 s.d. 2017 - 2012

dengan Juni HIV 284 dan AIDS 157 kasus.

Jumlah pengidap yang berkunjung di Pokja HIV/AIDS BLU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, setiap tahun mengalami peningkatan, mulai dari tahun 2004 hanya terdapat 25 kasus, tahun 2005 mengalami peningkatan menjadi 92 kasus dengan jumlah yang menggunakan ARV 37 dan jumlah kematian 30 kasus, tahun 2006 meningkat menjadi 177 kasus, yang menggunakan ARV 62 orang dengan jumlah kematian 44 kasus, tahun 2007 meningkat lagi 219 kasus dengan jumlah yang menggunakan ARV 65, dengan 83 kematian, tahun 2008 terdapat 215 kasus, yang menggunakan ARV 60, dengan 14 kematian, tahun 2009 186 kasus dengan jumlah yang menggunakan ARV 39 dan 17 kematian, tahun 2010 dengan 153 kasus dan jumlah yang menggunakan ARV 49 dan 10 kematian, tahun 2011 terdapat 218 kasus, ARV 82 dengan 19 kematian, sedangkan tahun 2012 sampai dengan bulan oktober kembali mengalami peningkatan yaitu 271 kasus, 112 yang ARV dan 53 kematian (lihat grafik 1.2).

Prevalensi dan kematian yang disebabkan oleh HIV/AIDS menuntut terapi yang tepat. Selama ini terapi dititikberatkan pada terapi klinis dengan menggunakan antiretroviral (ARV) yang berfungsi untuk memperlambat atau menghambat perkembangan



Gambar 1.2 Grafik ODHA, Cakupan ARV, dan Kematian di Pokja HIV/AIDS RSUP Wahidin Sudirohusodo Tahun 2004 – Oktober 2012
Sumber: Pokja HIV/AIDS BLU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, 2013

penyakit, mempertahankan dan meningkatkan fungsi imun dengan meningkatkan jumlah sel CD4 serta mengurangi jumlah virus dalam darah.

Berbagai permasalahan muncul dalam penggunaan ARV, mulai dari tingkat cakupan ARV yang masih kurang, sampai efek samping dan toksisitas karena penggunaannya, baik dalam penggunaan jangka pendek maupun penggunaan jangka panjang, serta terjadinya mutasi virus yang menyebabkan resistensi obat.

Pada tahun 2010, WHO merevisi pedoman rekomendasi ambang batas untuk memulai pengobatan dari 200 menjadi 350 yang mengakibatkan peningkatan jumlah orang yang membutuhkan pengobatan dari 10.1 juta menjadi 14,6 juta, sehingga cakupan penggunaan ARV diperkirakan hanya sekitar 36%. Cakupan yang terendah di Eropa Timur dan Asia Tengah (19%), serta Afrika Utara dan Timur Tengah (11%) sedangkan cakupan tertinggi di Amerika Latin (51%) (Alcorn, 2010). Direktur WHO untuk HIV/AIDS Dr. Hirnschall mencatat bahwa cakupan ARV saat ini di negara berpenghasilan rendah dan menengah 47% pada tahun 2010 (Alcorn, 2012).

Target yang disepakati oleh anggota PBB pada Juni 2011 dalam Rapat Umum Majelis Tingkat Tinggi AIDS di New York, lebih dari

9,7 juta orang yang menerima ART pada tahun 2012 mewakili 65% dari 15 juta sasaran, naik dari 54% pada akhir tahun 2011. Meskipun demikian hal ini masih relatif kurang jika dibandingkan dengan jumlah pengidap HIV diseluruh dunia, kesenjangan dalam akses terhadap ART sangat dirasakan sebagian besar wilayah, termasuk Afrika, dibutuhkan upaya yang lebih besar untuk memungkinkan 15 juta orang dapat mengakses ART pada tahun 2015 (WHO, 2013).

Data cakupan ARV dari Pokja HIV/AIDS BLU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo (lihat grafik 1.2) sejak 2005 rata-rata dibawah 50% yang menggunakan ARV yaitu 2005 37 orang (40,21%), 2006 hanya 62 orang (35,02%), 2007 persentasenya turun lagi 65 (29,68%), tahun 2008 berjumlah 60 orang (27,90), 2009 yang menggunakan ARV 39 orang (20,96%), tahun 2010 49 orang (32,02%), 2011 mengalami peningkatan meski tak terlalu signifikan yaitu 82 orang (37,61%), sedangkan tahun 2012 sampai dengan bulan Oktober 112 yang ARV (41,32%).

Selain masalah cakupan ARV yang masih rendah, efek samping dan toksisitas penggunaan merupakan alasan yang perlu dipertimbangkan untuk mulai mencari alternatif penanganan pengidap HIV/AIDS. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Robitoh di UPIPI RSU Dr. Sutomo Surabaya tahun 2007 didapatkan sebanyak 21,67% (dari 60 orang pasien) mengalami penggantian dan atau penghentian obat akibat efek samping ARV meskipun 96,61% sudah sesuai pedoman standar WHO, hasil yang hampir sama juga didapatkan dari penelitian oleh Yulianti tahun 2008 di lokasi yang sama dengan menggunakan data yang berasal dari dokumen medik pasien tahun 2004-2006, didapatkan bahwa meskipun terapi dilaksanakan sudah sesuai standar dan pedoman yang ditetapkan WHO dan Depkes RI, namun masih ditemukan sebanyak 20% pengidap (13 orang dari 66 pengidap) mengalami efek samping berupa penurunan kadar Hb dan leukosit, *drug eruption* atau *Steven Johnsons Syndrom* serta gangguan fungsi hati (peningkatan SGOT 3-7 kali dan SGPT 2-6 kali dari harga normal atas).

Orang yang terinfeksi HIV sangat rentan terhadap berbagai patogen yang dikendalikan oleh sistem kekebalan tubuh. Manajemen perilaku dapat membantu orang yang terinfeksi HIV mengatasi aspek psikososial akibat penyakitnya. Terdapat bukti bahwa meningkatkan adaptasi psikologis pengidap HIV mempengaruhi outcome kesehatan (Antoni, 2003).

Umumnya pengidap HIV/AIDS mengalami distress psikologis, dimana kondisi stress bersifat *imunosupresif*. Pada awal respon stress disertai dengan peningkatan sekresi *somatotropin* dan *prolaktin* dua hormon yang dapat memicu sistem imun. Kondisi stress psikologis juga memicu peningkatan *kortisol* dan *katekolamin* yang mengakibatkan penurunan ketahanan tubuh sehingga pengidap rentan terhadap berbagai penyakit infeksi. Penelitian yang dilakukan di UPIPI tahun 2005 didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kadar ACTH dan kadar *kortisol* tujuh hari pertama dipicu oleh stressor psikologis akibat dinyatakan terinfeksi HIV, selain akibat stressor psikologis peningkatan setelah hari ke tujuh terjadi akibat stressor biologis HIV (Nasronuddin, 2005: 134-135).

Pengidap HIV/AIDS sering mengalami kondisi stres yang meliputi manajemen pengobatan yang semakin kompleks, sementara manfaat jangka panjang dari farmakoterapi masih menimbulkan efek samping yang kurang nyaman. Pengelolaan penyakit membutuhkan modifikasi gaya hidup yang signifikan dan adaptasi dari kegiatan sehari-hari. Selain stres dalam masalah manajemen penyakit orang yang hidup dengan HIV juga mengalami stressor psikososial, baik interpersonal dan intrapersonal, berhubungan dengan diagnosis penyakitnya. Tekanan psikologis yang dialami pengidap berlipat ganda, parah, dan mempengaruhi kualitas hidup individu serta cara mereka mengelola stress lewat mekanisme coping (McCain, 1995).

Penelitian McCain, 1995 yang melihat hubungan antara stress pada pengidap HIV menunjukkan bahwa tingginya dampak negatif stres pada mereka yang lebih sering fokus pada coping emosi; kedua

tingkat stres yang lebih tinggi negatif dan lebih sering menggunakan emosi-*focused coping* dikaitkan dengan kualitas hidup yang rendah, tekanan psikologis lebih tinggi, dan ketidakpastian, serta jumlah CD4 yang lebih rendah.

Psikoneuroimunologi (PNI) yang diterapkan untuk HIV/AIDS, meneliti pengaruh psikososial seperti peristiwa kehidupan yang penuh tekanan/ stres, menyatakan kesusahan, moderator stres (misalnya, dukungan sosial), dan teknik manajemen memodulasi fungsi sistem kekebalan tubuh, dan *outcome* klinis penyakit. Oleh karena itu, intervensi manajemen stres yang memodifikasi faktor psikososial, seperti perilaku berisiko, gangguan emosi, strategi *coping maladaptif*, dan isolasi sosial, memodulasi faktor biologis, seperti endokrin dan komponen sistem kekebalan tubuh. Penelitian yang dilakukan oleh Antoni, 2003 menjelaskan, intervensi PNI dapat membantu individu menghambat timbulnya komplikasi penyakit dengan menjaga fungsi sel-sel kekebalan tubuh (misalnya, CD4, *T-helper*, limfosit dan *NKsel*) dalam kisaran yang diperlukan untuk pertahanan diri dari infeksi oportunistik dan bahkan kanker.

Penelitian Tuck, 2008 menunjukkan bahwa spiritualitas yang diukur dengan *existential well-being* (EWB) menunjukkan bahwa Skala Kesejahteraan Spiritual berhubungan positif dengan kualitas hidup, dukungan sosial, strategi coping yang efektif dan berhubungan negatif dengan stres persepsi, ketidakpastian, tekanan psikologis dan emosional yang berfokus pada coping. Tindakan spiritualitas lain memiliki hubungan yang kurang signifikan dengan indikator-indikator psikologis. Temuan penelitiannya mendukung dimasukkannya spiritualitas sebagai variabel untuk dipertimbangkan ketika memeriksa faktor-faktor psikososial dan kualitas hidup orang dengan HIV. Ukuran spiritual yang paling tepat menggambarkan hubungan tersebut adalah EWB subskala dari *the Spiritual Well-Being Scale*.

Penelitian yang dilakukan oleh Prado, 2004 tentang peran keterlibatan agama dalam respon coping stres pada 252 ibu pengidap

HIV-seropositif Afrika Amerika, didapatkan hubungan antara keterlibatan agama, stres, respon koping, dukungan sosial, dan tekanan psikologis. Pengelolaan stres yang dilaporkan oleh ibu terkait dengan keterlibatan agama yang lebih besar, dengan mempromosikan keterlibatannya dalam lembaga-lembaga keagamaan dan praktek keagamaan. Namun, peneliti tersebut menyarankan melakukan penelitian lebih lanjut untuk menentukan sejauh mana peranan religiusitas dapat meningkatkan atau mengurangi tekanan stres.

Pengobatan alternatif saat ini menjadi perhatian, model pengobatan menggunakan pendekatan medis dan spiritual semakin populer di Amerika Serikat, pendekatan religius dan spiritual membawa kenyamanan tersendiri bagi para pasien dalam menghadapi penyakit. Beberapa laporan mengindikasikan ketertarikan para dokter dan masyarakat umum akan hal ini. Pertemuan yang disponsori oleh *US National Institute of Aging, the National Center for Medical Rehabilitation Research*, dan *the Mind/ Body Medical Institute, Beth Israel Deaconess Hospital Boston* menghadirkan lebih dari 30 Fakultas Kedokteran di Amerika Serikat termasuk penyelenggara pelatihan medis yang menambahkan kurikulum agama dan spiritualitas dalam pembelajaran. Hasilnya dari 296 dokter yang di survei selama Oktober 1996 didapatkan 99% menyatakan keyakinan agama bisa menyembuhkan, dan 75% percaya bahwa doa orang lain untuk orang yang sakit dapat mempercepat kesembuhan (Richard, 1999).

Dalam Undang-undang Kesehatan RI nomor 36/ 2009 bahkan telah diakomodir tentang kesehatan spiritual dimana disebutkan bahwa, “kesehatan meliputi fisik, mental dan spiritual serta lebih dari sekedar keadaan bebas penyakit”.

Meskipun telah diakomodir dan di dukung oleh Undang-Undang serta berbagai penelitian menunjukkan pengaruh positif spiritualitas terhadap kesehatan fisik dan kesehatan mental orang sakit, namun dalam penanganan pasien masih lebih memprioritaskan pendekatan klinis menyangkut fisik dan mental, sementara aspek

spiritual terabaikan. Demikian pula penanganan pengidap HIV/AIDS, selama ini penatalaksanaan lebih terkonsentrasi pada terapi yang mengandalkan *antiretroviral therapy* (ART), sedangkan pendekatan spiritualitas belum mendapat porsi yang tepat.

Pengobatan HIV/AIDS sebaiknya tidak hanya bertumpu pada target perbaikan fisik, biologi, imunologi, virologi, dan transmisi, akan tetapi sebaiknya memperhatikan perbaikan psikologis, psikososial serta spiritual sehingga kualitas hidup ODHA makin meningkat dan umur harapan hidupnya lebih panjang (Nasronuddin, 2010).

Akhir-akhir ini terjadi peningkatan perhatian para praktisi kesehatan terhadap religiusitas dan spiritualitas pasien, hal ini disebabkan karena penelitian-penelitian yang menunjukkan hubungan antara aspek religiusitas dan spiritualitas dengan outcome kesehatan yang lebih baik.

Mathews & Larson (1995) dalam Pasiak (2012a) berhasil mengidentifikasi 212 penelitian yang menguji efek komitmen religius terhadap kesehatan, 75% dari penelitian itu menunjukkan pengaruh positif religiusitas dan spiritualitas terhadap kesehatan, 17% menunjukkan efek campuran, dan hanya 7% menunjukkan efek negatif.

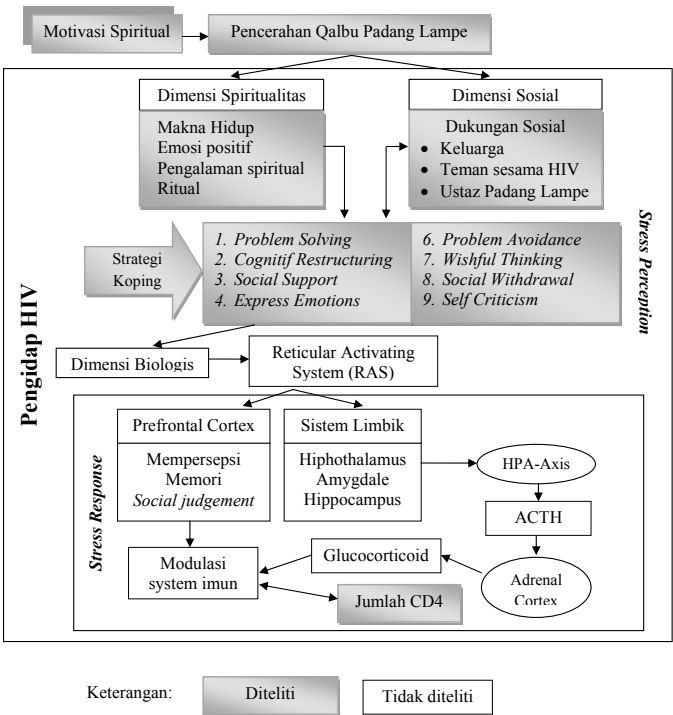
Koenig (2008) berhasil mengidentifikasi beberapa penelitian yang menjelaskan bahwa orang yang mempunyai sandaran agama kuat memiliki tekanan darah normal, hanya sedikit diantaranya yang mengalami stroke, tingkat kematian karena serangan jantung rendah, lebih sedikit menggunakan pelayanan medis dan rata-rata mempunyai umur harapan hidup yang lebih panjang.

Penelitian Bormann, 2006 yang memeriksa efektifitas intervensi spiritual matram pada sekelompok ODHA dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa praktek spiritual matram mempunyai kontribusi yang unik untuk mengelola tekanan psikologis dan meningkatkan eksistensial kesejahteraan spiritual pada orang dewasa yang hidup dengan HIV/ AIDS.

Beberapa survei menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang memiliki kehidupan spiritual baik, menganggap kesehatan rohani dan kesehatan fisik sama pentingnya. Disamping itu orang cenderung memiliki kebutuhan rohani yang lebih besar pada saat sakit.

Berdasarkan latar belakang tersebut, akan dilakukan pendekatan pencerahan qalbu Padang Lampe dan motivasi spiritual terhadap pengidap HIV yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan spiritual yang membantu pengidap HIV mengelola stressor berupa penyakitnya sehingga meningkatkan sistem imun yang berpengaruh terhadap kualitas hidupnya.

1.2. Kerangka Pikir



Gambar 1.3 Kerangka Buku

Faktor spiritual (pencerahan qalbu dan motivasi spiritual) mempengaruhi mekanisme adaptasi tubuh melalui panca indra masuk ke RAS (*Reticular Activating System*) yang selanjutnya mengaktifasi PFC (*Prefrontal Cortex*) yang akan mempersepsikan, menilai, memutuskan dan menetapkan impuls tersebut sebagai suatu persepsi yang positif atau negatif. HPA-AXIS menstimulasi *system limbic*, sedangkan *Hypothalamus* melepas *neuropeptida* (CRF) *corticotrophin-releasing factor* dan mengaktifasi ANS (*autonomic nervous system*) untuk menstimulasi *medula adrenal* sehingga mengeluarkan *katekolamin*. Disisi lain kelenjar *hypofise* akan melepas β -*Endorphin* dan ACTH (*Adrenocorticotrophic hormone*) yang akan menstimuli *kortek adrenal* untuk menghasilkan *kortikosteroid* yang keduanya merupakan hormon yang bereaksi terhadap kondisi stress. Lewat jalur *system limbic* mempengaruhi *amygdala* dan *hipochampus*, dimana *amygdala* mempengaruhi emosi, memori dan perasaan sedangkan *hipochampus* mempengaruhi *learning process* dan memori terutama dalam menghadapi kondisi stress yang pernah dialami yang juga dapat memodulasi *system imun*.

Coping aktif adalah cara pengidap menghadapi masalah (stressor) secara langsung, dimana diagnosa HIV merupakan stressor. *Coping* aktif dapat mempengaruhi perilaku, demikian pula stressor dapat mempengaruhi perilaku. Stres yang dihadapi secara positif akan menjadi eustres sebaliknya stress negative menjadi distress dimana keduanya merupakan mekanisme coping yang dapat mempengaruhi sistem imun.

Dalam proses pencerahan qalbu dan motivasi spiritual, setiap hal dilakukan secara berjamaah seperti sholat berjamaah dan aktivitas ibadah lainnya dilakukan bersama-sama, hal ini menciptakan interaksi sosial yang baik antar para pengajar (ustaz, ustazah) dengan para peserta pencerahan qalbu dan motivasi spiritual juga interaksi ini menimbulkan keakraban dan kasih sayang serta rasa nyaman diantara para peserta pencerahan qalbu dan motivasi spiritual

sebagai wujud dukungan sosial diantara mereka. Dukungan sosial yang negatif akan menjadi stressor, sebaliknya dukungan sosial yang positif dapat mengurangi stressor sehingga menjadi eustress yang keduanya dapat mempengaruhi perilaku.

1.3. Tujuan dan Manfaat

Buku akan mengungkapkan beberapa hasil penelitian seperti apakah terjadi peningkatan dimensi spiritual, strategi koping, peningkatan jumlah CD4, dan perubahan persepsi stress dari distress menjadi eustress pengidap HIV/AIDS kelompok yang memperoleh PQPL?

Berdasarkan masalah diatas, maka buku hasil penelitian ini akan menganalisis pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe dan motivasi spiritual terhadap stress persepsi, strategi koping dan jumlah CD4 pengidap HIV yang belum dapat dijelaskan.

Tujuan lainnya adalah akan membuktikan peningkatan dimensi spiritual, strategi koping, peningkatan jumlah CD4, dan perubahan persepsi stress dari distress menjadi eustress pengidap HIV/AIDS kelompok yang memperoleh PQPL.

Manfaat teoritis yang diharapkan dari buku hasil penelitian ini adalah menemukan bahwa pendekatan PQPL meningkatkan dimensi spiritual, meningkatkan strategi koping positif, merubah persepsi stress dari distress menjadi eustress pengidap HIV/AIDS sehingga makin memperkaya khasanah kajian teori psikoneuroimunologi.

Manfaat praktis dari buku ini bahwa Pencerahan Qalbu Padang Lampe dapat menjadi salah satu kebijakan Pemerintah Kota Makassar dalam penanganan dan penanggulangan HIV/AIDS, untuk memperbaiki kualitas hidup ODHA (contohnya pusat rehabilitasi korban napza).

BAB II

PENCERAHAN QALBU, RELIGIUSITAS DAN STATUS KESEHATAN

2.1. Religiusitas, Spritualitas dan Status Kesehatan

Menurut Ellison (1991), spiritualitas memotivasi manusia untuk mencari arti dan tujuan hidup. Spiritualitas merupakan ‘roh’ yang mensintesis kepribadian dan mengarahkan energi untuk menjadi lebih tertib. Dimensi spiritual tidak dapat dipisahkan dari jiwa dan tubuh, melainkan memberikan kekuatan integratif. Spiritualitas mempengaruhi dan dipengaruhi oleh keadaan fisik, perasaan, pikiran dan hubungan diantara ketiganya.

Dimensi spiritual mencoba menjadi selaras dengan alam semesta, berusaha menjawab tentang yang tidak terbatas, dan menjadi fokus sandaran pada saat stres emosional, penyakit fisik dan mental, kerugian, kehilangan, dan kematian (Murray & Zentner, 1989 dikutip Pasiak, 2012b).

Reed (1992) mendefinisikan spiritualitas sebagai kecenderungan untuk membuat makna melalui hubungan intrapersonal seseorang, interpersonal dan transpersonal yang memberdayakan seseorang untuk mengatasi masalah.

Perspektif spiritual adalah “kedalaman spiritualitas meresap dalam kehidupan sehingga mereka terlibat dalam interaksi spiritual” (Reed, 1987:337). Dengan demikian, perspektif spiritual merupakan pilihan panduan, memberikan kenyamanan, merumuskan nilai-nilai pribadi/ moral, dan membantu mengatasi selama sakit, kesedihan, dan kehilangan (Dunkin, 2009).

Spiritualitas tidak berhubungan secara langsung dengan agama, meskipun beberapa kalangan cenderung menyamakan antar keduanya. Agama (religion) lebih berkaitan dengan spiritualitas yang menekankan pada adanya aspek kesamaan keyakinan dan praktek yang dikembangkan dalam suatu komunitas. Dengan demikian, spiritualitas berkaitan dengan hubungan individu dan kekuasaan lain diluar dirinya (Hodge, 2011). Agama adalah fenomena sosial sedangkan spiritual merupakan fenomena individu.

Perawatan spiritual dan pengobatan kejiwaan merupakan kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Penelitian Salem (2003) disitasi oleh (Awara, 2008) pada Grup Dukungan Spiritual, menunjukkan bahwa spiritualitas merupakan sumber kenyamanan, keamanan, makna dan rasa memiliki, tujuan dan kekuatan, yang mempromosikan religiusitas dalam pandangan yang positif dan optimis.

Konsep Dhabhar & McEwen (2001) dikutip Nursalam 2008 mengungkapkan bahwa stimulus akan menimbulkan proses belajar di otak yang menghasilkan kognisi, berupa respons spiritual, sosial dan penerimaan diri yang mampu memodulasi respon imunitas (CD4, IFN- γ , dan anti-HIV), sehingga pendekatan spiritual dapat mengubah persepsi stres dari distress menjadi eustres.

Menurut Al-Gazali (1989) dikutip Universitas Muslim Indonesia, 2012, kebahagiaan yang sempurna akan diraih seorang hamba ketika ia telah mampu ikhlas dalam beragama, yang berarti ikhlas dalam melaksanakan seluruh ibadah yang diwajibkan kepadanya secara terus menerus.

Sedangkan dimensi spiritual lainnya yang dikemukakan oleh Pasiak, 2012 terdiri atas empat dimensi berikut:

1. Makna hidup

Spiritualitas merupakan penghayatan *intrapersonal* yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan sosial (*interpersonal*) yang

- bermanfaat, menginspirasi dan mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia.
2. Emosi positif
Manifestasi spiritual berupa kemampuan mengelola pikiran dan perasaan dalam hubungan *intrapersonal* sehingga seseorang memiliki nilai kehidupan yang mendasari kemampuan bersikap dengan tepat.
 3. Merasa dekat dengan Allah SWT
Manifestasi spiritual didalam diri seseorang berupa pengalaman spesifik dan unik terkait hubungan dirinya dengan Allah SWT dalam pelbagai tingkatannya.
 4. Kualitas kehidupan spiritual
Manifestasi spiritual berupa tindakan terstruktur, sistematis, berulang, melibatkan aspek motorik, kognisi dan afeksi yang dilakukan menurut suatu tata cara tertentu baik individual maupun komunal.

Kegiatan spiritual dalam otak manusia menurut Newberg dan D'Aquili dikutip oleh Pasiak (2012) melibatkan sejumlah komponen otak yang disebut operator kognitif yang menghasilkan pengalaman spiritual yang dapat diamati, yang terdiri dari: 1) *prefrontal cortex*, 2). area asosiasi, 3). sistem limbik dan 4). sistem saraf otonom. Dimensi spiritual neurosains oleh Pasiak 2012 dijabarkan dalam tabel berikut:

Tabel 2.1
Neurosains Spiritual dan Indikatornya

Dimensi	Kata Kunci	Indikator	Aspek Neurosains
Makna hidup	• <i>Inspiring</i> yaitu menumbuhkan keinginan meneladani orang lain	1. Menolong dengan spontan 2. Memegang teguh janji 3. Memaafkan (diri dan orang lain)	<i>Prefrontal Cortex</i> (struktur otak unik manusia)

Dimensi	Kata Kunci	Indikator	Aspek Neurosains
	• <i>Legacy</i> yaitu mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan	4. Berperilaku jujur 5. Menjadi teladan bagi orang lain 6. Mengutamakan keselarasan dan kebersamaan	
Emosi Positif	• Syukur (atas segala sesuatu yang given, yang sudah diberikan oleh Tuhan tanpa melalui usaha sendiri. Syukur jika diberi keberhasilan setelah melakukan usaha adalah syukur yang lebih rendah nilainya dibandingkan dengan bersyukur atas sesuatu yang diberikan tanpa adanya usaha sama sekali) • Sabar (membuat segala sesuatu yang pahit dan tidak nyaman berada dibawah kontrol diri dan tidak sekedar “menahan” diri) • Ikhlas (melepaskan sesuatu secara sadar tanpa ada penyesalan)	1. Senang terhadap kebahagiaan orang lain 2. Menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu/ mengambil hikmah 3. Bersikap optimis akan pertolongan Tuhan 4. Bisa berdamai dengan keadaan sesulit separah apapun 5. Mampu mengendalikan diri 6. Bahagia bila melakukan kebaikan	<i>CPF, gyrus cingulatus dan system limbic (terutama amigdala)</i>

Dimensi	Kata Kunci	Indikator	Aspek Neurosains
Merasa dekat dengan Allah SWT	• Estetika (pengalaman indrawi biasa yang bersifat estetis) • Takjub (pengalaman indrawi yang sensasional atau diluar kelaziman), • Penyatuan (pengalaman non indrawi).	1. Merasakan dekat dan bersahabat dengan alam semesta 2. Menemukan Tuhan dibalik semua peristiwa 3. Merasakan kehadiran Tuhan dalam keseharian 4. Merasakan teguran Tuhan ketika melakukan kesalahan 5. Merasakan kesan istimewa pada semua peristiwa dekat dan bersahabat dengan alam semesta 6. Mengalami perasaan menyatu dengan Tuhan	AAO (<i>Area Asosiasi Orientalis</i>) terutama di <i>lobus occipitalis</i> dan AAA a di <i>Lobus frontal</i> (<i>Area Asosiasi Atensi</i>) terutama
Kualitas kehidupan spiritual	• Kebutuhan (ritual yang didorong oleh kebutuhan dan merasa tergantung pada Allah SWT) • Rasa kehilangan sesuatu (terasa ada yang kurang dalam hidupnya jika tidak melaksanakan ritual tertentu yang telah menjadi kebiasaan)	1. Merasakan ketergatungan & membutuhkan Tuhan 2. Merasakan adanya dialog/ berkomunikasi dengan Tuhan 3. Merasakan kasih sayang Tuhan 4. Merasakan ketentrangan dan ketenangan 5. Peka dengan kebaikan 6. Takut melakukan dosa	<i>Prefrontal cortex, cortex somatosensorik, sistem limbik, lobus temporalis, ganglia basalis</i>

Diadaptasi dari Pasiak, 2012b

2.2 Pencerahan Qalbu Padang Lampe

2.2.1 Hakekat Pencerahan Qalbu Padang Lampe (PQPL)

Pencerahan qalbu pada hakekatnya sebagai upaya penataan dan membersihkan hati dari segala macam penyakit “hati”. Sedangkan Padang Lampe merupakan lokasi pesantren Darul Mukhlisin Universitas Muslim Indonesia yang melaksanakan program pencerahan qalbu yang awal peruntukannya membentuk pribadi yang berilmu amaliyah dan beramal ilmiah bagi mahasiswa (terutama mahasiswa baru), dosen, karyawan dan pimpinan. Seiring perkembangannya, kegiatan pencerahan qalbu Padang Lampe menjadi program unggulan UMI yang tidak hanya untuk mahasiswa, dosen, karyawan dan pimpinan UMI semata namun juga mulai diminati oleh berbagai instansi pemerintah dan swasta yang ada di Sulawesi Selatan (Pesantren Darul Mukhlisin UMI, 2011).

Istilah pencerahan qalbu juga dikenal dengan manajemen qalbu atau *tazkiyatun nafs*. Pencerahan dari segi bahasa berasal dari syarah, artinya karya tulis/ulasan. *Syarahah* juga berarti melapangkan. Dalam al-Qur’an kata *syarah* (cerah) disebut lima kali yaitu QS. Al-An’am (6): 125 ; QS. Al-Nahl (16): 106 ; QS. Thaha (20): 25 ; QS. Al-Zumar (39): 22 ; QS. Al-Insyirah (94).

Pencerahan Qalbu selama ini diperuntukkan bagi yang sehat secara jasmani, namun hal ini tidak menutup kemungkinan untuk diterapkan pada orang yang menderita suatu penyakit untuk menjadi penawar/ obat bagi penyakitnya. Dalam Al-Qur’an surah Yunus (10): 57 :

“Hai manusia, Sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh berbagai (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman”.

Makna dari ayat tersebut menerangkan bahwa pelajaran dari Allah SWT dan penyembuh bagi penyakit sebenarnya telah ada dan dapat diupayakan dengan berbagai macam cara termasuk dengan

menerapkan metode pencerahan qalbu Padang Lampe, terutama penyakit yang berasal dari qalbu (hati) yang berada dalam dada setiap manusia agar mendapat rahmat untuk *kemaslahan* kehidupan.

Pencerahan Qalbu Padang Lampe (PQPL) yang dilakukan untuk ODHA telah disesuaikan dengan kondisi fisik dan psikis ODHA, sehingga ODHA tidak harus mengikuti seluruh rangkaian kegiatan pencerahan qalbu seperti yang diikuti oleh mahasiswa, PQPL ODHA dibagi dalam tiga tahap berikut:

Tahap I Menanamkan bahwa Allah SWT Maha Pengasih dan Maha Penyayang

Menanamkan dan mengingatkan kembali tentang sifat Allah yang maha pengasih lagi maha penyayang. Sebelum membaca setiap surah dalam al Qur'an setiap muslim diwajibkan membaca Basmalah, "Bismillahirrahmanirrahim", yang artinya dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, hal ini menunjukkan betapa maha pengasih dan maha penyayangNya Allah kepada setiap makhluk ciptaannya tanpa terkecuali. Manusia seringkali lalai dari menjalankan perintahNya, dan menjauhi larangannya, yang hakekatnya hal tersebut adalah demi kebaikan diri manusia itu sendiri.

Pada tahap pertama ini juga dilakukan dzikir dengan bilangan dan irama tertentu, memahami tentang kelemahan diri dan betapa Maha Kuasanya Allah SWT, pemahaman ini akan merangsang otak untuk melepaskan hormon *endorphin* yang menimbulkan rasa tentram dan bahagia karena adanya perasaan "dekat", dicintai dan di rahmati Allah SWT.

Dzikir merupakan bentuk ibadah yang relatif mudah dilakukan, menurut Ibn Abbas, dzikir bisa dilakukan kapan saja dan dimana saja. Secara harfiah arti dzikir atau *al-dzikr* adalah ingat. Dzikir berarti mengingat Allah. Dengan mengingat Allah kita akan merasakan penjagaan dan pengawasan-Nya. Dalam surah al-Ahzab ayat 41,

Allah berfirman:

“Hai orang-orang yang beriman, berdzikirlah (dengan menyebut nama) Allah, dengan dzikir yang sebanyak-banyaknya”.

Kebiasaan berdzikir membuat orang yang senantiasa mengamalkannya merasakan setiap langkahnya senantiasa diawasi oleh Allah, tidak pernah merasa sendiri dan kesepian, merasa dalam perlindungan dan kasih sayang Allah SWT.

Tahap II Motivasi bahwa setiap penyakit pasti ada obatnya

Motivasi spiritual yang disampaikan oleh ustaz menumbuhkan sikap optimis dan penuh harap hanya kepada Allah, setiap penyakit yang turunkan oleh Allah pasti ada obatnya seperti Shahih Bukhari dari hadits Abu Hurairah Radhiyallahu‘anhu dari Nabi Shallallahu‘alaihi Wasallam beliau bersabda:

“Tidaklah Allah menurunkan penyakit kecuali Dia turunkan untuk penyakit itu obatnya.” (HR. Al-Bukhari no. 5678)

Jabir radhiallahu ‘anhu membawakan hadits dari Rasulullah Shallallahu ‘alaihi wa sallam:

“Setiap penyakit ada obatnya. Maka bila obat itu mengenai penyakit akan sembuh dengan izin Allah Azza wa Jalla.” (HR. Muslim no. 5705)

Abdullah bin Mas’ud radhiallahu ‘anhu mengabarkan dari Nabi Shallallahu ‘alaihi wasallam:

“Sesungguhnya Allah tidaklah menurunkan penyakit kecuali Dia turunkan pula obatnya bersamanya. (Hanya saja) tidak mengetahui orang yang tidak mengetahuinya dan mengetahui orang yang mengetahuinya.” (HR. Ahmad 1/377, 413 dan 453. Dan hadits ini dishahihkan dalam Ash-Shahihah no. 451)

Keyakinan bahwa Allah yang menurunkan penyakit, dan hanya dengan perkenan Allah pula segala penyakit dapat di obati, tanda terkecuali HIV/AIDS yang menurut keyakinan banyak orang adalah penyakit kutukan yang hingga saat ini belum ada obatnya. Dengan menyandarkan keyakinan pada Allah semata, tidak ada yang tidak mungkin jika Allah berkehendak menimbulkan sikap optimis dan membangun kognisi yang lebih baik.

Tahap III Allah SWT Maha Pengampun

Tahap ketiga PQPL menyampaikan bahwa karunia, nikmat dan ampunan Allah tidak terbatas, sehingga meskipun masa lalu ODHA kelam dan bergelimang dosa, namun Allah Maha luas ampunan dan kasih sayangnya seperti yang tersurat dalam surah An-Nahl:18 :

“Dan jika kamu menghitung-hitung nikmat Allah, niscaya kamu tak dapat menentukan jumlahnya. Sesungguhnya Allah benar-benar Maha Pengampun lagi Maha Penyayang.”

Dalam ayat ini Allah SWT hadir dengan dua sifat yang merupakan cerminan kasih sayang-Nya, yaitu Maha Pengampun lagi Maha Penyayang. Menanamkan sikap pandai mengambil hikmah dibalik setiap cobaan yang dialami, sebagaimana firman Allah dalam ayat berikut:

Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar, (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah mereka mengucapkan ‘Inna lillaahi wa innaa ilaihi roji’uun’. Mereka itulah yang mendapat keberkatan yang sempurna dan rahmat dari Tuhan mereka, dan mereka itulah orang-orang yang mendapat petunjuk “. (QS. Al-Baqarah : 155-157).

Menanamkan hikmah dibalik sakit, bahwa penyakit yang dianggap sebagai “vonis mati”, dan berlangsung lama ini akan menjadi penghapus dosa jika dijalani dengan sabar dan ikhlas sebagaimana hadist berikut:

“Tidaklah menimpa seorang mukmin rasa sakit yang terus menerus, kepayahan, penyakit, dan juga kesedihan, bahkan sampai kesusahan yang menyusahkannya, melainkan akan dihapuskan dosa-dosanya” (HR. Muslim no. 2573).

Ketiga tahapan PQPL ini dilakukan sebagai bentuk dukungan spiritual dengan menanamkan sikap optimis dan memberikan dukungan sosial bagi ODHA untuk meningkatkan dimensi spiritual, meningkatkan strategi koping positif, mengubah persepsi stres dari distress menjadi eustres dan mengubah jumlah CD4.

2.2.2 Membersihkan Penyakit dengan Menata Hati

Pada pokoknya pencerahan qalbu harus diawali dengan mengenal diri manusia itu sendiri, istilah ini dikenal dengan *Ma'rifatun Nafsi* atau mengenal jati diri dan sumber daya manusia yaitu berupa qalbu, nafsu, ruh dan akal. Sebagaimana dikatakan, *Man 'Arafah Nafsahu Fa Qad 'Arafah Rabbahu*; barang siapa yang mengenai dirinya dia akan mengenal Tuhannya. Dalam mengenal diri, diperlukan pula merenungkan asal penciptaan dan kejadian manusia, yaitu manusia tercipta dalam 40 hari pada proses *nutfah* (sperma), 40 hari dalam proses *'alaqah* (segumpal darah), 40 hari dalam proses *mudgah* (segumpal daging), setelah itu Allah SWT. meniupkan ruh pada hari ke-121, QS. Al-Mu'minun (23): 12-14. Proses ini merupakan fitrah manusia yang Allah SWT tetapkan dalam QS. Ar Rum: 30 yang menjadi model kejadian manusia. Dengan terciptanya potensi pendengaran, penglihatan, hati manusia, sehingga menjadi makhluk yang sempurna QS. At-Tin (95): 4. Jumlah bilangan yang disebutkan diatas inilah yang mendasari mengapa pencerahan qalbu

untuk mahasiswa baru Universitas Muslim Indonesia dilaksanakan selama 30 – 40 hari. Sedangkan pencerahan qalbu untuk pimpinan, dosen, karyawan dan masyarakat umum biasanya dilaksanakan 4-5 hari, hal ini tergantung ketuntasan materi yang disampaikan dan ketuntasan ritual ibadah yang dilaksanakan.

Allah SWT Menjadikan manusia sebagai khalifah di muka bumi Q.S. Al-Baqarah (2): 30, sebagai hamba Allah SWT yang senantiasa beribadah kepada-Nya Q.S. Az-Zariyat (51):56. Manusia yang disebut memiliki qalbu yang merupakan cermin bagi manusia. Qalbu adalah nur (pelita, cahaya) dalam QS. An-Nur (24): 35 Qalbu diartikan sebagai Latifah, Rabbaniyah dan Ruhaniyah. Namun demikian hati atau qalbu itu selalu berpotensi untuk tidak konsisten, berbolak-balik, menjadi kotor dan perlu untuk dibersihkan.

Salah satu cara membersihkan hati adalah dengan Dzikir, sabda Nabi SAW.

“Segala sesuatu memiliki pembersih dan pembersih hati adalah senantiasa berdzikir kepada Allah SWT”.

Pada diri manusia, di samping qalbu, terdapat pula nafsu yang sering disebut dengan nafsu syahwat, nafsu ghadab (emosi), nafsu insani (akal fikiran). Atau dalam kategori lainnya yaitu nafsu *Ammarah*, nafsu *Lawwamah* serta nafsu *Mutmainnah*. Hal ini diupayakan dengan senantiasa ber-*mujahadah* (*jiHADUM nafsi*) yaitu bersungguh-sungguh berjihad melawan nafsu tersebut, dengan *riyadhah* yaitu latihan rohani serta ber-*muhasabah*, selalu mengintropeksi dirinya.

Dzikir secara etimologi berasal dari asal kata Bahasa Arab “zakara”, artinya mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal atau mengerti. Perilaku dzikir diperlihatkan orang dalam bentuk renungan sambil duduk dengan membaca bacaan-bacaan tertentu. Dalam pengertian terminologi dzikir sering dimaknai sebagai suatu amal ucapan atau amal qauliyah melalui bacaan-bacaan tertentu untuk mengingat Allah. Berdzikir kepada

Allah adalah rangkaian Iman dan Islam yang mendapat perhatian khusus dan istimewa dari Al-Quran dan sunnah. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya ayat Al-Quran dan hadist Nabi yang menyinggung Al-Qur'an terkadang menggunakan *nafs* dalam arti qalbu. Kata dada (*sadrun, sudur*) dalam beberapa ayat di atas adalah tempat qalbu, seperti juga dalam ayat Q.S. Al-Hajj (22): 46.

“Sesungguhnya bukan mata yang buta, tetapi qalbu yang berada di dalam dada”.

Pada beberapa ayat, kata “qalbu” yang merupakan wadah itu dipahami dalam arti ‘alat’. Olehnya itu dalam rangka membersihkan hati dengan menghilangkan dan mengosongkan jiwa (*takhalliyy*) dari segala macam penyakit hati, misalnya sifat sombong, iri hati, kikir, serakah, pemarah dan penyakit hati lainnya seharusnya diisi dengan menghiasi jiwa (*tahalli*) dengan sifat-sifat yang baik, misalnya sifat *tawadhu'* (rendah hati), sabar, syukur, murah hati. Hal ini semua tercermin dengan senantiasa mengamalkan 99 nama Allah SWT, yang dikenal dengan al-Asma' al-Husna.

2.2.3 Konsep Ihsan dan Tawakkal

Dalam ajaran Islam, ada tiga kerangka dasar yang menjadi acuan pengalaman agama dalam kehidupan. Ketiga kerangka itu adalah iman, yang bersangkutan paut dengan bahasan aqidah/tauhid, Islam yang berhubungan dengan syariah/ *muammalah* dan ihsan yang merupakan aktifitas yang didasarkan pada pengabdian kepada Allah SWT dengan memilih yang terbaik, pada perkembangan selanjutnya ketiganya dikembangkan dalam ilmu keislaman.

Ada dua aspek yang terdapat dalam ihsan yaitu *hablum minallah* (hubungan yang harmoni dengan Allah) dan *hablum minannas* (hubungan yang harmoni dengan sesama manusia) yang tetap dipayungi oleh hubungan kepada Allah. Kedua aspek tersebut diupayakan oleh Rasulullah SAW dan sahabatnya karena tidak

senang kalau nilai aktifitas mereka hanya dinilai baik, akan tetapi harus lebih baik dan terbaik.

Untuk menelusuri ihsan secara mendalam, maka terlebih dahulu manusia harus kembali menyadari posisinya serta mandat yang diberikan Allah SWT kepadanya sebagai khalifah yang memakmurkan bumi. Tugas tersebut tidak boleh diabaikan sebab dapat mencelakakan manusia itu sendiri. Allah berfirman; “Telah ditimpakan kehinaan (krisis) kepada mereka (manusia) di mana saja berada, kecuali bagi mereka yang baik hubungannya dengan Allah dan kepada sesama manusia”.

Al-Ghazali mengemukakan bahwa orang yang mau berhubungan langsung dengan Allah maka harus terlebih dahulu memperbaiki hubungannya dengan sesama manusia, hal ini berkaitan erat dengan subskala dukungan sosial dalam penelitian ini. Lebih lanjut, untuk mengenal Allah maka perlu mengenal diri sendiri, karena pada diri sendiri setiap manusia terdapat unsur Rabbaniah. Sementara cara untuk mengenal diri sendiri adalah dengan mengetahui proses kejadian manusia itu sendiri (Pesantren Darul Mukhlisin UMI, 2011).

Untuk mencapai hal itu, ada empat potensi manusia yang harus diberdayakan seluruhnya yaitu qalbu, ruh, nafsu dan akal. Keempat potensi itu merupakan sumber daya yang jika dioptimalkan maka segala aktifitas manusia akan mencerminkan manifestasi kekhalifaannya, yang pada akhirnya melahirkan dan mewujudkan hakikat ihsan.

Qalbu adalah sumber kebahagiaan dan kunci keselamatan di dunia dan akhirat. Nabi SAW bersabda:

“Sesungguhnya dalam jasad itu adalah segumpal daging (*mudghah*). Apabila baik segumpal *mudghah* itu, maka baiklah seluruh jasadnya, dan bila buruk, maka buruklah seluruh jasad itu. Ketahuilah! Dialah Qalbu (HR.Muttafaquun ‘alaih)”.

Demikian pula Allah SWT.,berfirman dalam QS.As-Syu'ara (26):87-88:

“...pada hari tidak berguna harta benda dan anak keturunan. Kecuali orang-orang yang datang kepada Allah dengan *qalbun salim* (hati yang sehat)”.

2.2.4 Al-Qur'an Obat Segala Penyakit

Dalam konsep Islam dari kitab Zaiadul Ma'aad, Ibnul Qoyyim Al-Jauziyah Rohimahullah berkata:

“Al-Qur'an adalah penyembuh yang sempurna dari seluruh penyakit qalbu dan jasmani, dan dari segala jenis penyakit dunia dan akhirat”

Dalam al-Qur'an ayat yang menerangkan tentang hal ini yaitu Surah Al-Isra: 82 Allah SWT berfirman:

“Dan Kami turunkan dari Al-Qur'an suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian”.

Kata *syifa'* dalam ayat ini mengandung makna penyembuh dan rahmat. Masih mengenai kajian kandungan ayat ini dikatakan bahwa “....Al-Qur'an tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian”, mengandung makna bahwa Al-Qur'an sebagai penyembuh dan rahmat tidak berlaku untuk semua orang, melainkan hanya bagi yang membenarkan ayat-ayat-Nya dan berilmu dengannya.

Dari sinilah letak peran penting pencerahan qalbu Padang Lampe yaitu mengkaji ayat-ayat Al-Qur'an, hadist dan Asmaul Husna sehingga orang-orang yang menderita penyakit dan hatinya juga 'sakit' yang tadinya jauh dari belajar dan mengkaji ayat-ayat Al-Qur'an dan Hadist Nabi SAW menjadi mengerti makna dibalik

setiap ayat yang diturunkan sehingga memicu kesadarannya untuk memperbaiki diri terutama hatinya yang selama ini kurang tertata dan tersentuh aspek religius dan spiritualitas.

Sholat Tahajjud merupakan salah satu kegiatan yang diadakan dalam pencerahan qalbu Padang Lampe. Dalam Islam telah diajarkan keutamaan sholat tahajjud dalam hadist berikut:

“Hendaklah kalian bangun malam. Sebab hal itu merupakan kebiasaan orang-orang saleh sbelum kalian. Wahana pendekatan diri pada Allah SWT, penghapus dosa, dan pengusir penyakit dari dalam tubuh” (HR. At-Tarmidzi).

Allah SWT menegaskan bahwa orang yang shalat tahajud akan selalu mempunyai sifat rendah hati dan ramah. Ketenangan yang merupakan refleksi ketenangan jiwa dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan dapat menjadi penyembuh penyakit di masyarakat. Allah SWT berfirman:

“Dan hamba-hamba Tuhan Yang Maha Penyayang itu (ialah) orang-orang yang berjalan di atas bumi dengan rendah hati dan apabila orang-orang jahil menyapa mereka, mereka mengucapkan kata-kata yang baik. Dan orang yang melewati malam hari dengan bersujud dan berdiri untuk Tuhan mereka” (QS. Al-Furqan: 63-64).

2.3 Stres dan Stresor

2.3.1 Pengertian Stres dan Stresor

Stresor merupakan tuntutan atau tekanan yang disebabkan oleh lingkungan internal eksternal yang mengganggu keseimbangan atau homeostatis sehingga mempengaruhi fisik dan kesejahteraan psikologis serta membutuhkan tindakan untuk mengembalikan keseimbangan atau equilibrium (Lazarus dan Cohen, 1977 dikutip Glanz, 2008). Stres mempunyai kontribusi terhadap penyakit melalui efek langsung berupa efek fisiologis, maupun melalui efek perilaku

kesehatan maladaptif.

Pendapat lain mengemukakan bahwa stressor merupakan sumber stres yang tidak selalu menimbulkan distress (stres berat), namun dapat membantu memunculkan keseimbangan baru (eustres). Konsep stres menurut Dhabhar dan McEwen, (2001 dikutip Nursalam, 2008) mengemukakan bahwa stimulus stressor akan menimbulkan persepsi stres (kognisi) yang selanjutnya menyebabkan respon stres (biologis).

Stres adalah stimulus atau situasi yang menimbulkan distress dan menciptakan tuntutan fisik dan psikis pada seseorang. Stres membutuhkan coping dan adaptasi. Sindrom adaptasi umum atau teori Selye dikutip Ader, R. (2007), menggambarkan stres sebagai kerusakan yang terjadi pada tubuh tanpa memandang apakah penyebab stres tersebut positif atau negatif. Respons tubuh dapat diprediksi tanpa memperhatikan stresor atau penyebab tertentu (Isaacs, 2004).

Sedangkan menurut Suryohudoyo (1999) seperti dikutip Nasronuddin 2007, mengemukakan bahwa stres adalah suatu kondisi yang mengancam atau dirasakan (dipersepsikan) akan mengancam kesejahteraan (*well-being*) seseorang. Menurut Putra (1999), digunakan tiga pendekatan untuk mengartikan stres yang masing-masing sebagai berikut:

1. Pendekatan *engineering*, stres digunakan untuk menggambarkan kondisi lingkungan yang merusak, sehingga menyebabkan individu yang hidup dalam lingkungan tersebut menjadi sakit
2. Stres digunakan untuk menggambarkan kondisi psikologis yang terancam, sebagai akibat keterbatasan kemampuan untuk memenuhi tuntutan.
3. Pendekatan medikofisiologis, istilah stres digunakan untuk menamakan respons biologis terhadap sumber stres dan stresor.

Pengidap HIV/AIDS sering mengalami kondisi stres yang meliputi manajemen pengobatan yang semakin kompleks, sementara

manfaat jangka panjang dari farmakoterapi masih menimbulkan efek samping yang kurang nyaman. Pengelolaan penyakit membutuhkan modifikasi gaya hidup yang signifikan dan adaptasi dari kegiatan sehari-hari. Selain stres dalam masalah manajemen penyakit orang yang hidup dengan HIV juga mengalami stressor psikososial, baik interpersonal dan intrapersonal, berhubungan dengan diagnosis penyakitnya. Tekanan psikologis yang dialami pengidap berlipat ganda, parah, dan mempengaruhi kualitas hidup individu serta cara mereka mengelola stress lewat mekanisme coping (McCain, 1995).

Menurut (Nasronudin, 2014), infeksi HIV merupakan stresor bagi tubuh manusia yang terdiri dari stresor biologis, psikologis, psikososial, spiritual diuraikan berikut:

1. Stresor biologis akibat infeksi HIV itu sendiri yang akan menggerogoti berbagai jaringan tubuh penderita.
2. Stresor psikologis akibat dinyatakan menderita infeksi HIV yang akan menyiksanya sampai mati
3. Stresor psikososial akibat stigma dan diskriminasi yang mengucilkannya dari masyarakat karena orang-orang takut ketularan.
4. Stresor spiritual akibat rasa berdosa yang tak akan terampuni sehingga harus menerima hukuman yang berat.

Pengaruh stres pada setiap orang tidaklah sama, sebagian orang yang mengalami pengalaman hidup berat dapat mengatasinya dengan baik sehingga tidak berpengaruh pada kondisi kesehatannya, bahkan orang-orang seperti ini mengalami pertumbuhan psikologis dan mendapatkan pelajaran positif dari stres yang dialaminya. Di satu sisi, bagi sebagian orang, stres makin membuatnya terpuruk dan jatuh sakit.

Hans Selye (1978) mengemukakan tiga penampilan respon biologis terhadap stresor yang dikenal dengan *general adaptation syndrome* (GAS), yaitu respon dengan penampilan alarm, adaptasi

atau *eustress*, dan kelelahan atau *distress*. Diagnosis HIV bertindak sebagai stresor, yang dapat berupa stresor biologis, stresor psikologis dan stresor psikososial.

Secara fisiologis 3 tahap penyesuaian tubuh yang dikenal dengan GAS (*General Adaptation Syndrome*) diuraikan sebagai berikut:

1. Tahap pertama, tahap siaga (*warning theatre*) terjadi saat mulai terasa sengatan cekaman, biasanya muncul reaksi darurat, "*fight or flight*".
2. Tahap kedua, tahap perlawanan (*insurgency stage*), pada tahap ini tidak seheboh tahap pertama, tetapi reaksi hormonal tubuh masih tinggi, secara nyata orang ini melakukan upaya penanganan, bisa "*coping*" bisa juga "*fighting*". Apabila stresor bisa ditiadakan, maka tubuh akan kembali ke keadaan normal.
3. Tahap ketiga, tahap kepayahan - *Exhausted theatre* Individu tidak lagi memberikan respons stres karena kepayahan, kehabisan energi. Kondisi ini agak berbahaya karena tubuh yang mengalami banyak goncangan keseimbangan menjadi terbiasa "sesuai" dengan kondisi tersebut, berakibat gangguan penyakit yang lebih parah, seperti gangguan lambung, hipertensi, *cardiovascular*, dan pada pengidap HIV/AIDS bisa terjadi prognosis ke arah infeksi oportunistik.

2.3.2 Pengelompokan dan Tahapan Stres

Hans Selye (1978) mengelompokkan kondisi stres menjadi dua macam sebagai berikut:

1. *Eustress* yaitu stres yang fisiologis atau pada saat seseorang dapat mengatasi (*Coping*) stres, dengan karakteristik sebagai berikut: dapat memotivasi, membuat seseorang memfokuskan energi, sifatnya jangka pendek, terasa menyenangkan dan menarik, meningkatkan kinerja
2. Kondisi *distress* (stress berat): kondisi stres yang negatif yang ditandai dengan: kecemasan atau kekhawatiran, bersifat jangka

pendek atau jangka panjang, keadaan diluar kemampuan untuk mengatasi stresor, dapat mengurangi kinerja, dan menyebabkan masalah mental dan fisik.

Menurut Jacobs & Ostfeld, 1972 dalam Ader, 2001 studi epidemiologi memperlihatkan terdapat hubungan antara stres akibat rasa kehilangan (berkabung) dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Hal ini disebabkan oleh perubahan status imun yang berkontribusi terhadap penyebab terjadinya kesakitan. Selama masa berkabung maka mitogen akan bertahan beberapa bulan sehingga respon limphosit akan menurun yang menyebabkan status imun menurun.

Dampak stresor dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu besarnya stresor yang dirasakan, durasi atau lamanya terpapar stresor, jenis stresor, ketahanan individu menghadapi stresor yang bergantung pada tingkat pendidikan, kemampuan mengendalikan emosi, umur, jenis kelamin, dan lain sebagainya, sehingga stres yang dirasakan dan dampaknya pada *outcome* status kesehatan masing-masing orang menjadi berbeda (Nasronudin, 2014).

Irwin dan Weiner, 1987 dalam Ader 2001 menemukan bahwa terjadi perubahan endocrine dan NK-cell pada subjek yang sedang berkabung yang memiliki implikasi kesehatan yang menonjol.

Tingkat stres, gejala depresi, dan dukungan sosial yang rendah terbukti berhubungan dengan percepatan kemajuan infeksi HIV dalam studi prospektif 5 tahun yang dilakukan oleh Laserman, 1999 (dalam Ader 2001).

Pembagian stres menurut Charlton B.G., 1992 terdiri dari:

1. Stres sebagai stimulus: stres didefinisikan sebagai situasi yang menimbulkan perubahan dalam proses homeostatis. Definisi ini telah dikritik karena tidak mempertimbangkan perbedaan individu dalam menanggapi situasi yang sama. Individu tidak pasif dan banyak situasi yang mengakibatkan perubahan dari

proses homeostatis tetapi mereka tidak stres.

2. Stres sebagai respon: stres didefinisikan dalam hal reaksi memprovokasi dalam organisme. Beberapa penulis berpendapat bahwa jenis definisi stres ini dapat disalahpahami karena ada respons emosional dan fisik yang dapat ditampung dalam definisi stres ini dan akibat dari situasi non stres.
3. Stres sebagai interaksi: beberapa penulis menyarankan bahwa stres harus dipahami sebagai hubungan antara individu dan lingkungannya. Dalam hal ini hubungan spesifik, lingkungan dianggap sebagai ancaman oleh individu yang mengalami tuntutan lingkungan melebihi sumber daya pribadi mereka.

1.1.3. Tahapan Psikologis

Model Kübler-Ross mengidentifikasi tahapan-tahapan, yang lebih dikenal sebagai lima tahap kesedihan, pertama kali diperkenalkan oleh Elisabeth Kübler-Ross dalam bukunya tahun 1969, *"On Death and Dying"* yang disingkat menjadi DABDA (Kearney, 2003):

1. Penyangkalan (*Denial*) - "Saya merasa baik-baik saja."; "Hal ini tidak mungkin terjadi, tidak pada saya." Penyangkalan biasanya merupakan pertahanan sementara untuk diri sendiri. Perasaan ini pada umumnya akan digantikan dengan kesadaran situasi dan individu yang akan ditinggalkan setelah kematian.
2. Marah (*Anger*) - "Kenapa saya ? Ini tidak adil!"; "Bagaimana mungkin hal ini dapat terjadi pada saya?"; "Siapa yang harus dipersalahkan?" Ketika berada pada tahapan kedua, individu akan menyadari bahwa ia tidak dapat senantiasa menyangkal. Oleh karena kemarahan, orang tersebut akan sangat sulit untuk diperhatikan karena perasaan marah dan iri hati yang diproyeksikan.
3. Menawar (*Bargaining*) - "Biarkan saya hidup untuk melihat anak saya diwisuda."; "Saya akan melakukan apapun untuk beberapa tahun."; "Saya akan memberikan simpanan saya

jika...” Tahapan ketiga melibatkan harapan individu untuk dapat sedemikian rupa menghambat atau menunda kematian. Biasanya, kesepakatan untuk perpanjangan hidup dibuat kepada kekuasaan yang lebih tinggi dalam bentuk pertukaran atas gaya hidup yang berubah. Secara psikologis, individu mengatakan, “Saya mengerti saya akan mati, tetapi jika saja saya memiliki lebih banyak waktu...”

4. Depresi (Depression) - “Saya sangat sedih, mengapa perduli dengan lainnya?”; “Saya akan mati.. Apa keuntungannya?”; “Saya merindukan orang yang saya cintai, mengapa pergi?” Pada tahapan keempat, individu lebih banyak diam, menolak dibesuk dan menghabiskan waktu untuk menangis dan berduka. Proses ini memberikan kesempatan kepada pasien yang sekarat untuk memutus hubungan dengan sesuatu yang dicintai ataupun disayangi. Tidak disarankan untuk mencoba menghibur individu yang berada pada tahapan ini. Ini merupakan waktu penting untuk berduka yang harus dilalui.
5. Penerimaan (*Acceptance*) - “Semuanya akan baik-baik saja.”; “Saya tidak dapat melawannya, “Saya sebaiknya bersiap untuk hal itu”. Pada tahap terakhir ini, individu mulai berdamai dengan kematian mereka atau orang yang mereka cintai.

Kübler-Ross mengklaim langkah ini tidak selalu datang dalam urutan yang disebutkan di atas, juga tidak semua langkah akan dialami oleh semua pasien, meskipun seseorang akan selalu mengalami setidaknya dua dari kelima hal tersebut.

2.3.4 Mekanisme Respons Tubuh Terhadap Stres

Setiap impuls *somatosensoris* yang tertangkap oleh panca indra akan masuk ke RAS (*Reticular Activating System*) yaitu sekumpulan syaraf *nucleus* pada sumbu batang otak yang berfungsi menerima masukan data dari semua pancaindra dan dari bagian otak lainnya

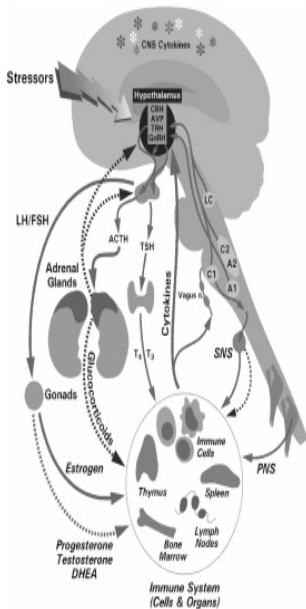
(*cerebellum*/ otak kecil dan kedua hemisfer otak) serta menyaringnya. Data yang relevan akan ditahan di otak sadar dan yang kurang relevan dikirim ke bagian bawah sadar. Proses filtrasi ini sifatnya mutlak karena RAS setiap saat menerima sedemikian banyak data dan “banjir” data tersebut dapat mengganggu ketenangan pikiran dan ketentraman serta kenyamanan seseorang di “*comfort zone*”-nya. Jika orang harus memikirkan semua hal yang masuk ke otaknya maka kewarasan pikirannya bisa dipastikan akan segera terganggu, sehingga filtrasi ini juga berfungsi semacam “*built-in safety gadget*”.

Skema ilustrasi koneksi kekebalan saraf, termasuk sinyal kekebalan sistem saraf pusat melalui sistemik dan saraf vagus (Vagus n.) dan regulasi imunitas SSP melalui *hipotalamus pituitary-adrenal* (HPA), sistem saraf simpatik (SNS), sistem saraf parasimpatis,

dan sistem saraf perifer (PNS) dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut ini. Tanda bintang dalam otak merupakan ekspresi sitokin dalam SSP. Garis putus-putus mewakili jalur regulasi negatif, garis padat mewakili jalur regulasi positif.

Informasi yang diterima RAS selanjutnya mengaktivasi PFC (*Prefrontal Cortex*) yang akan mempersepsikan dan menilai serta memutuskan dan menetapkan impuls tersebut sebagai suatu persepsi yang positif atau negatif. Selain itu PFC juga berfungsi mengendalikan dorongan impuls dan memecahkan masalah (Mohandas E, 2008).

Menurut Mohandas E, aktivitas psikospiritual dimulai dengan



Gambar 2.1 Skema ilustrasi hubungan stres dengan system kekebalan tubuh
Sumber: (Ader, 2007)

aktivasi dari PFC dan *Cingulate* yang berkaitan dengan kehendak, kemauan atau niat untuk membersihkan pikiran. Selanjutnya PFC akan mengaktivasi *thalamus*, terutama inti *retikuler* dari *thalamus*. *Thalamus* menengahi aliran informasi ke korteks sensorik baik visual maupun orientasi spasial. Informasi visual disampaikan melalui LGB (*Lateral Geniculate Body*) ke CS (*cortex striate*). Sedangkan informasi spasial disampaikan melalui LPN (*Lateral Posterior Nucleus*) ke PSPL (*Posterior Superior Parietal Lobe*) (Mohandas E, 2008).

Ketika merasa gembira inti *retikuler thalamus* melalui *GABAergic* menghambat proyeksi GABA (*Gamma Amino Butiric Acid*) ke LGB dan LPN dan memotong masukan ke CS dan PSPL. Deferentasi fungsional rangsang ke CS (*cortex striate*) dan PSPL yang menurunkan aktivitas di daerah parietal (Ader, 2007).

PSPL membantu membuat gambar tiga dimensi yang kompleks dari tubuh dalam ruangan, membantu membedakan antara diri manusia dengan lingkungan eksternalnya yang penting dalam fisiologi aktivitas spiritual (Newberg & Iversen, 2003).

Mekanisme respon tubuh terhadap stres diawali dengan adanya rangsangan dari luar maupun dari dalam tubuh individu sendiri yang akan diteruskan pada sistem limbik sebagai pusat pengatur adaptasi. Sistem limbik meliputi *thalamus*, *hipothalamus*, *amygdala*, *hippocampus* dan *septum*. Sistem limbik juga dapat mempengaruhi kerja dari sistem otonom (Newberg & Iversen, 2003).

Hipothalamus memiliki efek yang sangat kuat pada hampir seluruh sistem *visceral* tubuh manusia, hampir semua bagian dari otak mempunyai hubungan dengannya, oleh karena hubungan inilah maka *hipothalamus* dapat merespon rangsang psikologis dan emosional. Peran *hipothalamus* terhadap stres meliputi empat fungsi spesifik. Fungsi tersebut adalah: (1). menginisiasi aktivitas sistem saraf otonom, (2). merangsang *hipofise anterior* memproduksi hormon ACTH, (3). memproduksi ADH atau *vasopressin*, (4). merangsang kelenjar *tiroid* memproduksi hormon tiroksin. Pemahaman empat

fungsi ini sangat penting untuk mengerti tentang respons tubuh terhadap stres (Ader, 2007).

Hipothalamus saat stres akan mensekresikan CRF (*corticotropin releasing Factor*) yang memacu *hipofise anterior* untuk memproduksi ACTH (*adrenocorticotrophic hormone*) dan TRF (*thyrotropin releasing factor*). Pelepasan ACTH membuat kelenjar *adrenal* mensekresikan beberapa hormon, meliputi *glukokortikoid* (*kortisol*), *adrenalin* dan *noradrenalin*. Pelepasan TRF akan merangsang kelenjar *hipofise* untuk memproduksi *tiotropin* yang akan mengatur kecepatan sekresi *tiroksin* dan *triiodotironin* pada kelenjar *tiroid*. Hormon *kortisol* akan menekan sistem imun, sehingga menyebabkan produksi *limfosit* dan *eosinofil* berkurang terutama limfosit sangat ditekan produksinya. Selain itu, peningkatan jumlah *kortisol* juga menyebabkan terjadinya penurunan jumlah *monosit* dan *basofil* dalam sirkulasi, hanya saja mekanismenya masih belum jelas diketahui (Ader, 2007).

Pengaruh *adrenalin* terhadap jumlah *leukosit* terutama menyebabkan kenaikan jumlah *netrofil* atau yang disebut *leukositosis netrofilia*. Prosesnya terutama berkaitan dengan peningkatan terjadinya *demarginasi* sel *netrofil* dari *kapiler* darah oleh penambahan jumlah *adrenalin* sehingga menambah *pool netrofil* dalam sirkulasi bebas (Newberg & Iversen, 2003).

Pada stres tahap ringan, intensitas stres masih belum mengakibatkan gangguan berat dan merusak, sehingga tubuh masih mampu mengatasi gangguan yang terjadi dengan cara meningkatkan sistem pertahanan tubuh sendiri salah satunya dengan peningkatan jumlah sel darah putih yang beredar dalam sirkulasi darah.

HIV yang masuk kedalam tubuh merupakan stresor biologis yang berdampak luas terhadap seluruh organ tubuh. Stresor HIV direspon oleh sistem saraf pusat, *hipothalamus*, batang otak, *hipofisis* dan saraf perifer. Stresor HIV akan menstimulasi sel-sel otak untuk memproduksi dan mensekresi berbagai molekul sinyal yang dapat memodulasi sistem imun seperti *neurotransmitter*, *neuropeptida*,

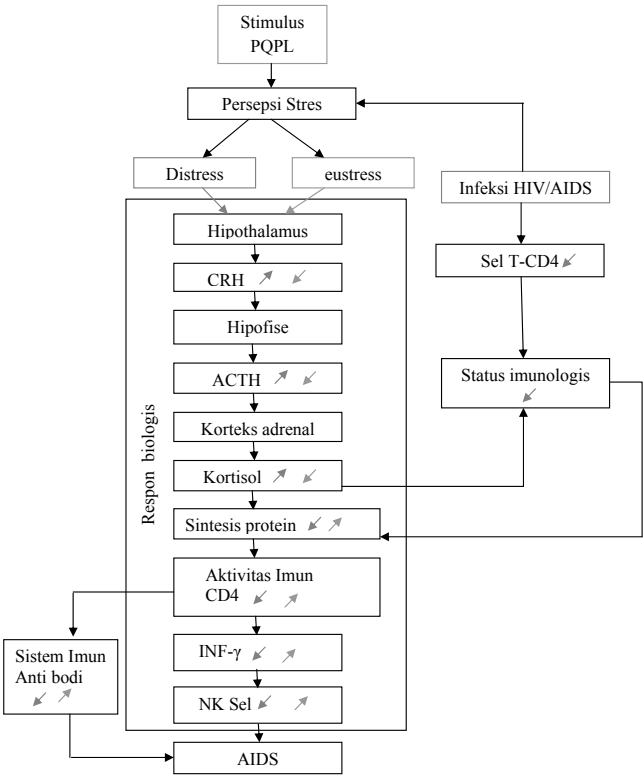
neurohormon maupun neuroendokrin molekul efektor. Stresor biologi HIV meningkatkan aktivitas aksis *hypothalamus pituitary adrenal* (HPA) melalui *corticotrophin releasing factors* (CRF) yang akan berdampak pada berbagai sel tubuh seperti *astrosit*, *microglia*, yang akan menjadi aktif memproduksi, mensekresi sitokin proinflamatori ($IL-1\beta$, $L-6$, $TNF-\alpha$), dan produksi *reactive oxygen species* (ROS) (Nasronudin, 2014).

Sitokin proinflamatori tersebut bersama *serotonin*, *norepinefrin* dan *asetilkolin* mempengaruhi *paraventriculer nucleus* (PVN) di hipotalamus, kemudian memproduksi molekul sinyal berupa *corticotrophin releasing factors* (CRF) yang bertindak sebagai koordinator respons stres. Meskipun berbagai neuron juga memproduksi CRF tetapi kadar tertinggi terdapat di PVN. Dalam hitungan menit stres akut akan meningkatkan mRNA CRF, disusul dengan meningkatnya kadar CRF pada *nucleus paraventriculer*. CRF kemudian bergerak menelusuri akson ke again medial hipotalamus dan akhirnya dilepaskan di penghujung pembuluh darah kapiler dalam pleksus *venous hipofisialportal* yang merupakan muara kelenjar hipofisis anterior, menginduksi polipeptid *proopiomelanocortin* (POMC) yang pascatranslasi memproduksi ACTH, α , β , γ *melanosit stimulating hormone* (MSH) dan β *endorphin*. ACTH menstimuler spongiosa pada zona fasikulata korteks adrenal untuk memproduksi kortisol sebagai hormone stres. Hormon ACTH mengikuti aliran darah sistemik, selanjutnya mempengaruhi spongiosit (sel zona fasikulata korteks) adrenal sehingga memicu peningkatan kadar kortisol (Nasronudin, 2014).

Kortisol yang meningkat pada saat stres berat mempunyai pengaruh terhadap respon imun, mempunyai efek immunosupresif pada system limforetikuler. Kortisol menghambat fungsi limfosit makrofag dan leukosit serta efek pada tempat infeksi. Kortisol mampu menekan produksi sitokin dan mediator inflamatori. Kortisol merupakan glukokortikoid yaitu steroid 21-karbon yang dominan

pada manusia, hormone ini dibuat di dalam zona fasikulata korteks adrenal. Dalam kondisi normal, hanya 10% kortisol dalam plasma bebas dari ikatan transkortin dan albumin.

Bila kortisol bebas (tidak terikat oleh protein) kadarnya meningkat dalam darah, maka sekresi ACTH akan dihambat melalui lingkaran umpan balik negatif, bila kadar kortisol subnormal maka mekanisme umpan balik negatif menurun, sebaliknya kadar ACTH naik, korteks adrenal mensekresi kortisol hingga kadar dalam darah normal. Sekresi kortisol hanya sedikit yang disimpan di dalam sel adrenal, mengingat hormon ini segera dilepas ke dalam plasma begitu selesai dibuat.



Gambar 2.2. Alur Hubungan Pencerahan Qalbu Padang Lampe, HIV/AIDS, Persepsi Stres dan Stres Respons (CD4)

Pelepasan kortisol terjadi secara berkala, diatur oleh irama diurnal pelepasan ACTH sehingga kadar kortisol berfluktuasi. Kadar kortisol mencapai nilai tertinggi pagi hari segera setelah bangun tidur dan nilai terendah pada akhir sore hari serta awal malam hari. Kadar normal dalam serum atau plasma adalah 50-230 ng/ml (138-635 nmol/l) pada jam 08.00-10.00, sedangkan pada sore hari jam 16.00 adalah 30-150 ng/ml (82,8-414 nmol/l) dengan factor konversi 1 ng/ml-2,76 nmol/l (Nasronudin, 2014).

Efek biologis kortisol sebagai pendorong glukogenesis, deposisi glikogen liver, meningkatkan kadar glukosa darah, efek metabolisme lemak, dan protein antiinflamasi. Efek terhadap mekanisme pertahanan tubuh adalah supresi respon imun. Pertama, menyebabkan penghancuran (lisis) limfosit yang spesifik menurut tipe sel. Kedua, supresi respon inflamasi dengan (1) menurunkan jumlah leukosit yang beredar di dalam darah dan migrasi leukosit jaringan (2) menghambat proliferasi fibroblast (3) menginduksi lipokortin lewat inhibisi fosfolipase A2, akan menumpulkan produksi molekul-molekul anti inflamasi yang opten, yaitu prostaglandin dan leukotrien (Nasronudin, 2014).

Ketika dinyatakan terinfeksi HIV sebagian besar orang menunjukkan perubahan karakter psikososial (hidup dalam kondisi stres, depresi, merasa kurangnya dukungan sosial dan perubahan perilaku) yang mendorong reaksi penolakan hingga syok yang berlangsung berbulan-bulan bahkan tahunan yang potensial mendorong progresivitas infeksi HIV menjadi AIDS. Laju progresivitas infeksi HIV dipengaruhi factor strain virus, genetic, umur, jenis kelamin, malnutrisi dan koinfeksi terutama virus DNA serta psikososial, factor stigma dan cap buruk dari masyarakat terhadap pengidap penyakit ini makin memperburuk keadaan.

Penelitian menunjukkan adanya hubungan respon psikologis terhadap infeksi HIV dengan indikator klinis serta imunologis yang menunjukkan progresivitas penyakit. HIV menyerang system

kekebalan tubuh terutama limfosit T-CD4 dan berbagai sel termasuk sel-sel saraf. Menurunnya kekebalan tubuh membuka peluang bagi mikroorganisme lain untuk tumbuh kembang, sehingga muncul manifestasi infeksi oportunistik, serta mendorong perkembangan ke arah malignasi sebagai realisasi AIDS (Nasronudin, 2014).

2.4 Strategi Koping

2.4.1 Mekanisme Strategi Koping ODHA

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu (ODHA) dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999). Sedangkan menurut Lazarus (1984) dalam Krohne, 2002, koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi kemampuan individu.

Berdasarkan kedua definisi maka yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Definisi lain yang dikemukakan oleh Taylor S, (1998) strategi coping adalah upaya khusus, baik perilaku dan psikologis, yang digunakan untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalkan peristiwa stres. Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) (Stuart dan Sundeen, 1995) yaitu :

1. Mekanisme koping *adaptif*

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan dengan ciri-ciri berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, melakukan teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

2. Mekanisme koping *maladaptif*

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan dengan ciri, makan berlebihan atau tidak makan sama sekali, bekerja berlebihan, dan menghindar.

Setidaknya ada tiga unsur penting yang harus dipertimbangkan dalam konseptualisasi coping, yaitu (a) koping tidak harus berupa “keberhasilan” dalam bertindak, tetapi dapat berupa upaya yang akan dilakukan, (b) upaya ini tidak harus diekspresikan dalam perilaku yang sebenarnya, namun dapat diarahkan pada faktor kognisi (pengetahuan faktual yang empiris), dan (c) penilaian kognitif tentang situasi yang “melelahkan” merupakan prasyarat untuk menginisiasi coping (Schwarzer, 1996).

Carver et al. (1989), menyampaikan beberapa bentuk lain dari coping yang tidak termasuk dalam pengkategorian sebelumnya yang dibagi ke dalam *problem focused coping* (misalnya, coping aktif dan perencanaan dampak manajemen stres), dan *emotion-focused coping* (misalnya, penafsiran kembali tentang hal-hal yang positif dan perkembangan), serta coping melalui perilaku dan *mental disengagement* (misalnya, menggunakan obat-obatan dan alkohol untuk mengatasi, menyerah, tidur, atau bekerja lebih untuk menghindari masalah).

Strategi koping khusus yang sering digunakan dalam menanggapi peristiwa stres yang diadaptasi dari Tobin, (2001) memetakan subskala utama terdiri dari:

1. *Problem Solving*: subskala ini mengacu pada kedua strategi perilaku dan kognitif yang dirancang untuk menghilangkan sumber stres dengan mengubah situasi stres
2. *Cognitive Restructuring*: subskala ini mencakup strategi kognitif yang mengubah makna transaksi stres menjadi kurang mengancam,

yang melihat aspek dan sisi positif dari peristiwa serta perspektif baru.

3. *Sosial Support*: subskala ini termasuk item yang merujuk kepada mencari dukungan emosional dari orang-orang terdekat seperti, keluarga dan teman.
4. *Express Emotions*: subskala ini termasuk item melepaskan dan mengekspresikan emosi.
5. *Problem Avoidance*: subskala ini mencakup item mengacu pada penolakan masalah dan menghindari pikiran-pikiran atau tindakan tentang peristiwa stress.
6. *Wishful Thinking*: subskala ini mengacu pada strategi kognitif yang mencerminkan ketidakmampuan atau keengganan untuk mengubah situasi. Item ini melibatkan harapan dan pengharapan bahwa hal yang terjadi bisa lebih baik.
7. *Sosial withdrawal*: subskala ini mengacu pada dorongan yang sangat kuat untuk menarik diri dari orang lain dan menutup diri (menarik diri dari lingkungan sosial).
8. *Self blame* subskala ini termasuk item yang mencerminkan menyalahkan diri sendiri terhadap situasi yang terjadi dan mengkritik diri sendiri.

1.1.2 *The Transactional Model of Stres and Coping* dan Perspektif Kesehatan Masyarakat

The Transactional Model of Stres and Coping adalah kerangka kerja untuk mengevaluasi proses koping terhadap kondisi stres. Saat menghadapi stresor seseorang mengevaluasi potensi ancaman atau bahaya (penilaian primer), serta kemampuannya untuk mengubah situasi dan mengelola reaksi emosional yang negatif (penilaian sekunder). Upaya koping, yang ditujukan untuk menanggulangi masalah dan mengatur emosional, menimbulkan hasil dari proses koping (misalnya kesejahteraan, status fungsional psikologis dan kepatuhan) (Glanz K., 2008).

Tabel berikut memperlihatkan ringkasan, definisi dan aplikasi dari *Transactional Model of Stres and Coping*, hubungan antar konsep, dimana keadaan psikologi yang positif berasal dari proses coping, yang mengarah kembali ke penilaian dan coping.

Tabel 2.2
Transactional Model of Stres and Coping

Konsep	Definisi	Aplikasi
Penilaian awal	Evaluasi pentingnya stresor atau kejadian yang dianggap mengancam	persepsi dari suatu peristiwa yang mengancam dapat menyebabkan penderitaan. Bahkan jika dianggap sebagai positif, jinak , atau tidak relevan, sedikit ancaman negatif dirasakan
Penilaian sekunder	Evaluasi pengendalian stresor dan sumber daya coping	Persepsi kemampuan seseorang untuk mengubah situasi , mengelola reaksi emosional, dan / atau mengatasi secara efektif dapat menyebabkan coping dan adaptasi berhasil
Upaya coping	Strategi yang sebenarnya digunakan untuk menengahi penilaian primer dan sekunder	
Manajemen masalah	Strategi diarahkan pada perubahan situasi stres	Coping aktif, pemecahan masalah dan pencarian informasi terkadang digunakan
Pengaturan emosional	Strategi yang bertujuan untuk mengubah cara orang berpikir atau merasa tentang situasi stres	Melampiaskan perasaan , menghindari , penolakan dan mencari dukungan sosial dapat digunakan
Makna dasar coping	Proses yang menyebabkan emosi positif, yang pada gilirannya menopang proses coping dengan memungkinkan reka ulang masalah atau emosi yang fokus pada coping	Penilaian yang positif, merubah tujuan, kepercayaan spiritual, peristiwa positif

Konsep	Definisi	Aplikasi
Hasil coping (adaptasi)	Kesejahteraan emosional, status fungsional, perilaku kesehatan	Strategi coping dapat menyebabkan adaptasi positif atau negatif jangka pendek dan jangka panjang
Gaya coping disposisional	Cara umum berperilaku yang dapat mempengaruhi reaksi emosional atau fungsional seseorang terhadap stresor, relatif stabil sepanjang waktu dan situasi	
Mencari informasi	Gaya atensional yang mewaspadaai (memonitor) dibandingkan dengan mereka yang melibatkan penghindaran (menumpulkan)	Memonitor dapat meningkatkan stres dan gairah; hal itu juga dapat meningkatkan coping aktif Menumpulkan dapat mematikan kekhawatiran yang berlebihan tetapi dapat mengurangi kepatuhan
Optimisme	Kecenderungannya untuk memiliki harapan umum yang positif terhadap hasil	Orang yang optimis dapat mengalami gejala yang lebih sedikit dan / atau pemulihan yang lebih cepat dari penyakitnya

Sumber: Glanz K., 2008. p 214-215

Primary appraisal (penilaian awal) adalah penilaian pribadi terhadap pentingnya suatu peristiwa seperti tekanan, yang positif, terkontrol, penuh tantangan, tidak berbahaya, atau tidak relevan. Masalah kesehatan biasanya terjadi karena coping yang negatif terhadap kondisi stres. *Primary appraisal* juga bertindak untuk meminimalkan makna ancaman, terutama ketika ancaman itu tidak jelas atau tidak pasti.

Teori *The Transactional Model of Stress and Coping*, dipandang dari perspektif Kesehatan Masyarakat dimana coping dan stres mempengaruhi individu dalam hubungan mereka dengan orang lain

dalam berbagai situasi, yang juga bisa dialami di tingkat masyarakat. Relevansi kesehatan masyarakat stres dan koping menegaskan gagasan bahwa kesehatan dan penyakit adalah produk dari berbagai factor risiko pada tingkat individu dan factor-faktor protektif kontekstual (Kawachi dan Subramanian, 2006 dikutip Glanz K, 2008).

Peran kesehatan masyarakat lebih kearah domain promotif dan preventif, infeksi HIV mempengaruhi semua aspek kehidupan termasuk psikologis, fisik, sosial dan emosional. Status sosial ekonomi berubah, kehilangan pekerjaan, dan teman bahkan keluarga akibat stigma misalnya beberapa diantara faktor yang memicu stres pada ODHA. Stigma yang menyebabkan stres dapat di cegah sedini mungkin agar tidak terjadi imbas yang tidak diinginkan terhadap masalah kesehatan masyarakat. Dukungan dari lingkungan sosial terutama pada ODHA yang selama ini terstigmatisasi karena penyakitnya dapat di minimalisir. Ketakutan yang berlebihan akan tertular HIV sering kali membuat masyarakat melakukan stigma, dan diskriminasi terhadap ODHA, dengan mengedukasi masyarakat tentang cara pencegahan dan penularan HIV diharapkan tidak ada lagi stigma yang di alami ODHA, sehingga HIV dianggap dan diperlakukan seperti penyakit menular lain yang upaya pencegahannya tidak perlu sampai menjauhi orang dengan HIV, sehingga stres yang dialami ODHA terkait stigma akibat penyakitnya dapat diminimalisasi, meningkatkan kualitas hidup ODHA, membuka seluas-luasnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan dan ODHA tidak lagi menutupi statusnya, dan penularan terselubung makin berkurang.

Secondary appraisal adalah penilaian sumber daya koping seseorang yang berfokus pada gambaran situasi stres dan apa yang dapat diperbuat dalam menghadapi situasi stres. Kemampuan untuk mengubah situasi (merasakan kontrol atas ancaman), merasakan kemampuan untuk mengelola reaksi emosional seseorang terhadap ancaman (merasakan kontrol atas perasaan), dan harapan tentang efektivitas sumber koping seseorang (koping faktor percaya diri).

Stres dapat berubah dari waktu ke waktu, koping dapat terjadi dalam jangka waktu yang berbeda. Tiga kategori utama hasil koping adalah kesejahteraan emosional, status fungsional (status kesehatan, perkembangan penyakit), dan perilaku kesehatan. Koping ini juga dapat berinteraksi satu sama lain misalnya hormon kortisol, yang terlibat dalam respon stres, telah ditemukan terkait dengan berbagai *outcome* kesehatan.

1.1.3 Pencerahan Qalbu Hubungannya dengan Mekanisme Coping

Kegiatan Pencerahan Qalbu Padang Lampe adalah pendekatan spiritual yang menitikberatkan pada pengenalan diri sendiri sebagaimana yang telah diuraikan sebelumnya. Mengingat kembali tentang hakekat dari penciptaan manusia. Mengajarkan kembali tentang arti penting membina hubungan dengan Allah SWT melalui pembinaan perbaikan hubungannya dengan sesama manusia.

Pendekatan spiritual menekankan substansi nilai-nilai luhur keagamaan nilai-nilai kejiwaan manusia dalam meningkatkan keimanan agar tetap berada pada jalan kebenaran (*ketaqwaan*) yang berpusat di hati (*qalbu*) untuk menggapai cahaya Ilahi, sedangkan religiusitas lebih mengarah pada kualitas penghayatan dan sikap hidup seseorang, aspek perilaku yang muncul akibat rasa patuh dan ketaatannya pada nilai keagamaan yang diyakininya dan mengutamakan formalitas agama.

Jika selama ini dalam pendekatan HIV/AIDS dikenal dengan pendampingan teman sebaya, maka dalam pencerahan qalbu Padang Lampe umumnya kegiatannya dilakukan bersama-sama. Mulai dari shalat wajib maupun yang sunnah, mengkaji ayat Al-Qur'an dan Hadist, berdzikir, bahkan makan pun diatur sedemikian rupa dimana empat orang makan dalam satu nampan yang sama sehingga terbina hubungan yang lebih serasi dan selaras dengan sesama peserta pencerahan qalbu juga antar peserta pencerahan qalbu dan para dosen pembina. Dengan demikian diharapkan tercipta kebersamaan,

saling mendukung dalam lingkungan sosialnya. Jika selama ini para pengidap HIV/AIDS mengalami tekanan (stresor) dari lingkungan sosialnya karena penyakitnya, maka dengan sosialisasi yang baik selama kegiatan pencerahan qalbu diharapkan ODHA akan cenderung merasa tentram. Perbedaan pencerahan qalbu Padang Lampe yang dilakukan untuk ODHA dan original pencerahan qalbu untuk mahasiswa, dosen dan pimpinan dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2.3
Perbedaan Pencerahan Qalbu ODHA dan Original Pencerahan Qalbu

Perbedaan	Pencerahan Qalbu ODHA	Original Pencerahan Qalbu
Tujuan	Meningkatkan dimensi spiritual yang mengingatkan bahwa segala yang terjadi karena kehendak Allah, dan hendaknya tidak berputus asa menghadapi penyakitnya	Membentuk mahasiswa pimpinan, dosen dan staf yang berilmu amaliyah beramal ilmiah dan berahlakul karimah
Isi Materi Kajian	Materi kajian disesuaikan dengan tahapan PQPL yang terdiri dari Tahap 1: Menanamkan Allah SWT Maha Pengasih & Maha Penyayang Tahap II Membangun motivasi spiritual dengan menukil ayat-ayat dan hadist bahwa tidak ada penyakit yang tidak ada obatnya, bahwa al-Qur'an adalah obat bagi mereka yang meyakini, Tahap III Allah SWT Maha Pengampun sehingga seberapa besarnya dosa manusia akan diampuni jika memohon ampun dengan sungguh-sungguh.	Materi iman, islam dan ihsan serta akidah dan ahlak kehidupan secara umum
Intervensi	1. Mental spiritual melibatkan peran akal dan qalbu 2. Strategi coping 3. Dukungan sosial	Mental spiritual, ahlakul karimah dan kepemimpinan, pendidikan moral bersumber dari nilai-nilai luhur agama, tradisi, dan adat istiadat

Perbedaan	Pencerahan Qalbu ODHA	Original Pencerahan Qalbu
		masyarakat, melalui proses pembelajaran di kelas melibatkan peran akal dan qalbu melalui metode inkulkasi, keteladanan, fasilitasi, tazkirah, pembiasaan, dan pencerahan qalbu
Durasi	3 (tiga) hari berturut-turut di Ballata sebagai awal pengenalan dengan durasi 7 jam/ pertemuan 3 (tiga) hari berturut-turut di Pesantren Darul Mukhlisin YW UMI Padang Lampe (jadwal modifikasi terlampir) Dan 6 (enam) hari setelah dari padang lampe, dilakukan seminggu sekali selama 3 jam/ pertemuan	Sebulan penuh di Pesantren Darul Mukhlisin Padang Lampe untuk mahasiswa, 3-5 hari untuk dosen, karyawan dan pimpinan (jadwal standar terlampir)
Metode	Menitik beratkan pada Dzikir ala Padang Lampe yang dipandu oleh ustaz Zain Irwanto & ustaz Yunus dan motivasi spiritual	Wajib mengikuti seluruh rangkaian kegiatan pesantren yang terjadwal
Evaluasi	Persepsi stres, respon biologis (CD4), dimensi spiritual, strategi koping dan dukungan sosial	Ketuntasan mengikuti materi & kelulusan

Pengkajian yang dilaksanakan selama pencerahan qalbu Padang Lampe, selain pengenalan diri dan konsep menjalin hubungan sosial yang lebih baik dengan lingkungan sekitarnya, para peserta pencerahan qalbu juga secara berjamaah melaksanakan ritual keagamaan seperti shalat wajib dan sunnah berjamaah dan dzikir. Dalam Al-Qur'an disebutkan bahwa hati akan menjadi tentram dengan mengingat Allah seperti arti Q.S. Ar-Rad: 28 dibawah ini:

“...(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram”.

Dan surah Al-Baqarah ayat 45-46 berikut ini:

“...Jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu. dan Sesungguhnya yang demikian itu sungguh berat, kecuali bagi orang-orang yang khusyu’,

46. (yaitu) orang-orang yang meyakini, bahwa mereka akan menemui Tuhannya, dan bahwa mereka akan kembali kepada-Nya”.

Ritual shalat dan dzikir yang dilaksanakan adalah pengejawantahan dari ayat diatas. Hal ini sesuai dengan tujuan dari pencerahan qalbu yang dikutip dari Universitas Muslim Indonesia, 2012 yang terdiri dari:

a. Pengendalian Diri

Salah satu manfaat dzikir adalah sebagai sebuah bentuk pelatihan untuk mengendalikan suasana hati, pikiran dan tindakan seseorang. Bila sedang marah, manusia paling mudah untuk mengingat hal-hal yang memunculkan dendam. Diri kita berusaha mencari-cari obyek-obyek untuk melampiaskan kemarahan, mudah tersinggung, dan mencari-cari alasan yang logis sebagai “pembenaran” dan rasionalisasi penumpahan kebencian. Dzikir adalah suatu pelatihan untuk menolak serta menyingkirkan pikiran jahat seperti ini, agar bisa tetap berfikir jernih dan bertindak secara positif dan produktif.

Ketika kemarahan memuncak, suasana hati sering kali bergolak tak terkendali. Tekanan yang kian menumpuk terus membengkak hingga mencapai titik batas, dan terus bertumpuk, mendekati titik kritis yang tak tertahankan. Akibatnya, persoalan kecil yang biasanya tidak menimbulkan masalah apa-apa, akan berubah menjadi persoalan serius yang sangat menyesak hati, dan membuat resah dan sangat gusar. Semua ketegangan menjadi bertumpuk. Itulah alasan yang membuat manusia buta hatinya. Setelah meledak, barulah timbul rasa penyesalan, tetapi terlambat karena ledakan itu telah terlontar dan mengenai orang lain, tidak hanya mitra kerja, namun juga orang

yang di sayangi. Dzikir adalah melatih diri untuk mengendalikan ledakan emosi seperti itu.

b. Kesadaran diri

Dalam penciptaannya, manusia itu disertai dengan empat sifat *saba'iyah* (kebuasan), *bahimiyyah* (kebinatangan), *syaitaniyyah* (setan), dan sifat *rabbaniyah* (ketuhanan). Keempat sifat itu bersemayam di dalam qalbu. Ketika seseorang dikuasai oleh kemarahan, maka sifat yang dominan adalah cenderung pada permusuhan, benci, menyerang, mencelakakan dan mencaci.

Ketika seseorang dikuasai oleh nafsu syahwat, maka kecenderungan perangnya yaitu rakus, menuruti nafsu syahwatnya yang besar dan perilaku buruk. Manakala sifat *rabbaniyah* yang dominan, maka seseorang suka sekali terhadap kekuasaan, kemuliaan, kekhushyukan, menjadi pemimpin yang paling unggul, terlepas dari belenggu perbudakan, tidak ingin menjadi orang yang rendah derajatnya, senang jika dianggap sebagai ulama (Imam Ghazali, Rahasia ketajaman mata hati, penerbit terbit terang halaman 247 dikutip Universitas Muslim Indonesia, 2012).

Qalbu yang terpelihara dari sifat buruk dan selalu dihiasi dengan sifat-sifat yang terpuji, bagaikan cermin yang terbebas dari debu. Qalbu menjadi bersih sehingga jika Allah menghendaki kebaikan, maka Dia akan menjadi penasehat qalbu itu sendiri.

c. Manajemen Qalbu

Mengasah qalbu dengan berpikir tentang keutamaan kedudukan manusia yang memiliki daya nalar atau berfikir. Dengan berfikir seseorang dapat menemukan Tuhan melalui tafakkur terhadap keberadaan dunia dan segala isinya. Qalbu akan menjadi tumpul jika tidak dipakai berpikir dalam Q.S. Ali Imran: 191 dijelaskan tentang tafakkur atau berpikir ini sebagai berikut:

“.....(yaitu) orang-orang yang mengingat Allah sambil berdiri atau duduk atau dalam keadan berbaring dan mereka memikirkan tentang penciptaan langit dan bumi (seraya berkata): “Ya Tuhan Kami, Tiadalah Engkau menciptakan ini dengan sia-sia, Maha suci Engkau, Maka peliharalah Kami dari siksa neraka”.

Dzikir berarti mengingat dengan hati akan kebesaran Allah SWT, menyebut dengan lisan sifat dan nama-Nya dan taat dengan amaliah menjalankan segala perintahnya dan menjauhi segala larangan-Nya.

2.5 Pengelolaan Stres dan Psikoneuroimunologi

Teknik manajemen stresor, seperti latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif, pelatihan keterampilan coping, dan pelatihan keterampilan interpersonal, dapat mengurangi kecemasan, depresi, dan isolasi sosial pada orang yang terinfeksi HIV dengan menurunkan ketegangan fisik dan meningkatkan rasa kontrol dan *self-efficacy*. Sebuah model *psychoneuroimmunologic* diusulkan dimana perubahan psikologis tersebut diduga disertai dengan peningkatan kemampuan untuk mengatur fungsi neuroendokrin, yang pada gilirannya dapat dikaitkan dengan normalisasi parsial fungsi sistem kekebalan tubuh seperti proliferasi limfosit dan sitotoksitas, memberikan pengawasan lebih efisien terhadap virus yang laten dan dapat berkontribusi langsung terhadap peningkatan replikasi HIV yang menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik. Seperti normalisasi menurunnya sistem kekebalan yang terjadi secara bertahap akibat stres yang mencegah atau meminimalkan peningkatan viral load dan ekspresi gejala klinis. Model ini berguna untuk menguji faktor yang berkontribusi terhadap efek kesehatan dari intervensi manajemen stres pada orang yang terinfeksi HIV. Dalam konteks ini, salah satu strategi penelitian umum untuk menguji efek dari intervensi manajemen stres adalah untuk menargetkan mereka terhadap tantangan psikososial yang lebih umum bahwa orang yang terinfeksi HIV menghadapi berbagai

titik dalam proses penyakit (Antoni, 2003).

Psikoneuroimunologi merupakan kajian interaksi perilaku, neuroendokrin dan system imun (Ader, 2001). *Watson's Behaviorism* (dalam Putra, 2011) mengemukakan bahwa perilaku tertentu akan terbina dari stimulus yang dikondisikan (*stimulus response relationship*), seseorang akan menjadi sukses atau gagal dipengaruhi oleh hasil interaksi dan transaksi antara sifat yang diturunkan (*genetic inheritance*), *sosial cultural environment* dan *experience*.

Stres perception merupakan gambaran *internal mental events*, yaitu proses pembelajaran atau persepsi. Persepsi merupakan kemampuan untuk memahami atau mengkonsepkan stresor (sumber stres) yang diterima yang menghasilkan suatu kognisi (pengertian), yang dapat menimbulkan *stres response* berupa modulasi respon imun (Putra, 2011).

Keterlibatan system syaraf dalam imunoregulasi, dipengaruhi oleh kinerja system syaraf yang menghasilkan *learning process* yang terjadi di CNS yang menghasilkan kognisi tertentu. Stresor psikososial atau fisik ditangkap oleh PVN dan sel di *locus cereleus noradrenergic center* di hypothalamus, kedua sel tersebut mengalami aktivasi atau stres tahap 1, sehingga mensekresi CRH dan AVP. Kedua molekul tersebut mengirim sinyal ke sel di pituitary, sehingga mensekresi POMC, terutama ACTH, sel di pituitary mengalami stres tahap 1 atau aktivasi. Kemudian ACTH ditangkap oleh sel dikorteks, kelenjar adrenal mengeluarkan glukokortikoid dan sel di medulla kelenjar adrenal mengeluarkan epinephrin (EPI) – Nor epinephrin (NE), kedua sel dikorteks dan medulla kelenjar adrenal mengalami stres tahap I (aktivasi), limfosit mempunyai reseptor untuk glukokortikoid, EPI dan NE sehingga dapat memodulasi limfosit, limfosit mengalami stres tahap I dan aktivasi. Sinyal stres ini yang akan memodulasi imunitas melalui rambatan sinyal dari sel yang mengalami stres (Putra, 2011).

Ketika seseorang merubah persepsi, maka segala sesuatu pun akan ikut berubah. Hasil yang didapatkan oleh seseorang ditentukan

oleh pikiran yang berulang-ulang dan dihubungkan dengan persepsi sehingga menjadi keyakinan dan kebiasaan yang dilakukan secara spontan. Pikiran adalah sumber pendorong perilaku, sikap dan hasil yang didapatkan (Elfiky, 2012).

2.6 CD4, Faktor yang Mempengaruhi dan Metode Tes

Saat HIV masuk ke dalam tubuh baik melalui mukosa maupun melalui sirkulasi sistemik, HIV di bawa ke dalam kelenjar limfe regional dan di tempat inilah terjadi replikasi virus yang menimbulkan viremia dan infeksi jaringan limfoid sehingga menyebabkan terjadinya limfadenopati subklinis. Sedangkan sel limfosit-B yang terdapat di dalam *sentrum germinativum* jaringan limfoid juga memberikan respon imun yang spesifik terhadap HIV yang mengakibatkan terjadinya *limfadenopati* yang nyata akibat hiperplasia atau proliferasi folikuler yang ditandai dengan meningkatnya sel *dendrit folikular* di dalam *sentrum germinativum* dan sel limfosit T-CD4. Akumulasi sel limfosit T-CD4 yang meningkat di dalam jaringan limfoid ini selain akibat proliferasi *in situ* juga berasal dari migrasi limfosit dari luar. Migrasi limfosit T-CD4 dari luar inilah yang mengakibatkan penurunan limfosit T-CD4 di dalam sirkulasi secara tiba-tiba yang merupakan gejala yang khas dari sindrom infeksi HIV akut atau fase infeksi akut (Nasronudin, 2007).

Sel CD4 atau sel T-helper adalah jenis sel darah putih yang melawan infeksi. Sel-sel CD4 diproduksi di limpa, kelenjar getah bening, dan kelenjar timus, yang merupakan bagian dari sistem getah bening untuk membantu mengidentifikasi, melawan dan menghancurkan kuman seperti bakteri dan virus. Limfosit T-CD4 mengatur reaksi system kekebalan tubuh manusia yang mengawali, mengarahkan untuk pengenalan serta pemusnahan terhadap berbagai mikroorganisme termasuk virus. Pada infeksi HIV justru limfosit T ini yang diintervensi dan mengalami infeksi serta di rusak oleh HIV sehingga jumlahnya cenderung terus menurun (Nasronudin, 2014).

Mengukur jumlah sel CD4 dengan cara mengambil sampel darah dengan jarum dari pembuluh darah di lengan. Tes ini merupakan pengukuran baku untuk mengetahui tingkat kekebalan tubuh pengidap HIV/AIDS, menilai prognosis berlanjut ke AIDS atau kematian, untuk membentuk diagnosis diferensial pada pasien bergejala, dan untuk mengambil keputusan terapeutik mengenai terapi antiretroviral (ART) dan profilaksis untuk patogen oportunistik. Jumlah CD4 adalah indikator yang paling diandalkan untuk prognosis (Oarack, 2013).

Jumlah CD4 yang normal pada orang dewasa berkisar antara 600 sampai 1.200 sel per milimeter kubik darah, pada infeksi akut terjadi penurunan hingga kurang dari 1.000 CD4/mm³, kemudian naik lagi pada saat serokonversi, dalam fase kronis turun terus dengan laju penurunan 70 sel/ μ l setiap tahunnya. Bila jumlah CD4 melampaui batas kritis ≤ 200 sel/mm³, maka berarti telah memasuki stadium AIDS dengan atau tanpa manifestasi klinis. Meskipun jumlah limfosit relatif normal (CD4 ≥ 500 sel/mm³) manifestasi klinis tetap dapat terjadi (Nasronudin, 2007). Adapun kategori jumlah CD4 dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2.4
Jumlah CD4 (sel/mm³)

Kategori	Jumlah CD4 (sel/mm ³)
Normal	600 – 1.200
Penurunan normal	> 500
Penurunan Sedang	200 - 500
Penurunan berat	< 200

Sumber: (Nasronudin, 2007: p 12)

Jumlah CD4 dapat dimonitor setiap 6 sampai 12 bulan, kecuali ada perubahan dalam status klinis pasien, seperti gejala baru terkait HIV klinis atau memulai pengobatan. Jumlah CD4 absolut adalah

nilai yang dihitung berdasarkan total sel darah putih/ *white blood cell* (WBC) dan persentase total CD4+T limfosit. Jumlah mutlak ini dapat berfluktuasi pada individu atau dapat dipengaruhi oleh jumlah total WBC dan persentase limfosit, seperti penggunaan obat penekan tulang sumsum atau adanya infeksi akut (Oarack, 2013).

Tes CD4 sebaiknya diulang setiap tiga sampai enam bulan untuk pasien yang belum diobati dengan ART dan jangka waktu dua sampai empat bulan pada pasien yang memakai ART. Uji tersebut sebaiknya diulangi bila hasil tidak konsisten dengan kecenderungan sebelumnya. Frekuensi akan berbeda tergantung keadaan individu. Kalau tidak diobati, jumlah CD4 akan menurun rata-rata 4 persen per tahun untuk setiap *log viral load*. Dengan terapi awal atau perubahan terapi, usulan adalah dilakukan tes CD4 (serta *viral load*) pada 4 minggu, 8 sampai 12 minggu, dan 16 sampai 24 minggu (Bartlett J.G, 2005).

Biasanya tes jumlah CD4 direkomendasikan dilakukan pada hal-hal berikut:

1. Ketika pertama kali didiagnosis HIV. Hal ini dikenal dengan pengukuran dasar yang memungkinkan untuk membandingkan terhadap pengukuran masa depan.
2. Jika timbul gejala atau memulai pengobatan baru, pemeriksaan dapat dilakukan lebih sering. Sekitar dua sampai delapan minggu setelah memulai atau mengubah pengobatan.
3. Setiap tiga sampai enam bulan, jika pemeriksaan CD4 sebelumnya cukup tinggi, tidak ada gejala dan sedang tidak minum obat anti HIV.
4. Jika pengobatan berfungsi baik dan hitung sel CD4 stabil, pemeriksaan dilakukan lebih jarang.

Jumlah CD4 dapat berbeda, dan dipengaruhi oleh perbedaan musim dan diurnal (pagi hari sampai malam hari), tingkat CD4 paling rendah terjadi pada pukul 12:30 dan tingkat puncak CD4 biasanya pada pukul 20:30 perbedaan ini tidak secara jelas sesuai

dengan *ritma circadian kortikosteroid*. Selain itu adanya penyakit penyerta yang terjadi bersamaan, infeksi akut dan bedah besar menyebabkan penurunan jumlah CD4. Penggunaan kortikosteroid dapat menyebabkan dampak yang besar, dengan penurunan dari 900 menjadi di bawah 300 dengan penggunaan akut, penggunaan kronis mengakibatkan perubahan yang tidak sebesar ini. Perubahan akut kemungkinan diakibatkan redistribusi leukosit antara sirkulasi perifer dan sumsum tulang, limpa, dan kelenjar getah bening.

Jumlah CD4 juga dapat berbeda-beda karena perbedaan metode analisis. Jumlah CD4 dihitung berdasarkan tiga variabel yaitu: jumlah sel darah putih, persentase limfosit, dan persentase sel CD4 (sel yang membawa reseptor CD4) (Oarack, 2013).

HIV cenderung memilih target limfosit Th karena pada permukaan limfosit T terdapat reseptor CD4 yang merupakan pasangan ideal bagi gp120 permukaan (*surface glycoprotein 120*) pada permukaan luar HIV (*enveloped*). Meskipun demikian kompleks gp120 dan reseptor CD4 tersebut belum memungkinkan HIV masuk ke dalam limfosit T melalui proses internalisasi yang memerlukan peran *coreseptor* CCR5 dan CXCR4 yang juga berada di permukaan limfosit T. Dengan peran gp41 transmembran (*transmembrane glycoprotein 41*), maka permukaan luar dari HIV terjadi fusi dengan membrane plasma limfosit T-CD4. Sedangkan inti (*core*) HIV selanjutnya masuk ke limfosit T sambil membawa enzim *reverse transcriptase*. Begitu memasuki sitoplasma limfosit T-CD4 yang terinfeksi, bagian inti HIV yaitu RNA (*single stranded RNA*) akan berusaha menyesuaikan dengan konfigurasi *double-stranded DNA* dengan bantuan enzim *reverse transcriptase*. Selanjutnya terjadi penyatuan virion dengan DNA polimerase, terbentuklah cDNA atau proviral DNA. Setelah terbentuk proviral DNA, masuk ke dalam inti limfosit T dengan bantuan enzim integrase. Terjadilah rangkaian proses integrasi, transkripsi yang dilanjutkan dengan translasi protein virus, serta replikasi HIV virion. Jumlah HIV virion yang berlipat ganda kemudian

meninggalkan inti dan sel *host*. Setelah mengalami modifikasi, saling melengkapi, kemudian berusaha keluar menembus membrane limfosit (*budding*). Virion yang baru terbentuk siap menginfeksi limfosit T-CD4 berikutnya. Demikian proses ini terus berlangsung sehingga jumlah limfosit T-CD4 cenderung terus menurun (Nasronudin, 2014).

Produksi virus pada infeksi aktif HIV mencapai 10^9 - 10^{11} partikel virus per hari. Bila infeksi berlangsung tanpa upaya pengobatan jumlah virus bisa mencapai 500-1.000.000 copy HIV-RNA per ml. Viremia yang terus meningkat tersebut akan berusaha menyerang limfosit T-CD4 berikutnya, sehingga pada infeksi akut penurunan tersebut berlangsung dramatis sehingga kurang dari 1.000 CD4/mm³. Kemudian naik lagi pada saat *serokonversi*, dalam fase kronis turun terus dengan laju penurunan 70 sel/ μ l setiap tahunnya. Bila jumlah CD4 mencapai atau melampaui batas kritis ≤ 200 sel/mm³, maka berarti telah memasuki stadium AIDS dengan atau tanpa manifestasi klinis (Nasronuddi, 2007: 11-12).

Manifestasi klinis dapat terjadi pada jumlah limfosit T-CD4 relatif normal ($CD4 \geq 500$ sel/mm³) atau saat terjadi penurunan sedang ($CD4$ 200-500 sel/mm³), penurunan berat ($CD4 \leq 200$ sel/mm³). Tanpa diimbangi upaya intervensi maka dari waktu ke waktu jumlah limfosit T-CD4 akan semakin rendah, yang membuka peluang infeksi sekunder dan munculnya manifestasi sekunder klinis AIDS hingga sepsis (Nasronuddin, 2007: 12).

Pedoman dari *US Department of Health and Human Services* menyarankan memulai terapi ART saat jumlah CD4 turun menjadi 350 sel/mm³ atau kurang. Hal ini karena infeksi oportunistik biasanya mulai mempengaruhi orang-orang dengan jumlah CD4 di bawah tingkat itu. Inilah sebabnya mengapa jumlah CD4 sering digunakan untuk menentukan tahap penyakit HIV.

Pengaruh suplemen nutrisi pada jumlah CD4 T-Lymphocyte berdasarkan hasil penelitian Okorie tahun 2005-2006 pada pasien HIV di Benin City Nigeria tidak terdapat peningkatan signifikan

pada pemberian suplemen baik yang dilakukan selama 3 (tiga) bulan dan 6 (enam) bulan, hal ini disebabkan karena kecepatan replikasi HIV (Okorie, 2013).

BAB III

PENGARUH PENCERAHAN QALBU BAGI KESEHATAN ODHA

Spiritualitas penting bagi setiap orang untuk membantu mengatasi stress. Orang dengan HIV biasanya mengalami stress terutama terkait stigma dan diskriminasi akibat penyakitnya. Intervensi spiritual memanfaatkan kekuatan doa, meditasi dalam menghadapi perjuangan spiritual yang sedang berlangsung. Intervensi berbasis religius berfokus pada mengatasi stigma yang bisa meningkatkan akses individu pada dukungan spiritual dan dukungan sosial. Spiritualitas ODHA menjadi fenomena multidimensional, yang meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup secara langsung atau melalui faktor perantara berupa perilaku hidup sehat, optimisme dan dukungan sosial (Szaflarski, 2013).

Umumnya pengidap HIV/AIDS mengalami distress psikologis, dimana kondisi stress bersifat *imunosupresif*. Pada awal respon stress disertai dengan peningkatan sekresi *somatotropin* dan *prolaktin* dua hormon yang dapat memicu sistem imun. Kondisi stress psikologis juga memicu peningkatan *kortisol* dan *katekolamin* yang mengakibatkan penurunan ketahanan tubuh sehingga pengidap rentan terhadap berbagai penyakit infeksi. Penelitian yang dilakukan di UPIPI tahun 2005 didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kadar ACTH dan kadar *kortisol* tujuh hari pertama dipicu oleh stressor psikologis akibat dinyatakan terinfeksi HIV, selain akibat stressor psikologis peningkatan setelah hari ke tujuh terjadi akibat stressor biologis HIV (Nasronuddin, 2005: 134-135).

Buku hasil penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe terhadap dimensi spiritual, strategi koping, persepsi stres, jumlah CD4 pengidap HIV/AIDS dengan pendekatan psikoneuroimunologi. Pencerahan Qalbu Padang Lampe adalah upaya penataan dan membersihkan hati dari segala penyakit hati yang mempengaruhi pikiran dengan pendekatan spiritual berupa dzikir dan motivasi spiritual yang dibagi dalam tiga tahap, terdiri dari : tahap I, menanamkan bahwa Allah SWT Maha Pengasih dan Maha Penyayang; tahap II, membangun motivasi bahwa tiap penyakit ada obatnya; dan tahap III, Allah SWT Maha Pengampun.

3.1. Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Dimensi Spiritual, Strategi Koping dan Persepsi Stress

Spiritualitas adalah hubungan yang lebih tinggi dengan Sang Pencipta yang membuat manusia cenderung membuat hidup lebih bermakna melalui hubungan intrapersonal, interpersonal dan transpersonal, memberdayakan seseorang untuk mengatasi masalah, yang dipengaruhi dan mempengaruhi keadaan fisik, perasaan, dan pikiran.

Tabel 3.1
Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap
Perubahan Dimensi Spiritual Pengidap HIV/AIDS

Dimensi Spiritual	Mean Square	F	p Value	Uji F Multivariat Wilks' Lambda
Makna Hidup	99.948	8.049	0.001	P Value = 0.000 F = 15.399
Emosi Positif	780.112	35.273	0.000	
Merasa dekat dengan Allah SWT	173.973	4.357	0.019	
Kualitas kehidupan spiritual	814.199	53.964	0.000	

Tabel 3.1 memperlihatkan Pencerahan Qalbu Padang Lampe berpengaruh pada semua subskala dimensi spiritual dimana semua subskala mempunyai pValue <0.05, subskala yang paling besar

dipengaruhi oleh perlakuan Pencerahan Qalbu Padang Lampe adalah kualitas kehidupan spiritual ($F = 53.964$) dengan p Value 0.000 . Sedangkan analisis statistik multivariat *Wilks' Lambda* p Value $= 0.000$ dan uji $F=15.399$, artinya Pencerahan Qalbu Padang Lampe berpengaruh terhadap perubahan dimensi spiritual.

Hasil penelitian menunjukkan Pencerahan Qalbu Padang Lampe mempengaruhi peningkatan dimensi spiritual p Value $= 0.000$ dan $F = 15.399$ (tabel 3.1), terutama subskala kualitas kehidupan spiritual yang ditandai dengan peningkatan pelaksanaan kegiatan ritual ibadah yang didasari oleh perasaan membutuhkan dekat dengan Allah, merasa hampa dan kehilangan sesuatu ketika tidak melaksanakan ritual ibadah, merasakan ketergantungan dan membutuhkan Allah, merasakan kasih sayang Allah terhadap dirinya, merasakan ketentraman hati, peka dengan kebaikan sehingga menjadi lebih peduli untuk melakukan hal baik dan takut melakukan dosa, memantapkan hati untuk tidak mengulangi kesalahan yang lalu.

Demikian pula dengan subskala yang lain secara berurutan dipengaruhi oleh PQPL subskala emosi positif yaitu bersyukur atas segala sesuatu, bersabar dengan segala sesuatu yang pahit terkait penyakit yang kini di derita dan berbagai ketidakyamanan berada dibawah kontrol diri sendiri, dan ikhlas yaitu melepaskan sesuatu secara sadar tanpa ada penyesalan, mengikhlaskan dan menerima kenyataan bahwa dirinya telah tertular, meyakini bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu dan mengambil hikmah atas apa yang terjadi, bersikap optimis akan pertolongan Allah yang begitu dekat, mampu mengendalikan diri, merasa bahagia bila berbuat kebaikan dan berdamai dengan keadaan sesulit dan separah apapun, serta merasa bahagia dengan kebahagiaan yang dirasakan orang lain.

Subskala selanjutnya yang dipengaruhi PQPL adalah makna hidup yaitu menumbuhkan keinginan meneladani orang lain, dan mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan; indikator

penting dalam subskala ini adalah memaafkan diri dan orang lain, ODHA terutama perempuan (ibu rumah tangga) biasanya tertular HIV dari suami atau pasangannya, indikator memaafkan diri sendiri yang terlanjur mencintai dan memaafkan pasangan yang menularkannya menjadi hal penting.

Dan terakhir yang dipengaruhi oleh PQPL adalah subskala Merasa Dekat Dengan Allah SWT yaitu estetika, takjub dan penyatuan, merasakan kedekatan dan takjub akan kebesaran Allah, merasakan kehadiran Allah dibalik setiap peristiwa yang terjadi, termasuk kenyataan bahwa dia sekarang mengidap HIV adalah bentuk kasih sayang Allah terhadap dirinya, mengambil hikmah dibalik teguranNya berupa penyakit, Allah tidak ingin dirinya terus menerus melakukan dosa yang sama, sehingga Allah “menegurnya” dengan memberikan penyakit agar segera kembali, bertobat, menempuh jalan yang benar menurut norma sosial dan norma agama.

Studi longitudinal 10 tahun (N=177) oleh Kremer, 2014a, terhadap orang dengan HIV menggunakan spiritualitas untuk mengatasi stres terkait HIV (menghadapi kematian, stigma, kemiskinan, dan akses kesehatan yang terbatas). Spiritualitas, yang didefinisikan sebagai hubungan yang lebih tinggi dengan sang pencipta, menjadi proses adaptasi yang dinamis. Koping membutuhkan proses belajar yang panjang, peserta dinilai spiritualnya menggunakan praktek-praktek spiritual, rasa nyaman, pemberdayaan, transformasi, rasa syukur. Seperlima dari mereka merasakan konflik spiritual, perjuangan, atau kemarahan, memicu stres pasca-trauma yang kadang-kadang menjadi transformasi, seiring berjalannya waktu 65% menggunakan spiritualitas untuk koping positif, 7% negatif, dan 28% tidak menggunakan spiritualitas untuk koping. Spiritualitas terutama bermanfaat bagi perempuan, heteroseksual, dan Afrika-Amerika ($p<0,05$).

Spiritualitas merupakan sumber utama positif yang dapat mengurangi tekanan dan hambatan terhadap penanggulangan HIV, namun dengan kajian literatur tentang cara-cara penilaian spiritual

yang efektif, spiritualitas bisa menjadi komponen menguntungkan untuk mengatasi trauma, terutama konteks sosio-kultural.

Spiritualitas dan perilaku religius terkait dengan hasil positif pada orang dengan HIV/ AIDS. Penggunaan yang lebih besar dari strategi koping religius positif dikaitkan dengan tingkat depresi dan kecemasan yang lebih rendah pada stres yang dialami ODHA, tekanan psikologis yang kurang, dan kualitas hidup yang lebih baik (Woods et al. 1999), (Simoni et al. 2002), (Flannelly dan Inouye 2001) dikutip (Kelly M. Trevino, 2010), penggunaan alkohol yang berkurang, kepuasan hidup yang lebih besar, dan sikap optimis yang lebih besar (Cotton et. al. 2006).

Penelitian Kremer, (2014b) menyatakan bahwa rata-rata Spiritual Coping cukup tinggi pada perempuan, dibandingkan dengan laki-laki saat mengatasi trauma HIV. Perilaku spiritualitas dan religius biasanya mewakili aspek positif religiusitas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pencerahan Qalbu Padang Lampe mempengaruhi strategi koping positif berurutan sesuai besar perubahan sebagai berikut:

1. Subskala yang paling dominan perubahannya adalah subskala *express emotions*, dimana dengan PQPL ODHA merasa dapat mengekspresikan emosi yang selama ini dirasakan melalui ritual ibadah terutama berzikir dengan suara yang dizohirkan, larut dan merasa begitu dekat dengan Allah sehingga leluasa meluapkan perasaannya, merasa dekat dan merasakan kasih sayang Allah dan interaksi dalam suasana kekeluargaan yang akrab bersama ustad dan lingkungan pesantren membuat ODHA dapat mengekspresikan luapan emosi yang selama ini dipendamnya. Keyakinan yang ditanamkan pada tahap I bahwa Allah SWT Maha Pengasih dan Maha penyayang berpengaruh kuat pada subskala ini.
2. Subskala terbesar kedua koping positif yang dipengaruhi PQPL yaitu *cognitive restructuring*, dengan PQPL ODHA mengubah

strategi kognitif dengan memperbaiki makna transaksi stres menjadi kurang mengancam, yang melihat aspek dan sisi positif dari peristiwa serta mendapatkan perspektif baru. Mengambil hikmah dari yang terjadi, bahwa semua ini adalah bentuk kasih sayang Allah SWT terhadap dirinya yang jika tidak didiagnosis penyakit ini kemungkinan masih melakukan hal yang dilarang dalam agama, makin yakin bahwa penyakit ini menjadi salah satu penggugur dosa jika dijalani dengan sabar dan ikhlas, tumbuhnya sikap optimis karena keyakinan bahwa Allah menurunkan penyakit pasti juga menurunkan obatnya.

3. Subskala strategi koping positif selanjutnya yang dipengaruhi PQPL adalah *social support*, yaitu mencari dukungan emosional dari orang-orang terdekat terutama dari ustad, mahasiswa yang kebetulan mendapat giliran mondok dan lingkungan pesantren secara umum. Dukungan sosial merupakan salah satu bentuk dukungan yang dibutuhkan setiap orang, Santrok (2006) dikutip Handono, O.T. (2013) mengemukakan bahwa dukungan sosial adalah tanggapan dari pihak lain yang disayangi dan dicintai yang menghargai dan menghormati mencakup suatu hubungan komunikasi dan situasi yang saling bergantung, termasuk dukungan emosional, seperti yang dikemukakan oleh Dumont & Provost dikutip Handono, O. T. (2013) menerangkan bahwa dukungan emosional yang diterima menjadi sebuah pesan bagi individu bahwa individu tersebut disayangi. Dukungan anggota keluarga agar ODHA bisa mengikuti seluruh rangkaian Pencerahan Qalbu, dukungan ustad, merupakan bagian penting dari dukungan psikologis dan spiritual dalam membangun mekanisme koping ODHA. Ketentraman hati, jauh dari rasa takut di stigma dan diperlakukan secara wajar dan normal membuat ODHA merasa nyaman berinteraksi, bebas menceritakan tentang perasaan dan pengalamannya kepada para ustad dan teman

barunya tentang hal yang kurang menyenangkan terkait stigma dan diskriminasi yang dialami.

4. Strategi koping subskala *problem solving* yaitu strategi perilaku dan kognitif yang dirancang untuk menghilangkan sumber stres dengan mengubah situasi stress. Persepsi stres yang berasal dari rasa bersalah terhadap dosa akibat perbuatan dimasa lalu mulai dihilangkan, sehingga timbul sikap optimis bahwa sebesar apapun dosa dan kesalahan yang telah diperbuatnya dimasa lampau yang menyebabkannya kini mengidap HIV, akan diampuni Allah SWT dengan bertobat secara bersungguh-sungguh dengan tekad untuk tidak lagi mengulangi perbuatan itu dimasa yang akan datang dan mulai menyusun rencana solusi untuk permasalahan yang dihadapi.

Tingkat stress yang dirasakan, koping yang tidak berjalan secara efektif dan dukungan sosial yang rendah menurut Ader, (2001) berhubungan dengan tingginya risiko menurunnya tingkat imunitas pada ODHA. Hasil penelitian menunjukkan perubahan signifikan dimensi spiritual kelompok perlakuan setelah diberikan Pencerahan Qalbu Padang Lampe, perubahan koping positif dan koping negatif, serta perubahan persepsi stress dari distress menjadi eustress kelompok perlakuan.

Strategi koping ODHA meningkat secara signifikan setelah mengikuti Pencerahan Qalbu Padang Lampe, sehingga indikator stres kelompok perlakuan pun mengalami peningkatan signifikan menjadi eustress. Semakin tinggi nilai skor *perceive stress scale* semakin eustress hal ini disebabkan karena jumlah pertanyaan kuesioner yang telah di uji validitas dan reliabilitasnya mengandung lebih banyak pertanyaan positif. Mekanisme koping sendiri merupakan cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

Tabel 3.2
Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap
Strategi Koping Positif Pengidap HIV/AIDS

Koping Positif	Mean Square	F	p Value	Uji F Multivariat Wilks' Lambda
<i>Problem Solving</i>	285.022	8.481	0.001	P Value = 0.000 F = 6.500
<i>Cognitive Restructuring</i>	145.530	18.250	0.000	
<i>Social Support</i>	327.790	12.451	0.000	
<i>Express Emotions</i>	250.230	29.102	0.000	

Pencerahan qalbu Padang Lampe berpengaruh pada semua subskala dari strategi koping positif dan paling besar pengaruhnya pada perubahan *express emotions* ($F = 29.102$) dan p Value 0.000. Hasil uji F multivariat *Wilks' lambda* pValue 0.000 dan $F = 6.500$ artinya Pencerahan Qalbu Padang Lampe berpengaruh terhadap perubahan strategi koping positif.

Tabel 3.3
Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap
Strategi Koping Negatif Pengidap HIV/AIDS

Koping Negatif	Mean Square	F	p Value	Uji F Multivariat Wilks' Lambda
<i>Problem avoidance</i>	17.030	1.377	0.264	P Value = 0.000 F = 5.440
<i>Wishful thinking</i>	194.487	17.524	0.000	
<i>Social withdrawal</i>	60.308	6.958	0.003	
<i>Self criticism</i>	71.986	3.294	0.047	

Tabel 3.3 menunjukkan Pencerahan Qalbu Padang Lampe berpengaruh terhadap hampir semua subskala strategi koping negatif: *wisfull thinking*, *sosial withdrawal* dan *self criticism*, dan paling besar pengaruhnya terhadap perubahan subskala *wisfull thinking* $F = 17.524$ dengan p Value 0.000. Sedangkan subskala *problem avoidance* tidak dipengaruhi oleh perlakuan Pencerahan Qalbu Padang Lampe.

Menurut Pargament *et. al.* (1998), koping religius positif adalah cerminan dari hubungan yang baik dengan Tuhan, keyakinan seseorang tentang makna hidup yang lebih besar, serta hubungan rasa spiritual dengan orang lain, bentuk strategi koping religius positif meliputi belas kasih terhadap penilaian religius (misalnya, "Tuhan mungkin memberi cobaan untuk menguatkanmu dalam situasi ini"), koping religius kerjasama (misalnya, "Bekerja bersama-sama dengan Tuhan sebagai mitra"), dan mencari dukungan spiritual (misalnya, "Melihat kekuatan Tuhan, mencari dukungan, dan bimbingan rohani").

Hodge dan Horvath (2011) mengidentifikasi 6 (enam) kebutuhan spiritual pada saat seseorang dalam keadaan sakit atau dalam penanganan medis beberapa diantaranya telah terpenuhi dan dirasakan oleh ODHA kelompok perlakuan, keenam kebutuhan spiritual tersebut sebagai berikut: (1) Pasien berusaha memahami makna, tujuan dan harapannya terhadap penyakit yang dialaminya; (2) Mulai membangun hubungan dengan Tuhan, termasuk menyalahkan Tuhan, mempercayai peran Tuhan dalam proses penyembuhannya dan memahami rencana Tuhan atas penyakitnya; (3) Menjalankan ritual, seperti berdoa, membaca kitab suci, mendengarkan dan membaca pesan-pesan yang memotivasi; (4) Meminta pelayanan yang berkaitan dengan kewajiban beragama seperti menghindari makanan yang dilarang agama, pelayanan sesuai gender dan lain-lain; (5) Menjalin hubungan dengan orang lain, termasuk kunjungan keluarga, meminta doa dan dukungan dari orang lain, melakukan dialog dengan orang yang berpandangan sama; (6) Interaksi dengan tenaga kesehatan yang profesional, yang termasuk aspek spiritual adalah sikap tubuh, perkataan dan mimik wajah yang bersahabat dari tenaga kesehatan dan kesempatannya untuk mendiskusikan jenis *treatment* yang dibutuhkan untuk menangani penyakitnya. Dengan PQPL ODHA mulai mengerti makna hidup, memetik hikmah dibalik penyakit, merasa nyaman dan lebih intens beribadah, termotivasi

untuk bersikap optimis, meminta doa dan dukungan dari ustad dan lingkungan baru.

Ditinjau dari konsep *The transactional model of stres and coping* ODHA kelompok perlakuan setelah Pencerahan Qalbu Padang Lampe berada pada tahap *adaptation* yang merupakan *outcome* dari *The transactional model of stres and coping*. *Outcome coping* merupakan adaptasi seseorang terhadap stresor, dari penilaian situasi (penilaian utama) serta sumber daya (penilaian sekunder) dan dipengaruhi oleh upaya coping. Hasil penelitian menunjukkan kelompok perlakuan mulai merasakan kesejahteraan emosional terbukti dengan membaiknya indikator stres dari yang sebelumnya distress menjadi eustress, meskipun belum terjadi perbaikan jumlah CD4 sebagai indikator biologis perkembangan penyakit, namun kesejahteraan emosional yang meningkat akan mampu mendorong terjadinya perubahan perilaku kesehatan ke arah yang lebih baik.

Berdasarkan *The Transactional Model*, efek emosional dan fungsional penilaian primer dan sekunder dimediasi oleh strategi coping. Upaya coping (*coping efforts*) mempunyai dua dimensi : (1). masalah manajemen; (2). regulasi emosional juga disebut sebagai *problem focused coping*, strategi manajemen masalah diarahkan untuk mengubah situasi stres. *Problem focused coping* termasuk coping aktif, pemecahan masalah dan mencari informasi, sebaliknya *emotion focused coping* upayanya diarahkan untuk mengubah cara orang berpikir tentang situasi stress. Strategi ini termasuk mencari dukungan sosial dan melampiaskan perasaan.

3.2. Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Persepsi Stres dan Jumlah CD4

Pengaruh stress pada pengidap HIV diteliti oleh McCain, (1995) menunjukkan bahwa tingginya dampak negatif stress pada mereka yang lebih sering fokus pada coping emosi; kedua tingkat stres yang lebih tinggi negatif dan lebih sering menggunakan *emotion-focused*

coping dikaitkan dengan kualitas hidup yang rendah, tekanan psikologis lebih tinggi, dan ketidakpastian, serta jumlah CD4 yang lebih rendah.

Tabel 3.4
Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap
Persepsi stres dan Jumlah CD4 Pengidap HIV/AIDS

Variabel	Mean Square	F	p Value
Persepsi stress	173.973	4.357	0.019
Jumlah CD4	35771.399	1.685	0.198

Hasil analisis univariat memperlihatkan p Value 0.019 ($< \alpha$ 0.05) dan $F = 4.357$, Pencerahan qalbu Padang Lampe berpengaruh terhadap perubahan persepsi stres pengidap HIV/AIDS. Tabel 3.3 memperlihatkan bahwa tidak terdapat pengaruh pencerahan qalbu Padang Lampe terhadap perubahan jumlah CD4 pengidap HIV/AIDS pValue 0.198 > 0.05 dan $F = 1.685$.

Mediator stress (seperti *norepinefrin*, *kortisol*, dan persepsi stres) dapat mempercepat replikasi HIV dan penurunan limfosit CD4 + T (Capitanio et al., 1998; Cole et al, 2003, 1998; Ironson et. al., 2005) di kutip Creswell, J.D. (2014). Temuan pelatihan *mindfulness* yang dilakukan Creswell, J.D. (2014), dalam program 8 (delapan) minggu MBSR mengurangi stres dan buffer CD4+T limfosit menurun, pelatihan *mindfulness* terkontrol berdampak terhadap indikator biologis (dan klinis) yang relevan terhadap proses penyakit.

Peran peristiwa kehidupan yang penuh stress pada hasil klinis laki-laki gay terinfeksi HIV diteliti oleh Evans et. Al. (1997). Di antara orang-orang yang diteliti hingga 3,5 tahun, melaporkan bahwa stress berat dikaitkan dengan risiko yang lebih besar untuk memburuknya tahap HIV (penurunan CD4 atau pengembangan gejala klinis HIV). Status stress berat pada interval 6 (enam) bulan studi menunjukkan perubahan risiko penyakit dua kali lipat. Leserman melaporkan bahwa rerata kumulatif peristiwa stress yang lebih tinggi, prediktif

perkembangan lebih cepat untuk AIDS (penurunan limfosit CD4 sel T kurang dari 200 dan/atau kondisi indikator AIDS). Pada tiga titik waktu, penelitian menunjukkan bahwa untuk setiap kenaikan rata-rata stress kumulatif setara dengan satu stresor berat atau dua stress moderat, risiko AIDS sekitar dua kali lipat pada subyek tanpa AIDS (saat memulai penelitian). Tingkat perkembangan AIDS di akhir 8 tahun bagi mereka di atas rata-rata stress selama 9 (sembilan) tahun adalah 74%, dan 40% bagi mereka di bawah median. Leserman et. Al. (2002) juga melaporkan bahwa untuk setiap peningkatan stres rata-rata kumulatif *equivalen* satu stresor berat, meningkatkan risiko klinis AIDS (Kaposi sarcoma, pneumocysti pneumonia) sekitar tiga kali lipat (Leserman et. al., 2002).

Meskipun terjadi perubahan signifikan indikator persepsi stress dari distress menjadi eustress, peningkatan strategi koping, peningkatan dimensi spiritual dan dimensi sosial pada kelompok perlakuan, namun jumlah CD4 sebagai indikator progresivitas biologis belum menunjukkan perubahan signifikan, hal ini dijelaskan oleh Gonzalez-Garcia, (2014) bahwa perkembangan infeksi HIV terjadi secara perlahan. Oleh karena itu penelitian yang dilakukan selama periode yang relatif singkat cenderung memiliki sedikit perubahan untuk menunjukkan hubungan antara depresi dengan progresivitas HIV, untuk mendapatkan bukti terbaik hubungan depresi dengan perkembangan indikator biologis penyakit HIV sebaiknya berasal dari studi longitudinal.

Selain itu, perubahan jumlah CD4 dipengaruhi oleh banyak faktor lain seperti, adanya penyakit penyerta lain, penggunaan ARV, kortikosteroid dan terapi penunjang lainnya, faktor lain seperti gender, usia pada orang dewasa, stress fisik, infeksi oportunistik, komplikasi infeksi oportunistik, faktor asupan nutrisi, kehamilan, dan dukungan lingkungan sosial. ()

BAB IV

PENUTUP

Setelah membahas Bab demi Bab, maka dapat disebutkan beberapa keterbatasan dari buku hasil penelitian ini yakni: (1) Ustad yang memberikan materi PQPL belum mendapatkan penjelasan yang komprehensif mengenai HIV/AIDS, meskipun pada awalnya pemberian materi HIV/AIDS untuk para ustaz telah dijadwalkan namun karena sulitnya menyesuaikan waktu seluruh ustaz maka kegiatan tersebut tidak sempat dilaksanakan. Hal ini kemungkinan bisa mempengaruhi isi materi yang disampaikan dan perlakuan sebagian ustad terhadap ODHA yang masih melakukan stigma karena takut tertular; (2) Pelaksanaan kegiatan setelah dari pesantren yang semula dijadwalkan dilaksanakan seminggu sekali, namun karena sulitnya menyesuaikan waktu para ODHA sehingga interval waktu pelaksanaannya menjadi tidak konsisten.

Beberapa temuan dari buku hasil penelitian yakni : (1) Konsep baru Pencerahan Qalbu Padang Lampe (PQPL) yang dimodifikasi meningkatkan dimensi spiritual ODHA lewat jalur; (2) Menemukan model PQPL yang terbukti mampu meningkatkan strategi koping positif pengidap HIV/AIDS; dan (3) Terjadi perubahan persepsi stress dari distress menjadi eustres pengidap HIV/AIDS.

Secara garis besar, kesimpulan pembahasan dalam buku ini adalah : (1) Pencerahan Qalbu Padang Lampe meningkatkan dimensi spiritual: makna hidup, emosi positif, merasa dekat dengan Allah

SWT dan kualitas kehidupan spiritual, kelompok perlakuan menjadi lebih religius dan dominan dalam kualitas kehidupan spiritual; (2) Pencerahan Qalbu Padang Lampe mampu meningkatkan strategi koping positif pengidap HIV/AIDS yang terdiri dari *problem solving*, *cognitif restructuring*, *sosial support* dan *express emotions*; (3) Pencerahan Qalbu Padang Lampe merubah persepsi stress kelompok perlakuan dari distress (stres negatif) menjadi eustress (stres positif); (4) Belum terjadi perubahan yang signifikan indikator biologis jumlah CD4 pengidap HIV/AIDS setelah Pencerahan Qalbu Padang Lampe, CD4 dipengaruhi oleh berbagai faktor hormonal membutuhkan intervensi dengan durasi yang cukup panjang untuk menghasilkan peningkatan yang signifikan.

Penulis menyarankan agar Pencerahan Qalbu Padang Lampe sebagai stimulasi kognitif perlu dilakukan untuk penanggulangan HIV/AIDS dengan cara meningkatkan dimensi spiritual: meningkatkan perasaan dekat dengan Allah, menumbuhkan emosi positif, mengerti makna hidup, dan meningkatkan kualitas kehidupan spiritual sehingga terjadi perubahan strategi koping negatif menjadi strategi koping positif untuk mengubah persepsi stress dari distress menjadi eustress. Saran lainnya, dibutuhkan kajian lebih lanjut mengenai prediksi durasi dan lama waktu perlakuan yang tepat sehingga pendekatan pencerahan qalbu efektif untuk meningkatkan indikator biologis CD4 ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

-
- Ader, R, Felten D.L, Cohen, N., 2001, *Psychoneuroimmunology*, Volume 2, Third Edition, Acedemic Press, London, United Kingdom, p 1-856
- Ader, R. (2007). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press. p 1-1249
- Alcorn, Keith, 2010, *5.25 million receiving ARVs by end of 2009*, <http://www.aidsmap.com/news/5-25-million-receiving-ARVs-by-end-of-2009/page/1516755/>, diakses 11 Agustus 2012
- Alcorn, Keith, 2012, *World Health Organization sets out route map for scale-up of treatment as prevention*, sumber <http://www.aidsmap.com/World-Health-Organization-sets-out-route-map-for-scale-up-of-treatment-as-prevention/page/2388258/>, diakses 11 Agustus 2012
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). *Perceived stress scale: reliability and validity study in Greece*. International journal of environmental research and public health, 8(8), 3287-3298.
- Antoni, M.H., 2003, Stress Management and Psychoneuroimmunology in HIV/AIDS Infection, CNS Spectrums: 8(1): p 40-51
- Antoni, M.H., 2003, *Stress Management and Psychoneuroimmunology in HIV Infection*, CNS Spectrums: 8(1): 40-51
- Awara, M., Fasey C., 2008, *Is spirituality worth exploring in psychiatric out-patient clinics?* Journal of Mental Health, April

- 2008; 17(2): p 183–191
- Bartlett J.G., Gallant J E., 2005, *Medical Management of HIV/AIDS Infection*, Johns Hopkins University School of Medicine. p. 19-23.
- Borman JE, Gifford AL, et al, 2006, *Effects of Spiritual Mantram Repetition on HIV/AIDS Outcomes: a Randomized Controlled Trial*, Journal Behav Med. 2006 Aug;29 (4): p 359-76
- Carver, C.S, Scheier, M.F., and Weintraub J.K., 1989, *Assessing Coping Strategies, A The Oritically Based Approach*, Journal of Personality and Social Psychology, 2, p 844-854
- Charlton B.G., 1992, *Stress*, Journal of medical ethics, (18): p 156-159
- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., et al. (2006). *Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS*. Journal of General Internal Medicine, 21, p S5–S13.
- Creswell, J. D. (2014). *Biological pathways linking mindfulness with health. Handbook of Mindfulness: Theory, Research, and Practice*. Guilford Press, New York, NY,
- Departemen Agama RI, 2010, *Al-Quran Tafsir Perkata Tajwid Kode Angka*, Al-Hidayah, Kalim
- Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan, 2014, *Situasi dan Perkembangan Epidemi HIV/AIDS di Sulawesi Selatan*, Makassar
- Dunkin, Jeri, Linda L. Dunn, 2009, *Spiritual Perspectives and Health: a Random Survey in a Southern State*, Journal of Rural Nursing and Health Care, vol. 9, no. 2
- Elder, J.P., Geller E.S., Hovel F.M., Mayer, Joni, 1994, *A Motivating Health Behavior*, New York: Delmar Publisher Inc
- Elfiky I, 2012, *Terapi Berpikir Positif: Biarkan Mukjizat dalam Diri Anda Melesat Agar Hidup Lebih Sukses dan Lebih Bahagia*, Penerbit Zaman, Jakarta
- Ellison CW & Smith J, 1991, *Toward an Integrative Measure of Health and Well-Being*. Journal of Psychology and Theology, 19: p 35-48

- Evans DL, Leserman J, Perkins DO, Stern RA, Murphy C, Zheng B, et al (1997): *Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV/AIDS infection*. Am J Psychiatry 154: p 630–634
- Fetzer JE Institute, 2003, *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research, a Report of The Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group*, The U.S Department of Health and Human Services
- Glanz, K., Rimer B.K., Wiswanath K., 2008, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 4th edition, Jossey-Bass, United States of America. p 214-215
- Gonzalez-Garcia, M., Ferrer, M.J., Borrás, X., Muñoz-Moreno, J.A., Miranda, C., Puig, J., & Fumaz, C.R. (2014). *Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV/AIDS Infection*. AIDS and Behavior, 18(4), p 676-685.
- Hamid, A. (2009). *Model Penelitian Evaluasi Pendidikan Moral di Universitas Muslim Indonesia Makassar*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Handono, O. T. (2013). *Hubungan Antara Penyesuaian Diri Dan Dukungan Sosial Terhadap Stres Lingkungan Pada Santri Baru*. EMPATHY Jurnal Fakultas Psikologi Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta , p 1-16.
- Hawari, 2001. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta, FK UI.
- Hodge DR, Horvath VE., 2011, *Spiritual Needs in Health Care Settings: a Qualitative Meta-Synthesis of Clients' Perspectives*, Soc Work. 56(4): p 306-16.
- Idrus M.F. 2012, *Pengaruh Psikoterapi Spiritual sebagai Ajuvan Pada Pengobatan Penderita HIV/AIDS (Kajian Psikoneuroimunologi Skor Depresi dan hitung CD4)*, Disertasi Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Makassar

- Isaacs, 2004. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Kalichman, DiMarco M, Austin J, Luke W, DiFonzo K, 2003, *Stress, Social Support, and HIV/AIDS-Status Disclosure to Family and Friends Among HIV/AIDS-Positive Men and Women*. J Behav Med. 2003 Aug;26(4): p 315-32.
- Kearney, K.S., 2003, *The Grief Cycle and Educational Change: The Kubler-Ross Contribution*, *Planing and Changing* (34):1-2, p 32-57
- Keliat B. A., 1999, *Konsep Diri*, Buku Saku, Jakarta, EGC
- Kelly M. Trevino, K. I. (2007). *Religious Coping and Physiological, psychological, Social, and Spiritual Outcomes in Patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and Longitudinal Findings*. AIDS Behav (2010) 14: p 379–389.
- Kementerian Kesehatan RI, 2009, *Undang-Undang Republik Indonesia, Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, 2011, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*, Ditjen PP & PL Kemenkes RI, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, 2014, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*, Ditjen PP & PL Kemenkes RI, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI, 2018, *Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IB Tahun 2017*, Ditjen PP & PL Kemenkes RI, Jakarta
- Kuntoro, 2010, *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*, Edisi revisi, Pustaka Melati, Surabaya, p.1-251
- Koenig, Harold G., 2008, *Religion, Spirituality and Public Health: Research, Applications and Recommendations*, Subcommittee on Research and Science Education of the U.S. House of Representatives
- Kremer, Heidemarie, and Gail Ironson. 2014a, *“Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV/AIDS: implications for health care.” AIDS patient care and STDs* 28.3 p 144-154.
- Kremer, Heidemarie, et al., 2014b, *“The Association between Compassionate Love and Spiritual Coping with Trauma in Men*

- and Women Living with HIV/AIDS.*" Religions 5.4 p 1050-1061.
- Krohne, H. W, 2002, *Stress and Coping Theories*, Johannes Gutenberg-Universität Mainz Germany
- Leserman J, Petitto JM, Gu H, Gaynes BN, Barroso J, Golden RN, et al (2002): *Progression to AIDS, a clinical AIDS condition, and mortality: Psychosocial and physiological predictors*. Psychol Med 32: p 1059–1073.
- Maman S, Heidi VR, Allison KG, 2013, *HIV/AIDS Status Disclosure to Families for Social Support in South Africa*, J. AIDS Care, p 2013.1-7
- McCain NL, Cella DF., 1995, *Correlates of stress in HIV/AIDS disease*, Western Journal of Nursing Research p 141–155
- Mohandas, E, 2008, *Neurobiology of Spirituality*, Mental Health, Spirituality, Mind, 6:1 p 63-80
- Nadia, Haryanto, 2006, *Efektifitas Pelatihan Manajemen Qalbu untuk Meningkatkan Kemampuan Problem Solving*, Jurnal Psikologi Islam, Volume II, Nomor 3; p 72-73
- Nasronuddin, 2005, *Efek Pernyataan Diagnosis Terinfeksi HIV/AIDS terhadap Mekanisme Apoptosis Limfosit T-CD4 pada Pengidap HIV/AIDS*, Disertasi Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya
- Nasronuddin, 2010, *Penanggulangan HIV/AIDS & AIDS di Indonesia Berbasis Biopsikososio-Spiritual Excellence*, Pidato Pengukuhan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya, p 1-59
- Nasronuddin, 2014, *HIV/AIDS & AIDS; Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*, Edisi Kedua, Airlangga University Press, Surabaya, p 1-831
- Newberg A.B., Iversen J., (2003), *The Neural Basis of The Complex Mental Task of Meditation: Neurotransmitter and Neurochemical Considerations Med Hypotheses* , 61 : 2, p 282-291.

- Nursalam, Kurniawati N.D, 2008, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Salemba Medika, Jakarta
- Oarack, 2013, *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV/AIDS-1-Infected Adults and Adolescents, Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council*, <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>, diakses 29 November 2013
- Okorie, E.N., Ophori, E.A., 2013, *Effect of Nutritional Supplement on the CD4 T-Lymphocyte Counts of Treatment Naïve Asymptomatic HIV/AIDS Patients in Benin City, Nigeria*, ABR Vol 4: 2, p 106-108
- Orford, J., 1992, *Community Psychology: Theory and Practice I*. New York, John Wiley and Sons, Ltd
- Pargament, K. I., Smith, B., Koenig, H., & Perez, L. (1998). *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors*. Journal for the Scientific Study of Religion, 37, p 710–724.
- Pasiak, Taufiq (Editor), 2012a, *Tuhan Empirik dan Kesehatan Spriritual; Pengembangan Pemikiran Musa Asy'arie dalam Bidang Kesehatan dan Kedokteran*, Center for Neuroscience, Health and Spirituality (C-NET) UIN Sunan Kalijaga, Jogjakarta
- Pasiak, Taufiq, 2012b, *Tuhan dalam Otak Manusia: Mewujudkan Kesehatan Spiritual Berdasarkan Neurosains*, PT. Mizan Pustaka, Bandung
- Pesantren Darul Mukhlisin UMI, 2011, *Panduan Pencerahan Qalbu: Bagi Peserta Diklat Prajabatan Golongan I, II, III Tahun 2011 Badan Kepegawaian dan Diklat Daerah (BKDD) Kabupaten Pangkep*, Universitas Muslim Indonesia, Padanglampe Pangkep
- Prado, Guillermo, Daniel J. Feaster, 2004, *Religious Involvement, Coping, Social Support, and Psychological Distress in HIV/AIDS-Seropositive African American Mothers*, AIDS Behav, 8(3): 221-235

- Putra, Suhartono Taat, 1999, *Perkembangan Paradgma dan Konsep Psikoneuroimunologi, dalam Kumpulan Materi Workshop Psikoneuroimunologi*, Graha Masyarakat Ilmiah Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, p 1
- Putra, Suhartono Taat, 2011, *Psikoneuroimunologi Kedokteran*, Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP), Surabaya, p 1-239
- Reed, P.G. 1987. *Spirituality and Well-Being in Terminally ill Hospitalized Adults*. Research in Nursing and Health, 10(5), p 335-344
- Reed, P.G. (1992). *An Emerging Paradigm for The Investigation of Spirituality in Nursing*. Research in Nursing and Health, 15, p 349-357
- Rianto, Agus, 2010, *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan; dilengkapi uji validitas dan reliabilitas serta aplikasi program SPSS*, Nuha Offset, Yogyakarta, p 45
- Richard Sloan, E. Bagiella, and T. Powell. 1999. *"Religion, Spirituality, and Medicine,"* The Lancet. Feb. 20, Vol. 353: 664–667
- Said, P. 2007, *Pengaruh Pencerahan Qalbu Padang Lampe Terhadap Sikap Keberagamaan Mahasiswa UMI*, Tesis Magister Program Pascasarjana UMI, p 87
- Saleh, AY., 2010, *Berzikir untuk Kesehatan Syaraf*, Penerbit Zaman, Jakarta, p 1-174
- Sarafino, EP, 2006, *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 5th New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Schwarzer, Ralf and Christine Schwarzer, 1996, *A Critical Survei of Coping Instruments*, Chapter prepared for: M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). Handbook of Coping (1996) New York: Wiley
- Selye H, 1978, *Stress in Health and Disease*, London, Butterworth
- Stuart dan Sundeen, 1995, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 3rd Edition, St. Louis, cv. Mosby Year Book
- Szaflarski, M. (2013). *Spirituality and Religion among HIV/AIDS-Infected Individuals*. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), p 324-332.

- Taylor S, 1998, *Coping Strategies, MacArthur Research Network on SES and Health*, <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/coping.php>, diakses 8 Desember 2013
- Takeuchi, T., Mutsuhiro Nakao, 2004, *Stress Perception and Social Indicators fo Low Back, Shoulder and Join Pain in Japan, National Surveys in 1995 and 2001*, Tokohu Exp J. Med, 2004, 203, p 195-204
- Tobin DL, 2001, *Coping Strategies Inventory, User Manual For Coping Strategies Inventory*, p. 1-18
- Tuck, I., McCain N.L., Elswick, R.K., 2008, *Spirituality and Psichosocial Factors in Person Living With HIV/AIDS*, J. Adv Nurs, 33 (6): p 776-783
- UNAIDS, 2011, *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access*. Geneva: United Nations
- UNAIDS, 2018, *UNAIDS DATA 2018: Global and Regional Data*, Geneva, Switzerland
- Universitas Muslim Indonesia, 2012, *Rumusan Hasil Rapat Kerja Pesantren Mahasiswa UMI "Darul Mukhlisin" Padanglampe Pangkep*, Makassar
- WHO, 2010, *Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach, 2010 Revision*, Austria
- WHO, UNAIDS, Unicef, 2011, *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector*, Progress Towards Universal Access
- WHO, 2013, *Global Update On HIV/AIDS Treatment 2013: Results, Impacy and Opportunities*, WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS