PENGARUH RELIGIUSITAS TERHADAP RESILIENSI TRAUMA PADA PEREMPUAN MUSLIMAH TERINDIKASI PTSD: PERAN STATUS PERNIKAHAN SEBAGAI MODERATOR

Oleh:
Mutiara Khodijah
10012449

Tesis ini ditulis untuk memenuhi sebagian persyaratan untuk mendapatkan gelar Master of Science in Psychology and Islamic Counseling (MSc PIC)

PROGRAM STUDI PSYCHOLOGY

PROGRAM PASCASARJANA

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY

2026

LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH RELIGIUSITAS TERHADAP RESILIENSI TRAUMA PADA PEREMPUAN MUSLIMAH TERINDIKASI PTSD: PERAN STATUS PERNIKAHAN SEBAGAI MODERATOR

MUTIARA KHODIJAH
10012449

Tesis ini ditulis untuk memenuhi sebagian persyaratan
untuk mendapatkan gelar *Master of Science in Psychology and Islamic Counseling* (MSc PIC)

Menyetujui untuk diajukan pada ujian tesis
Supervisor,



Langen Nidhana Meisyalla, S.Psi., M. Kes., M. Psych., PhD

Mengetahui
Assistant Head of Department
Psychology and Education



Dr. Evi Afifah Hurriyati, S.Si., M.Si

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mutiara Khodijah

Student ID : 10012449

Program Studi : Psychology

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Indonesia, 2 Agustus 2026

Yang membuat pernyataan



Mutiara Khodijah
NIM 10012449

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY, GAMBIA

PERNYATAAN HAK CIPTA
DAN PENEGASAN PENGGUNAAN YANG WAJAR
DARI PENELITIAN YANG BELUM DIPUBLIKASIKAN

PENGARUH RELIGIUSITAS
TERHADAP RESILIENSI TRAUMA
PADA PEREMPUAN MUSLIMAH TERINDIKASI PTSD:
PERAN STATUS PERNIKAHAN SEBAGAI MODERATOR

Saya menyatakan bahwa pemegang hak cipta disertasi ini dimiliki bersama oleh Mahasiswa dan IOU.

Hak Cipta © 2026 Mutiara Khodijah dan International Open University, Gambia.
Seluruh hak cipta dilindungi undang-undang.

Tidak ada bagian dari penelitian yang belum dipublikasikan ini yang boleh direproduksi, disimpan dalam sistem pengambilan, atau dikirimkan, dalam bentuk apa pun atau dengan cara apa pun, elektronik, mekanis, fotokopi, rekaman atau sebaliknya tanpa izin tertulis sebelumnya dari pemegang hak cipta kecuali sebagaimana disediakan di bawah ini:

1. Materi apa pun yang terkandung dalam atau berasal dari penelitian yang tidak dipublikasikan ini dapat digunakan oleh orang lain dalam tulisan mereka dengan pengakuan yang semestinya.

2. IOU atau perpustakaannya berhak membuat dan mengirimkan salinan (cetak atau elektronik) untuk keperluan institusional dan akademis.

3. Perpustakaan IOU akan memiliki hak untuk membuat, menyimpan dalam sistem yang diambil dan menyediakan salinan penelitian yang tidak dipublikasikan ini jika diminta oleh universitas dan perpustakaan penelitian lain.

Dengan menandatangani formulir ini, saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami kebijakan Hak Kekayaan Intelektual dan Komersialisasi IOU.

Ditegaskan oleh, 2 Agustus 2026



Mutiara Khodijah

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Alhamdulillahirabbil'alamin, Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia sehingga tesis yang berjudul "Pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma pada Perempuan Muslimah Terindikasi PTSD: Peran Status Pernikahan sebagai Moderator" ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah pada Rasulullah *ṣalláallāh 'alaihi wa-sallam*, keluarganya, sahabatnya dan pengikutnya hingga akhir zaman.

Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan dalam menyelesaikan program studi magister pada *Master of Science Degree in Psychology and Islamic Counselling*, International Open University. Sejak memulai perjalanan di IOU, penulis telah tertarik dengan isu seputar trauma; serta peran Brainspotting Therapy yang diintegrasikan dengan nilai nilai Islam yang selama ini penulis lakukan terhadap resiliensi trauma dan religiusitas pada klien klien penulis, terutama mereka yang mengalami gejala gangguan stress pascatrauma. Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan sebelumnya juga membuat penulis memahami keMahaKuasaan Allah, bahwa mereka yang pernah mengalami peristiwa traumatis dalam hidup bukan saja bisa bertahan, namun bisa beradaptasi bahkan tumbuh dari traumanya.

Perjalanan ini tentu tidak akan sampai pada titik ini tanpa pendampingan dari pendamping hidup tercinta, yang menemani seluruh perjalanan, yang percaya penulis bisa menjalaninya meski melewati fase dua kali melahirkan, fase hamil dan menyusui dalam perjalanan magister, yang memahami binar cinta dan ketertarikan pada Psikologi Islam sejak 19 tahun yang lalu, dan baru sampai saat menjalani perkuliahan di IOU. Terimakasih suamiku yang juga menjalani pendidikan bersama: Irfan Fathoni, SE., MM.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan, arahan, dan dukungan berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. **Dr. Abu Ameenah Bilal Philips** selaku Rektor International Open University (IOU) Global. Penulis menyampaikan terimakasih atas inisiatif dan visi besar

dalam menggagas sistem pendidikan daring, terutama untuk jurusan Psikologi dan Konseling Islam.

2. **Bapak Evan Indrawijaya, S.E., M.B.A** selaku Direktur Operasional IOU Indonesia;
3. **Bapak Adi Wira, B.A.,** selaku koordinator Pengembangan Akademik IOU Indonesia;
4. **Dr. Evi Afifah Hurriyati, S.Si, M.Si** selaku Wakil Kepala Program Studi Psikologi IOU Kampus Bahasa sekaligus Dosen saya di Mata Kuliah Metodologi Penelitian yang meletakkan dasar dasar dan fondasi bagi kami;
5. **Bapak Ahmad Yunus, S.Pd. M.Couns. (S.A.),** Sekretaris Program Studi Psikologi IOU Kampus Bahasa;
6. **Bapak Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes., M. Psych., PhD** selaku Dosen Pembimbing sekaligus pakar *Neuropsychology* atas bimbingan, koreksi, dan saran yang konstruktif dan sangat responsive selama proses penelitian dan penulisan. Juga yang selalu memotivasi dan mengarahkan mahasiswa/i bimbingannya untuk menyelesaikan tesis dengan tepat waktu, mengajukan paper ke jurnal Internasional dan melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi;
7. **Ibu Dr. Evi Afifah Hurriyati, S.Si., M.Si** selaku Dosen Penguji Internal dan Bapak Dr. Aditya Aryo Nur Kusumo M.Psi, Psikolog selaku Dosen Penguji Eksternal;
8. **Ibu Dr. Dini Permana Sari, S.Psi., M.M., Psikolog; Ibu Dr. Ummu Khuzaimah, M.Psi., Psikolog; Bapak Yudistira Fauzy Indrawan, MA., Ph.D., Psikolog; Kang Zein (Dr. Muhammad Zein Permana, S.Psi., M.Si)**, selaku guru dan dosen-dosen tercinta kami di IOU;
9. Civitas kampus International Open University (IOU) Indonesia, terutama bagian akademik yang aktif telah memberikan info-info terkini juga seluruh staf administrasi IOU atas ilmu, fasilitas dan dukungan administrasi yang diberikan;
10. Rekan-rekan sejawat dan teman-teman Mahasiswi Fall 2024, Grup Bimbingan Pak Langen dll yang telah memberikan bantuan, masukan, dan semangat selama penyusunan tesis ini;
11. Ketua dari Sebagian Komunitas yang terlibat dalam penelitian ini: **Paw Fawzia** (Ruang Bertumbuh), **Yunda Fitrian, S.Psi** (Kelas Ibu Berdaya); **Nur Alima Amelia, S.Tr.Keb., M.Sc** (Klinik Cikal Mulia) yang membuka kesempatan saya

mengenalkan pemulihan dengan *Brainspotting Therapy Integrated Islamic Values* walaupun pada akhirnya ada perubahan dalam penelitian ini; juga **Pak Cahyadi Takariawan** dan **Ibu Sugiyanti, S.Sos.I** yang dengannya tercapai angka 413 responden dalam penelitian ini;

12. Seluruh responden penelitian ini yang bersedia meluangkan waktu sehingga penelitian ini dapat terlaksana. Kalian bukan sekedar angka. Kisah kalian bermakna;
13. Fikri Rafif Rinaldi, rekan saya di UPT P2TP2A DKI Jakarta yang pertama kali mengenalkan pada IOU;
14. Dini Rahma Bintari, PhD dan Kang Hanna Djumhana Bastaman guru guru saya di UI yang mengenalkan pada Psikologi Islam, Logoterapi dan *Focused Oriented Therapy* juga kak Didit yang pertama kali membawa saya ke Temu Ilmiah Nasional Psikologi Islam; Seluruh teman teman presidium IMAMUPSI (Ikatan Mahasiswa Muslim Psikologi Islam) Angkatan awal dan P2i (Pengembangan Psikologi Islam) FUSI Psikologi UI 2007-2011 yang sudah membuat saya tidak perlu memilih antara mencintai Psikologi dan mencintai Islam;
15. Ayahanda Drs. Anharuddin bin Syekh H. Musthofa (Allahyarham) atas doa dan dukungannya semasa hidup, Ibunda Dra. Syarifah HD yang tak putus doanya, Ibunda mertua Surya Umami, Mbah Uti dan Ayahanda Drs Effendi Saleh, MM yang ikut menemani anak-anak saat saya harus mengerjakan tesis. Terimakasih untuk anak anakku: Ghazy Abdurrahman Rabbani, Khalifah Abdulmalik Saleh (*Baby Metpen)* dan Hamidah Ayu Irfani (*Baby Tesis*). Terimakasih sudah menjadi bagian utama dari perjalanan ini. Tesis ini hadiah untuk kalian. Maafkan untuk hak yang tak tertunai selama perjalanan pendidikan Ummi, di tengah semua ikhtiar yang kita lakukan, Ummi ingin kalian memahami mengapa Allah menurunkan ayat yang dimulai dari ‘Iqro’ sebagai ayat pertama yang turun ke bumi; dan makna dari *tarbiyah madal hayah*.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis dengan rendah hati menerima kritik dan saran yang membangun demi perbaikan penelitian di masa mendatang. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan Psikologi Islam, serta dapat memberikan kontribusi praktis bagi penanganan individu terindikasi PTSD. Akhir kata, semoga Allah SWT membalas

segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Jazakumullah khairan jaza.

Indonesia, 2 Agustus 2026



Mutiara Khodijah

DAFTAR ISI

Lembar Pengesahan ii
Lembar Pernyataan Keaslian Karya iii
Pernyataan Hak Cipta iv
Kata Pengantar v
Daftar Isi ix
Daftar Tabel xii
Daftar Gambar xii
Daftar Singkatan xiii
Daftar Terjemahan xiv
ABSTRAK xviii
ABSTRACT xix
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1. INTRODUKSI 1
1.2. LATAR BELAKANG MASALAH 1
1.3 RUMUSAN MASALAH 13
1.4 PERTANYAAN PENELITIAN 14
1.5 TUJUAN PENELITIAN 14
1.6 HIPOTESIS PENELITIAN 15
1.7 MANFAAT PENELITIAN 16
1.7.1 Manfaat Teoritis 16
1.7.2 Manfaat Praktis 17
1.8 RUANG LINGKUP PENELITIAN 17
1.8.1 Ruang Lingkup Variabel: 17
1.8.2 Ruang Lingkup Subjek dan Populasi: 18
1.8.3 Ruang Lingkup Metodologis: 18
1.9 SISTEMATIKA PENYUSUNAN 19
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 21
2.1 INTRODUKSI 21
2.2 PENJELASAN VARIABEL 22
2.2.1 Trauma dan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) 22
2.2.1.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Trauma dan PTSD 22
2.2.1.2 Keterbatasan Intervensi Konvensional untuk Trauma/PTSD 26
2.2.2 Resiliensi Trauma 27
2.2.2.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Resiliensi Trauma 27
2.2.3 Religiusitas 28
2.2.3.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Religiusitas 28
2.2.3.2 Peran Religiusitas dalam Kesehatan Mental dan Pemulihan Trauma 29
2.2.3.4 Perspektif Islam tentang Trauma, Penderitaan, dan Pemulihan 31
2.2.4 Peran Status Pernikahan sebagai Variabel Moderator 32

2.2.5 Perempuan Muslimah Terindikasi PTSD (Populasi Penelitian) 35
2.3 DAFTAR ARTIKEL YANG DITINJAU (*LITERATURE REVIEW)*.....39
2.5 RINGKASAN BAB 47
BAB III METODOLOGI PENELITIAN 50
3.1 INTRODUKSI 50
3.2 DESAIN DAN RANCANGAN PENELITIAN 50
3.3 VARIABEL PENELITIAN.....51
3.4 DEFINISI KONSEPTUAL 52
3.4.1 Religiusitas 52
3.4.2 Resiliensi Trauma 52
3.5 DEFINISI OPERASIONAL 53
3.5.1 Religiusitas (*X*).....53
3.5.2 Resiliensi Trauma (*Y*).....53
3.5.3 Status Pernikahan (*M*) 54
3.6 SUBJEK DAN LOKASI PENELITIAN.....54
3.6.1 Subjek Penelitian.....54
3.6.1.1 Populasi 54
3.6.1.2 Sample dan Teknik Sampling.....55
3.6.1.3 Kriteria Inklusi dan Sebaran Geografis 57
3.7 INSTRUMEN PENELITIAN.....61
3.7.1 PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) 61
3.7.2 Skala Religiusitas Muslim.....62
3.7.3 *Trauma Resilience Scale* 63
3.8 TEKNIK PENGAMBILAN DATA.....63
3.9 TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA.....65
3.9.1. Analisis Statistik Deskriptif 65
3.9.2. Uji Asumsi Klasik 66
3.9.3. Uji Hipotesis (Regresi Linear Berganda dan MRA) 67
3.10 HIPOTESIS STATISTIK.....68
3.11 ETIKA PENELITIAN.....69
3.11.1. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) 69
3.11.2. Kerahasiaan dan Anonimitas Data 69
3.11.3. Hak Partisipan untuk Mengundurkan Diri 69
3.11.4. Penanganan Data Sensitif dan Risiko Psikologis 70
3.11.5. Keterangan Kelayakan Etik *(Ethical Clearance)* 70
3.12 RINGKASAN BAB 71
BAB IV HASIL PENELITIAN.....73
4.1 INTRODUKSI 73
4.2 GAMBARAN UMUM RESPONDEN 75
4.2.1. Karakteristik Demografi Responden 75
4.2.2. Karakteristik Status Pernikahan dan Keluarga.....79
4.2.3 Perbandingan Profil Psikologis Berdasarkan Status Pernikahan 82

4.3 UJI ANALISIS DESKRIPTIF 83
4.4. UJI ASUMSI KLASIK 85
4.4.1 Uji Normalitas 85
4.4.2 Uji Linearitas 86
4.4.3 Uji Multikolinearitas 88
4.4.4 Uji Heteroskedastisitas 89
4.5 UJI HIPOTESIS 90
4.5.1 Hasil Uji Regresi Linier Sederhana 90
4.5.2 Hasil Uji Moderated Regression Analysis (MRA) 91
BAB V PEMBAHASAN 93
5.1 INTRODUKSI 93
5.2 PEMBAHASAN HASIL KUANTITATIF 93
5.2.1. Analisis Data Demografi dan Deskriptif 93
5.2.2. Pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma (H1) 95
5.2.2.1 Mekanisme Neurobiologis. 96
5.2.2.2 Mekanisme Psikospiritual. 97
5.2.2.3 Mekanisme Pertahanan Diri. 97
5.2.2.4 Analisis Dinamika Jiwa (Nafs): 102
5.2.3 Peran Status Pernikahan sebagai Moderasi 104
5.2.4 Interpretasi Umum dan *Novelty* 106
5.3 KETERBATASAN PENELITIAN 109
5.4 RINGKASAN BAB 112
BAB VI KESIMPULAN, SARAN DAN REKOMENDASI 118
6.1 INTRODUKSI 118
6.2 KESIMPULAN PENELITIAN 119
6.3 SARAN PRAKTIS 121
6.4 SARAN TEORITIS 124
6.5 REKOMENDASI PENELITIAN LANJUTAN 125
6.6 RINGKASAN BAB 127
DAFTAR PUSTAKA 129
Lampiran 1: Instrumen Penelitian dan Informed Consent 147
Lampiran 2: Ethical Clearance 157
Lampiran 3: Curriculum Vitae 158
Lampiran 4: Bukti Screenshot Turnitin dari LMS 160
Lampiran 5: Logbook Dosen Pembimbing 161
Logbook Pertemuan 1 161
Logbook Pertemuan 2 164
Logbook Pertemuan 3 167
Logbook Pertemuan 4 170
Logbook Pertemuan 5 172
Logbook Pertemuan 6 175
Logbook Pertemuan 7 178
Logbook Pertemuan 8 180
Logbook Pertemuan 9 182

Logbook Pertemuan 10.....184
Logbook Pertemuan 11.....186
Logbook Pertemuan 12.....188
Logbook Pertemuan 13.....190
Logbook Pertemuan 14.....192
Lampiran 6. Hasil Output SPSS.....194

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perbedaan Diagnosis PTSD pada DSM-5 dan ICD-11.....25
Tabel 2. 2 Literature Review.....40

Tabel 4. 1 Karakteristik Demografi Berdasarkan Usia.....75
Tabel 4. 2 Karakteristik Demografi Berdasarkan Pendidikan Terakhir.....76
Tabel 4. 3 Karakteristik Demografi Berdasarkan Provinsi Domisili.....77
Tabel 4. 4 Karakteristik Demografi Berdasarkan Domisili Wilayah.....78
Tabel 4. 5 Karakteristik Status Pernikahan.....79
Tabel 4. 6 Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jumlah Anak.....80
Tabel 4. 7 Karakteristik Aktivitas, Profesi dan Peran.....81
Tabel 4. 8 Kategori Peran.....82
Tabel 4. 9 Uji Statistik Deskriptif.....84
Tabel 4. 10 Hasil Uji Normalitas Kolmogorov–Smirnov.....86
Tabel 4. 11 Hasil Uji Linearitas.....87
Tabel 4. 12 Tabel Coefficients Uji Multikolinearitas.....88
Tabel 4. 13 Hasil Uji Glejser untuk Heteroskedastisitas.....89
Tabel 4. 14 Hasil Uji Regresi Linier Sederhana.....90
Tabel 4. 15 Hasil Uji T/ Koefisien Regresi.....91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual 1.....47

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan / Arti
ACEs	*Adverse Childhood Experiences* (Pengalaman Masa Kecil yang Tidak Menyenangkan)
APA	*American Psychological Association* (Asosiasi Psikologi Amerika)
CBT	*Cognitive Behavioral Therapy* (Terapi Perilaku Kognitif)
DSM-5	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edisi Kelima
HPA Axis	*Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis* (Sumbu Hipotalamus-Pituitari-Adrenal)
ICD-11	*International Classification of Diseases*, Edisi Kesebelas
IRT	Ibu Rumah Tangga
M	*Mean* (Rata-rata) / Variabel Moderator
MHPSS	*Mental Health and Psychosocial Support* (Dukungan Kesehatan Mental dan Psikososial)
MRA	*Moderated Regression Analysis* (Regresi Moderasi)
PCL-C	PTSD *Checklist-Civilian Version* (Daftar Periksa PTSD Versi Sipil)
PTSD	*Post-Traumatic Stress Disorder* (Gangguan Stres Pascatrauma)
SD	*Standard Deviation* (Standar Deviasi)
TRS	*Trauma Resilience Scale* (Skala Resiliensi Trauma)
WHO	*World Health Organization*

DAFTAR TERJEMAHAN

Arab	Bahasa Indonesia	Arab	Bahasa Indonesia	Arab	Bahasa Inggris
ء	'	ش	Sy	ن	N
ب	B	ص	ṣ	ه	H
ت	T	ض	ḍ	و	W
ث	Ts	ط	ṭ	ي	Y
ج	J	ظ	ẓ	◌َ	a
ح	ḥ	ع	‘	◌ِ	i
خ	Kh	غ	Gh	◌ُ	U
د	D	ف	F	◌َ+	ā
ذ	Dz	ق	Q	◌ِ◌ْي	ī
ر	R	ك	K	و◌ُ	ū
ز	Z	ل	L		
س	S	م	M		

DAFTAR TERJEMAHAN ISTILAH

Istilah Asli / Konsep	Padanan Bahasa Indonesia	Definisi Konseptual & Substantif
Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)	Gangguan Stres Pascatrauma	Gangguan kesehatan mental yang berkembang setelah seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatik yang mengancam keselamatan fisik atau jiwa.
PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)	Daftar Periksa PTSD Versi Sipil	Skala psikometrik standar berisi 17 butir pernyataan untuk menyaring dan mengukur tingkat keparahan gejala PTSD pada populasi sipil.
Moderated Regression Analysis (MRA)	Analisis Regresi Moderasi	Metode analisis statistik linier yang menguji pengaruh variabel moderator dalam memperkuat atau memperlemah hubungan antara variabel bebas dan terikat.
Speechless Terror	Teror Tanpa Kata	Kondisi lumpuh verbal akibat dinonaktifkannya Area *Broca* (pusat bahasa) secara neurobiologis di otak kiri ketika ingatan trauma penyintas terpicu.
Amygdala	Amigdala	Struktur kecil di area subkortikal otak yang bertindak sebagai pusat pemrosesan emosi negatif (seperti takut dan amarah) serta pemicu alarm bahaya biologis.
Broca's Area	Area Broca	Wilayah di korteks serebral kiri yang mengoordinasikan produksi bahasa dan kemampuan bicara verbal, sering mengalami shutdown saat trauma aktif.
Subcortical	Subkortikal	Wilayah otak bagian dalam (di bawah korteks) tempat tersimpannya fragmen memori trauma emosional dan sensorik yang berada di luar jangkauan kesadaran verbal.
Spiritual Bypass	Pengelakan Spiritual	Mekanisme pertahanan psikologis berupa penggunaan ritual agama atau dalil teologis secara berlebihan untuk menekan dan menghindari pemrosesan luka trauma emosional.
Spiritual Struggle	Pergulatan Spiritual	Konflik, krisis, atau tekanan batin transendental yang dialami penyintas, seperti perasaan bersalah eksistensial atau merasa dihukum dan ditinggalkan oleh Allah.

Tired Soul	Jiwa yang Lelah	Idiom distres psikokultural yang menggambarkan kelelahan eksistensial kronis, keputusasaan mendalam, dan depresi berat akibat akumulasi beban trauma.
Heart Squeezed	Hati yang Terhimpit	Idiom distres fisik-kultural yang merujuk pada gejala somatisasi kecemasan akut berupa dada sesak, kecemasan parah, dan serangan panik.
Adverse Childhood Experiences (ACEs)	Pengalaman Masa Kecil yang Buruk	Peristiwa traumatik yang dialami sebelum usia 18 tahun (misal: disfungsi keluarga, kekerasan domestik) yang memicu kerentanan psikologis di masa dewasa.
Nafs	Jiwa / Diri	Totalitas sistem kejiwaan manusia yang mencakup dimensi biologis-fisik, emosi, kognisi (akal), dan ruhani.
Qalb	Hati / Kalbu	Inti spiritual terdalam manusia yang bertindak sebagai wadah keimanan, intuisi ilahi, serta sumber ketenangan batin sejati.
Aql	Akal / Intelek	Kekuatan jiwa yang memproses logika kognitif dan bertindak sebagai penengah logis untuk membimbing nafsu sesuai tuntunan iman.
Ghadab	Amarah / Energi Defensif	Kekuatan emosional pertahanan diri alami yang jika tak terkendali (seperti hiperaktivasi amigdala kronis pada PTSD) dapat membajak akal sehat.
Syahwat	Keinginan / Nafsu	Dorongan biologis dasar dan kesenangan duniawi dalam diri manusia yang memerlukan bimbingan akal dan syariat agar tetap seimbang.
Tazkiyatunnafs	Penyucian Jiwa	Proses pembersihan kejiwaan secara bertahap dari residu emosi negatif dan dosa menuju keseimbangan spiritual yang mulia.
Takhalli	Pembersihan Diri	Fase awal *Tazkiyah* untuk membuang kotoran batin; selaras dengan stabilisasi sistem somatis saraf (bottom-up) dari trauma berat.
Tahalli	Penghiasan Diri	Fase mengisi batin dengan peningkatan ibadah ritual, ketaatan moral, dan akhlak terpuji guna melatih fungsi saraf parasimpatis.
Tajalli	Resiliensi Spiritual	Kondisi di mana kekuatan dari Allah memancar dalam jiwa, melahirkan

		kedamaian sejati dan pertumbuhan pascatrauma (PTG).
Itmi'nan	Ketenangan Jiwa	Kondisi kedamaian spiritual tertinggi (*nafs mutma'innah*) ketika jiwa terbebas dari gejolak emosi negatif dan terikat aman dengan Allah.
Tawakkul	Tawakal	Kepasrahan aktif dan penyerahan hasil akhir suatu ikhtiar pemulihan secara tulus kepada kehendak Allah.
Sabr	Sabar	Keteguhan batin yang kokoh dan aktif untuk menahan gejolak destruktif serta menerima ujian takdir dengan lapang dada.
Shukr	Syukur	Sikap mental apresiatif yang memandang hikmah positif di balik penderitaan dan mensyukuri rahmat yang tersisa.
Ibtila'	Ujian	Konseptualisasi teologis atas musibah atau trauma sebagai media pembersihan moral dan pematangan spiritual, bukan murka ilahi.
Qadar / Taqdir	Takdir / Ketetapan	Keyakinan teologis bahwa segala kejadian berada dalam genggaman dan ketetapan Allah, berfungsi sebagai sarana kognitif reappraisal.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menginvestigasi pengaruh prediktif religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), sekaligus menganalisis peran moderator status pernikahan dalam dinamika hubungan tersebut. Resiliensi trauma dikonseptualisasikan sebagai kapasitas individu untuk pulih, beradaptasi secara positif terhadap kemalangan, dan memulihkan keberfungsian psikologis pasca-peristiwa traumatis. Menggunakan pendekatan kuantitatif, penelitian ini melibatkan sampel homogen klinis sebanyak 108 responden perempuan Muslimah di Indonesia yang memenuhi kriteria inklusi klinis ketat dengan ambang batas skor PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) ≥ 50 (α=0,709) berdasarkan Weathers et al. (1993) dari total 413 responden. Data dikumpulkan melalui Skala Religiusitas Muslim (α=0,797) dan Trauma Resilience Scale (TRS) (α= 0.956). Pengujian hipotesis dilakukan menggunakan Uji Regresi Linier sederhana dan *Moderated Regression Analysis* (MRA). Hasil penelitian menunjukkan bahwa religiusitas tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap resiliensi trauma pada sampel klinis ini (R2=0,001;p=0,703), sehingga H1 ditolak. Lebih lanjut, status pernikahan ditemukan tidak berperan sebagai variabel moderator dalam hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma (p=0,540) sehingga H2 ditolak. Temuan ini mengindikasikan bahwa pada populasi terindikasi PTSD, faktor religiusitas tidak secara otomatis memfasilitasi pembentukan resiliensi. Pada tingkat distres neurobiologis yang berat ini, ketaatan ritual spiritual dan dukungan status pernikahan formal mengalami atenuasi fungsional akibat terjadinya spiritual struggle, spiritual bypass, serta fenomena speechless terror akibat hambatan area subkortikal otak. Penelitian ini menekankan urgensi integrasi intervensi klinis berbasis *brain-body relational* seperti *Brainspotting Therapy* yang diselaraskan dengan nilai-nilai Islam untuk mengoptimalkan proses pemulihan penyintas trauma pada kondisi klinis yang berat, dengan menstabilkan sistem saraf somatis penyintas sebelum penguatan nilai spiritual kognitif dapat diinternalisasi secara optimal

Kata Kunci: Religiusitas, Resiliensi Trauma, PTSD, Status Pernikahan, Muslimah.

ABSTRACT

This study aims to investigate the predictive influence of religiosity on trauma resilience among Muslim women exhibiting symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), while simultaneously analyzing the moderating role of marital status within the dynamics of this relationship. Trauma resilience is conceptualized as an individual's capacity to recover, adapt positively to adversity, and restore psychological functioning post-traumatic events. Employing a quantitative approach, the study involved a highly homogeneous clinical sample of 108 Muslim women in Indonesia who met stringent clinical inclusion criteria with a PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) cutoff score of $\geq$ 50 (α = .709) based on Weathers et al. (1993), selected from a total pool of 413 respondents. Data were gathered using the Muslim Religiosity Scale (α = .797) and the Trauma Resilience Scale (TRS) (α = .956). Hypotheses were tested using simple linear regression and Moderated Regression Analysis (MRA). The results revealed that religiosity had no significant predictive influence on trauma resilience within this clinical sample (R^2 = .001; p = .703), leading to the rejection of H_1. Furthermore, marital status was not found to moderate the relationship between religiosity and trauma resilience (p = .540), thereby rejecting H_2. These findings indicate that within a population with clinical PTSD, religiosity does not automatically facilitate the development of resilience. At this severe level of neurobiological distress, ritualistic spiritual practices and the support of formal marital status undergo functional attenuation due to the occurrence of spiritual struggles, spiritual bypass, and the phenomenon of "speechless terror" caused by subcortical brain impairment. This study emphasizes the urgent need to integrate bottom-up, brain-body relational clinical interventions, such as Brainspotting Therapy, aligned with Islamic values to optimize the recovery process of trauma survivors in severe clinical conditions. This integration aims to stabilize the somatic nervous system of survivors before top-down cognitive-spiritual values can be effectively internalized.

Keywords: Religiosity, Trauma Resilience, PTSD, Marital Status, Muslim Women.

BAB I PENDAHULUAN

1.1. INTRODUKSI

Bab ini menguraikan gambaran umum mengenai penelitian yang berfokus pada Religiusitas, Resiliensi Trauma dan peran status pernikahan sebagai moderator pada perempuan Muslimah terindikasi PTSD. Pembahasan pada bab ini dimulai dengan pemaparan latar belakang, yang menjelaskan data dan prevalensi trauma di dunia dan di Indonesia, mengapa resiliensi trauma menjadi penting, dan bagaimana religiusitas menjadi faktor protektif atau pelindung bagi perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD ditambahkan dengan peran status pernikahan sebagai moderator.

Bab ini juga berisi perumusan masalah, tujuan penelitian, serta signifikansi teoretis dan praktis dari studi ini. Dengan demikian, bab ini memberikan kerangka awal yang komprehensif untuk memahami arah, fokus, dan kontribusi penelitian terhadap pengembangan kajian khususnya Psikologi klinis dan Psikologi Islam.

1.2. LATAR BELAKANG MASALAH

Trauma, sebagai luka psikologis yang mendalam, telah menjadi perhatian utama dalam dunia psikologi modern. Trauma sebagai respons terhadap peristiwa yang sangat menegangkan, mempengaruhi jutaan orang di seluruh dunia setiap tahunnya (*American Psychiatric Association*, 2013). Maté (2022) mengatakan bahwa jejak trauma telah mewabah tanpa kita sadari. Studi komprehensif yang dilakukan Benjet, *et al.* (2016) menganalisis data dari 24 negara di 5 benua

dengan 68.894 responden dan menemukan bahwa lebih dari 70% responden melaporkan setidaknya satu peristiwa traumatis seumur hidup. Trauma juga menyebabkan berbagai masalah kesehatan mental (Fisher, 2021), termasuk gangguan stres pascatrauma (PTSD), depresi, kecemasan, dan gangguan penggunaan zat (van der Kolk, 2014).

Belum diketahui secara pasti mengenai prevalensi trauma di Indonesia, namun beberapa penelitian menemukan adanya beberapa kelompok yang rentan mengalami trauma, diantaranya penyintas bencana alam, penduduk yang bermukim di daerah konflik, penyintas kecelakaan lalu lintas, penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga dan penyintas Kekerasan Terhadap Anak (Indriani, 2025; Deborah *et al.*, 2018; Nasri, *et al.*, 2020). *Indonesian National Adolescent mental Health Survey* (I-NAMS, 2022) menemukan 1 dari 3 remaja Indonesia usia 10-17 tahun memiliki masalah kesehatan mental dan 1 dari 20 remaja memiliki gangguan mental dalam 12 tahun terakhir. Angka ini setara dengan 15,5 juta dan 2,45 juta remaja. Gangguan mental yang paling banyak diderita remaja di Indonesia adalah gangguan cemas 3,7%, gangguan depresi mayor (1,0%), gangguan perilaku (0,9%), PTSD 0,5% dan ADHD 0,5%. Lebih lanjut, data kasus yang peneliti tangani sebagai praktisi Brainspotting Therapy, dalam setidaknya 1 tahun terakhir saja, 33 dari 45 orang klien memiliki isu seputar trauma.

Trauma adalah sesuatu yang tidak dapat dipilih dan tidak dapat dielakkan, namun sebagai makhluk Allah yang paling mulia, manusia dibekali daya untuk memilih respons untuk tetap berkubang dalam lumpur trauma atau memilih untuk pulih, bangkit dan bertumbuh. Hal ini didukung oleh riset Koenen *et al.* (2017) yang menemukan secara global bahwa hanya 3,9% individu terpapar trauma yang berkembang menjadi Gangguan Stress PascaTrauma atau *Post-Traumatic Stress Disorder (*PTSD).

Psikologi menjelaskan daya bangkit dan daya lenting setelah terjatuh sebagai Resiliensi (Werner & Smith, 1982; Glicken, 2006); kemampuan untuk pulih, beradaptasi dengan baik dalam menghadapi kesulitan, trauma, tragedi, ancaman, atau sumber stres yang signifikan dan kemampuan untuk berfungsi kembali sebagai Resiliensi Trauma (Masten, 2001; Madsen & Abell, 2010; APA, 2014) dan pertumbuhan setelah trauma sebagai *Post-Traumatic Growth* (Tedeschi & Calhoun, 1996). Jika Resiliensi Trauma adalah kembali ke masa pratrauma atau *pre-event level of functioning* (Allebaume ,*et al.*, 2023) maka *Post-Traumatic Growth* (PTG) adalah langkah selanjutnya di mana seseorang bertumbuh lebih positif, lebih mengenal diri, lebih mengapresiasi diri bahkan lebih dekat dengan Sang Pencipta (Tedeschi & Calhoun, 1998).

Resiliensi bukan hanya kemampuan individu untuk mengatasi stres dan kesulitan atau yang dikenalkan Kobasa (1979; Maddi & Kobasa, 1984) sebagai *Hardiness*, namun juga kemampuan untuk *bounce back* atau memantul kembali setelah peristiwa traumatis. Hal ini menjadi salah satu pembeda yang mendasar karena trauma berbeda dengan stress. Stress adalah respons seseorang terhadap peristiwa atau stimulus yang mengganggu keseimbangan, membebani dan melebihi kemampuan untuk mengatasinya, namun stres tidak selalu berbahaya atau mengguncang jika dibandingkan dengan trauma, bahkan ada *eustress* yaitu kondisi stress atau tekanan yang baik yang justru memotivasi seseorang dan berperan positif (Indriani, 2025). Hal ini juga menunjukkan bahwa konsep seperti *Sense of Coherence* (SOC) atau kemampuan individu untuk memahami dan mengelola stres (Antonovsky, 1987) kurang relevan dalam memahami dan memulihkan trauma. Begitu juga dengan *Psychological Capital* (PsyCap) atau kemampuan individu untuk mengatasi tantangan dan mencapai tujuan yang dikenalkan Luthans, *et al* (2007).

Resiliensi Trauma bukan hanya keyakinan bahwa mereka dapat mengatasi tantangan dan mencapai tujuan seperti yang dikenalkan Bandura (1997) sebagai *Self-efficacy*, karena berdasarkan

berbagai literatur tentang trauma, trauma bukanlah sekadar ingatan tentang kejadian, melainkan reaksi terhadap peristiwa yang sangat mengganggu, menakutkan, dan melampaui kemampuan seseorang untuk mengatasinya (Maté, 2022; Van der Kolk, 2014). Individu dengan trauma bahkan kesulitan untuk mempengaruhi emosi yang mereka rasakan, kapan mereka merasakannya, bagaimana mereka mengalaminya dan bagaimana mengekspresikannya seperti yang dikenalkan Gross (1998) sebagai *Emotional Regulation*.

Resiliensi bukan hanya *Adaptability* atau kapasitas untuk beradaptasi seperti yang dikenalkan oleh Ployhart dan Bliese (2006) karena berbagai literatur menunjukkan bahwa individu yang mengalami trauma mengalami kerusakan di otak area *broca* atau bahasa (Indriani, 2025). Resiliensi, di sisi lain berfungsi sebagai faktor perlindungan yang signifikan terhadap gejala PTSD, bahkan resiliensi dikaitkan dengan penurunan kognisi negatif terkait trauma setelah mengingat trauma (Szabo *et al.*, 2022.) Ini menunjukkan bahwa resiliensi dapat membantu individu mengatasi pemikiran negatif yang sering muncul setelah trauma. Penelitian juga menunjukkan bahwa resiliensi dapat mengurangi disfungsi sosial yang sering terjadi pada individu dengan PTSD dan depresi (Wingo, at.al, 2017). Resiliensi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu tetapi juga oleh faktor lingkungan seperti dukungan sosial dan lingkungan. Penelitian menunjukkan bahwa kombinasi resiliensi individu dan dukungan lingkungan dapat meningkatkan kemungkinan individu berada dalam jalur resiliensi terhadap PTSD (Webb *et al.*., 2024).

Resiliensi merupakan sesuatu yang dapat dilatih dan dibentuk melalui interaksi antara individu dan lingkungan (Obermeier *et al.*, 2025), berbeda dengan konstruk lain seperti *Adaptability* (Ployhart & Bliese, 2006) dan *Grit* (Duckworth, *et al.*, 2007). *Grit*, yang didefinisikan sebagai ketekunan dan semangat untuk tujuan jangka panjang, memang dapat ditingkatkan melalui praktik yang terarah dan pengembangan harapan serta resiliensi (Obermeier *et al.*, 2025), namun

Grit lebih sering dikaitkan dengan karakteristik individu yang lebih statis serta tidak secara langsung mempertimbangkan pengaruh lingkungan dan sosial (Pritts, 2023) begitu juga dengan *Adaptability* (Petzold, *et al.*, 2018).

Resiliensi juga berhubungan dengan kesejahteraan fisik dan psikologis yang lebih baik. Penelitian menunjukkan bahwa resiliensi dapat mengurangi disfungsi emosional dan meningkatkan kesejahteraan umum pada wanita yang mengalami trauma (Ruiz-Parraga *et al.*, 2021). Resiliensi trauma lebih penting dan relevan bagi penyintas trauma dan PTSD dibandingkan *adaptability* dan *grit* karena hubungannya yang kuat dengan pengurangan gejala PTSD, peran perlindungannya, pengaruhnya yang luas pada kesejahteraan fisik dan psikologis, serta efektivitas intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa resiliensi adalah faktor kunci dalam pemulihan dari trauma dan dalam mencegah perkembangan PTSD.

Salah satu alasan yang menyebabkan Peneliti memilih variabel Resiliensi Trauma untuk diteliti, adalah karena intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan resiliensi telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala PTSD dan meningkatkan fungsi sosial (Wingo, *et al.*, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa resiliensi adalah konstruk yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan melalui intervensi yang tepat.

Penelitian tentang hubungan antara religiusitas dan resiliensi pada individu yang mengalami trauma, khususnya perempuan Muslimah dewasa dengan PTSD, telah menjadi topik yang menarik perhatian dalam beberapa tahun terakhir. Penelitian menunjukkan bahwa religiusitas memiliki hubungan positif dengan resiliensi, terutama dalam konteks trauma. Religiusitas dapat meningkatkan harapan, yang pada gilirannya memperkuat resiliensi individu dalam menghadapi trauma (Krok *et al.*, 2021 Schwalm et al, 2022). Religusitas meningkatkan resiliensi melalui

coping positif dan dukungan komunitas, namun efeknya bervariasi tergantung konteks budaya dan migrasi (El Awad et al, 2022; Bukhori *et al.*, 2022; Zulfiqar *et al.*, 2024).

Annalakshmi & Abeer (2011) menemukan bahwa dimensi dari religiusitas seperti keyakinan dan praktik keagamaan terbukti berkontribusi pada peningkatan resiliensi. Hal ini menunjukkan bahwa religiusitas yang diwujudkan dalam tindakan memiliki dampak yang lebih signifikan dibandingkan hanya keyakinan kognitif. Kesejahteraan spiritual diidentifikasi berperan sebagai faktor pelindung protektif yang mempercepat proses pemulihan trauma dan meredakan keparahan gejala PTSD secara bertahap (Kartol, *et al.*, 2025). Studi Dolcos, *et al.* (2021) membuktikan bahwa religiusitas berhubungan dengan resiliensi melalui mediasi penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) dan efikasi diri dalam koping.

Systematic Literature Review yang dilakukan Chyczij *et al.* (2026) meninjau 28 studi yang melibatkan 9.506 perempuan, dimana hasilnya secara konsisten menunjukkan bahwa religiusitas dan spiritualitas berfungsi sebagai faktor pelindung yang kuat (*robust protective factor*) terhadap efek psikologis merusak dari trauma, termasuk PTSD, depresi, dan kecemasan. Meskipun studi meta-analisis besar seperti yang dilakukan Chyczij et al. (2026) telah mengulas 9.506 perempuan dari berbagai latar belakang kerentanan, mayoritas studi tersebut masih sangat heterogen (mencampur penyintas HIV, tunawisma, dan korban kekerasan), sehingga penelitian ini mengisi celah tersebut dengan berfokus pada spesifisitas populasi yaitu Muslimah dan homogenitas kondisi klinis (ambang batas skor PCL-C $\geq$ 50), yang jarang dibahas secara mendalam dalam literatur global.

Yuliyanti *et al.* (2024) di sisi lain, juga menemukan bahwa keterlibatan aktif dalam praktik ibadah keagamaan (doa dan dzikir) secara empiris terbukti meningkatkan ketahanan psikologis secara mendalam dan memicu fenomena *Post-Traumatic Growth* (pertumbuhan pascatrauma).

Koping religius juga berfungsi sebagai strategi adaptif dengan membingkai ulang peristiwa traumatis menjadi makna yang positif, yang kondusif bagi pertumbuhan pascatrauma (Suffah, *et al.*, 2024). Penelitian Pertek (2024) menunjukkan bagaimana penyintas kekerasan memegang teguh iman mereka sebagai tali penyelamat *(lifeline),* menarik kekuatan dan resiliensi dari keyakinan dan praktik keagamaan mereka.

Religiusitas, yang mencakup dimensi keyakinan teologis (seperti tauhid dan konsep *qadar*) serta praktik ibadah (seperti salat, doa, dan zikir), telah terbukti secara ilmiah sebagai penyangga pelindung (*protective buffer*) yang memfasilitasi penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) terhadap penderitaan hidup. Referensi mutakhir seperti Aggarwal et al. (2023) dan Okan et al. (2025) menegaskan bahwa keterikatan spiritual ini tidak hanya menurunkan gejala PTSD dan kecemasan, tetapi juga menjadi prediktor utama bagi terbentuknya resiliensi dan pertumbuhan pascatrauma (*Post-Traumatic Growth*) pada populasi rentan. Religiusitas dapat memoderasi dampak negatif trauma terhadap kesehatan mental, termasuk gejala PTSD, depresi, dan kecemasan. Dalam beberapa kasus, religiusitas juga dikaitkan dengan penurunan gejala PTSD melalui mekanisme seperti dukungan sosial dan pengelolaan stres (Zahra *et al.*, 2024; El-Awad, *et al.*, 2022, Koenig et al, 2020).

Pada sisi lain, pada tingkat klinis tertentu, religiusitas mungkin tidak bekerja. Urgensi penelitian ini didasarkan pada temuan neurosains bahwa pengalaman traumatik yang berat tidak tersimpan sebagai memori naratif di korteks, melainkan tertanam di area subkortikal otak yang berada di luar jangkauan kesadaran verbal (Van der Kolk, 2024). Fenomena ini memicu deaktivasi pada Area *Broca* (pusat bahasa), sehingga penyintas sering kali mengalami *speechless terror* atau ketidakmampuan untuk memproses penderitaan melalui logika (Rauch et al., 1996). Oleh karena itu, penelitian ini ingin menguji apakah religiusitas (yang secara tradisional bersifat kognitif-

verbal) masih memiliki efektivitas pada populasi Muslimah dengan skor PCL-C ≥ 50, di mana beban trauma telah membajak fungsi rasional otak (Sarasti, 2026; Paraniak-Gieszczyk & Ogłodek, 2025).

Religiusitas dan resiliensi didefinisikan dalam psikologi Islam melalui konstruksi seperti *tawakkul, sabr*, dan *shukr* (Gumiandari et al., 2022; Nasrin, 2025). Penelitian empiris pada populasi Muslimah menunjukkan bahwa koping religius ini berinteraksi dengan tingkat stres dan kesehatan mental penyintas (Ozeto & Allan, 2021; Rutledge, 2025) Banyak studi menunjukkan bahwa religiusitas berperan dalam proses adaptasi terhadap trauma, namun hasilnya tidak selalu positif. Coping religius yang adaptif (*positive religious coping)* seperti doa, dzikir dan *tawakkul* dapat membantu individu mengatasi trauma dengan lebih baik, mendukung pemulihan/resiliensi, menurunkan gejala PTSD dan meningkatkan pertumbuhan pascatrauma (Walker *et al.*, 2022; Grey *et al.*, 2024, Cohen *et al.*, 2025); sementara coping religius maladaptif *(negative religious coping /spiritual struggle)* seringkali berhubungan dengan hasil mental yang lebih buruk serta memperburuk gejala PTSD (Berzengi *et al.*, 2017; Ozeto & Allan, 2021). Oleh karena itu perlu mengukur jenis religiusitas/strategi beragama, bukan sekadar tingkat religiusitas (Berzengi, *et al.*, 2017, Lehmann, 2020).

Penelitian lain menemukan bahwa efektivitas religiusitas dalam menumbuhkan resiliensi trauma tidak bersifat statis; sebaliknya, hal tersebut secara dinamis dipengaruhi oleh mekanisme spesifik koping religius serta konteks struktural status perkawinan penyintas PTSD (Alsubaie et al., 2021; Foong et al., 2023; Nurbaeti et al., 2023; Ahmad et al., 2023).

Sejalan dengan itu, untuk populasi Muslim/ perempuan, penafsiran agama *(Islamic appraisals)* dan bentuk coping religius yang spesifik dapat memengaruhi gejala PTSD dan resiliensi. Studi kuantitatif menunjukkan bahwa penilaian terhadap Islam yang negatif *(negative*

appraisal) berkaitan dengan gejala PTSD lebih berat, sedangkan penilaian positif berkaitan dengan gejala yang lebih ringan (Pargament, *et al.*, 1998).

Manifestasi klinis Gangguan Stres Pascatrauma (PTSD) pada Muslimah merupakan produk dari interaksi dialektis antara trauma sistemik, tekanan sosio-politik, dan ekspektasi sosiokultural yang berlapis (Ozeto & Allan, 2021; Bulut et al, 2021; Callender et al, 2022). Prevalensi PTSD pada perempuan Muslimah dewasa sendiri cukup tinggi, terutama pada kelompok yang mengalami trauma berat seperti kekerasan domestik, bencana, atau konflik. Prevalensi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki akibat paparan kekerasan interpersonal (Knaevelsrud et al, 2015, Kira et al, 2020).

Status pernikahan (menikah, cerai mati, cerai hidup, dan *single*) diduga memengaruhi proses resiliensi, baik melalui dukungan sosial maupun dinamika keluarga, namun peran moderasinya dalam hubungan religiusitas-resiliensi masih minim dieksplorasi secara empiris, khususnya pada perempuan Muslimah dewasa dengan PTSD (El-Awad, *et al.*, 2022). Status pernikahan dapat menjadi variabel moderator yang signifikan dalam hubungan antara religiusitas dan resiliensi. Dukungan sosial dari pasangan, terutama dalam pernikahan yang harmonis, dapat memperkuat efek protektif religiusitas terhadap trauma (Olson, *et al.*, 2015). Status pernikahan diduga memoderasi hubungan religiusitas-resiliensi, namun bukti empiris spesifik masih terbatas (Southern & Sullivan, 2021 Perveen & Malik, 2020).

Trauma psikologis yang dialami oleh perempuan Muslimah sering kali bersifat multidimensional dan berakar dari berbagai kerentanan sistemik, seperti konflik bersenjata, pengungsian paksa, hingga diskriminasi sosial di negara minoritas (Chyczij *et al.*, 2026; Latif *et al.*, 2020; Hunt *et al.*, 2020; Maideen & Goel, 2022). Dalam bidang psikologi klinis dan psikologi Islam, perhatian terhadap bagaimana perempuan Muslimah menavigasi Gangguan Stres

Pascatrauma (PTSD) melalui lensa religiusitas dan resiliensi semakin meningkat (Chyczij *et al.*, 2026; Gokani *et al.*, 2022; Azizah & Mareta, 2021). Riset kualitatif menunjukkan bahwa keyakinan agama bukan sekadar aspek ritualitas dogmatis, melainkan sebuah sistem pemaknaan kognitif yang dinamis dan mendalam (Fadhli, *et al.*, 2026). Kerangka teologis ini berfungsi sebagai penyangga pelindung (*protective buffer*) yang memfasilitasi penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) terhadap penderitaan hidup; sebuah mekanisme yang dikenal dalam literatur akademis sebagai hipotesis spiritualitas, sebagai Resiliensi (Chyczij *et al.*, 2026).

PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) merupakan gangguan yang sering muncul pasca-trauma dan menunjukkan perbedaan prevalensi, gejala, dan jalur pemulihan antara laki-laki dan perempuan; penelitian menunjukkan perempuan memiliki risiko dan manifestasi PTSD yang berbeda/ lebih tinggi pada beberapa trauma tertentu (mis. kekerasan seksual) (Oliff, 2017). PTSD pada perempuan dewasa merupakan isu klinis penting, dimana bukti neurobiologis dan klinis menunjukkan pola manifestasi PTSD yang dapat berbeda pada perempuan, seperti perbedaan neurobiologis, respons emosional dan faktor psikososial sehingga diperlukan penelitian khusus yang menelaah faktor protektif seperti religiusitas dan kebahagiaan (Olff, 2017, Eder-Moreau et al, 2022).

Beberapa penelitian terkait menunjukkan bahwa pengaruh religiusitas terhadap resiliensi atau pemulihan trauma pada perempuan Muslimah atau kelompok Muslim lainnya sangat bergantung pada konteks, metode coping, dan faktor-faktor lain seperti dukungan sosial, spiritualitas, dan pengalaman trauma sebelumnya (Molsa, *et al.*, 2017; Berzengi *et al.*, 2017; Bahrun *et al.*, 2023; Richa *et al.*, 2020; Abu-Ras *et al.*, 2026; Al-Nasa'h & Aner-Self, 2019).

Fokus pada populasi Muslimah menjadi sangat penting karena mereka menghadapi kerentanan berlapis (*intersectionality*) yang secara signifikan meningkatkan risiko Gangguan Stres

Pascatrauma. Data menunjukkan bahwa perempuan memiliki risiko prevalensi PTSD dua kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki, terutama akibat paparan trauma interpersonal. Sebagai kelompok minoritas atau pembawa simbol iman yang terlihat jelas seperti hijab, Muslimah sering kali menjadi target diskriminasi dan Islamofobia yang memperberat beban psikologis pascatrauma. Selain itu, manifestasi distres pada Muslimah memiliki karakteristik unik yang sering kali tidak terdeteksi oleh kriteria Barat konvensional, seperti idiom distres *tired soul* (jiwa yang lelah) yang menggambarkan kelelahan eksistensial serta *heart squeezed* (hati yang terhimpit) sebagai representasi kecemasan akut (Rutledge, 2025).

Urgensi penelitian ini juga berpijak pada fakta bahwa manifestasi PTSD pada Muslimah sering kali merupakan hasil dari akumulasi beban trauma yang bersifat kumulatif dan intergenerasional. Kondisi ini umumnya berakar dari *Adverse Childhood Experiences* (ACES) atau pengalaman masa kecil yang tidak menyenangkan, yang jika tidak tertangani, akan berkembang menjadi trauma kronis di masa dewasa (Schaefer et al., 2018). Berbeda dengan trauma akut yang bersifat tunggal dan mendadak, trauma kronis yang dialami secara berulang dalam jangka waktu lama—seperti kekerasan domestik atau diskriminasi sistemik yang berkepanjangan—memiliki dampak yang lebih destruktif karena menyebabkan disregulasi emosi yang lebih berat dan memengaruhi perkembangan sistem saraf secara permanen (Paraniak-Gieszczyk & Ogłodek, 2025; Sarasti, 2026). Dalam perspektif ini, beban trauma bukan lagi sekadar ingatan psikologis, melainkan telah menjadi jejak trauma (Maté (2022) dalam tubuh penyintas, sehingga membutuhkan analisis pada ambang batas klinis yang lebih tinggi untuk melihat efektivitas faktor protektif seperti religiusitas.

Penggunaan ambang batas klinis yang ketat (skor PCL-C $\geq$ 50) dalam penelitian ini didasarkan pada urgensi penanganan kondisi trauma yang telah menyentuh level neurobiologis.

Pada skor ≥ 50, individu mengalami beban simtom yang ekstrem di mana terjadi deaktivasi signifikan pada Area *Broca* (pusat bahasa) dan gangguan fungsional pada HPA Axis, yang menyebabkan fenomena *speechless terror* atau ketidakmampuan memproses trauma secara verbal-kognitif. Landasan angka 50 merujuk pada standar emas psikometrik dari Weathers et al. (1993), yang menetapkannya sebagai titik potong paling efisien secara optimal *(optimally efficient cutoff score)* dengan nilai sensitivitas 0,82 dan spesifisitas 0,83 untuk memprediksi diagnosis PTSD klinis berdasarkan wawancara terstruktur SCID

Titik temu antara religiusitas, resiliensi trauma, dan PTSD pada perempuan Muslimah merupakan area penelitian yang krusial, mengingat tingginya prevalensi trauma pada populasi yang terdampak konflik dan migran, serta peran sentral iman dalam proses koping dan pemberian makna (*meaning-making*). Status pernikahan dihipotesiskan memoderasi hubungan-hubungan ini, yang mencerminkan pentingnya dukungan sosial dan keluarga dalam budaya Islam dan Timur Tengah. Namun, bukti empiris yang ada menunjukkan hasil yang beragam; beberapa studi menunjukkan bahwa religiusitas bersifat *protective/* melindungi, sementara studi lainnya melaporkan efek yang tidak signifikan atau bergantung pada konteks (Alamgir, *et al.*, 2026; Abu-Ras, *et al.*, 2026; Deeb, 2025).

Terdapat kesenjangan kritis (*critical gap*) dalam literatur kesehatan mental Muslimah. Meskipun meta-analisis terbaru pada 9.506 responden secara konsisten menunjukkan religiusitas sebagai faktor pelindung yang kuat (*robust protective factor)* terhadap PTSD (Chyczij et al., 2026), mayoritas studi tersebut menggunakan sampel heterogen (mencampur populasi umum, pasien HIV, tunawisma dan korban kekerasan umum tanpa melakukan kategorisasi berdasarkan derajat keparahan klinis). Penelitian ini mengisi celah tersebut dengan menguji homogenitas kondisi klinis berat (skor PCL-C ≥ 50). *Gap* utama yang ingin dijawab adalah untuk menjawab Paradoks

Linearitas, yaitu apakah efektivitas religiusitas tetap bekerja secara linear pada individu yang telah melampaui ambang batas klinis ekstrem, di mana beban neurobiologis trauma mungkin telah melampaui kapasitas koping kognitif-religius individu. Hal-hal inilah yang menyebabkan peneliti ingin meneliti Pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma pada Perempuan Dewasa Terindikasi PTSD: Peran Status Pernikahan sebagai Moderator.

1.3 RUMUSAN MASALAH

Sebagian besar penelitian yang ada berfokus pada populasi non-Muslim atau tidak secara spesifik menyoroti perempuan Muslimah. Oleh karena itu, penelitian yang mengkaji hubungan religiusitas, resiliensi, dan PTSD dalam konteks perempuan Muslimah dewasa sangat diperlukan untuk memahami dinamika unik dalam populasi ini. Selain itu, penelitian tentang bagaimana status pernikahan (dukungan pasangan vs stres perceraian) memoderasi hubungan religiusitas dan resiliensi pada penyintas trauma Muslimah masih kurang.

Meskipun ada bukti bahwa kualitas pernikahan memengaruhi hubungan antara religiusitas dan kesehatan mental, peran spesifik status pernikahan (misalnya, menikah, bercerai, atau janda) dalam konteks perempuan Muslimah dengan PTSD belum banyak dieksplorasi (Syukroni *et al.*, 2026; Fathullah *et al.*., 2025).

Penelitian ini memiliki potensi untuk memberikan kontribusi signifikan dalam memahami bagaimana religiusitas dan status pernikahan memengaruhi resiliensi trauma pada perempuan Muslimah dewasa dengan PTSD. Dengan mengintegrasikan perspektif religiusitas, resiliensi, dan status pernikahan, penelitian ini dapat mengisi kesenjangan literatur yang ada dan memberikan wawasan baru untuk intervensi berbasis budaya dan agama.

Penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi pada pengembangan intervensi psikologi yang lebih efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat Indonesia, serta memberikan rekomendasi untuk praktik kinis dan kebijakan kesehatan mental di Indonesia.

1.4 PERTANYAAN PENELITIAN

1 Seberapa besar pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD)?

2 Apakah status pernikahan secara signifikan memoderasi pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD)?

1.5 TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini secara umum bermaksud untuk mendalami dan memberikan gambaran komprehensif mengenai mekanisme pelindung internal pada perempuan Muslimah yang berjuang menghadapi dampak psikologis dari peristiwa traumatis. Secara lebih spesifik, penelitian ini memiliki beberapa tujuan utama sebagai berikut:

1. Menganalisis pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD). Hal ini bertujuan untuk membuktikan secara empiris sejauh mana keyakinan dan praktik

keagamaan berfungsi sebagai penyangga pelindung *(protective buffer)* dalam memfasilitasi proses pemulihan trauma

2. Mengkaji peran moderasi status pernikahan dalam hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah status pernikahan dapat memperkuat atau memperlemah efektivitas religiusitas individu dalam membangun ketahanan mental pascatrauma

3. Menyajikan bukti empiris yang dapat berkontribusi pada pengembangan teori resiliensi trauma dalam disiplin Psikologi Islam. Penelitian ini diharapkan dapat mengisi kesenjangan pengetahuan (knowledge gap) mengenai bagaimana interaksi antara faktor demografis eksternal dan variabel spiritual internal memengaruhi Resiliensi Trauma.

Melalui pencapaian tujuan-tujuan di atas, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi para praktisi kesehatan mental dan lembaga sosial dalam merancang program pendampingan psikospiritual yang lebih inklusif dan peka terhadap konteks kehidupan penyintas trauma.

1.6 HIPOTESIS PENELITIAN

1 H0 (Hipotesis Null): Tidak terdapat pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD

2 H1 (Hipotesis Alternatif/Ha): Terdapat pengaruh positif yang signifikan antara religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD

3 H0 (Hipotesis Null): Status pernikahan tidak memoderasi pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD

4 H2 (Hipotesis Alternatif/Ha): Status pernikahan secara signifikan memoderasi (memperkuat) pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.

1.7 MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan, baik secara teoritis maupun praktis, bagi pengembangan ilmu pengetahuan, praktik profesional, dan kesejahteraan masyarakat, khususnya dalam bidang Psikologi Islam dan penanganan serta pemulihan trauma.

1.7.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini menguji apakah religiusitas mempengaruhi resiliensi trauma, dan apakah efektivitas religiusitas tetap bertahan pada level klinis ekstrem, seperti pada populasi penelitian ini. Hal ini akan memperkaya literatur Psikologi Islam dengan data kuantitatif mengenai sejauh mana nilai-nilai transenden membantu individu Muslimah dalam melakukan *meaning-making* (pemberian makna) pascatrauma.

Secara teoretis, riset ini bertujuan untuk memetakan interaksi antara dukungan struktural (status pernikahan) dengan kekuatan internal (religiusitas). Temuan ini diharapkan dapat menjelaskan apakah keberadaan pasangan hidup memperkuat efektivitas koping religius dalam menurunkan gejala PTSD dan meningkatkan daya lenting penyintas.

1.7.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi psikolog dan konselor dalam merancang intervensi psikoterapi yang lebih tepat sasaran. Dengan mengetahui peran status pernikahan, praktisi dapat lebih peka dalam melibatkan atau mempertimbangkan konteks keluarga saat memberikan dukungan bagi perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD

Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan data akurat bagi institusi seperti komunitas perempuan atau lembaga dakwah untuk menyusun program pendampingan mental yang terintegrasi. Data ini akan membantu lembaga dalam mengidentifikasi kebutuhan spesifik perempuan (baik yang menikah maupun tunggal) dalam menghadapi beban psikologis akibat trauma.

1.8 RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian ini dibatasi pada batasan-batasan tertentu agar fokus kajian tetap konsisten dan mendalam. Berikut adalah rincian ruang lingkup penelitian ini:

1.8.1 Ruang Lingkup Variabel:

Penelitian ini dibatasi pada tiga variabel utama, yaitu religiusitas sebagai variabel prediktor, resiliensi trauma sebagai variabel kriteria, dan status pernikahan sebagai variabel moderator.

a. Religiusitas difokuskan pada tiga dimensi utama bagi subjek Muslim, yaitu dimensi keyakinan (religious belief), praktik (religious practice), dan pengalaman (religious experience). Pengukuran dilakukan menggunakan Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021).

b. Resiliensi Trauma dibatasi pada kemampuan individu untuk kembali berfungsi secara psikologis dan beradaptasi secara positif setelah terpapar peristiwa kekerasan atau tragedi. Variabel ini diukur menggunakan *Trauma Resilience Scale* (TRS)

c. Status Pernikahan dikategorikan ke dalam status menikah, cerai hidup, cerai mati, dan *single* untuk melihat peran dukungannya dalam memoderasi hubungan antar variabel utama

1.8.2 Ruang Lingkup Subjek dan Populasi:

Subjek penelitian dibatasi pada perempuan Muslimah yang berada dalam rentang usia 18 hingga 60 tahun, serta pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan atau traumatis dalam hidup. Kriteria inklusi utama yang ditetapkan adalah partisipan harus memiliki indikasi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) yang ditandai dengan perolehan skor minimal 50 pada instrumen PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C) berdasarkan Weathers et al, 1993 (Paramitha & Kusristanti, 2018). Berdasarkan kriteria ketat tersebut, penelitian ini melibatkan sampel akhir sebanyak n=108 orang perempuan Muslimah dari 413 responden penelitian.

1.8.3 Ruang Lingkup Metodologis:

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian asosiatif/korelasional. Analisis statistik dibatasi pada penggunaan teknik regresi linear sederhana untuk menguji hipotesis pertama dan Moderated Regression Analysis (MRA) untuk menguji hipotesis kedua mengenai peran moderasi status pernikahan.

1.9 SISTEMATIKA PENYUSUNAN

Sistematika penulisan dalam penelitian ini disusun secara sistematis untuk memberikan gambaran alur pemikiran dan hasil penelitian yang terstruktur. Tesis ini terbagi ke dalam enam bab utama sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN. Bab ini menguraikan landasan awal penelitian yang mencakup latar belakang masalah mengenai urgensi resiliensi pada perempuan Muslimah penyintas trauma, rumusan masalah, tujuan penelitian, hipotesis, manfaat penelitian secara teoretis dan praktis, ruang lingkup penelitian, serta sistematika penyusunan

BAB II TINJAUAN PUSTAKA. Bab ini berisi tinjauan literatur mengenai variabel-variabel yang diteliti. Pembahasan dimulai dari konsep religiusitas dalam perspektif Islam, teori resiliensi trauma, dan gambaran klinis Gangguan Stres Pascatrauma (PTSD) pada perempuan. Bab ini juga memaparkan peran status pernikahan sebagai variabel moderator, hasil penelitian terdahulu yang relevan, serta kerangka berpikir yang mendasari pengujian hubungan antar variabel

BAB III METODOLOGI PENELITIAN. Bab ini menjelaskan prosedur metodologis yang digunakan, yaitu pendekatan kuantitatif asosiatif korelasional. Di dalamnya diuraikan karakteristik subjek penelitian (n=108) yang disaring menggunakan instrumen PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C). Selain itu, bab ini menjelaskan teknik pengambilan data menggunakan Skala Religiusitas Muslim dan *Trauma Resilience Scale* (TRS), perhitungan sample size menggunakan aplikasi G Power (Faul *et al.*, 2007; Faul *et al.*, 2009) serta prosedur analisis data menggunakan teknik regresi linear sederhana dan Moderated Regression Analysis (MRA) melalui program IBM SPSS 26.

BAB IV HASIL PENELITIAN. Bab ini menyajikan temuan empiris yang diperoleh dari lapangan terhadap 108 responden perempuan Muslimah yang memenuhi ambang batas klinis

PTSD berat. Penjabaran dimulai dengan deskripsi data demografi responden dan hasil uji asumsi klasik yang mencakup uji normalitas menggunakan teknik One-Sample Kolmogorov-Smirnov serta uji linearitas. Bagian utama bab ini memaparkan hasil pengujian hipotesis menggunakan teknik regresi linear sederhana untuk menguji pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma, serta Moderated Regression Analysis (MRA) untuk mengevaluasi peran status pernikahan sebagai variabel moderator

BAB V PEMBAHASAN. Bab ini memberikan analisis mendalam dan interpretasi terhadap temuan penelitian dengan mengaitkannya pada landasan teoretis serta hasil-hasil penelitian terdahulu. Fokus pembahasan diarahkan pada penjelasan kritis mengenai mengapa hipotesis penelitian tidak signifikan pada populasi klinis ini, dengan merujuk pada konsep pergulatan spiritual (*spiritual struggle*) dan hambatan neurobiologis yang dialami penyintas PTSD berat. Selain itu, bab ini membandingkan temuan penelitian dengan literatur global, seperti tinjauan sistematis oleh Chyczij et al. (2026), guna menonjolkan sisi kebaruan *(novelty)* dan kontribusi unik penelitian ini terhadap kajian kesehatan mental Muslimah.

BAB VI KESIMPULAN, SARAN DAN REKOMENDASI. Bab penutup ini berisi kristalisasi dari seluruh rangkaian penelitian. Bagian Kesimpulan merangkum jawaban atas pertanyaan penelitian mengenai hubungan antar variabel. Bagian Saran Praktis memberikan rekomendasi strategis bagi praktisi kesehatan mental (MHPSS) dan konselor Islami untuk mengintegrasikan intervensi berbasis *brain body relational* dalam menangani trauma berat. Sementara itu, Saran Teoretis dan Rekomendasi diarahkan pada pengembangan model Psikologi Islam serta saran bagi peneliti selanjutnya untuk menggunakan desain eksperimental atau desain longitudinal guna mengeksplorasi dinamika resiliensi secara lebih luas

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 INTRODUKSI

Penelitian tentang hubungan antara religiusitas dan resiliensi pada individu yang mengalami trauma, khususnya perempuan Muslimah dewasa dengan PTSD, telah menjadi topik yang menarik perhatian dalam beberapa tahun terakhir. Bab Tinjauan Pustaka ini akan membahas secara komprehensif berbagai konsep kunci dan teori yang menjadi landasan penelitian ini, serta mengulas literatur terkait variabel yang diteliti. Pembahasan akan meliputi definisi, dimensi, dan mekanisme *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dan trauma, konsep resiliensi trauma, Definisi dimensi dan alat ukur Religiusitas, Peran status pernikahan sebagai variabel moderasi dan Mengenai perempuan Muslimah terindikasi PTSD sebagai populasi penelitian.

Kajian literatur ini krusial untuk membangun pemahaman yang mendalam mengenai setiap variabel, mengidentifikasi kesenjangan pengetahuan (*research gap*) yang telah diuraikan pada Bab 1, dan menjustifikasi pendekatan terintegrasi yang diusulkan dalam penelitian ini. Melalui tinjauan ini, peneliti berupaya untuk menyusun kerangka teoritis yang koheren, menjelaskan mekanisme kerja setiap komponen intervensi, dan merasionalisasi bagaimana religiusitas berpotensi meningkatkan resiliensi trauma pada populasi spesifik perempuan Muslimah terindikasi PTSD. Pemahaman kontekstual terhadap karakteristik populasi target dan kondisi PTSD yang mereka alami juga akan menjadi fokus pembahasan. Dengan demikian, tinjauan pustaka ini akan menjadi fondasi argumen ilmiah dan landasan konseptual bagi desain dan implementasi penelitian.

2.2 PENJELASAN VARIABEL

2.2.1 Trauma dan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

2.2.1.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Trauma dan PTSD

Indriani (2025) mengklasifikasikan trauma ke dalam definisi luas dan sempit, berdasarkan karakteristik kejadian, dampak, dan frekuensinya. Dalam artian luas, trauma mencakup beragam luka psikologis sepanjang rentang hidup, termasuk krisis, konflik, serta penyakit fisik dan mental kronis yang mengancam keberlangsungan hidup dan menimbulkan risiko emosional, kognitif, atau sosial. Sebaliknya, definisi trauma dalam arti sempit merujuk pada pengalaman stres berat yang melibatkan ancaman kematian atau cedera fisik serius, yang umumnya bersifat mendadak, tak terkendali, dan berpotensi memengaruhi banyak individu secara bersamaan (Folkman, 2011; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011; Solomon & Heide, 1999; Terr, 1991, seperti dikutip dalam Indriani, 2025). Definisi ini juga mencakup situasi di mana seseorang menjadi saksi mata dari peristiwa semacam itu. Sedangkan berdasarkan kompleksitas pengalaman, trauma dibagi menjadi tiga yaitu Trauma Akut dan Kronis (Terr, 1991, sebagaimana dikutip dalam Indriani, 2025); Trauma Prenatal, Kelahiran dan Setelah Kelahiran; serta Trauma di Masa Kecil (Adverse Childhood Experiences atau ACEs). Secara khusus, klasifikasi ACEs yang merujuk pada studi pionir Felitti et al. (1998) dibagi lagi menjadi tiga domain fungsional, yaitu kekerasan (fisik, seksual dan emosional), pengabaian (fisik dan emosional), serta disfungsi kondisi rumah. Disfungsi rumah tangga ini mencakup berbagai kondisi menekan seperti perceraian/ perpisahan Orangtua, menyaksikan ibu kandung atau tiri mendapat kekerasan, adanya anggota keluarga yang memiliki adiksi alkohol atau obat obatan lainnya, riwayat anggota keluarga bunuh diri atau memiliki gangguan mental, dan anggota keluarga dipenjara.

Meskipun definisi trauma masih diperdebatkan, banyak ahli di bidang ini cenderung menekankan aspek subjektif dan memberikan penjelasan yang lebih luas. Van der Kolk (2024) berpendapat bahwa trauma dapat dialami pada usia berapa pun dan termanifestasi secara unik pada setiap individu. Trauma bukanlah sekadar ingatan tentang kejadian, melainkan reaksi terhadap peristiwa yang sangat mengganggu, menakutkan, dan melampaui kemampuan seseorang untuk mengatasi. Pengalaman ini seringkali di luar kendali dan berpotensi merusak keseimbangan emosi, kognisi, serta hubungan sosial. Senada dengan hal tersebut, Maté (2022) menekankan bahwa esensi trauma terletak pada dampak internal yang ditimbulkan pada otak dan tubuh individu, bukan pada peristiwa itu sendiri.

Sejumlah literatur membedakan secara jelas antara Trauma dan Gangguan Stres Pasca-Trauma (PTSD). Pada beberapa literatur, dikatakan bahwa seseorang yang mengalami trauma belum tentu mengalami PTSD, sedangkan seseorang yang mengalami PTSD telah mengalami satu atau lebih peristiwa traumatis sebelumnya dan memiliki kriteria tertentu (Indriani, 2025). Dalam konteks diagnostik, trauma dijelaskan pada buku Diagnostik and Statistical Manual of mental Disorders edisi ke 5 (DSM-5) yang diterbitkan oleh *American Psychiatric Association* pada 2013 dan buku International Classification of Diseases edisi ke-11 (ICD-11) yang diterbitkan oleh WHO. Walaupun sebenarnya, deskripsi mengenai diagnosis PTSD mengalami beberapa kali perubahan. Pada DSM-1 (APA, 1952) PTSD diberi label Gross Stress Reaction, DSM-2 (APA, 1968) disebut Transient Situational Disturbance, DSM-3 (APA, 1980) diperkenalkan pertama kali istilah PTSD setelah banyaknya kasus yang dialami veteran perang Vietnam di AS. Pada DSM-4 (APA, 1994), PTSD dikategorikan ke dalam Anxiety Disorder sedangkan pada DSM-5 (2013), PTSD dikategorikan ke dalam Trauma and Stress-related Disorders dan hal ini berbeda dengan ICD-11 dimana trauma dijelaskan dalam kategori Disorder Specifically Associated with Stress.

Sehingga Definisi yang dijelaskan oleh Nevid. *Et al.* (2005) diduga mengacu pada DSM-4, bahwa PTSD adalah reaksi maladaptif terhadap stres traumatis, terdiri dari gangguan stres akut (muncul dalam hitungan hari atau minggu) dan gangguan stress pascatrauma (muncul dan bertahan dalam hitungan bulan atau tahun).

Indriani (2025) menjelaskan bahwa PTSD dalam DSM-5 adalah sindrom yang terdiri dari berbagai aspek dengan 20 gejala khas yang dikelompokkan menjadi 4, yaitu Gejala intrusi (intrusions) yang terkait dengan peristiwa traumatis, misalnya kenangan yang tidak diinginkan, mimpi buruk dan kilas balik (flashback); Menghindari hal hal yang mengingatkan trauma, baik yang berasal dari dalam diri (internal) maupun dari luar diri (eksternal); adanya perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati (mood), misalnya keyakinan dan emosi negatif yang terus menerus; serta Terjadinya peningkatan arousal dan reaktivitas, misalnya hypervigilance dan ketakutan yang berlebihan. Untuk memenuhi kriteria diagnostik, setidaknya membutuhkan 1 gejala intrusif dan 1 gejala penghindaran; 2 gejala yang konsisten dengan perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati; serta 2 gejala arousal dan reaktivitas. Gejala tersebut harus menetap setidaknya selama 1 bulan setelah terpapar peristiwa traumatis dan harus menyebabkan tekanan yang signifikan secara klinis dan atau mengalami gangguan fungsional.

Sedikit berbeda dengan definisi PTSD dalam ICD-11 yaitu mencakup tiga elemen yaitu Mengalami kembali peristiwa traumatik yang ditandai dengan ingatan yang mengganggu, kilas balik, dan atau mimpi buruk; Menghindari hal-hal yang mengingatkan pada trauma yang ditandai dengan menghindari stimulus internal dan/ atau eksternal; serta Adanya perasaan terancam secara terus menerus yang ditandai dengan hypervigilance dan rasa ketakutan yang meningkat (Indriani, 2025).

Table 2. 1

Perbedaan Diagnosis PTSD pada DSM-5 dan ICD-11

PTSD, DSM-5 (2013)	**PTSD, ICD-11 (2018)**
Adanya paparan terhadap kematian aktual atau ancaman kematian, cedera serius atau kekerasan seksual. • Intrusi (i*ntrusions)* • Menghindar (*avoidance)* • Perubahan kognitif dan suasana hati *(mood)* • *Arousal* dan *reactivity*	Adanya paparan terhadap peristiwa atau serangkaian peristiwa yang sangat mengancam atau mengerikan. • Re-experience • Menghindar (*avoidance)* • Perasaan terancam yang terus menerus
Durasi perlu lebih dari satu bulan.	Harus terjadi terus menerus, setidaknya beberapa minggu
Secara klinis signifikan mengganggu fungsi keseharian.	Secara signifikan mengganggu fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan atau area penting lainnya.
Disebabkan oleh suatu kejadian, bukan karena efek psikologis atau kondisi medis.	

Referensi: Indriani, Ine.(2025). Trauma & Attunement: Perjalanan Menuju Pemulihan. Malang PT. Litera Media Tama.

Psikologi Islam sebagai disiplin ilmu yang mengintegrasikan prinsip-prinsip Psikologi kontemporer dengan nilai-nilai dan ajaran Islam, memahami trauma sebagai luka psikologis yang mendalam yang dapat mengganggu keseimbangan jiwa (nafs) dan spiritualitas individu (Haque, 2004). Hussein Rassool (2015) menekankan bahwa trauma dalam konteks Islam tidak hanya dilihat sebagai masalah psikologis, tetapi juga sebagai ujian keimanan dan kesempatan untuk mendekatkan diri kepada Allah SWT. Malik Badri (2013) menjelaskan bahwa trauma dapat menyebabkan individu kehilangan rasa aman, kepercayaan, dan harapan, serta mengalami kesulitan dalam menjalani kehidupan sesuai dengan ajaran Islam.

Menurut Rassool (2023), Gangguan Stres Pascatrauma (PTSD) adalah kondisi yang berkembang setelah pengalaman traumatis, yang ditandai dengan gejala seperti kilas balik, mimpi buruk, dan kegelisahan berat, serta diklasifikasikan sebagai gangguan kecemasan yang paling

merusak kualitas hidup. Dari perspektif Islam, Al-Qur'an menggambarkan kecenderungan manusia untuk mengeluh dan tidak sabar *(Halu'aa)* (QS Al Ma'arij 70:19), serta berpotensi untuk mengalami kegelisahan, putus asa, dan kesedihan, sebagaimana dicerminkan dalam istilah *Daqat* yang mengacu pada stres psikologis (Wehr, 1974, sebagaimana dikutip dalam Rassool, 2023) dan digambarkan dalam kisah tiga sahabat termasuk Ka'ab bin Malik yang diuji dengan pengabaian sosial *"..Hingga ketika bumi terasa sempit bagi mereka, padahal bumi itu luas dan jiwa mereka pun telah sempit bagi mereka"* (QS. At Taubah: 118) (Utz, 2011; HR Bukhari Muslim).

Pengukuran trauma dan PTSD penting untuk memahami dampaknya pada individu dan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi. Salah satu alat ukur yang umum digunakan untuk mengukur gejala PTSD adalah PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C). PCL-C dipilih dalam penelitian ini karena validitas dan reliabilitasnya yang baik serta kemudahan penggunaannya.

2.2.1.2 Keterbatasan Intervensi Konvensional untuk Trauma/PTSD

Meskipun *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan varian-varian berbasis eksposur seperti *Prolonged Exposure (*PE) serta Cognitive Processing Therapy (CPT) diakui sebagai intervensi lini pertama dengan bukti empiris kuat untuk *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (*American Psychiatric Association*, 2013), efektivitasnya seringkali terbatas dalam menangani kasus trauma kompleks atau trauma yang tersimpan secara neurobiologis (Korovynskyi et al., 2025; van der Kolk, 2014). Keterbatasan ini muncul karena pendekatan CBT yang dominan bersifat top-down, berfokus pada restrukturisasi kognitif dan perubahan perilaku, yang mungkin tidak efektif untuk trauma yang terutama tersimpan di area subkortikal otak (van der Kolk, 2014). Trauma pada level ini seringkali di luar jangkauan kesadaran verbal dan rasional, membuat terapi yang terlalu kognitif kurang efektif atau bahkan berisiko memicu re-traumatisasi bagi sebagian individu (Indriani, 2025; Korovynskyi et al., 2025).

Selain itu, kritik terhadap intervensi konvensional Barat juga menyoroti kecenderungannya yang reduksionis dan mengabaikan dimensi spiritual serta nilai-nilai keagamaan, yang padahal merupakan sumber daya penting bagi individu dari latar belakang religius, khususnya Muslim (Haque, 2004; Rassool, 2015). Keterbatasan-keterbatasan ini menggarisbawahi perlunya eksplorasi terhadap modalitas intervensi yang mampu menjangkau pemrosesan trauma pada tingkat yang lebih dalam dan mengintegrasikan aspek spiritual secara komprehensif.

2.2.2 Resiliensi Trauma

2.2.2.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Resiliensi Trauma

Peristiwa traumatis seperti kekerasan memang dapat meningkatkan resiko PTSD (Paramitha & Kusristanti, 2018), namun banyak individu dalam berbagai penelitian menunjukkan adaptasi positif pascatrauma dan tidak mengalami PTSD seumur hidupnya (Alim et al., 2008). Angka kejadian PTSD sangat bervariasi antar negara, namun secara rata-rata global ditemukan sekitar 3,9%. Angka ini jauh lebih rendah dibandingkan prevalensi paparan trauma secara umum (yang mendekati 70% seperti yang ditemukan Benjet et al., 2016), menunjukkan bahwa tidak semua orang yang terpapar trauma akan mengembangkan PTSD (Koenen, *et al.*, 2017).

Proses yang dinamis dimana individu dapat menampilkan adaptasi positif meski mengalami kesulitan atau trauma yang signifikan dikenal sebagai resiliensi (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Resiliensi Trauma membantu individu berfungsi kembali setelah peristiwa traumatis (Madsen & Abell, 2010). Resiliensi trauma dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kemampuan untuk menemukan hubungan sosial yang mendukung di luar keluarga dan harga diri (Valentine & Feinauer, 1993), gender (Banyard & Cantor, 2004), dan tingkat paparan terhadap trauma (Ungar, 2013).

Penelitian menunjukkan hubungan terbalik antara resiliensi dan gejala PTSD; semakin minim gejala PTSD, semakin tinggi resiliensi individu terhadap trauma, dan sebaliknya (Paramitha & Kusristanti, 2018; Connor et al., 2003). Individu yang resilien cenderung mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang sehat dan stabil setelah mengalami trauma (Bonanno, 2004) dan memiliki gejala gangguan kejiwaan yang lebih sedikit (Campbell-Sills et al., 2006). Tingkat gejala PTSD juga berkorelasi dengan gangguan kejiwaan lainnya.

Resiliensi terhadap trauma diukur menggunakan alat ukur *Trauma Resilience Scale* (TRS) $\alpha = 0.956$) yang disusun oleh Madsen dan Abell (2010) yang juga diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Paramitha & Kusristanti (2018).

2.2.3 Religiusitas

2.2.3.1 Definisi, Dimensi dan Alat Ukur Religiusitas

Dalam memahami peran religiusitas, berbagai peneliti telah menawarkan definisi dan dimensi yang beragam. Glock (1962, dalam Amir, 2021) mengemukakan lima dimensi, meliputi pengalaman emosional, keyakinan, praktik keagamaan, pengetahuan agama, dan konsekuensi perilaku. Sejalan dengan itu, Hackney dan Sanders (2003, dalam Amir, 2021), melalui meta-analisis, mengidentifikasi tiga bentuk religiusitas: keyakinan agama (ideological), keterlibatan sosial keagamaan (institutional), dan pengabdian pribadi (personal devotion). Penelitian tentang religiusitas Muslim menunjukkan fokus pada berbagai aspek, seperti coping, keyakinan, praktik, motivasi, dan pengalaman (Abu-Raiya & Hill, 2014, dalam Amir, 2021). Dalam konteks Islam, religiusitas mencakup keyakinan agama (tauhid), praktek agama (ibadah) dan pengalaman agama (Razak et al., 2011; Amir, 2021; Nasution, 2013a; Bonab, Miner, & Proctor, 2013), serta diukur menggunakan Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021).

Penulis menggunakan Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021) yang diberi tanda lisensi Creative Common (CC-BY) 4.0 dimana peneliti lain dapat menggunakannya tanpa harus izin khusus selama menyertakan kutipan sebagaimana mestinya.

2.2.3.2 Peran Religiusitas dalam Kesehatan Mental dan Pemulihan Trauma

Religiusitas, sebagai sistem kepercayaan dan praktik yang terorganisir, telah lama diakui memiliki peran substansial dalam memengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan individu, termasuk dalam konteks pemulihan trauma (Pargament, 1997; Koenig et al., 2012). Berbagai penelitian menunjukkan korelasi positif antara tingkat religiusitas atau spiritualitas yang lebih tinggi dengan kesejahteraan psikologis yang lebih baik, coping yang lebih efektif terhadap stres, dan tingkat resiliensi yang lebih tinggi (Schwalm et al., 2022). Religiusitas dapat berfungsi sebagai sumber daya personal dan sosial yang signifikan, menyediakan kerangka makna, harapan, dukungan sosial, dan perasaan transendensi yang membantu individu mengatasi kesulitan hidup.

Dalam konteks penanganan trauma, religiusitas memainkan peran multifaset. Pertama, ia membantu dalam pembentukan makna (*meaning-making),* di mana individu yang mengalami trauma dapat menginterpretasikan peristiwa sulit sebagai bagian dari takdir ilahi, ujian, atau proses pemurnian, yang pada gilirannya dapat memfasilitasi Post-Traumatic Growth (PTG) (Tedeschi & Calhoun, 1996; Ime et al., 2025). Kedua, praktik religius seperti doa, atau ritual keagamaan dapat bertindak sebagai mekanisme koping yang efektif, mengurangi kecemasan, depresi, dan gejala PTSD melalui peningkatan regulasi emosi dan rasa tenang (Mahmoodi et al., 2023). Ketiga, komunitas religius menyediakan dukungan sosial yang vital, membantu individu yang trauma merasa tidak sendiri dan mendapatkan bantuan praktis serta emosional (Berzengi et al., 2017). Keempat, religiusitas dapat meningkatkan resiliensi dengan memperkuat keyakinan akan kontrol

ilahi, memberikan motivasi untuk bertahan hidup, dan menumbuhkan sikap optimisme (Berzengi et al., 2017; Hasan Khan & Hanif, 2025).

Dalam perspektif Psikologi Islam, peran religiusitas bahkan lebih mendalam. Keimanan (tauhid) kepada Allah SWT sebagai satu-satunya Pencipta dan Pengatur alam semesta, menanamkan rasa aman dan tawakal bahwa segala sesuatu berada dalam kendali-Nya (Badri, 2013). Konsep sabar dan syukur menjadi instrumen psikologis yang kuat, membantu Muslim menerima takdir dan menemukan hikmah di balik musibah, serta mensyukuri nikmat yang masih ada (Rassool, 2015). Praktik ibadah seperti salat, puasa, dan membaca Al-Qur'an (muraja'ah) tidak hanya berfungsi sebagai ritual, tetapi juga sebagai sarana meditasi, refleksi diri, dan koneksi spiritual yang mendalam, yang terbukti dapat menenangkan jiwa, mengurangi stres, dan meningkatkan kesejahteraan (Che Wan Mohd Rozali et al., 2022). Selain itu, nilai-nilai kebersamaan (ukhuwah) dalam Islam mendorong terciptanya dukungan komunitas yang solid, di mana individu tidak hanya peduli pada diri sendiri tetapi juga pada sesama, yang sangat esensial bagi mereka yang rentan pasca-trauma (Khan, 2019). Penelitian menegaskan bahwa bagi Muslim, religiusitas bukan hanya aspek tambahan, melainkan inti dari identitas dan strategi koping mereka dalam menghadapi trauma, dan terbukti efektif dalam menurunkan gejala PTSD serta meningkatkan makna hidup (Mahmoodi et al., 2023; Hasan Khan & Hanif, 2025).

Penelitian kualitatif menunjukkan bahwa religiusitas dapat menjadi sumber daya koping sekaligus penghambat. Praktik iman (seperti doa/salat dan membaca Al-Qur'an) memberikan kenyamanan dan makna, namun stigma, rasa bersalah secara religius, dan kurangnya layanan kesehatan yang kompeten secara budaya dapat menghambat pemulihan (Deeb, 2025; Sharifnia *et al.*, 2025; El-Awad, *et al.*, 2022; Beaini & Shepherd, 2022)

Koping religius bersifat multifaset: koping positif (dukungan spiritual, penilaian ulang yang positif/mengambil hikmah) menumbuhkan resiliensi, sedangkan koping negatif (ketidakpuasan spiritual, penilaian yang menghukum/menganggap sebagai azab) berkorelasi dengan distress (Ok, *et al.*, 2025; Sabki, *et al.*, 2025; Berzengi *et al.*, 2017)

2.2.3.4 Perspektif Islam tentang Trauma, Penderitaan, dan Pemulihan

Dalam Islam, trauma dan penderitaan dipandang sebagai bagian integral dari perjalanan hidup manusia dan seringkali dimaknai sebagai ujian *(ibtila')* dari Allah SWT (QS Al-Ankabut: 2). Ujian ini bertujuan untuk menguji keimanan, meningkatkan derajat, menghapus dosa, serta mendekatkan hamba kepada Penciptanya (Badri, 2013; Rassool, 2023). Meskipun pengalaman traumatis dapat menimbulkan luka psikologis yang mendalam dalam jiwa (nafs), Islam tidak mengabaikan realitas penderitaan ini, melainkan menawarkan kerangka kerja komprehensif untuk memahami dan menghadapinya. Gangguan kesehatan mental, termasuk PTSD, diakui sebagai kondisi medis yang sah dan bukan semata-mata masalah spiritual atau kelemahan iman (Rassool, 2023), namun penyembuhan hakiki diyakini berasal dari Allah SWT.

Proses pemulihan dalam Islam sangat menekankan aspek ketawakkalan (pasrah diri kepada Allah), kesabaran (sabr) dalam menghadapi cobaan, dan rasa syukur (shukr) atas segala karunia, bahkan di tengah kesulitan. Ketiga konsep ini berfungsi sebagai mekanisme koping dan regulasi emosi yang kuat, membantu individu menerima takdir, menenangkan hati, dan mempertahankan harapan (Hasan Khan & Hanif, 2025). Selain itu, Al-Qur'an dan Sunnah Nabi Muhammad SAW menjadi sumber utama petunjuk dan terapi. Membaca, menghafal, dan memahami Al-Qur'an (muraja'ah) adalah praktik yang tidak hanya mendatangkan pahala spiritual tetapi juga memberikan ketenangan batin, memperkuat kognisi positif, dan berfungsi sebagai obat bagi hati (QS Yunus: 57; Che Wan Mohd Rozali et al., 2022). Nabi Muhammad SAW bersabda, "Sebaik-

baik kalian adalah orang yang mempelajari Al-Qur'an dan mengajarkannya" (HR. Al-Bukhari), yang menunjukkan nilai luhur dan dampak positif interaksi dengan Al-Qur'an pada jiwa.

Lebih lanjut, perspektif Islam mendorong pendekatan holistik dalam pemulihan, yang mengintegrasikan perawatan fisik, mental, dan spiritual (Haque, 2004). Ini mencakup penggunaan akal (aqal) untuk mencari pengetahuan dan solusi ilmiah (termasuk psikoterapi modern), sambil tetap berpegang pada prinsip bahwa semua upaya adalah sarana menuju penyembuhan yang pada akhirnya datang dari Allah. Oleh karena itu, mencari bantuan profesional untuk kesehatan psikologis tidak bertentangan dengan keimanan, melainkan merupakan bentuk ikhtiar yang dianjurkan. Pendekatan ini juga menekankan pentingnya komunitas (ummah) sebagai sistem dukungan sosial, di mana individu saling membantu dan menguatkan dalam menghadapi kesulitan, sehingga memperkuat rasa memiliki dan mengurangi isolasi yang sering dialami korban trauma (Khan, 2019). Integrasi aspek-aspek ini dalam proses konseling memungkinkan individu trauma untuk menemukan makna, memulihkan keseimbangan spiritual, dan membangun resiliensi yang kokoh berdasarkan fondasi keimanan.

2.2.4 Peran Status Pernikahan sebagai Variabel Moderator

Status pernikahan merupakan salah satu faktor demografis yang secara konsisten diidentifikasi dalam literatur psikologi sebagai sumber dukungan sosial utama yang dapat memitigasi dampak peristiwa traumatis. Keberadaan pasangan hidup dalam kerangka teori resiliensi diasumsikan menyediakan dukungan emosional, instrumental, dan informasi yang berfungsi sebagai penyangga (*buffer)* terhadap distres psikologis. Sebagai variabel moderator, status pernikahan diduga tidak hanya berpengaruh langsung terhadap resiliensi, tetapi juga mengubah kekuatan hubungan antara religiusitas dan kemampuan penyintas trauma untuk bangkit kembali.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kualitas hubungan dalam pernikahan memiliki keterkaitan erat dengan bagaimana individu mengintegrasikan nilai-nilai agama dalam proses pemulihan. Nurbaeti (2023) dalam studinya terhadap ibu muda di Indonesia menemukan adanya hubungan signifikan antara religiusitas Islam, dukungan sosial, dan kepuasan pernikahan dalam menurunkan risiko depresi pascamelahirkan. Hal ini mengindikasikan bahwa pernikahan yang stabil memberikan landasan bagi koping religius yang lebih efektif. Lebih lanjut, partisipan yang menikah cenderung melaporkan pengalaman positif yang lebih tinggi terhadap kehadiran Tuhan dan konflik batin yang lebih rendah dibandingkan mereka yang tidak memiliki pasangan. Kepuasan dalam pernikahan terbukti menjadi prediktor yang lebih kuat dalam melindungi kesehatan mental perempuan Muslimah dibandingkan variabel religiusitas yang berdiri sendiri.

Dalam konteks trauma berat seperti bencana alam atau kekerasan, peran dukungan sosial yang bersumber dari ikatan keluarga/pernikahan menjadi faktor pelindung yang krusial. Kartol et al. (2025) dalam penelitiannya pada jurnal terindeks Scopus Q2 terhadap penyintas gempa bumi di Turki menegaskan bahwa kesejahteraan spiritual dan dukungan sosial secara bersama-sama mempercepat proses pemulihan trauma serta meredakan gejala PTSD secara bertahap. Temuan ini didukung oleh Okan et al. (2025) yang mempublikasikan risetnya di jurnal Humanities and Social Sciences Communications, di mana strategi koping spiritual—seperti *religious reframing*—terbukti jauh lebih efektif dalam membangun resiliensi ketika individu memiliki sistem pendukung sosial yang adekuat.

Di sisi lain, literatur juga mencatat adanya dinamika kompleks pada populasi perempuan Muslimah. Chyczij et al. (2026) dalam kajian sistematis terhadap 9.506 perempuan rentan mengungkapkan bahwa meskipun religiusitas dan spiritualitas adalah faktor protektif yang kuat (*robust protective factor*), efektivitasnya sangat dipengaruhi oleh faktor kontekstual dan

situasional. Pada kasus di mana pernikahan justru menjadi sumber trauma (seperti KDRT), status pernikahan dapat bergeser dari faktor pelindung menjadi faktor risiko yang memperparah pergulatan spiritual (*spiritual struggle*) dan menghambat resiliensi.

Status pernikahan jarang dioperasionalisasikan sebagai moderator; ketika diuji, variabel ini sering kali tidak menunjukkan efek moderasi yang signifikan (Sizor, 2025 Perveen & Malik, 2020). Studi mengenai kualitas pernikahan (misalnya, Dyadic Adjustment Scale) terkadang menemukan bahwa religiusitas memoderasi dampak kekerasan dalam keluarga terhadap kualitas pernikahan, namun tidak terhadap resiliensi trauma (Perveen & Malik, 2020). Status pernikahan dalam penelitian sebelumnya lebih umum dimasukkan sebagai variabel demografis, di mana pengaruhnya dipengaruhi secara bernuansa oleh kualitas hubungan, peran gender, dan ekspektasi budaya (Sizor, 2025; Abu-ras, *et al.*, 2026; Perveen & Malik, 2020).

Status pernikahan diposisikan sebagai variabel moderator karena menentukan akses terhadap sumber daya relasional yang dapat mengubah efektivitas koping religius. Berdasarkan model *tend-and-befriend,* perempuan secara biologis dan sosial didorong untuk meregulasi distres melalui pencarian dukungan sosial dari pasangan yang dipersepsikan sebagai sumber dukungan konstan (Paramitha & Kusristanti, 2018). Pernikahan yang stabil dipandang sebagai bentuk penyucian relasional *(relational sanctification),* di mana hubungan suami-istri menjadi ruang suci yang memperkuat pengaruh positif religiusitas terhadap resiliensi (Finney, 2020). Dalam kondisi ini, dukungan pasangan berfungsi sebagai penyangga (buffer) yang memungkinkan individu menginternalisasi koping religius secara lebih adaptif guna menghadapi beban trauma yang berat (Okan et al., 2025; Rutledge, 2025) Sebaliknya, pada kelompok single, janda, atau cerai, koping religius mungkin bekerja secara berbeda akibat adanya beban tambahan berupa stigma sosial atau isolasi di tengah budaya masyarakat kolektivis yang sangat menekankan institusi keluarga.

Menguji status pernikahan sebagai moderator, karena itu menjadi sangat penting untuk memetakan apakah dukungan sipil ini memperkuat atau justru melemahkan fungsi religiusitas sebagai benteng mental bagi perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.

2.2.5 Perempuan Muslimah Terindikasi PTSD (Populasi Penelitian)

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan gangguan kesehatan mental yang berkembang sebagai respons adaptif terhadap peristiwa traumatis yang mengancam integritas fisik maupun psikologis individu. Secara klinis, PTSD ditandai oleh empat klaster gejala utama, yaitu: ingatan intrusif (*re-experiencing*), penghindaran (*avoidance*), perubahan negatif pada kognisi dan suasana hati, serta peningkatan kewaspadaan (*hyperarousal*). Penelitian lintas budaya menunjukkan bahwa perempuan memiliki risiko prevalensi PTSD yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, terutama terkait manifestasi emosional dan kerentanan terhadap jenis trauma tertentu seperti kekerasan berbasis gender.

Pada populasi perempuan Muslimah, beban trauma sering kali bersifat multidimensional dan berakar dari persimpangan identitas (*intersectionality*) antara gender, status minoritas, serta penggunaan simbol keagamaan seperti hijab yang meningkatkan risiko diskriminasi dan Islamofobia. Data global menunjukkan bahwa tingkat paparan trauma pada komunitas Muslimah berada pada skala yang mengkhawatirkan; misalnya, pasca-konflik bersenjata atau serangan ekstremis, prevalensi gejala PTSD dapat mencapai 32% hingga 36%.

Penelitian terbaru dalam jurnal terindeks Scopus Q1/Q2 pada lima tahun terakhir mengidentifikasi karakteristik distres yang unik pada Perempuan penyintas trauma:

1. Rutledge (2025) dalam jurnal *Frontiers in Psychiatry* mengungkapkan bahwa manifestasi trauma pada Perempun Muslimah sering kali terwujud dalam idiom psikospiritual. Salah

satu yang paling menonjol adalah *tired soul* (jiwa yang lelah), yang merepresentasikan kelelahan eksistensial dan depresi berat akibat trauma kumulatif. Selain itu, fenomena *heart squeezed* diidentifikasi sebagai ungkapan budaya untuk kecemasan parah dan serangan panik.

2. Kartol et al. (2025) dalam *Journal of Loss and Trauma* menegaskan bahwa kesejahteraan spiritual dan *self-compassion* berperan sebagai tameng pelindung yang mempercepat pemulihan trauma serta meredakan gejala PTSD secara bertahap. Hal ini diperkuat oleh tinjauan sistematis Chyczij et al. (2026) terhadap 9.506 perempuan rentan pada 28 studi, yang menyimpulkan bahwa religiusitas adalah faktor protektif yang kuat (*robust protective factor*) terhadap efek merusak dari PTSD dan depresi. Tingkat Kesejahteraan Spiritual (*Spiritual Well-being*)yang tinggi dilaporkan memiliki kaitan erat dengan tingkat PTSD yang lebih rendah; Religiusitas Intrinsik atau *Intrinsic Religiosity* ditemukan menjadi sumber daya yang mendukung kesehatan mental pada perempuan yang terpapar kekerasan interpersonal atau situasi traumatis lainnya; dan penggunaan strategi koping religius yang positif (*Adaptive Religious coping)* membantu penyintas dalam melakukan pemaknaan kembali (*meaning-making*) atas trauma yang dialami. Perlu dicatat bahwa studi tersebut mengulas populasi *vulnerable women* atau perempuan rentan secara luas yang mencakup penyintas kekerasan, pasien HIV, hingga tunawisma dalam konteks kemalangan yang heterogen. Celah inilah yang diisi oleh penelitian ini, dengan memfokuskan analisis pada populasi yang lebih spesifik dan homogen, yakni perempuan Muslimah dengan ambang batas klinis PTSD yang berat.

Dalam konteks penelitian ini, individu dikategorikan sebagai terindikasi PTSD apabila memperoleh skor minimal 50 pada instrumen *PTSD Checklist—Civilian Version* (PCL-C

(Weathers, Litz, Herman, dan Keane, 1993). Skor tinggi ini menunjukkan beban gejala klinis yang signifikan, di mana fungsi kognitif individu mungkin terhambat oleh beban neurobiologis trauma, sehingga memengaruhi cara mereka mengintegrasikan religiusitas dalam membangun resiliensi.

Perempuan Muslimah yang menjadi populasi dalam penelitian ini berada dalam rentang usia dewasa yaitu 18 hingga 60 tahun. Literatur terkini menunjukkan bahwa perempuan dalam rentang usia produktif hingga madya memiliki dinamika koping yang dipengaruhi oleh beban peran ganda *(role strain)* dan kematangan emosional (Lund et al., 2018). Penelitian dalam Journal of Traumatic Stress secara konsisten menyebutkan bahwa perempuan dewasa (18-60 tahun) memiliki risiko PTSD dua kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki, yang sering kali dipicu oleh paparan terhadap kekerasan interpersonal dan beban peran ganda (Olff, 2017).

Naskah dalam jurnal Emerging Adulthood menekankan bahwa masa Emerging Adulthood (usia 18-25 tahun) merupakan fase transisi kritis di mana sistem regulasi emosi masih dalam tahap perkembangan (Arnett, 2000). Paparan PTSD pada masa ini memiliki dampak jangka panjang yang signifikan terhadap trajektori kesehatan mental di masa depan (Woodward et al., 2018). Pada sisi lain, terkait resiliensi usia madya (40-60 tahun), artikel dalam jurnal Psychology and Aging menunjukkan bahwa meskipun individu dewasa madya cenderung memiliki regulasi emosi yang lebih matang, akumulasi trauma (cumulative adversity) pada usia ini dapat menyebabkan penurunan resiliensi yang lebih drastis jika tidak didukung oleh faktor eksternal seperti religiusitas atau dukungan sosial (Charles & Carstensen, 2010).

Dalam konteks demografis, pada usia 18-30 tahun, mayoritas individu sedang berada dalam proses menuju pernikahan atau mengalami fase adaptasi awal pernikahan (Arnett, 2014). Sementara itu, pada rentang usia 40-60 tahun, probabilitas variasi status pernikahan (tetap menikah, bercerai, atau menjadi janda karena kematian pasangan) menjadi lebih tinggi, sehingga

memberikan data yang lebih kaya dan representatif untuk menguji peran status pernikahan sebagai variabel moderator (Lachman, 2004).

2.3 DAFTAR ARTIKEL YANG DITINJAU (*LITERATURE REVIEW)*

Studi-studi terbaru pada jurnal-jurnal bereputasi internasional terindeks Scopus pada kuartil 1 (Q1) dan kuartil 2 (Q2) menunjukkan bahwa religiusitas tidak secara konsisten meredam gejala PTSD atau meningkatkan resiliensi trauma pada perempuan Muslimah. Sebagai contoh, Populasi Timur Tengah yang terpaksa mengungsi di Jerman menunjukkan tidak adanya hubungan antara religiusitas dengan hasil kesehatan mental, termasuk PTSD (Grupp, *et al.*, 2026).

Penyintas trauma di Libya menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan antara religiusitas dan PTSD, di mana resiliensi muncul sebagai mediator kunci (Ali, *et al.*, 2024). Penyintas gempa bumi di Turki menunjukkan sikap religius yang kuat, namun religiusitas berkorelasi positif dengan tingkat trauma, yang menunjukkan adanya koeksistensi (hidup berdampingan antara trauma dan religi) alih-alih perlindungan (Başgöl, *et al.*, 2024)

Systematic Review/ Tinjauan sistematis menyoroti kurangnya bukti yang cukup untuk efek kausal langsung dari religiusitas terhadap hasil trauma, serta menekankan perlunya mempelajari aspek-aspek spesifik dari religiusitas (Kucharska, 2020; Handelzalts *et al.*, 2020. Literatur menegaskan sifat peran religiusitas yang tidak langsung, bergantung pada konteks, dan multidimensional dalam resiliensi trauma. Status pernikahan, meskipun penting, jarang ditemukan sebagai moderator yang signifikan, dan efek dari religiusitas dibentuk oleh berbagai faktor budaya, emosional, serta metodologis. Sejumlah literatur terbaru dalam bidang terkait turut dikaji dan dirangkum pada Tabel berikut:

Table 2. 2

Literature Review

No	Penulis & Tahun	Tujuan Penelitian	Metode	Temuan Utama	Gap/Perbedaan dengan Penelitian Ini
1	AbdAleati et al. (2016)	Tinjauan sistematis religiusitas dan kesehatan mental.	Meta-analisis.	Terdapat korelasi positif yang konsisten antara religiusitas intrinsik dan kesehatan mental.	Tidak membahas spesifisitas gender Muslimah secara mendalam.
2	Achoui (2018)	Strategi koping dalam tradisi Islam.	Tinjauan Teoretis.	Sabar dan syukur adalah mekanisme kognitif utama untuk menjaga integritas ego.	Kurang analisis statistik hubungan variabel.
3	Abu-Raiya (2015)	Mengembangkan model psikoterapi berbasis Al-Qur'an.	Pengembangan Model.	Struktur kepribadian Muslim dipengaruhi oleh interaksi antara nafs dan orientasi spiritual.	Kurang menekankan variabel demografi urban spesifik.
4	Abu-Ras *et al.*, 2026			Resiliensi dan spiritualitas saling berhubungan, spiritualitas membantu mengatasi gejala trauma	Populasi: Janda pengungsi Suriah di Turki, mengalami trauma dan tekanan ekonomi
5	Al-Balkhi (2022, rprt)	Rekonstruksi teori Masalih al-Abdan wa al-Anfus dalam trauma.	Tinjauan Historis.	Teori klasik tentang integrasi kesehatan fisik dan jiwa sangat relevan untuk koping trauma modern.	Fokus historis-teoretis.
6	Ager et al. (2015)	Peran komunitas agama dalam resiliensi kemanusiaan.	Studi Kasus.	Komunitas iman menyediakan modal sosial dan perlindungan psikologis di zona konflik.	Fokus pada kolektivitas; penelitian ini pada individu urban.
7	Aldbyani (2025)	Menganalisis fungsi regulasi emosi dari dimensi kontemplatif dalam praktik ibadah Islam (Islamic Mindfulness).	Analisis Teoretis & Komentari Ekspansif	• Praktik khushūʿ , dhikr , murāqabah , dan tafakkur berfungsi sebagai strategi kontrol atensi dan regulasi emosi. • Melibatkan kesadaran theocentric yang membedakannya dari *mindfulness* Barat yang *self-referential.*	• Mayoritas literatur masih berasal dari populasi non-humanitarian di negara maju (HICs). • Kurangnya representasi suara perempuan dalam studi di zona krisis (Level 3 Emergency).

8	Al-Issa (2000)	Psikologi budaya di masyarakat Muslim.	Studi Budaya.	Idiom distres lokal harus dipahami sebelum menerapkan kriteria DSM/ICD.	Data sudah cukup lama (outdated).
9	Al-Nasa'h & Asner-Self, 2019			Religiusitas dan spiritualitas berperan dalam penyesuaian terhadap duka, namun efeknya bervariasi antar individu dan agama	Orang tua berduka dari berbagai agama (Muslim, Kristen, Yahudi)
10	Awaad et al. (2020)	Integrasi prinsip Islam dalam perawatan kesehatan mental.	Analisis Kasus.	Penggunaan nama-nama Allah dalam terapi meningkatkan kelekatan aman pada pasien.	Fokus pada pengaturan rumah sakit.
11	Azizah & Mareta (2021)	Mengungkap upaya resiliensi penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Lombok Timur.	Kualitatif (Studi Kasus)	Resiliensi terbentuk melalui faktor internal (keyakinan/iman) dan eksternal (dukungan keluarga/masyarakat). Penggunaan mekanisme diam dan sabar sebagai bentuk pertahanan psikologis internal.	• Fokus pada kekerasan domestik lokal, belum mencakup trauma akibat konflik berskala besar atau perang. • Ukuran sampel sangat kecil (3 subjek), menyulitkan generalisasi data klinis.
12	Bahrun *et al.*, 2023			Resiliensi dipengaruhi oleh pengalaman trauma, gender, dan lingkungan tempat tinggal, namun tidak secara spesifik menyoroti peran religiusitas	Kriteria inklusi: Mahasiswa Muslim, Aceh Indonesia, pernah mengalami trauma tsunami/konflik
13	Berzengi et al. (2017)	Penilaian Islami terhadap koping pasca-trauma.	Studi Kuantitatif.	• Penilaian positif terhadap ujian Tuhan memoderasi gejala PTSD pada penyintas Muslim. • Penilaian religius dan coping religius berperan dalam pemulihan trauma, namun tidak semua strategi coping religius efektif untuk mengurangi PTSD	• Tidak menyentuh aspek isolasi sosial urban. • Populasi: Penyintas trauma Muslim di Inggris dan Irak Utara, dengan dan tanpa PTSD

14	Bonab et al. (2013)	Mengukur attachment kepada Tuhan dalam spiritualitas Islam.	Validasi Skala.	*Secure attachment* kepada Allah berkorelasi dengan kepuasan hidup dan rendahnya kecemasan.	• Tidak menggunakan ambang batas klinis PTSD (PCL-C).
15	Chyczij (2026), Okan (2025), Kartol (2025)	Mengevaluasi efektivitas intervensi berbasis spiritualitas pada populasi Muslim terdampak trauma.	Sintesis Literatur & Evaluasi Program	• Intervensi berbasis refleksi Qur'an dan dhikr memiliki tingkat penerimaan (*acceptability*) lebih tinggi dibanding model standar Barat.• Memperkuat positive reappraisal terhadap kejadian traumatik.	• Subjek penelitian masih sangat heterogen (mencampur penyintas HIV, tunawisma, dan korban kekerasan) • Kurangnya standardisasi protokol intervensi untuk kondisi trauma berat. Data longitudinal mengenai efektivitas jangka panjang masih minim.
16	Chyczij et al. (2026)	Evaluasi koping religius global terhadap stres pasca-trauma.	Meta-analisis.	Koping religius positif mempercepat pemulihan trauma dibandingkan koping sekuler secara konsisten.	• Data global generalis; penelitian ini spesifik pada populasi Muslimah.
17	Dasti & Sitwat (2014)	Pengembangan ukuran spiritualitas multidimensi.	Studi Psikometrik.	Spiritualitas Islam mencakup dimensi ritual, etika, dan relasi transendental secara terpadu.	• Fokus pada populasi umum di Pakistan.
18	Foong et al. (2023)	Eksplorasi literasi agama pada praktisi kesehatan mental (MHPSS).	Kualitatif.	Kurangnya literasi agama terapis menghambat keterbukaan pasien mengenai *spiritual struggle*s .	Perspektif penyedia layanan; penelitian ini fokus pada pengalaman subjek.
19	Haque et al. (2016)	Tren riset integrasi Islam dalam psikologi modern.	Bibliometrik.	Peningkatan signifikan dalam publikasi psikologi Islam, namun kurang riset empiris trauma berat.	Tinjauan literatur makro.
20	Hodge (2025)	Modifikasi terapi kognitif dengan prinsip tauhid untuk pasien Muslim.	Analisis teoretis & klinis.	Integrasi konsep kedaulatan Tuhan membantu restrukturisasi pikiran negatif pada penderita PTSD.	Fokus pada protokol klinis; penelitian ini pada sintesis resiliensi.
21	Karnouk et al. (2021)	Hambatan akses MHPSS bagi pengungsi Muslim di Eropa.	Kualitatif.	Ketidakcocokan nilai budaya-agama menjadi hambatan utama efektivitas terapi.	Fokus pada populasi di Barat (minoritas).

22	Joshanloo (2017)	Konsepsi Islam tentang kesejahteraan (well-being).	Analisis Teoretis.	Kesejahteraan dalam Islam lebih bersifat eudaimonik daripada hedonik.	Kurang data empiris terkait populasi trauma.
23	Koenig (2012)	Hubungan antara agama, spiritualitas, dan kesehatan mental.	Tinjauan Literatur.	Praktik agama yang kuat berkorelasi dengan pemulihan depresi yang lebih cepat pada 60% studi.	Data didominasi populasi non-Muslim.
24	Molsa, *et al.*, 2017	-	-	Religiusitas dapat menjadi buffer (penyangga) terhadap dampak negatif trauma perang pada kesehatan mental, namun efeknya dipengaruhi oleh tingkat diskriminasi dan akulturasi	Populasinya adalah Pengungsi Somalia Muslim usia 50–80 tahun di Finlandia dengan kriteria inklusi: Pengalaman trauma perang, tinggal di luar negeri, usia lanjut
25	Nurbaeti (2023), Paramitha & Kusristanti (2018)	Menelaah hubungan religiusitas dan kesejahteraan psikologis pada perempuan dalam situasi sulit.	Kuantitatif Korelasional	• Religiusitas berkorelasi positif dengan resiliensi dan penurunan kecemasan.• Penggunaan instrumen seperti Islamic Tawakkul Scale (Khan et al. 2018) menunjukkan validitas metodologis yang kuat.	• Sering menggunakan instrumen religiusitas umum.• Belum menyasar penyintas dengan skor PCL-C ≥ 50 secara spesifik dalam analisis data.
26	Nurbaeti (2023)	Menganalisis religiusitas dan dukungan sosial terhadap depresi postpartum.	Cross-sectional di Jawa Barat.	Dukungan sosial dan religiusitas menurunkan risiko depresi pada ibu remaja secara signifikan.	Fokus pada maternalitas; penelitian ini fokus pada resiliensi trauma umum.
27	Richa, *et al.*, 2020			Asal etno-religius memengaruhi prevalensi trauma dan PTSD, namun tidak secara spesifik membahas religiusitas sebagai faktor protektif	Populasi: Pengungsi dan pencari suaka Muslim di Kurdistan, Irak dengan berbagai latar belakang etnis

28	Rutledge (2025)	Menyelidiki peran praktik iman dalam meringankan penderitaan psikologis perempuan pengungsi di Irak Utara akibat konflik ISIS.	Mixed-methods (Metode Campuran)	• Ibadah harian (doa, tilawah, puasa) adalah saluran utama interpretasi kesulitan.• Persepsi terhadap Divine Care (Kasih Sayang Tuhan) berfungsi sebagai mediator statistik signifikan yang memengaruhi kesehatan mental.	Belum mengeksplorasi mekanisme neurobiologis dari praktik ibadah secara mendalam.• Fokus pada populasi pengungsi umum, bukan pada derajat keparahan klinis tertentu.
29	Pargament et al. (2011)	Validasi Brief RCOPE pada populasi beragam termasuk Muslim.	Studi Psikometrik.	Koping religius negatif (perasaan dihukum Tuhan) memprediksi hasil kesehatan mental yang buruk.	Fokus pada instrumen; penelitian ini pada mekanisme resiliensi.
30	Pertek et al. (2023)	Kekerasan berbasis gender, agama, dan perpindahan paksa.	Kualitatif.	Agama berfungsi ganda sebagai sumber beban (stigma) dan sumber resiliensi bagi penyintas GBV.	Fokus utama pada kekerasan seksual/GBV.
31	Rassool (2016)	Teori dan praktik konseling Islam.	Buku Teks.	Konseling harus melibatkan dimensi ruhani untuk mencapai keseimbangan nafs .	Pendekatan klinis-pedagogis.
32	Scull (2015)	Pengampunan dan kepatuhan Islam sebagai moderator kesejahteraan.	Studi Kuantitatif.	Kemampuan memaafkan dalam kerangka Islam menurunkan tingkat depresi pasca-invasi.	Fokus pada variabel pemaafan (forgiveness).
33	Taufik & Ibrahim (2020)	Afinitas terhadap Tuhan sebagai strategi koping penyintas bencana.	Kualitatif.	Penyerahan diri (tawakkul) membantu pemrosesan pengalaman kehilangan secara positif.	Konteks bencana alam, bukan trauma konflik/urban.
34	Utz (2011)	Psikologi dari perspektif Islam.	Monograf.	Hubungan antara perilaku, kognisi, dan jiwa dalam kerangka wahyu.	Pendekatan teoretis-doktrinal.

2.4 KERANGKA PIKIR

Penelitian ini berlandaskan pada pemahaman bahwa trauma sebagai luka psikologis yang mendalam, memiliki dampak multidimensional yang kompleks, memengaruhi aspek neurobiologis, psikologis, sosial, dan spiritual individu (Maté, 2022; van der Kolk, 2014). Respons terhadap trauma seringkali termanifestasi sebagai *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), yang ditandai oleh gejala intrusi, penghindaran, perubahan kognisi dan mood, serta peningkatan arousal dan reaktivitas (APA, 2013; Indriani, 2025).

Konsep Resiliensi Trauma menjadi sentral dalam upaya pemulihan pasca trauma. Resiliensi Trauma didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk pulih, beradaptasi dengan baik dalam menghadapi kesulitan, trauma ,tragedi, ancaman atau sumber stres yang signifikan dan kemampuan untuk berfungsi kembali (Masten, 2001; Madsen & Abell, 2010; APA, 2014). Penting untuk membedakan Resiliensi Trauma dari konsep serupa seperti *self-efficacy, adaptability*, atau *grit*, karena Resiliensi Trauma secara spesifik menyoroti kemampuan menghadapi dampak trauma yang memengaruhi struktur otak subkortikal dan disregulasi emosional yang intens (Indriani, 2025). Literatur menunjukkan bahwa resiliensi adalah faktor perlindungan signifikan terhadap gejala PTSD dan dapat dilatih serta ditingkatkan melalui intervensi yang tepat (Wingo et al., 2017).

Sementara itu, Religiusitas diyakini memiliki peran krusial dalam pemulihan trauma dan peningkatan resiliensi, terutama dalam konteks Muslim. Religiusitas, yang mencakup dimensi keyakinan (tauhid), praktik keagamaan (ibadah), dan pengalaman spiritual, menyediakan sumber daya koping, makna hidup, dan dukungan sosial (Glock, 1962; Amir, 2021; Berzengi et al., 2017). Bagi Muslim, iman dan praktik keagamaan dapat berfungsi sebagai fondasi kekuatan, ketenangan, dan panduan moral dalam menghadapi ujian hidup, termasuk trauma (Badri, 2013).

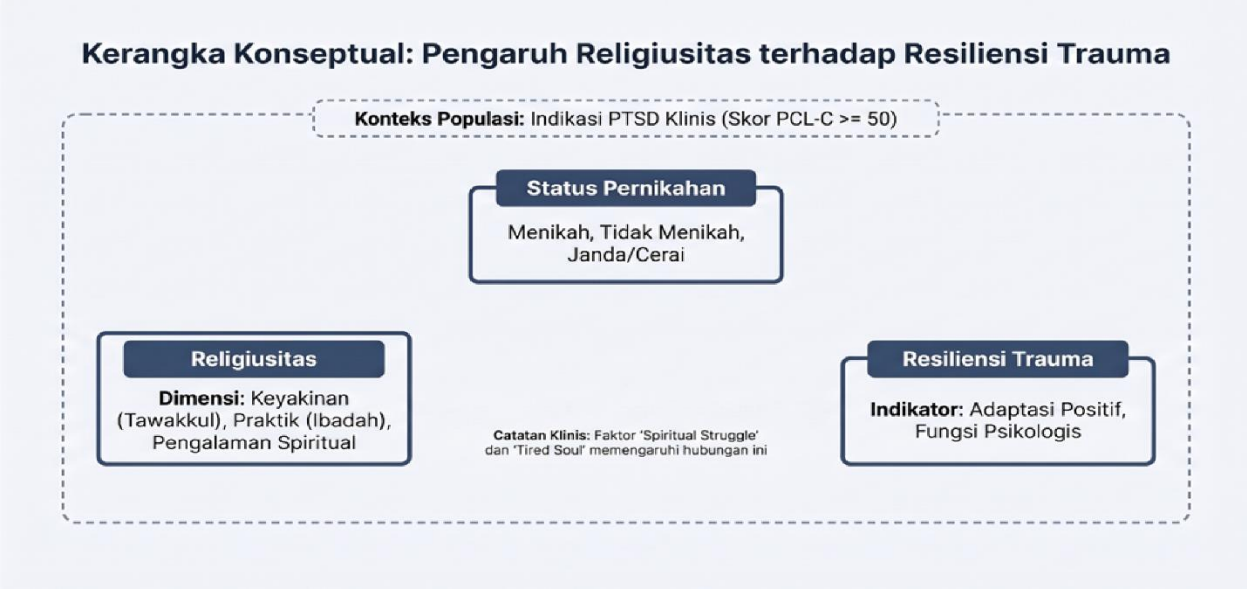
Penelitian ini berangkat dari premis bahwa resiliensi trauma pada perempuan Muslimah bukan sekadar kemampuan psikologis, melainkan hasil interaksi kompleks antara dimensi spiritual dan dukungan struktural sosial.

A. Pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma (Hubungan Langsung) Secara teoretis, Religiusitas (X) diposisikan sebagai prediktor utama resiliensi. Melalui mekanisme koping religius positif, individu menggunakan ajaran Islam seperti Tawakkul (pasrah yang aktif) dan Sabr (kesabaran) sebagai alat penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) untuk membangun makna baru atas peristiwa traumatis. Selain itu, praktik ibadah seperti Salah dan Dhikr berfungsi sebagai regulasi somatik yang menurunkan kecemasan. Fokus utama pada Paradise Orientation (Orientasi Surga) memberikan kerangka tujuan hidup jangka panjang yang membantu penyintas melampaui penderitaan duniawi.

B. Peran Moderasi Status Pernikahan Status Pernikahan (M) diposisikan sebagai variabel moderator yang diduga mengubah kekuatan hubungan antara religiusitas dan resiliensi. Logikanya, pernikahan yang sehat memberikan dukungan sosial tambahan yang mempermudah individu mengintegrasikan nilai agama ke dalam kehidupan sehari-hari. Sebaliknya, pada perempuan yang tidak menikah (lajang, janda, atau cerai), keberadaan stigma sosial atau ambiguitas batas diri dapat memicu *spiritual struggle*, sehingga pengaruh religiusitas terhadap resiliensi mungkin melemah atau membutuhkan dukungan jaringan sosial eksternal yang lebih kuat

C. Dinamika pada Populasi Terindikasi PTSD (Ambang Batas Klinis) Kerangka ini secara khusus menyoroti subjek dengan skor PCL-C $\geq$ 50 (Weathers *et al.*, 1993). Pada tingkat trauma klinis yang berat, hubungan antara religiusitas dan resiliensi tidak bersifat linier otomatis. Muncul fenomena *Spiritual struggle* atau Tired Soul (jiwa yang lelah), di mana beban gejala PTSD yang

ekstrem dapat menghambat fungsi kognitif individu untuk menyerap manfaat protektif dari agama, atau bahkan memicu perasaan dihukum oleh Tuhan.



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual 1

2.5 RINGKASAN BAB

Religiusitas didefinisikan sebagai kepatuhan terhadap keyakinan terstruktur, praktik ritual, dan jaringan komunitas dari sistem kepercayaan yang mapan. Dalam konteks Islam, religiusitas mencakup keyakinan agama (tauhid), praktek agama (ibadah) dan pengalaman agama (Razak et al., 2011; Amir, 2021; Nasution, 2013a; Bonab, Miner, & Proctor, 2013). Dalam konteks individu Muslim, religiusitas bukan sekadar identitas, melainkan kerangka utama yang membentuk tujuan hidup dan cara mengevaluasi penderitaan. Melalui mekanisme koping religius positif, penyintas trauma menggunakan ajaran Islam seperti Tawakkul (penyerahan diri secara aktif kepada Allah) dan Sabr (kesabaran yang gigih) sebagai alat penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) untuk

menemukan makna di balik peristiwa traumatis. Salah satu pendorong motivasi terkuat adalah Paradise Orientation (Orientasi Surga), di mana keyakinan akan kehidupan setelah kematian membantu individu melampaui penderitaan duniawi dan memprioritaskan koping spiritual. Secara empiris, tingkat religiusitas yang tinggi sering kali dikaitkan dengan penurunan stres yang dirasakan dan peningkatan pertumbuhan pascatrauma (post-traumatic growth)

Dinamika Gejala PTSD pada Perempuan Muslimah *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada perempuan Muslimah sering kali bermanifestasi melalui idiom distres lokal yang unik. Fenomena *tired soul (nafseetak ta'bana)* menggambarkan kelelahan eksistensial yang setara dengan depresi berat, sementara *heart squeezed (qalbak maqbood)* mewakili kecemasan dan sesak napas akibat beban emosional. Meskipun agama berperan sebagai tameng mental, beban trauma klinis yang berat (skor PCL−C≥50) dapat memicu *Spiritual struggle* (pergulatan spiritual). Kondisi ini terjadi ketika penyintas merasa ditinggalkan atau dihukum oleh Tuhan, yang justru dapat memperburuk keparahan gejala PTSD dan menghambat proses pemulihan. Selain itu, terdapat risiko *spiritual bypass*, di mana individu menggunakan praktik keagamaan untuk menghindari pemrosesan emosi traumatis, yang pada akhirnya justru menjebak mereka dalam siklus gejala klinis yang persisten (Ahmad et al, 2022).

Peran Moderasi Status Pernikahan Status pernikahan diidentifikasi sebagai variabel struktural dan sosial yang secara signifikan mengubah kekuatan hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma. Pernikahan yang stabil menyediakan dukungan sosial tambahan dan memfasilitasi *relasional sanksifikasi*, di mana hubungan suami-istri dianggap sebagai ruang suci yang memperkuat koping religius. Sebaliknya, bagi perempuan yang tidak menikah, menjanda, atau bercerai, tantangan yang dihadapi sering kali melibatkan stigma sosial dan ambiguitas batas dalam budaya kolektif yang sangat menekankan institusi pernikahan. Pada kelompok janda lanjut

usia, dimensi religiusitas ekstrinsik (seperti partisipasi dalam kegiatan masjid) menjadi faktor kunci yang memitigasi isolasi sosial dan meningkatkan kesejahteraan. Namun, efektivitas pernikahan sebagai penyangga stres sangat bergantung pada kualitas hubungan; keberadaan kekerasan domestik atau pelecehan spiritual justru dapat melumpuhkan fungsi agama sebagai sumber resiliensi

Sintesis Kerangka Pemikiran Secara konseptual, penelitian ini menduga bahwa tingkat religiusitas yang tinggi akan meningkatkan resiliensi trauma pada perempuan Muslimah penyintas PTSD melalui pemberian makna yang adaptif. Status pernikahan diposisikan sebagai moderator yang diduga memperkuat pengaruh positif tersebut, dengan asumsi bahwa dukungan dari pasangan memudahkan integrasi nilai agama dalam pemulihan. Akan tetapi, literatur juga memperingatkan adanya paradoks klinis pada populasi dengan trauma berat, di mana tekanan internal untuk mencapai kesempurnaan spiritual (seperti dalam konsep spiritual jihad) justru dapat berkorelasi dengan peningkatan gejala PTSD jika individu merasa gagal memenuhi ekspektasi religius mereka. Oleh karena itu, pengujian peran moderasi status pernikahan menjadi sangat relevan untuk memetakan bagaimana dukungan relasional berinteraksi dengan beban neurobiologis trauma dalam menentukan kapasitas resiliensi penyintas

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 INTRODUKSI

Bab ini menguraikan kerangka prosedural dan logika sistematis yang digunakan untuk menguji secara empiris hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), dengan peran moderasi status pernikahan. Metodologi ini disusun untuk memberikan landasan yang objektif dalam memverifikasi teori mengenai religiusitas sebagai penyangga pelindung *(protective buffer)* dan peran status pernikahan sebagai faktor moderasi. Seluruh prosedur dalam bab ini berlandaskan pada paradigma positivisme, yang mengutamakan penggunaan data numerik, validitas internal melalui randomisasi, dan analisis statistik parametrik untuk mengungkap fenomena psikospiritual secara objektif dan terukur.

3.2 DESAIN DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang berakar pada paradigma post-positivisme, di mana peneliti berupaya menguji teori-teori objektif dengan memeriksa hubungan antar variabel (Creswell, 2014). Sesuai dengan tujuan penelitian untuk mengetahui derajat hubungan dan arah pengaruh antara variabel, maka desain yang digunakan adalah penelitian asosiatif dengan hubungan kausal. Menurut Sugiono (2017), penelitian asosiatif kausal bertujuan untuk mencari hubungan yang bersifat sebab-akibat antara variabel prediktor (Religiusitas) terhadap variabel kriteria (Resiliensi Trauma). Pemilihan metode ini dianggap paling tepat karena rumusan masalah penelitian menuntut pembuktian empiris yang terukur secara statistik untuk menentukan apakah

keyakinan agama benar-benar berfungsi sebagai prediktor bagi daya lenting psikologis penyintas trauma.

Dalam pelaksanaannya, rancangan penelitian ini menggunakan metode survei korelasional yang bersifat ex-post facto, di mana peneliti mengamati fenomena yang telah terjadi tanpa memberikan perlakuan atau manipulasi terhadap variabel (Kerlinger & Lee, 2000). Untuk menjawab peran variabel ketiga, penelitian ini menerapkan Moderated Regression Analysis (MRA). Desain MRA dipilih karena mampu mengidentifikasi apakah variabel moderator (Status Pernikahan) akan memperkuat atau memperlemah hubungan antara variabel prediktor dan kriterium melalui uji interaksi (Ghozali, 2018). Pendekatan ini selaras dengan paradigma kuantitatif yang menekankan pada penggunaan prosedur statistik yang ketat untuk menghasilkan generalisasi yang valid pada populasi Muslimah yang terindikasi PTSD.

3.3 VARIABEL PENELITIAN

Dalam penelitian ini, variabel-variabel yang dianalisis diklasifikasikan menjadi tiga kategori utama untuk menguji model moderasi yang diusulkan, yaitu:

1. **Variabel Prediktor *(Predictor Variable)*:** Religiusitas (*X*).
2. **Variabel Kriteria *(Criterion Variable)*:** Resiliensi Trauma (*Y*).
3. **Variabel Moderator (*Moderator Variable*):** Status Pernikahan (*M*).

3.4 DEFINISI KONSEPTUAL

Definisi konseptual memberikan batasan teoretis terhadap konstruk psikologis yang diteliti berdasarkan sintesis pemikiran para ahli di Bab II.

3.4.1 Religiusitas

Konsep religiusitas dipahami sebagai sistem keyakinan dan praktik keagamaan yang multidimensi. Beberapa perspektif ahli yang mendasari variabel ini adalah:

- Glock (1962) mendefinisikan religiusitas melalui lima dimensi utama, yakni pengalaman emosional, keyakinan, praktik keagamaan, pengetahuan agama, dan konsekuensi perilaku.
- Hackney dan Sanders (2003) melalui studi meta-analisis mengklasifikasikan religiusitas ke dalam tiga bentuk: keyakinan agama (*ideological*), keterlibatan sosial keagamaan (*institutional*), dan pengabdian pribadi (*personal devotion*).
- Abu-Raiya dan Hill (2014) menekankan bahwa dalam konteks Muslim, religiusitas mencakup integrasi antara koping, keyakinan, praktik, motivasi, dan pengalaman spiritual individu.

3.4.2 Resiliensi Trauma

Resiliensi trauma didefinisikan sebagai kapasitas individu untuk bangkit dari dampak peristiwa yang mengguncang jiwa. Definisi ini merujuk pada:

- Luthar, Cicchetti, dan Becker (2000) yang menjelaskan resiliensi sebagai proses dinamis di mana individu menampilkan adaptasi positif meskipun mengalami kesulitan atau trauma yang signifikan.

- Madsen dan Abell (2010) secara spesifik mendefinisikan resiliensi trauma sebagai daya lenting yang membantu individu untuk dapat berfungsi kembali secara normal setelah terpapar peristiwa traumatis.
- Masten (2001) serta APA (2014) memandang resiliensi sebagai kemampuan individu untuk pulih dan beradaptasi dengan baik saat menghadapi tantangan, tragedi, ancaman, atau sumber stres yang sangat signifikan.

3.5 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional menjelaskan secara spesifik bagaimana variabel-variabel dalam penelitian ini diukur dan dikuantifikasi menggunakan instrumen penelitian.

3.5.1 Religiusitas (*X*)

Religiusitas dalam penelitian ini adalah skor total yang diperoleh responden melalui Skala Religiusitas Muslim yang dikembangkan oleh Amir (2021). Skala ini mengukur tiga dimensi utama bagi subjek Muslim, yaitu keyakinan (tauhid), praktik (ibadah), dan pengalaman agama. Instrumen ini terdiri dari 13 butir pernyataan dengan koefisien reliabilitas *Cronbach's Alpha* sebesar 0,797. Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi tingkat ketaatan dan penghayatan keagamaan responden.

3.5.2 Resiliensi Trauma (*Y*)

Resiliensi trauma operasionalisasikan sebagai kemampuan responden untuk pulih dan beradaptasi secara positif pascatrauma, yang diukur menggunakan instrumen *Trauma Resilience Scale* (TRS) yang disusun oleh Madsen dan Abell (2010) dan telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh

Paramitha dan Kusristanti (2018). Alat ukur ini memiliki koefisien reliabilitas yang sangat tinggi ($\alpha = 0.956$). Skor yang lebih tinggi mencerminkan tingkat resiliensi trauma yang lebih kuat pada perempuan Muslimah yang memiliki indikasi klinis PTSD (skor PCL-C $\geq$ 50) berdasarkan Weathers *et al.* (1993).

3.5.3 Status Pernikahan (*M*)

Status pernikahan diposisikan sebagai variabel moderator kategorikal yang membedakan responden ke dalam kelompok: **(1) Menikah (2) Cerai Hidup (3) Cerai Mati (4) *Single***. Variabel ini digunakan untuk menguji apakah dukungan dari pasangan atau status perkawinan memperkuat hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma.

3.6 SUBJEK DAN LOKASI PENELITIAN

3.6.1 Subjek Penelitian

3.6.1.1 Populasi

Populasi Menurut Sugiono (2019) didefinisikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang memiliki kualitas serta karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari. Sejalan dengan hal tersebut, Creswell (2014) menyatakan bahwa populasi merupakan unit atau individu yang memiliki karakteristik yang sama dan menjadi fokus dari generalisasi hasil penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perempuan Muslimah di Indonesia yang memiliki riwayat paparan peristiwa traumatis dalam hidupnya dan terindikasi PTSD. Cakupan populasi yang luas ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang lebih

komprehensif mengenai dinamika religiusitas dan resiliensi pada berbagai konteks geografis dan sosial di Indonesia.

3.6.1.2 Sample dan Teknik Sampling

Penelitian ini menggunakan pendekatan *non-probability sampling* melalui kombinasi teknik *purposive sampling* dengan teknik penjaringan *snowball*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan atau kriteria tertentu untuk mencapai tujuan penelitian yang spesifik (Sugiono, 2019). Pemilihan *purposive sampling* bertujuan untuk memastikan bahwa partisipan yang terlibat memenuhi kriteria inklusi klinis yang spesifik dan ketat, yaitu perempuan Muslimah yang menunjukkan indikasi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dengan ambang batas skor *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C) ≥ 50 (Weathers et al., 1993). Hal ini dilakukan untuk menjamin homogenitas sampel pada level klinis, sesuai dengan saran Weathers et al. (1993) bahwa skor tersebut merupakan prediktor yang kuat untuk diagnosis PTSD berdasarkan SCID (*Structured Clinical Interview for DSM)*.

Weathers et al. (1993) menggunakan SCID sebagai standar emas *(gold standard)* untuk menguji seberapa akurat alat ukur PCL-C dalam memprediksi diagnosis klinis seseorang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor 50 pada PCL merupakan prediktor yang baik untuk hasil diagnosis PTSD yang diperoleh melalui wawancara SCID tersebut. Penentuan ini didasarkan pada perbandingan dengan hasil diagnosis SCID (Structured Clinical Interview for DSM), di mana skor 50 menghasilkan sensitivitas sebesar 0,82 dan spesifisitas sebesar 0,83. Penggunaan kriteria yang presisi ini sangat krusial dalam penelitian populasi rentan untuk menghindari bias hasil dan memastikan reliabilitas data klinis (Chyczij et al., 2026).

Mengingat populasi penyintas trauma dengan indikasi PTSD sering kali bersifat tertutup atau sulit dijangkau (*hidden population*), penelitian ini kemudian menerapkan teknik *snowball*

sampling (Babbie, 2020). Melalui teknik ini, responden awal yang telah terverifikasi memenuhi kriteria akan membantu mengidentifikasi dan mereferensikan calon responden lain dalam jaringan sosial mereka yang memiliki latar belakang pengalaman serupa. Strategi penjaringan melalui jaringan komunitas ini terbukti efektif dalam studi-studi global yang melibatkan perempuan dalam konteks kemalangan yang sensitif, seperti penyintas kekerasan interpersonal atau kelompok marginal lainnya, guna membangun kepercayaan (*rapport*) antara peneliti dan subjek (Chyczij et al., 2026).

Peneliti menegaskan bahwa penggunaan teknik *purposive sampling* dalam studi ini didasarkan pada strategi filtrasi klinis yang ketat, bukan sekadar ketersediaan responden secara kebetulan (*convenience*). Meskipun penyebaran kuesioner dilakukan secara daring untuk mencapai cakupan geografis yang luas, pemilihan sampel akhir (n=108) dilakukan berdasarkan pertimbangan pakar (*judgmental sampling*) untuk menjamin homogenitas subjek pada level klinis ekstrem (skor PCL-C $\geq$ 50). Proses ini secara metodologis mengubah status penjaringan data dari sekadar survei sukarela menjadi pengambilan sampel bertujuan yang berorientasi pada pemenuhan kriteria diagnosis PTSD menurut standar gold standard Weathers et al. (1993). Dengan demikian, setiap responden yang dianalisis merupakan representasi akurat dari populasi klinis yang ingin dipelajari, bukan sekadar individu yang mudah dijangkau oleh peneliti.

Meskipun *purposive sampling* memiliki keterbatasan dalam hal generalisasi karena sifatnya yang non-probability, teknik ini dipilih agar peneliti dapat berfokus secara mendalam pada subjek yang benar-benar memenuhi kriteria klinis terindikasi PTSD (skor PCL-C $\geq$ 50 berdasarkan Weathers *et al.*, 1993). Untuk memitigasi keterbatasan jumlah, peneliti memastikan ukuran sampel telah melampaui ambang batas minimal berdasarkan perhitungan GPower.

Penentuan ukuran sampel tidak menggunakan rumus yang berbasis pada besar populasi dikarenakan jumlah populasi dalam penelitian (perempuan muslimah terindikasi PTSD) tidak diketahui secara pasti. Penentuan ukuran sampel minimal dalam penelitian ini dilakukan melalui uji kekuatan statistik *(statistical power analysis)* dengan menggunakan perangkat lunak G*Power 3.1 (Faul *et al.*, 2007; Faul *et al.*, 2009). Penghitungan dilakukan berdasarkan model uji regresi linear (MRA) dengan menetapkan parameter Alpha (α) sebesar 0,05 (tingkat kepercayaan 95%) dan Power (1−β) sebesar 0,80. Berdasarkan penghitungan tersebut, diperoleh ukuran sampel minimal yang diperlukan adalah sebanyak 68 responden.

Dalam pelaksanaannya, peneliti berhasil mengumpulkan data dari 108 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan lolos tahap screening PTSD (skor PCL-C ≥ 50) dari 125 responden lolos screening dan total 413 responden. Dengan demikian, jumlah sampel dalam penelitian ini telah melampaui syarat minimal yang ditentukan, sehingga diharapkan dapat memberikan hasil analisis yang lebih stabil dan representatif bagi populasi yang diteliti.

3.6.1.3 Kriteria Inklusi dan Sebaran Geografis

Guna memastikan ketajaman analisis pada kelompok sasaran, peneliti menetapkan kriteria inklusi yang ketat. Berdasarkan kerangka Creswell (2014), penetapan kriteria ini berfungsi untuk membatasi variabilitas yang tidak diinginkan dan memperkuat validitas internal penelitian. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Perempuan
2. Beragama Islam
3. Berusia antara 18 hingga 60 tahun

4. Pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan atau traumatis dalam hidup (seperti kekerasan, bencana, atau kehilangan berat dan semua pengalaman yangtercakup dalam ACE/*Adverse Childhood Experiences*).
5. Terindikasi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD), yang ditandai dengan perolehan skor PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) ≥ 50 melalui proses screening.
6. Bersedia memberikan informed consent dan bersedia mengisi kuesioner lanjutan.

Rentang usia 18-60 tahun (masa dewasa awal hingga dewasa madya) dipilih berdasarkan teori psikososial Erikson yang mencakup fase pembentukan keintiman *(intimacy)* dan generativitas *(generativity)* (Erikson, 1950/1993). Gangguan stres pascatrauma (PTSD) pada tahap ini dapat menghambat kapasitas perempuan untuk membangun kepercayaan *(trust)* dan keintiman, yang berkaitan erat dengan dinamika variabel status pernikahan dalam penelitian ini (Erikson, 1968). Hal ini didukung oleh perspektif Lifespan Development dari Paul Baltes yang memandang trauma sebagai peristiwa non-normatif yang memengaruhi perkembangan individu secara berbeda di setiap fase dewasa (Baltes, 1987). Dengan membatasi sampel pada kriteria klinis yang ketat, penelitian ini bertujuan menghasilkan rekomendasi intervensi yang lebih tajam dibandingkan studi-studi yang menggunakan kriteria kerentanan yang terlalu luas.

Pemilihan rentang usia yang luas, mulai dari *emerging adulthood* hingga dewasa akhir (18–60 tahun ke atas), dilakukan untuk menangkap variabilitas mekanisme resiliensi pada berbagai fase perkembangan kritis Muslimah. Berdasarkan perspektif perkembangan masa hidup, trauma dipandang sebagai peristiwa non-normatif yang mendisrupsi tugas perkembangan secara berbeda di setiap tahapan usia. Penelitian ini melibatkan 108 responden yang terbagi ke dalam tiga

kelompok utama: Dewasa Muda/Emerging Adulthood (n=24), Dewasa Madya (n=66), dan Dewasa Akhir (n=18).

1. Fase *Emerging Adulthood* dan Dewasa Muda (18–30 Tahun) Pada fase ini, individu sedang menavigasi tugas konsolidasi identitas dan pembentukan keintiman (APA, 2018; Elahi et al, 2018. Bagi Muslimah muda, paparan trauma seperti kekerasan dalam pacaran, perundungan, atau diskriminasi sistemik sering kali berinteraksi dengan beban *minority stress* dan Islamofobia yang mengganggu trajektori sosial mereka (APA, 2018; Abbas & Wilson, 2025). Pemaknaan religiusitas pada kelompok ini sering kali mewujud dalam bentuk kerja identitas (*identity work*), di mana praktik keagamaan digunakan sebagai alat resistensi terhadap eksklusi sosial (Abbas & Wilson, 2025. Namun, mereka juga rentan mengalami distres intra-psikis yang berat akibat kesalahpahaman generasi dalam keluarga, di mana simtom PTSD sering kali disalahpahami sebagai kelemahan iman (Reich, et al, 2024).

2. Fase Dewasa Madya (31–60 Tahun) Kelompok ini merupakan mayoritas dalam penelitian ini (61,1%) dan menghadapi tantangan generativitas serta beban peran ganda (*role strain*). Sebagai Ibu Rumah Tangga (78,5% dari sampel menikah), mereka memikul tanggung jawab domestik yang intens yang dalam kondisi PTSD klinis berat dapat berubah menjadi stresor tambahan alih-alih penyangga. Pada fase ini, peristiwa traumatik yang dialami didominasi oleh Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dan trauma kumulatif. Religiusitas pada tahap ini sering kali diuji melalui Paradoks Linearitas, di mana ketaatan ritual yang tinggi tetap dijalankan, namun beban neurobiologis trauma menghambat kemampuan koping verbal-kognitif untuk menghasilkan resiliensi yang efektif.

3. Fase Dewasa Akhir (>60 Tahun) Meskipun jumlahnya paling sedikit, keterlibatan kelompok dewasa akhir penting untuk menguji pengaruh religiusitas sebagai konstanta identitas

yang kokoh. Muslimah pada usia ini cenderung menunjukkan hubungan yang sangat terintegrasi dengan iman, menggunakan kerangka teologis takdir (*qadr*) dan sabar sebagai lensa utama untuk menerima penderitaan ekstrem seperti duka cita mendalam (*bereavement*) atau kehilangan fisik. Bagi mereka, dimensi religiusitas ekstrinsik (seperti keterlibatan dalam komunitas masjid) menjadi faktor kunci yang memitigasi isolasi sosial pascatrauma.

Partisipan dieksklusi jika mereka: (1) memiliki gangguan psikotik aktif, (2) memiliki gangguan kognitif berat, dan (3) tidak mampu berbahasa Indonesia. Melalui kriteria tersebut, diperoleh jumlah sampel akhir sebanyak 108 responden yang memenuhi ambang batas klinis PTSD untuk dianalisis lebih lanjut dalam model regresi moderasi. Sampel ini memiliki sebaran geografis yang luas, meliputi wilayah Jabodetabek dan luar Jabodetabek, serta mencakup responden dari Pulau Jawa maupun luar Pulau Jawa (Sumatera, Kalimantan, Nusa Tenggara dll). Keberagaman asal wilayah ini memungkinkan penelitian untuk memiliki daya generalisasi yang lebih kuat karena tidak terbatas pada satu wilayah urban saja, melainkan mencerminkan dinamika penyintas trauma Muslimah dalam lingkup nasional yang lebih luas.

3.6.2 Lokasi Penelitian (Prosedur Penelitian**)**

Penelitian ini dilaksanakan secara daring (*online*) dengan menjangkau responden dari berbagai wilayah Indonesia. Pada awalnya pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap, tahap pertama yaitu screening indikasi PTSD dengan menyebarkan skala PCL-C ke Komunitas Janda yaitu Ruang Bertumbuh, Komunitas Kesehatan mental yaitu Kelas Ibu Berdaya dan Komunitas klinik bidan yaitu Grup Keluarga Cikal. Setelah itu kuesioner juga dibagikan melalui media sosial Instagram, status WhatsApp dan WhatsApp Group. Responden yang lolos *screening* dihubungi kembali juga melalui daring untuk mengisi skala selanjutnya, serta membantu mereferensikan

calon responden lain dalam jaringa sosial mereka yang memiliki kriteria inklusi sesuai atau memiliki latar belakang pengalaman serupa.

Proses pengumpulan data dimulai dengan melakukan skrining awal terhadap 413 responden perempuan Muslimah menggunakan instrumen PCL-C. Berdasarkan hasil skrining tersebut, ditemukan sebanyak 240 responden (58%) berada pada kategori PTSD sedang dan tinggi. Dari jumlah tersebut, peneliti secara spesifik mengidentifikasi 125 responden yang memiliki skor di atas ambang batas klinis (≥50) (Paramitha & Kusristanti, 2018). Setelah dilakukan pemeriksaan kelengkapan data dan kriteria status pernikahan, maka diperoleh sampel final sebanyak 108 responden yang dianalisis dalam penelitian ini.

3.7 INSTRUMEN PENELITIAN

3.7.1 PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)

Sebagai screening, gejala PTSD diukur menggunakan versi bahasa Indonesia dari PTSD *Checklist-Civilian Version* (PCL-C) ($\alpha = 0.709$) yang disusun oleh Weathers, Litz, Huska, dan Keane (1993) dan diadaptasi oleh Paramitha & Kusristanti (2018). Instrumen PCL-C yang dikembangkan oleh Weathers et al. (1993) ini digunakan untuk mengukur tingkat keparahan gejala PTSD dan disusun berdasarkan diagnosis PTSD menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR* (DSM-IV-TR).

Landasan penggunaan skor ambang batas (cut-off) 50 merujuk pada Study 1 dalam Weathers et al. (1993) yang melibatkan 123 subjek (karakteristik demografi terlampir pada Tabel 1 paper asli). Berdasarkan uji utilitas diagnostik, Weathers et al. melaporkan bahwa skor 50

merupakan titik potong yang paling efisien secara optimal (*optimally efficient cutoff score)* untuk memprediksi diagnosis PTSD melalui SCID, dengan nilai sensitivitas 0,82 dan spesifisitas 0,83.

Alat ukur ini juga telah banyak digunakan untuk mengukur PTSD pada berbagai sampel, dan telah diadaptasi di beberapa negara. PCL-C adalah kuesioner self-report 17 item yang mengukur tingkat keparahan gejala PTSD berdasarkan kriteria DSM-5. Setiap item dinilai pada skala *likert*, mulai dari 1 (Tidak Sama Sekali) hingga 5 (Sangat Terganggu). Seluruh item dinilai secara *favorable,* skor total PCL-C dihitung dengan menjumlahkan skor dari semua 17 item, menghasilkan rentang skor 17-85. Gejala PTSD dapat dilihat dari skor total individu pada alat ukur ini dan skor ≥ 50 mengindikasikan gejala PTSD pada responden (Weathers, *et al*., 1993). Angka ini merujuk pada indikasi klinis bahwa seseorang memiliki gangguan stres pascatrauma yang signifikan secara fungsional.

3.7.2 Skala Religiusitas Muslim

Instrumen lainnya yang digunakan adalah Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021) yang diberi tanda lisensi Creative Commons Attribution License (CC-BY) 4.0 dimana peneliti lain dapat menggunakannya tanpa harus izin khusus selama menyertakan kutipan sebagaimana mestinya. Skala Religiusitas Muslim yang dikembangkan Amir (2021) ini terdiri dari 13 butir pernyataan yang mengukur tiga dimensi religiusitas: keyakinan, praktik, dan pengalaman. Skala ini telah terbukti memiliki validitas dan reliabilitas yang baik, dan dinilai praktis untuk digunakan. Meskipun satu item menunjukkan loading factor yang sedikit rendah, item tersebut tetap dipertahankan karena penting secara teologis. Peneliti lain dianjurkan untuk mempertimbangkan hasil uji coba dan analisis loading factor tersebut. Pada uji reliabilitas, terhadap 12 item (tanpa item 7) maupun terhadap 13 item (dengan item 7) diperoleh koefisien alpha (Cronbach alpha) yang sama yaitu sebesar 0,797. Koefisien reliabilitas ini memenuhi batas koefisien reliabilitas yang baik

antara 0,70 – 0,80 menurut Hill (2005). Dengan demikian, hasil uji reliabilitas skala religiusitas yang dikembangkan ini dapat diandalkan.

3.7.3 *Trauma Resilience Scale*

Resiliensi terhadap trauma diukur menggunakan alat ukur *Trauma Resilience Scale* (TRS) α = 0.956) yang disusun oleh Madsen dan Abell (2010) yang juga diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Paramitha & Kusristanti (2018).

3.8 TEKNIK PENGAMBILAN DATA

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan secara daring (online) untuk menjangkau populasi perempuan Muslimah di berbagai wilayah Indonesia secara efisien. Prosedur ini dilakukan melalui beberapa tahap sistematis sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan dan Etika Penelitian. Peneliti menyusun instrumen penelitian dalam bentuk formulir elektronik (Google Form). Pada bagian awal formulir, disertakan lembar persetujuan (Informed Consent) yang menjelaskan tujuan penelitian, kerahasiaan data, dan hak responden untuk mengundurkan diri kapan saja. Hal ini selaras dengan prinsip Creswell (2014) yang menekankan bahwa dalam penelitian psikologi, perlindungan terhadap hak partisipan adalah prioritas utama sebelum pengambilan data dimulai.
2. Tahap Diseminasi (Penyebaran). Penyebaran kuesioner dilakukan menggunakan *purposive sampling* dengan teknik penjaringan *snowball* melalui media sosial (WhatsApp, Instagram) guna menjangkau responden di wilayah Jabodetabek, luar Jabodetabek, Pulau Jawa, hingga luar Pulau Jawa. Menurut Sugiono (2019), penggunaan media daring dalam pengumpulan

data memungkinkan peneliti mendapatkan cakupan wilayah yang luas dalam waktu yang relatif singkat. Pada tahap ini, terdapat 413 responden yang mengisi formulir skrining awal.

3. Tahap Skrining Klinis dan Seleksi Sampel. Mengingat penelitian ini berfokus pada populasi klinis, peneliti melakukan seleksi ketat berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil skrining menggunakan instrumen PCL-C, ditemukan 240 responden dengan skor PTSD sedang dan tinggi. Dari jumlah tersebut, peneliti memfilter responden yang memiliki skor PCL-C ≥ 50 (ambang batas klinis PTSD berat), sehingga diperoleh 125 responden. Partisipan yang menunjukkan skor PTSD sedang dan berat kemudian dihubungi kembali untuk mengisi kuesioner selanjutnya, yang berisikan Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021) untuk mengukur tingkat religiusitas serta *Trauma Resilience Scale* atau TRS (Paramitha & Kusristanti, 2018) untuk mengukur Resiliensi Trauma. Setelah dilakukan verifikasi kelengkapan data dan status pernikahan, diperoleh sampel final sebanyak 108 responden yang datanya layak untuk diolah secara statistik. 17 responden dikeluarkan diantaranya karena tidak bersedia melanjutkan, tidak sempat mengisi kuesioner lanjutan karena sedang sakit atau sedang berlibur, tidak merespon, sudah mengisi namun lupa mengklik submit pada akhir Google Form dan tidak sempat mengisi kembali karena aitem terlalu banyak, ada juga yang merasa item terlalu berat karena harus merecall lagi memori yang kurang menyenangkan atau traumatis, dan ada 2 responden dewasa akhir yang kurang memahami.

4. Tahap Pengolahan Data. Data yang telah terkumpul kemudian ditabulasi dan dibersihkan dari data yang tidak konsisten atau tidak lengkap (missing values). Peneliti memberikan kode (coding) pada setiap variabel untuk mempermudah proses analisis menggunakan perangkat lunak statistik.

Prosedur pengambilan data dilakukan melalui skema penjaringan berlapis guna memastikan integritas data klinis. Dari total 413 partisipan yang mengisi kuesioner awal, peneliti melakukan proses screening yang mendalam di mana hanya 125 responden (30,2%) yang memenuhi ambang batas skor klinis berat. Reduksi data lebih lanjut dilakukan dengan mengeksklusi 17 responden karena alasan teknis dan etis, termasuk adanya risiko re-triggering emosional yang membuat partisipan memutuskan untuk mengundurkan diri, serta ketidaklengkapan data pada instrumen religiusitas dan resiliensi. Transparansi dalam proses eliminasi subjek ini sangat penting untuk memastikan bahwa sampel final sebesar 108 responden adalah kelompok yang benar-benar memiliki suara yang valid dalam menggambarkan dinamika PTSD pada Muslimah.

3.9 TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan bantuan perangkat lunak SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Tahapan analisis data disusun secara hierarkis untuk memastikan data memenuhi syarat statistik sebelum dilakukan pengujian hipotesis.

3.9.1. Analisis Statistik Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk memberikan gambaran mengenai karakteristik subjek penelitian dan distribusi skor pada masing-masing variabel (Religiusitas, Resiliensi Trauma, dan Status Pernikahan).

- Tahapan: Menghitung nilai minimum, maksimum, rata-rata (*mean*), dan standar deviasi.

- Kriteria: Data akan dikategorisasikan (misal: Tinggi, Sedang, Rendah) berdasarkan norma pengukuran yang berlaku untuk melihat profil psikologis responden secara umum.

3.9.2. Uji Asumsi Klasik

Sebelum melakukan uji regresi, dilakukan uji asumsi klasik untuk memastikan model regresi yang dihasilkan bersifat *Best Linear Unbiased Estimator* (BLUE).

1. Uji Normalitas: Digunakan untuk menguji apakah dalam model regresi, variabel residu memiliki distribusi normal. Pengujian dilakukan dengan uji *One-Sample Kolmogorov-Smirnov*.
    - Kriteria: Data dinyatakan terdistribusi normal jika nilai signifikansi (Sig.) > 0,05.
2. Uji Linearitas: Digunakan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel prediktor dan dependen bersifat linear.
    - Kriteria: Hubungan dinyatakan linear jika nilai *Linearity* Sig. < 0,05 atau *Deviation from Linearity* Sig. > 0,05.
3. Uji Multikolinearitas: Digunakan untuk memastikan tidak adanya korelasi yang sangat kuat antar variabel prediktor dalam model regresi.
    - Kriteria: Tidak terjadi multikolinearitas jika nilai *Tolerance* > 0,10 dan nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) < 10.
4. Uji Heteroskedastisitas: Digunakan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dari residu satu pengamatan ke pengamatan lain (misal melalui uji *Glejser*).
    - Kriteria: Tidak terjadi heteroskedastisitas jika nilai Sig. > 0,05.

3.9.3. Uji Hipotesis (Regresi Linear Berganda dan MRA)

Untuk menguji pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma dengan status pernikahan sebagai moderator, digunakan teknik Moderated Regression Analysis (MRA) dengan metode uji interaksi. Persamaan regresi yang digunakan adalah: $Y=\alpha+\beta1X+\beta2M+\beta3(X*M)+e$ *Keterangan: Y (Resiliensi), X (Religiusitas), M (Status Pernikahan),* XM (Interaksi), e (Error).

Tahapan Pengambilan Keputusan:

1. Uji Koefisien Determinasi ($R2$): Digunakan untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel kriteria. Nilai $R2$ yang mendekati 1 menunjukkan pengaruh yang kuat.
2. Uji Signifikansi Parsial (Uji t): Digunakan untuk menguji pengaruh masing-masing variabel secara individu.
    - Uji $H1$ (Pengaruh X terhadap Y): Jika nilai Sig. < 0,05 dan koefisien regresi bernilai positif, maka $H0$ ditolak dan $H1$ diterima (Terdapat pengaruh positif religiusitas terhadap resiliensi).
    - Uji $H2$ (Moderasi/Interaksi $X*M$): Fokus utama pada variabel interaksi. Jika nilai Sig. pada baris interaksi ($X*M$) < 0,05, maka status pernikahan terbukti secara signifikan memoderasi hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma.
3. Kriteria Arah Hubungan: Selain signifikansi, peneliti akan melihat nilai Beta (β). Nilai positif menunjukkan hubungan searah (memperkuat), sedangkan nilai negatif menunjukkan hubungan berlawanan arah (memperlemah).

3.10 HIPOTESIS STATISTIK

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka pemikiran yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya, maka hipotesis dalam penelitian ini diterjemahkan ke dalam bentuk hipotesis statistik. Pengujian dilakukan untuk melihat signifikansi pengaruh variabel prediktor terhadap variabel kriteria, serta peran variabel moderator menggunakan teknik *Moderated Regression Analysis* (MRA). Adapun rumusan hipotesis statistik dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pengaruh Religiusitas (X) terhadap Resiliensi Trauma (Y)

- $H0:\beta1=0$: Tidak terdapat pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.
- $H1:\beta1>0$: Terdapat pengaruh positif yang signifikan antara religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.

2. Peran Moderasi Status Pernikahan terhadap Hubungan Religiusitas dan Resiliensi ($X*M$)

- $H0:\beta3=0$: Status pernikahan tidak memoderasi pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.
- $H2:\beta3\neq0$: Status pernikahan secara signifikan memoderasi pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.

Seluruh hipotesis di atas diuji dengan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05 atau tingkat kepercayaan 95%. Jika nilai signifikansi (*p-value*) yang dihasilkan dari uji regresi lebih kecil dari 0,05, maka hipotesis nol ($H0$) ditolak, yang berarti hipotesis alternatif (Ha) diterima. Sebaliknya, jika nilai signifikansi lebih besar dari 0,05, maka hipotesis nol gagal ditolak.

3.11 ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dengan menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika penelitian psikologi untuk melindungi hak dan kesejahteraan partisipan, terutama mengingat subjek penelitian merupakan populasi rentan yang terindikasi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD). Prosedur etika dalam penelitian kuantitatif ini mencakup poin-poin berikut:

3.11.1. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Sebelum pengisian kuesioner dimulai, setiap calon responden diberikan penjelasan lengkap mengenai tujuan penelitian, prosedur pengisian, durasi yang dibutuhkan, serta manfaat dan risiko minimal yang mungkin muncul. Mengingat pengumpulan data dilakukan secara daring, persetujuan dilakukan melalui *digital informed consent* di halaman pertama formulir. Partisipan wajib menyatakan kesediaannya secara sukarela sebelum dapat melanjutkan ke butir-butir pernyataan penelitian.

3.11.2. Kerahasiaan dan Anonimitas Data

Peneliti menjamin anonimitas partisipan dengan tidak meminta informasi identitas pribadi yang bersifat sensitif seperti alamat detail atau nomor identitas. Data yang dikumpulkan diidentifikasi menggunakan sistem pengkodean (*coding*) untuk tujuan analisis statistik. Seluruh data elektronik disimpan dalam folder terenkripsi yang hanya dapat diakses oleh peneliti untuk kepentingan akademik, dan hasil penelitian akan dilaporkan dalam bentuk data kelompok (*aggregate*) tanpa merujuk pada individu tertentu.

3.11.3. Hak Partisipan untuk Mengundurkan Diri

Partisipan memiliki hak sepenuhnya untuk menghentikan pengisian kuesioner atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa perlu memberikan alasan dan tanpa sanksi apa pun. Peneliti

memastikan bahwa partisipasi bersifat sukarela tanpa adanya paksaan atau imbalan yang bersifat koersif. Jika partisipan merasa tidak nyaman saat menjawab pertanyaan terkait pengalaman traumatis, mereka berhak menutup formulir tersebut seketika.

3.11.4. Penanganan Data Sensitif dan Risiko Psikologis

Mengingat instrumen PCL-C dan skala resiliensi menyentuh aspek emosional yang sensitif, peneliti menyadari adanya risiko *re-triggering* (pemicuan kembali ingatan trauma). Sebagai bentuk tanggung jawab etis, pada responden yang merasakan ketidaknyamanan emosional setelah mengisi kuesioner, peneliti menyediakan informasi kontak layanan bantuan psikologis atau *hotline* konseling (Biro Psikologi) yang dapat dihubungi. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa proses pengambilan data kuantitatif tetap berbasis pada prinsip *non-maleficence* (tidak merugikan partisipan). Peneliti juga menyatakan akan menyediakan layanan *Brainspotting Therapy* bagi responden terpilih.

3.11.5. Keterangan Kelayakan Etik *(Ethical Clearance)*

Guna menjamin perlindungan terhadap hak asasi, keamanan, dan kesejahteraan seluruh partisipan, penelitian ini telah melewati proses tinjauan etik yang ketat oleh pihak universitas. Protokol penelitian ini secara resmi telah diajukan dan mendapatkan persetujuan kelayakan etik (*ethical approval*) dari Board of Research and Publications International Open University (IOUBRP).

Persetujuan kelayakan etik ini diterbitkan melalui Surat Keterangan Kelayakan Etik dengan Nomor Referensi: Ref. No. ETHIC 141/07-26, yang ditandatangani langsung oleh Prof. Dr. Afroza Bulbul selaku Chairperson, Board of Research and Publications, International Open University pada tanggal 27 Juli 2026. Persetujuan ini diberikan secara spesifik untuk penelitian dengan judul proposal "*The Predictive Influence of Religiosity on Trauma Resilience among Muslim Women with Clinical PTSD: Examining the Moderating Role of Marital Status*" atas nama peneliti,

Mutiara Khodijah (Student ID: ST10012449) dari program studi MSc in Psychology and Islamic Counselling.

Dengan terbitnya surat kelayakan etik ini, seluruh prosedur pengambilan data daring, penyaringan (*screening*) kelompok klinis, serta protokol perlindungan hak-hak partisipan dalam tesis ini dinyatakan telah memenuhi standar etika penelitian manusia internasional yang diamanatkan oleh International Open University. Dokumen fisik surat persetujuan kelayakan etik ini dilampirkan secara utuh pada Lampiran 2 di bagian akhir naskah tesis ini

3.12 RINGKASAN BAB

Bab ini telah memaparkan secara mendalam mengenai kerangka metodologis yang dirancang untuk menguji pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma, dengan status pernikahan sebagai variabel moderator pada populasi perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD. Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif asosiatif dengan paradigma post-positivisme, yang diimplementasikan melalui desain survei korelasional dan teknik analisis *Moderated Regression Analysis* (MRA). Desain ini dipilih untuk memberikan bukti empiris yang objektif mengenai interaksi antara faktor internal (keyakinan agama) dan dukungan struktural (pernikahan) dalam konteks pemulihan trauma.

Prosedur penentuan sampel dilakukan melalui teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yang sangat ketat untuk menjamin ketajaman analisis pada populasi klinis. Dari total 413 responden yang terjaring melalui pengumpulan data daring secara nasional, peneliti melakukan filtrasi sistematis hingga diperoleh 108 responden final yang memiliki skor PCL-C $\geq$ 50.

Justifikasi ukuran sampel ini didasarkan pada penghitungan G*Power yang menetapkan batas minimal 68 responden, sehingga jumlah sampel akhir dalam penelitian ini telah memiliki kekuatan statistik (*statistical power*) yang memadai untuk generalisasi teoretis. Data dikumpulkan menggunakan tiga instrumen utama yang valid, yaitu PCL-C untuk indikasi PTSD, *Trauma Resilience Scale* (TRS) untuk resiliensi, dan Skala Religiusitas Muslim untuk mengukur dimensi Tingkat Religiusitas subjek.

Selanjutnya, teknik analisis data dilakukan secara hierarkis menggunakan perangkat lunak SPSS, dimulai dari uji statistik deskriptif, uji asumsi klasik (normalitas, linearitas, multikolinearitas, dan heteroskedastisitas), hingga uji hipotesis regresi interaksi. Seluruh prosedur ini dijalankan dengan kepatuhan tinggi terhadap etika penelitian, yang memastikan perlindungan terhadap subjek rentan melalui skema anonimitas, *informed consent*, dan penyediaan layanan bantuan psikologis sebagai bentuk tanggung jawab peneliti terhadap kesejahteraan emosional partisipan. Melalui kerangka metodologi yang sistematis ini, penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah yang valid bagi pengembangan disiplin Psikologi Islam dan intervensi kesehatan mental bagi perempuan Muslimah penyintas trauma.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 INTRODUKSI

Bab ini menyajikan hasil analisis data empiris yang dikumpulkan untuk menguji secara ilmiah pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma, serta peran status pernikahan sebagai variabel moderator dalam hubungan tersebut. Fokus utama dari penyajian data ini adalah untuk menjawab pertanyaan penelitian mengenai mekanisme pelindung psikospiritual pada perempuan Muslimah yang berada dalam kategori klinis *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Seluruh data yang dianalisis berasal dari responden yang telah memenuhi kriteria inklusi ketat, terutama kepemilikan skor ambang batas klinis sebesar 50 atau lebih pada instrumen *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C).

Penulisan bab ini disusun secara sistematis untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai temuan penelitian. Tahapan dimulai dengan analisis statistik deskriptif untuk memaparkan profil demografis dan karakteristik psikologis responden,. Selanjutnya, disajikan hasil uji asumsi klasik guna memastikan bahwa model regresi yang digunakan memenuhi persyaratan statistik agar hasil estimasi bersifat objektif dan tidak bias. Bagian inti dari bab ini adalah pengujian hipotesis menggunakan teknik *Moderated Regression Analysis* (MRA) untuk memverifikasi secara statistik apakah religiusitas dan status pernikahan memiliki pengaruh signifikan terhadap kemampuan individu untuk bangkit dari dampak peristiwa traumatis.

Pada bagian akhir, temuan-temuan tersebut akan dibahas secara mendalam melalui integrasi antara data numerik dengan perspektif Psikologi Islam dan teori trauma kontemporer,. Hal ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang utuh mengenai dinamika koping religius

dan resiliensi pada penyintas trauma Muslimah, serta memberikan rekomendasi praktis bagi pengembangan intervensi kesehatan mental yang relevan secara budaya dan agama.

4.2 GAMBARAN UMUM RESPONDEN

Analisis deskriptif dilakukan untuk memberikan gambaran mendalam mengenai profil 108 responden perempuan Muslimah yang menjadi subjek penelitian ini. Seluruh responden merupakan individu yang telah melewati tahap skrining klinis ketat dengan ambang batas skor PCL-C ≥ 50.

4.2.1. Karakteristik Demografi Responden

Table 4. 1
Karakteristik Demografi Berdasarkan Tahap Perkembangan atau Usia

Tahap Perkembangan (Usia)	*n*	%
Emerging Adulthood (Dewasa Muda)	24	22,2
Dewasa Madya	66	61,1
Dewasa Akhir	18	16,7
Total	108	100,0

Catatan. Persentase dihitung berdasarkan total sampel (*N* = 108) setelah eksklusi kriteria klinis (PCL-C ≥ 50).

Berdasarkan data usia, mayoritas responden berada pada tahap perkembangan Dewasa Madya sebanyak 66 orang (61,1%), disusul oleh kelompok *Emerging Adulthood*/Dewasa Muda sebanyak 24 orang (22,2%), dan Dewasa Akhir sebanyak 18 orang (16,7%). Hal ini

menunjukkan bahwa sampel penelitian didominasi oleh perempuan dalam rentang usia produktif yang secara teoretis memiliki dinamika koping yang dipengaruhi oleh kematangan emosional dan beban peran ganda.

Table 4. 2

Karakteristik Demografi Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	*n*	%
S1	71	65,7
S2	5	4,6
SMA	18	16,7
SMP	1	0,9
D1, D2, D3	12	11,1
SD	1	0,9
Total	108	100,0

Catatan. $N = 108$.

Dari sisi tingkat pendidikan, responden dalam penelitian ini memiliki profil pendidikan yang relatif tinggi, di mana mayoritas adalah lulusan Sarjana (S1) sebanyak 71 orang (65,7%), diikuti oleh lulusan SMA sebanyak 18 orang (16,7%), dan Diploma (D1-D3) sebanyak 12 orang (11,1%). Tingkat pendidikan yang tinggi ini mengindikasikan bahwa responden memiliki kapasitas literasi yang baik dalam merespons instrumen penelitian daring.

Table 4. 3

Karakteristik Demografi Berdasarkan Provinsi Domisili

Provinsi Domisili	*n*	%
DKI Jakarta	34	31,5
Jawa Barat	43	39,8
Banten	9	8,3
Jawa Tengah	4	3,7
Jawa Timur	4	3,7
DIY	1	0,9
Aceh	1	0,9
Sumatera Utara	1	0,9
Sumatera Barat	1	0,9
Sumatera Selatan	1	0,9
Kalimantan Tengah	1	0,9
Kalimantan Timur	2	1,9
Kalimantan Utara	1	0,9
Kalimantan Selatan	1	0,9
Riau	3	2,8
Maluku Utara	1	0,9
Total	108	100,0

Catatan. N = 108.

Table 4. 4

Karakteristik Demografi Berdasarkan Domisili Wilayah

Domisili Wilayah	*n*	%
Non Jabodetabek	31	28,7
Jabodetabek	77	71,3
Total	108	100,0

Catatan. $N = 108$.

Secara geografis, sebaran responden mencakup berbagai provinsi di Indonesia, namun terkonsentrasi di wilayah Jabodetabek sebanyak 77 orang (71,3%), sementara 31 orang lainnya (28,7%) berdomisili di luar Jabodetabek. Provinsi dengan jumlah responden terbanyak adalah Jawa Barat (39,8%) dan DKI Jakarta (31,5%). Sebaran yang luas hingga ke wilayah Sumatera, Kalimantan, dan Maluku Utara memberikan keragaman konteks sosial meskipun tetap menunjukkan bias populasi urban yang aktif secara digital.

4.2.2. Karakteristik Status Pernikahan dan Keluarga

Table 4. 5

Karakteristik Status Pernikahan Responden

Status Pernikahan	*n*	%
Menikah	79	73,1
Cerai Hidup	11	10,2
Cerai Mati	2	1,9
Single (Belum Menikah)	16	14,8
Total	108	100,0

Catatan. $N = 108$.

Status pernikahan, yang diposisikan sebagai variabel moderator dalam penelitian ini, menunjukkan distribusi sebagai berikut: mayoritas responden berstatus Menikah sebanyak 79 orang (73,1%), diikuti oleh kelompok *Single* atau lajang (14,8%), Cerai Hidup (10,2%), dan Cerai Mati (1,9%).

Table 4. 6

Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jumlah Anak

Jumlah Anak	*n*	%
0	25	23,1
1	20	18,5
2	31	28,7
3	21	19,4
4	8	7,4
5	1	0,9
6	1	0,9
7	1	0,9
Total	108	100,0

Catatan. N = 108.

Mengenai jumlah anak, profil responden cukup bervariasi dengan frekuensi tertinggi adalah responden yang memiliki 2 anak (28,7%), diikuti oleh responden yang belum memiliki anak (23,1%).

Table 4. 7

Karakteristik Aktivitas, Profesi, dan Peran Berdasarkan Status Pernikahan

Aktivitas dan Profesi	Menikah *n* (%)	Cerai Hidup *n* (%)	Cerai Mati *n* (%)	Single *n* (%)	Total *n* (%)
Ibu Rumah Tangga	62 (78,5%)	3 (27,3%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	66 (61,1%)
ASN	5 (6,3%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (6,5%)
Pegawai Swasta / BUMN	5 (6,3%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	7 (43,8%)	15 (13,9%)
Pengusaha	6 (7,6%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	8 (7,4%)
Mahasiswi	1 (1,3%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	4 (3,7%)
Lainnya	16 (20,3%)	2 (18,2%)	1 (50,0%)	7 (43,8%)	26 (24,1%)
Total Kelompok	79 (100,0%)	11 (100,0%)	2 (100,0%)	16 (100,0%)	108 (100,0%)

Catatan. Persentase dihitung berdasarkan kolom (status pernikahan) masing-masing kelompok responden (N = 108).

Menarik untuk dicatat melalui analisis tabulasi silang (*crosstabulation*) pada Tabel 4.7 ditemukan bahwa pada kelompok responden yang Menikah, peran sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) sangat dominan (78,5%) disusul oleh aktivitas atau profesi lainnya. Pada kelompok *single*, dominan merupakan pegawai swasta/BUMN dan profesi lainnya. Sedangkan pada kelompok cerai mati, 50% menjadi Ibu Rumah Tangga dan 50% memiliki peran lainnya.

Table 4. 8

Kategori Peran Berdasarkan Status Pernikahan

Kategori Peran	Menikah *n* (%)	Cerai Hidup *n* (%)	Cerai Mati *n* (%)	Single *n* (%)	Total *n* (%)
Hanya 1 Aktivitas/Peran	66 (83,5%)	9 (81,8%)	2 (100,0%)	16 (100,0%)	93 (86,1%)
Multi-Aktivitas / Multi-Peran	13 (16,5%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (13,9%)
Total Kelompok	79 (100,0%)	11 (100,0%)	2 (100,0%)	16 (100,0%)	108 (100,0%)

Catatan. Persentase dihitung berdasarkan kolom (status pernikahan) masing-masing kelompok responden (N = 108).

Berdasarkan Tabel 4.7 *Multiple Response Crosstabs* di atas, terlihat distribusi aktivitas responden yang beragam di setiap status pernikahan. Namun, pada kelompok Cerai Hidup, terdapat indikasi beban peran yang lebih kompleks dengan tingkat Multi-Aktivitas atau Multi-Peran mencapai 18,2% sedikit lebih tinggi dibandingkan kelompok yang menikah. Kelompok *single* 100% mempersepsi diri hanya hanya memiliki 1 aktivitas atau peran. Dinamika ini memberikan konteks situasional yang penting dalam memahami bagaimana status pernikahan berinteraksi dengan resiliensi trauma di tengah beban tanggung jawab domestik maupun profesional.

4.2.3 Perbandingan Profil Psikologis Berdasarkan Status Pernikahan

Meskipun hasil uji interaksi menunjukkan bahwa status pernikahan tidak memoderasi hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma secara signifikan, terdapat temuan deskriptif yang perlu dicermati. Partisipan yang berstatus menikah (n=79) menunjukkan skor rata-rata resiliensi yang relatif setara dengan kelompok lajang atau tidak menikah (n=29), meskipun literatur umum sering kali memposisikan

keberadaan pasangan sebagai sumber dukungan yang konstan. Pada variabel religiusitas, kedua kelompok menunjukkan fenomena ceiling effect yang serupa (Menikah M=48,64; Single M=48,52), yang mengindikasikan bahwa komitmen iman pada perempuan Muslimah di Indonesia merupakan sebuah konstanta identitas yang tidak dipengaruhi oleh status sipil mereka. Tidak adanya perbedaan skor resiliensi yang mencolok antar kelompok menunjukkan bahwa pada tingkat keparahan PTSD yang ekstrem (Skor PCL-C $\geq$ 50), manfaat struktural dari pernikahan belum mampu memberikan daya lenting tambahan yang signifikan dibandingkan mereka yang mengandalkan sumber daya mandiri.

4.3 UJI ANALISIS DESKRIPTIF

Penyajian hasil analisis statistik deskriptif dalam bagian ini bertujuan untuk memberikan gambaran awal mengenai profil dan karakteristik data dari 108 responden yang telah memenuhi kriteria klinis ketat. Tahapan deskriptif ini merupakan langkah krusial guna memahami sebaran skor pada variabel religiusitas dan resiliensi trauma sebelum dilakukan pengujian asumsi klasik serta analisis regresi moderasi. Melalui parameter nilai minimum, maksimum, rata-rata (mean), dan standar deviasi, peneliti dapat memetakan pola distribusi data, tingkat variabilitas antarresponden, serta mendeteksi keberadaan nilai ekstrem yang berpotensi memengaruhi validitas hasil analisis lanjutan.

Lebih jauh lagi, penjabaran deskriptif ini berfungsi sebagai penyedia konteks empiris yang mendalam mengenai kondisi subjek penelitian—yakni perempuan Muslimah dengan beban gejala PTSD berat (skor PCL-C ≥ 50)—sehingga interpretasi hubungan antarvariabel dapat dilakukan secara sistematis, komprehensif, dan memiliki legitimasi ilmiah yang kuat. Dengan memahami karakteristik dasar ini, peneliti dapat memberikan landasan yang objektif bagi pembahasan mengenai dinamika psikospiritual responden dalam menghadapi dampak peristiwa traumatis. Berdasarkan hasil pengolahan data terhadap 108 responden, berikut adalah ringkasan statistik deskriptif untuk variabel utama penelitian:

Table 4. 9

Statistik Deskriptif Variabel Penelitian

Variabel Penelitian	*N*	Minimum	Maximum	*M*	*SD*
Skor Total PTSD	108	47	82	61,87	8,25
Skor Total Religiusitas	108	38	52	48,61	3,06
Skor Total Resiliensi Trauma	108	129	317	216,18	36,11

Catatan. PCL-C = PTSD Checklist-Civilian Version (skor klinis ≥ 50).

Berdasarkan tabel 4.9, profil psikologis responden menunjukkan skor PTSD yang sangat signifikan. Seluruh responden memiliki indikasi Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) dengan rata-rata skor PCL-C sebesar 61,87, yang berada jauh di atas ambang batas minimal (skor 50) berdasarkan Weathers et al (1993). Sample penelitian ini berada di area skor yang sangat dekat dengan rata-rata

kelompok klinis PTSD (63,6) dalam studi orisinal Weathers *et al.* (1993) Hal ini mengonfirmasi bahwa sampel penelitian ini adalah populasi klinis dan secara objektif merepresentasikan populasi perempuan yang memikul beban gejala klinis ekstrem.

Pada variabel Religiusitas, diperoleh nilai rata-rata sebesar 48,61 dengan standar deviasi yang kecil (3,06). Skor ini menunjukkan adanya fenomena *ceiling effect* (efek langit-langit), di mana skor responden cenderung mengumpul pada kategori tinggi. Hal ini mencerminkan ketaatan dan penghayatan agama yang kuat pada subjek perempuan Muslimah di Indonesia, namun sekaligus membatasi variabilitas data statistik pada variabel tersebut. Sementara itu, variabel Resiliensi Trauma menunjukkan nilai rata-rata sebesar 216,18 dengan rentang skor yang cukup luas antara 129 hingga 317, mengindikasikan adanya variasi kapasitas adaptasi pascatrauma yang beragam di antara responden.

4.4. UJI ASUMSI KLASIK

4.4.1 Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk memastikan data memiliki distribusi normal sebagai prasyarat statistik parametrik. Pengujian menggunakan teknik One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test. Hasil analisis menunjukkan bahwa data berdistribusi normal dengan nilai Asymp. Sig (2-tailed) = 0,200, p>0,05 (Ghazali, 2018).

Table 4. 10

Hasil Uji Normalitas Kolmogorov-Smirnov

Variabel	*N*	*M*	*SD*	Kolmogorov-Smirnov *D*	*p*
Skor Total Religiusitas	108	48,61	3,06	0,171	< ,001
Skor Total Resiliensi Trauma	108	216,18	36,11	0,044	,200

Catatan. Lilliefors Significance Correction digunakan. Untuk Skor Total Resiliensi Trauma, nilai signifikansi merupakan batas bawah dari signifikansi riil. Distribusi uji adalah Normal.

Berdasarkan Tabel 4.9 di atas,, variabel resiliensi menunjukkan distribusi normal (p=0,200>0,05), sedangkan variabel religiusitas memiliki nilai p=0,000<0,05 yang berarti tidak berdistribusi normal. Meskipun demikian, penelitian tetap dilanjutkan menggunakan analisis regresi (parametrik). Hal ini didasarkan pada Central Limit Theorem yang menyatakan bahwa untuk jumlah sampel besar (N>30), distribusi data cenderung mendekati normal sehingga analisis tetap dianggap robust (Field, 2018). Selain itu, pada subjek Muslimah, variabel religiusitas sering kali memiliki sebaran yang mengumpul di nilai tinggi yang wajar secara psikologis.

4.4.2 Uji Linearitas

Uji linearitas bertujuan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel prediktor dengan variabel kriteria memiliki hubungan yang linear atau berbentuk garis lurus. Pengujian linearitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Test for Linearity melalui program IBM SPSS Statistics 26. Kriteria pengambilan keputusan yaitu apabila nilai signifikansi pada Deviation from Linearity > 0,05 maka hubungan antara kedua variabel dinyatakan linear (Ghozali, 2018).

Table 4. 11

Hasil Uji Linearitas Skor Total Resiliensi Trauma atas Skor Total Religiusitas

Sumber Variabilitas	Jumlah Kuadrat (*SS*)	*df*	Rata-Rata Kuadrat (*MS*)	*F*	*p*
Antar Kelompok (Between Groups)					
Kombinasi (Combined)	7509,841	12	625,820	0,450	,938
Linearitas (Linearity)	192,060	1	192,060	0,138	,711
Deviasi dari Linearitas	7317,781	11	665,253	0,479	,912
Dalam Kelompok (Within Groups)	131979,817	95	1389,261		
Total	139489,657	107			

Catatan. Variabel Dependen: Skor Total Resiliensi Trauma. Variabel Independen: Skor Total Religiusitas.

Berdasarkan hasil uji linearitas yang disajikan pada Tabel 4.10, diperoleh nilai signifikansi pada Deviation from Linearity sebesar 0,912 (*p > 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat penyimpangan yang signifikan dari garis linear sehingga model linear dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan antar variabel.

Selanjutnya, hasil uji keberartian hubungan linear menunjukkan nilai signifikansi Linearity sebesar 0,711. Meskipun nilai signifikansi pada Linearity adalah 0,711 (*p > 0,05), asumsi linearitas tetap terpenuhi karena indikator utamanya dalam uji asumsi adalah nilai Deviation from Linearity yang harus tidak signifikan atau lebih besar dari 0,05 (Ghozali, 2018). Dengan demikian, data ini layak untuk dilanjutkan ke tahap analisis regresi linear.

4.4.3 Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi ditemukan adanya korelasi yang tinggi atau kuat antar variabel prediktor. Model regresi yang baik seharusnya tidak memiliki korelasi yang signifikan antar variabel prediktor agar tidak terjadi tumpang tindih informasi dalam menjelaskan variabel kriteria (Resiliensi Trauma). Prasyarat untuk menyatakan tidak adanya gejala multikolinearitas adalah jika nilai Tolerance > 0,10 dan nilai Variance Inflation Factor (VIF) < 10. Hasil pengujian multikolinearitas pada penelitian ini disajikan dalam tabel berikut:

Table 4. 12

Hasil Uji Multikolinearitas Variabel Bebas

Variabel Bebas	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*	Toleransi	*VIF*
Konstanta	227,825	55,849	—	4,079	< ,001	—	—
Skor Total Religiusitas	-0,060	1,167	-0,005	-0,052	,959	0,953	1,050
Status Pernikahan (Diferensiasi)	-11,926	8,018	-0,147	-1,487	,140	0,953	1,050

Catatan. Variabel Dependen: Skor Total Resiliensi Trauma.

Berdasarkan tabel di atas, Variabel Religiusitas memiliki nilai Tolerance sebesar 0,953 (> 0,10) dan nilai VIF sebesar 1,050 (< 10). Variabel Status Pernikahan memiliki nilai Tolerance sebesar 0,953 (> 0,10) dan nilai VIF sebesar 1,050 (< 10). Hasil perhitungan statistik menunjukkan bahwa nilai Tolerance untuk kedua variabel jauh melampaui ambang batas 0,10 dan nilai VIF berada jauh di bawah angka 10. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat gejala multikolinearitas antara variabel Religiusitas dan

Status Pernikahan dalam model penelitian ini. Hal ini menjamin bahwa masing-masing variabel prediktor bersifat independen satu sama lain dan model regresi yang digunakan layak untuk dilanjutkan ke tahap analisis hipotesis selanjutnya.

4.4.4 Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dari residu satu pengamatan ke pengamatan lain. Model regresi yang baik dan memenuhi prasyarat adalah model yang memiliki kesamaan varians atau disebut juga homoskedastisitas. Dalam penelitian ini, pengujian dilakukan dengan menggunakan Uji Glejser, yaitu dengan meregresikan nilai absolut residual dari model terhadap variabel prediktor. Kriteria pengambilan keputusannya adalah apabila nilai signifikansi (Sig.) lebih besar dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi gejala heteroskedastisitas.

Table 4. 13

Hasil Uji Glejser untuk Heteroskedastisitas

Variabel Bebas	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*
Konstanta	34,786	32,403	—	1,074	,285
Skor Total Religiusitas	-0,114	0,665	-0,017	-0,172	,864

Catatan. Variabel Dependen: Nilai Absolut Residual (|*Ut*|).

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan perangkat lunak SPSS 26, diperoleh nilai signifikansi untuk variabel Religiusitas adalah sebesar 0,864. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai signifikansi variabel prediktor jauh di atas ambang batas 0,05 (0,864 > 0,05). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat gejala heteroskedastisitas dalam model regresi penelitian ini.

Terpenuhinya asumsi heteroskedastisitas ini menjamin bahwa varians residu bersifat tetap, sehingga model regresi yang digunakan bersifat Best Linear Unbiased Estimator (BLUE). Hal ini memberikan dasar statistik yang kuat dan objektif bagi peneliti untuk melanjutkan analisis ke tahap pengujian hipotesis menggunakan teknik regresi linear dan *Moderated Regression Analysis* (MRA).

4.5 UJI HIPOTESIS

4.5.1 Hasil Uji Regresi Linier Sederhana

Table 4. 14

Ringkasan Model Regresi Linier Sederhana

Model	R^2 Change	*F* Change	*df1*	*df2*	*p* Change
1	,001	0,146	1	106	,703

Catatan. Prediktor: (Konstanta), Skor Total Religiusitas. Variabel Dependen: Skor Total Resiliensi Trauma.

Table 4. 15

Hasil Analisis Regresi Linier Sederhana (Uji-t / Koefisien Regresi)

Variabel Bebas	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*
Konstanta	237,462	55,788	—	4,256	< ,001
Skor Total Religiusitas	-0,438	1,145	-0,037	-0,382	,703

Catatan. Variabel Dependen: Skor Total Resiliensi Trauma.

Berdasarkan uji regresi linear sederhana pada 108 subjek, diperoleh nilai R Square sebesar 0,001. Hal ini menunjukkan bahwa religiusitas hanya berkontribusi sebesar 0,1% terhadap resiliensi trauma. Hasil uji signifikansi menunjukkan nilai p=0,703 (p>0,05), yang berarti hipotesis pertama ditolak: tidak terdapat pengaruh signifikan religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah terindikasi PTSD.

4.5.2 Hasil Uji Moderated Regression Analysis (MRA)

Pengujian hipotesis kedua dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah Status Pernikahan berperan sebagai variabel moderator yang memperkuat atau memperlemah pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma. Pengujian dilakukan menggunakan teknik regresi hierarkis untuk membandingkan model tanpa interaksi dengan model yang menyertakan variabel interaksi.

Table 4. 16

Hasil Analisis Moderated Regression Analysis (MRA) - Ringkasan Model

Model	R^2 Change	*F* Change	*df1*	*df2*	*p* Change
1	,010	0,521	2	105	,595
2	,004	0,379	1	104	,540

Catatan. Model 1 Prediktor: (Konstanta), Status Pernikahan, Skor Total Religiusitas. Model 2 Prediktor: (Konstanta), Status Pernikahan, Skor Total Religiusitas, Interaksi Religiusitas × Status Pernikahan. Variabel Dependen: Skor Total Resiliensi Trauma.

Berdasarkan tabel 4.16 Model Summary, hasil pengujian menunjukkan dinamika statistik sebagai berikut. Pada Model 1 (Main Effects), peneliti memasukkan variabel Religiusitas dan Status Pernikahan secara bersama-sama. Hasilnya menunjukkan nilai R Square Change sebesar 0,010 dengan nilai signifikansi p=0,595 (p>0,05). Hal ini mengindikasikan bahwa baik religiusitas maupun status pernikahan secara simultan tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap resiliensi trauma pada tahap awal model. Pada model kedua (Interaction Effect), peneliti memasukkan variabel interaksi (Religiusitas x Status Pernikahan) untuk melihat efek moderasi. Hasil uji menunjukkan adanya nilai R Square Change yang sangat kecil, yaitu sebesar 0,004 atau hanya berkontribusi sebesar 0,4% terhadap variansi resiliensi trauma. Nilai signifikansi pada kolom Sig. F Change menunjukkan angka 0,540 (p>0,05).

Ditinjau dari tabel Coefficients pada Model 2, variabel interaksi memiliki nilai koefisien t=0,616 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,540. Karena nilai signifikansi tersebut jauh lebih besar dari ambang batas 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa variabel interaksi tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel kriteria.

.

BAB V PEMBAHASAN

5.1 INTRODUKSI

Bab ini menyajikan analisis mendalam dan interpretasi kritis terhadap temuan penelitian mengenai pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma dengan status pernikahan sebagai variabel moderator. Pembahasan diarahkan untuk menjelaskan mengapa hipotesis penelitian tidak terbukti signifikan pada populasi klinis ini, dengan mengintegrasikan perspektif Psikologi Islam, teori *neurobiological* trauma dan perbandingan dengan literatur.

5.2 PEMBAHASAN HASIL KUANTITATIF

5.2.1. Analisis Data Demografi dan Deskriptif

Berdasarkan profil responden, ditemukan bahwa subjek penelitian ini adalah kelompok perempuan Muslimah yang sangat homogen secara klinis. Seluruh 108 responden memiliki rata-rata skor PCL-C sebesar 61,87, yang berada jauh di atas ambang batas minimal kategori klinis berat (skor 50). Hal ini menunjukkan bahwa sampel bukan sekadar mengalami stres biasa, melainkan beban gejala PTSD yang ekstrem.

Secara teoretis, hal ini menunjukkan bahwa sampel penelitian berada dalam kondisi trauma dalam arti sempit, yaitu pengalaman stres ekstrem yang melibatkan ancaman terhadap integritas fisik atau jiwa yang bersifat mendadak dan tak terkendali (Indriani, 2025; Solomon & Heide, 1999). Sebagaimana dikemukakan oleh Maté (2022), esensi trauma pada responden ini terletak

pada dampak internal yang ditimbulkan pada otak dan tubuh, bukan sekadar memori peristiwa traumatisnya saja. Beban klinis yang ekstrem ini menjadi faktor fundamental yang memengaruhi cara variabel religiusitas dan resiliensi berinteraksi.

Pada variabel religiusitas, ditemukan fenomena *ceiling effect* (efek langit-langit) dengan nilai rata-rata 48,61 dan standar deviasi yang sangat kecil (3,06). Hal ini mengonfirmasi teori dalam Latar Belakang bahwa pada masyarakat Indonesia, religiusitas merupakan norma budaya yang dijunjung tinggi. Namun, tingginya skor religiusitas ini ternyata tidak berbanding lurus dengan kemampuan resiliensi, yang menunjukkan adanya diskoneksi antara ketaatan ritual/ formal dengan pemulihan psikologis pada kondisi trauma berat.

Pada populasi terindikasi PTSD, religiusitas (penghayatan, pengalaman dan praktek/ amal) saja tidak cukup menjadi *protective factor* untuk resiliensi trauma. Individu dengan trauma butuh dibantu dengan berbagai intervensi agar pulih dan diharapkan justru bisa meningkatkan religiusitasnya setelah pulih. Hal ini menarik untuk menjadi penelitian selanjutnya.

Terkait kegagalan status pernikahan sebagai moderator, data demografi menunjukkan bahwa mayoritas responden yang menikah adalah Ibu Rumah Tangga (78,5%). Temuan penelitian terbaru pada populasi Muslimah menekankan bahwa status pernikahan sering kali dibarengi dengan beban peran ganda *(role strain)* dan tuntutan domestik yang intens. Studi menunjukkan bahwa IRT yang memikul tanggung jawab rumah tangga sendirian *(unassisted)* memiliki tingkat kesehatan psikososial dan kepuasan pernikahan yang jauh lebih rendah dibandingkan mereka yang memiliki dukungan asisten atau sistem pendukung Dalam kondisi PTSD klinis berat, tuntutan peran sebagai istri dan ibu dapat menjadi sumber tekanan tambahan (stressor) alih-alih menjadi penyangga (buffer), sehingga meniadakan efek positif dari dukungan emosional pasangan terhadap resiliensi penyintas.

5.2.2. Pengaruh Religiusitas terhadap Resiliensi Trauma (H1)

Penelitian ini yang menggunakan analisis regresi berganda dan analisis moderasi, menemukan bahwa tidak ada pengaruh signifikan religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah dengan PTSD, serta tidak ditemukan adanya efek moderasi dari status pernikahan (H1 dan H2 ditolak). Hal ini sejalan dengan literatur terbaru yang semakin mengakui kompleksitas dan sifat tidak langsung dari pengaruh religiusitas terhadap hasil akhir trauma, serta peran status pernikahan (Sizor, 2025; Ali, *et al.*, 2024; Grupp *et al.*, 2026)

Hasil pengujian hipotesis pertama melalui uji regresi linear sederhana menunjukkan bahwa religiusitas tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap resiliensi trauma ($R2$=0,001;p=0,703), sehingga H1 ditolak. Hal ini sesuai dengan temuan terdahulu (Berzengi et al., 2017; Ok et al., 2025; Sabki et al., 2025) yang menyatakan bahwa coping religius bersifat multifaset: bisa menguatkan atau justru bisa melemahkan. Ketika seorang muslimah merasa sakitnya karena azab, karena hukuman dari Allah swt atau stigma kurang iman (*negative religious coping)*, hal tersebut bisa menyebabkan dia menjadi kesulitan mencapai resiliensi trauma.

Temuan ini menunjukkan bahwa ketaatan beragama tidak secara otomatis memprediksi kemampuan individu untuk bangkit dari trauma jika individu tersebut berada di atas ambang batas klinis *(clinical threshold)* PTSD berat. Maknanya, pada level trauma yang mengguncang fungsi otak subkortikal, keyakinan kognitif saja tidak cukup untuk menstabilkan sistem saraf yang terus-menerus berada dalam mode bertahan hidup (*survival mode)*. Hal ini sesuai dengan kritik Van der Kolk (2024) bahwa trauma yang tersimpan di tubuh seringkali tidak terjangkau oleh pendekatan verbal-kognitif, termasuk pemaknaan religius konvensional.

Kesimpulannya, ketidaksignifikanan pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada sampel ini (p=0,703) mengindikasikan adanya mekanisme psikologis yang kompleks di mana

beban trauma klinis yang berat menciptakan hambatan sistemik. Mekanisme ini dapat dijelaskan melalui integrasi tiga perspektif utama:

5.2.2.1 Mekanisme Neurobiologis.

Penolakan hipotesis dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh penggunaan ambang batas klinis yang ketat (PCL-C ≥ 50). Berdasarkan norma dari Weathers et al. (1993), subjek dalam penelitian ini berada pada kelompok yang memiliki beban simtom berat (mean PTSD subjects = 61,87), di mana hambatan neurobiologis mungkin lebih dominan daripada pengaruh religiusitas dan beban trauma tidak lagi tersimpan sebagai memori naratif di korteks, melainkan menetap di area subkortikal otak. Kondisi ini menyebabkan terjadinya hambatan neurobiologis yang signifikan, di mana beban trauma yang tersimpan di area subkortikal otak memicu deaktivasi pada Area *Broca* (pusat bahasa), yang dalam literatur klinis dikenal sebagai fenomena *speechless terror*.

Mekanisme inilah yang menyebabkan koping religius yang bersifat kognitif-verbal (seperti pemaknaan melalui kata-kata atau logika) kehilangan efektivitasnya karena jalur komunikasi di otak yang menghubungkan nilai spiritual dengan regulasi emosi sedang terputus dan penyintas kehilangan kapasitas untuk mengolah koping religius yang bersifat kognitif-verbal menjadi daya lenting yang efektif (Rauch et al., 1996; Van der Kolk, 2024).

Hal ini diperkuat oleh temuan neurosains bahwa trauma interpersonal yang berkepanjangan menyebabkan perubahan permanen pada struktur otak subkortikal dan hiperaktivasi amigdala (Bremner, 2006; Paraniak-Gieszczyk & Ogłodek, 2025; Rauch et al., 1996). Kondisi neurobiologis ini menjelaskan mengapa sirkuit kognitif-verbal yang biasanya memproses koping religius mengalami hambatan ketika harus menghadapi disregulasi sistem saraf somatis yang ekstrem pada populasi terindikasi PTSD (van der Kolk, 2024).

5.2.2.2 Mekanisme Psikospiritual.

Dalam perspektif Psikologi Islam, mekanisme ini selaras dengan teori Imam al-Ghazali mengenai struktur jiwa (*Nafs*). Pada penyintas PTSD berat, kekuatan *Ghadab* (energi defensif/amarah) telah membajak sistem kejiwaan, sehingga individu terus berada dalam mode bertahan hidup (*survival mode*). Keseimbangan jiwa yang menuntut berfungsinya *Aql* (akal) sebagai penengah menjadi lumpuh karena energi kognitif penyintas terkuras habis untuk memindai ancaman. Akibatnya, praktik ibadah ritual (*Tahalli*) yang dilakukan responden tetap tinggi namun gagal bertransformasi menjadi resiliensi sejati (*Tajalli*) karena adanya hambatan pada tahap *Takhalli* (pembersihan residu trauma batin).

Hasil temuan penelitian ini juga sesuai dengan pandangan para tokoh Psikologi Islam yaitu Amber Haque (2004), Malik Badri (2013) dan Hussein Rassool (2023) yang telah penulis sampaikan pada bab latar belakang. Menurut Badri (2013), trauma dapat mempengaruhi seseorang sampai seseorang itu sulit berfungsi dalam hal agama. Sehingga diperlukan intervensi psikoterapi terlebih dahulu (Rassool, 2015) agar seorang muslim bisa kembali dan mendekatkan diri kepada Allah; serta agar *nafs* atau jiwa seseorang menjadi seimbang (Haque, 2004).

5.2.2.3 Mekanisme Pertahanan Diri.

Peneliti menduga bahwa ketidaksignifikanan pengaruh religiusitas terhadap resiliensi dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh fenomena klinis yang dikenal sebagai *spiritual bypass*. Kondisi ini terjadi ketika penyintas trauma menggunakan penjelasan teologis atau praktik religius hanya sebagai sarana untuk menghindari pemrosesan emosi trauma yang menyakitkan alih-alih menyembuhkannya (Ahmad et al, 2022). Hal ini menciptakan kondisi *tired soul* (jiwa yang lelah), yaitu kelelahan eksistensial di mana ketaatan ritual tetap dijalankan (tercermin dari skor

religiusitas yang tinggi, M=48,61) tetapi tidak lagi mampu menembus hambatan emosional biologis yang telah terinternalisasi (Rutledge, 2025).

Berdasarkan studi pada populasi Muslim, ditemukan bahwa pada tingkat *spiritual bypass* yang tinggi, koping religius positif kehilangan daya lindungnya karena individu tidak benar-benar mengintegrasikan pengalaman traumatisnya, melainkan hanya menekannya melalui narasi spiritual (Ahmad et al., 2022). Hal ini menjelaskan mengapa meskipun responden memiliki skor religiusitas yang sangat tinggi, hal tersebut tidak berkorelasi linear dengan kemampuan lenting *(resilience)* mereka dalam menghadapi beban simtom PTSD yang berat.

Sebagai solusi, integrasi intervensi yang bersifat *bottom-up* seperti *Brainspotting Therapy* menjadi krusial untuk menjangkau titik trauma di subkortikal tersebut (Bal, 2024). Dengan menstabilkan sistem saraf terlebih dahulu, nilai-nilai Islam seperti *Tawakkul* dan *Sabr* dapat diinternalisasi kembali secara lebih efektif untuk membangun resiliensi yang berkelanjutan (Sarasti, 2026; Sobhani et al., 2022)

Meskipun penelitian ini tidak secara eksplisit mengklasifikasikan jenis peristiwa traumatis yang dialami responden, rata-rata skor PCL-C yang sangat tinggi (Mean = 61,87) mengindikasikan bahwa partisipan memikul beban trauma kronis dan kumulatif yang mandalam. Secara teoretis, penderitaan yang mencapai ambang batas klinis ekstrem ini sering kali berakar dari trauma interpersonal seperti Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), pelecehan seksual, atau pengalaman masa kecil yang tidak menyenangkan (*Adverse Childhood Experiences* atau ACEs). Karakteristik trauma interpersonal ini berbeda dengan trauma akut (seperti bencana alam tunggal) karena melibatkan elemen pengkhianatan kepercayaan (*betrayal trauma*) yang secara sistemik merusak skema keamanan batin penyintas.

Kondisi neurobiologis tersebut menjelaskan mengapa religiusitas (yang secara tradisional bersifat kognitif-verbal) mengalami *atenuasi fungsional* atau pelemahan efektivitas pada sampel ini. Ketika trauma tersimpan di area otak yang tidak terjangkau oleh kesadaran logis, pemaknaan religius yang bersifat *top-down* gagal memitigasi rasa sakit somatik penyintas. Oleh karena itu, ketidaksignifikanan hasil dalam penelitian ini memberikan bukti empiris yang kuat bahwa sumber penderitaan yang bersifat kumulatif membutuhkan intervensi yang melampaui sekadar nasihat spiritual, melainkan integrasi antara regulasi sistem saraf dan internalisasi nilai iman yang aman *(secure attachment to God).*

Temuan ini di sisi lain, bertentangan dengan meta-analisis Chyczij et al. (2026) yang menyatakan religiusitas sebagai faktor pelindung yang kuat (robust protective factor). Perbedaan ini terjadi karena subjek Chyczij bersifat heterogen (populasi umum), sedangkan penelitian ini berfokus secara murni pada populasi klinis berat (skor PCL-C $\geq$ 50). Penelitian ini membuktikan bahwa pada homogenitas kondisi klinis berat, pengaruh religiusitas mengalami titik jenuh atau penurunan efektivitas.

Temuan ini juga mengindikasikan adanya Paradoks Linearitas, di mana manfaat protektif dari keyakinan dan praktik keagamaan yang biasanya ditemukan pada populasi umum tidak secara otomatis berlaku pada individu yang telah melewati ambang batas klinis ekstrem (skor PCL-C $\geq$ 50) (Chyczij et al., 2026; Weathers et al., 1993)

Penelitian ini mendefinisikan religiusitas berdasarkan model multidimensi yang mencakup keyakinan (tauhid), praktik (ibadah), dan pengalaman spiritual (Amir, 2021; Glock, 1962). Meskipun skor rata-rata religiusitas responden sangat tinggi (48,61) yang menunjukkan ketaatan ritual yang kuat, hal ini tidak otomatis meningkatkan daya lenting mereka. Temuan ini membuktikan bahwa pada populasi Muslimah, ketaatan beragama yang bersifat institusional

(*institutional*) maupun pengabdian pribadi (*personal devotion*) (Hackney & Sanders, 2003) berpotensi mengalami atenuasi fungsional atau pelemahan pengaruh ketika berhadapan dengan beban trauma neurobiologis yang berat, dimana beban trauma yang berat dapat mengganggu system neurobiologis seperti HPA Axis dan regulasi neurotransmitter (Bremner, 2006).

Resiliensi trauma dipahami sebagai kapasitas individu untuk pulih dan berfungsi kembali setelah terpapar tragedi (Madsen & Abell, 2010; Masten, 2001). Penolakan H1 mengindikasikan bahwa proses dinamis adaptasi positif ini (Luthar et al., 2000) terhambat oleh gejala PTSD yang persisten. Sesuai teori van der Kolk (2014), trauma berat sering kali tersimpan di area subkortikal otak yang tidak terjangkau oleh pendekatan top-down seperti restrukturisasi kognitif religius, sehingga penghayatan agama tidak mampu secara langsung memulihkan keberfungsian psikologis subjek.

Penolakan H1 dan H2 dalam penelitian ini kemungkinan besar disebabkan oleh sifat religiusitas yang kompleks, bergantung pada konteks, dan bersifat multidimensional. Selain itu keterbatasan metodologi yaitu desain potong lintang (cross-sectional study), sehingga membatasi penarikan kesimpulan kausal (sebab-akibat).

Penelitian ini mencatat rata-rata skor religiusitas responden yang berada pada kategori sangat tinggi (M = 48,61; SD = 3,06 dari skor maksimal 52). Temuan ini mengindikasikan adanya efek langit-langit *(ceiling effect)* yang perlu dimaknai secara hati-hati melalui lensa sosiokultural Indonesia. Peneliti menyadari adanya risiko bias keinginan sosial *(social desirability bias)*, di mana individu dalam masyarakat kolektif cenderung menampilkan citra diri yang religius karena adanya norma budaya yang memandang ketaatan sebagai simbol moralitas utama. Dalam konteks Muslim, mengekspresikan keraguan atau rendahnya komitmen iman sering kali dianggap tabu atau bahkan menyinggung otoritas Ilahi (Amer, et al., 2008; Berzengi, 2015), sehingga responden

mungkin termotivasi untuk menggambarkan identitas agama mereka dalam cahaya yang positif (Abu-Raiya & Pargament, 2011).

Penting bagi peneliti untuk menekankan bahwa skor tinggi ini tidak serta-merta mencerminkan pemalsuan jawaban (*faking good*), melainkan sebuah realitas jujur dan realitas sosiologis Indonesia. Indonesia secara konsisten diakui sebagai salah satu negara paling religius di dunia, menempati posisi ke-7 secara global dengan skor religiusitas mencapai 98,7 berdasarkan survei *CEOWORLD Magazine* (Ireland, 2020). Lembaga Survei Indonesia (LSI) juga melaporkan bahwa 78,4% masyarakat Indonesia menganggap diri mereka sangat religius (Suffah & Kilis, 2024). Tingginya mean skor dalam penelitian ini selaras dengan studi Nurbaeti et al. (2023) pada populasi Muslimah di Jawa Barat yang juga menemukan distribusi skor religiusitas yang sangat dominan pada ambang batas atas. Hal ini menunjukkan bahwa bagi Muslimah di Indonesia, nilai-nilai Islam telah terinternalisasi secara mendalam dan menjadi jangkar kultural yang menyatu dalam napas kehidupan sehari-hari, bukan sekadar respons mekanistik terhadap kuesioner. Studi ini juga menunjukkan bahwa pda masyarakat kolektif Indonesia, norma agama adalah inti dari identitas, sehingga skor tinggi adalah distribusi yang wajar *(normal distribution)* dalam konteks budaya tersebut.

Secara psikometris, meskipun skor cenderung berkumpul di angka tinggi, stabilitas struktur faktor pada skala religiusitas di Indonesia terbukti tetap valid dalam menggambarkan komitmen batin responden (Aditya et al., 2021). Dengan demikian, peneliti memandang bahwa religiusitas dalam sampel ini adalah sebuah konstanta identitas yang kokoh. Meskipun hal ini membatasi variasi statistik untuk melihat pengaruhnya secara linear terhadap resiliensi pada kondisi PTSD klinis berat, data ini memberikan gambaran autentik tentang bagaimana iman tetap menjadi ruang

bernaung utama bagi perempuan Muslimah, bahkan di tengah beban trauma yang melampaui kapasitas kognitif mereka.

Menurut Berzengi (2015), dalam penelitian psikologi Islam, penggunaan *Social Desirability Scale (SDS)* memang disarankan sebagai kontrol di masa depan, namun ketiadaan skala tersebut tidak membatalkan hasil penelitian jika data tersebut konsisten dengan norma populasi nasional yang ada.

Studi-studi terbaru dalam jurnal terindeks Scopus kategori kuatil tertinggi (Q1 dan Q2) pada tahun 2019 hingga 2024 melaporkan temuan serupa, dimana religiusitas tidak secara konsisten memprediksi resiliensi trauma pada perempuan Muslimah dengan PTSD, dan status pernikahan jarang ditemukan sebagai moderator yang signifikan. Status pernikahan sering kali hanya diperlakukan sebagai variabel demografis, bukan sebagai moderator.

Kriteria sampel dalam studi-studi tersebut bervariasi, dengan beberapa bagian yang tumpang tindih (seperti subjek perempuan Muslimah dan penyintas trauma), namun perbedaan dalam status migrasi, jenis trauma, dan instrumen pengukuran mungkin menjelaskan adanya variabilitas dalam hasil penelitian. Literatur menunjukkan bahwa resiliensi, dukungan sosial, dan mekanisme koping memediasi hubungan tersebut, serta menegaskan bahwa faktor budaya, emosional, dan metodologis sangat krusial dalam memahami dinamika ini (Kucharska, 2020; Sizor, 2025; Ok, *et al.*, 2025 Ali, *et al.*, 2024).

5.2.2.4 Analisis Dinamika Jiwa (Nafs):

Ketidaksignifikanan pengaruh religiusitas terhadap resiliensi dalam penelitian ini (p=0,703) dapat dibedah lebih dalam melalui tipologi jiwa yang dikembangkan oleh Imam al-Ghazali. Dalam perspektif Psikologi Islam, kesehatan jiwa yang utuh merupakan hasil keseimbangan antara empat elemen internal: Aql (intelek), Ghadab (amarah/energi defensif),

Syahwat (keinginan), dan Qalb (hati) (Octavian & Hurriyati, 2026; Firmansyah & Islam, 2020; Firmansyah, 2022). Pada responden dengan rata-rata skor PCL-C sebesar 61,87, beban trauma yang menetap secara biologis di area subkortikal otak mencerminkan kondisi di mana kekuatan Ghadab telah membajak seluruh sistem kejiwaan individu. Secara neuro-psikologis, hiperaktivasi amigdala yang terus-menerus memindai ancaman merupakan manifestasi dari Ghadab yang tidak terkendali (Paraniak-Gieszczyk dan Ogłodek, 2025). Al-Ghazali menekankan bahwa agar jiwa mencapai ketenangan (*itmi'nan*), Aql harus berfungsi sebagai penengah yang adil; namun pada kondisi PTSD berat, energi kognitif penyintas terkuras habis hanya untuk mode bertahan hidup (survival mode), sehingga Aql kehilangan otoritasnya untuk mengendalikan gejolak emosional (Sarasti, 2026). Fenomena ini menjelaskan secara spiritual mengapa praktik ibadah ritual seperti shalat dan zikir (*Tahalli*) yang dilakukan oleh responden tetap tinggi (M=48,61), namun tidak mampu bertransformasi menjadi resiliensi yang fungsional; hal ini dikarenakan 'wadah' kognitif (Aql) sedang dalam kondisi lumpuh atau speechless terror akibat dominasi Ghadab yang destruktif.

Lebih lanjut, mekanisme pemulihan dalam tasawuf melalui tahapan *Takhalli* (pembersihan diri), *Tahalli* (penghiasan diri), dan *Tajalli* (resiliensi spiritual) memberikan jawaban atas kegagalan hipotesis ini (Khodijah, et al., 2025). Peneliti menduga bahwa meskipun responden telah melakukan upaya Tahalli melalui peningkatan intensitas praktik religius (skor Mean religiusitas = 48,61), mereka masih terjebak pada hambatan di tahap Takhalli. Trauma yang tersimpan secara somatik di area subkortikal otak merupakan 'residu biologis' yang bertindak sebagai penghalang batin.

Tanpa adanya proses Takhalli yang menyentuh akar trauma di sistem saraf—seperti melalui intervensi bottom-up atau Brainspotting Therapy—segala bentuk penguatan nilai spiritual kognitif hanya akan menjadi spiritual bypass, di mana agama digunakan untuk menekan emosi trauma alih-

alih menyembuhkannya. Kondisi inilah yang bermanifestasi sebagai *tired soul* (jiwa yang lelah), di mana *Qalb* merasa tercekik *(heart squeezed)* dan tidak mampu merasakan kedamaian spiritual sejati (Rutledge, 2025). Dengan demikian, resiliensi atau kondisi *Tajalli* (terpancarnya kekuatan batin dari Allah) hanya dapat dicapai apabila sistem saraf (sebagai aspek fisik dari Nafs) telah distabilkan terlebih dahulu, memungkinkan *Aql* kembali memegang kendali atas *Ghadab* untuk memulihkan kesejahteraan jiwa secara utuh

5.2.3 Peran Status Pernikahan sebagai Moderasi

Hasil uji *Moderated Regression Analysis* (MRA) menunjukkan nilai *Sig. F Change* sebesar 0,540, sehingga H2 ditolak. Status pernikahan tidak terbukti memperkuat maupun memperlemah pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada sampel ini. Hal ini menunjukkan bahwa status pernikahan (menikah/ cerai hidup/ cerai mati/ belum menikah) tidak memberikan dampak signifikan dalam penelitian ini karena yang lebih menentukan resiliensi bukanlah label statusnya, melainkan kualitas interaksi dan keamanan relasional di dalamnya, sebagaimana ditemukan oleh Octavian & Hurriyati (2026). Lebih lanjut, Octavian & Hurriyati (2026) menegaskan bahwa kebahagiaan atau *sakinah*dalam pernikahan bukanlah kondisi statis yang muncul otomatis dari sebuah status, melainkan hasil dari kerja relasional yang sadar dan konsisten seperti komunikasi terbuka, regulasi emosi diadik, dan pemaafan.

Secara teoretis, status pernikahan diasumsikan sebagai penyangga (*buffer*) dukungan emosional dan instrumental dalam kerangka resiliensi. Namun, pada perempuan Muslimah dengan skor PCL-C $\geq$ 50, dukungan struktural dari pasangan ternyata tidak cukup kuat untuk mengubah cara mereka menggunakan religiusitas sebagai sumber pemulihan.

Temuan ini berbeda dengan studi Nurbaeti (2023) yang menemukan korelasi positif antara dukungan pernikahan dan penurunan distres psikologis dan depresi postpartum. Hal ini

menunjukkan bahwa status pernikahan hanya bersifat situasional dan tidak menyentuh akar neurobiologis trauma yang diperlukan untuk membangun resiliensi (Indriani, 2025). Selain itu, sekadar status menikah tidak cukup untuk membangun resiliensi jika tidak dibarengi dengan penyucian relasional (*relational sanctification*) yang sehat

Hal ini menantang asumsi umum bahwa dukungan struktural pasangan selalu menjadi penyangga stres; pada populasi dengan gejala PTSD klinis yang berat, dukungan eksternal tersebut kehilangan efektivitasnya karena kapasitas regulasi mandiri (*self-regulation*) responden telah melampaui batas fungsional akibat beban trauma neurobiologis (Indriani, 2025).

Mengingat 78,5% responden yang menikah adalah Ibu Rumah Tangga, status pernikahan mungkin tidak hanya berfungsi sebagai dukungan sosial (buffer), tetapi juga sebagai sumber tekanan domestik yang konstan. Pada perempuan dengan PTSD berat, tuntutan untuk melayani keluarga dapat menguras energi psikis yang seharusnya dialokasikan untuk pemulihan mandiri (self-recovery). Hal ini menjelaskan mengapa kehadiran pasangan tidak secara otomatis memperkuat dampak religiusitas terhadap resiliensi; karena dukungan sipil-struktural tersebut sering kali dibarengi dengan beban ekspektasi peran yang tinggi di masyarakat kolektivis.

Pada sampel ini, 78,5% responden yang menikah adalah Ibu Rumah Tangga. Studi terbaru menunjukkan bahwa status pernikahan pada Muslimah sering kali dibarengi dengan beban domestik yang intens, di mana tuntutan untuk melayani keluarga dapat berubah menjadi stresor tambahan alih-alih penyangga emosional. Sebaliknya, ibu-ibu Muslim yang bekerja diharapkan dapat menyeimbangkan karier profesional berbayar sambil tetap menjalankan peran tradisional mereka yang tidak dapat ditawar-tawar sebagai pengelola rumah tangga dan pendidik utama anak-anak (Putra et al., 2025; Sari & Indra, 2025). Peran ganda ini sering memicu konflik kerja-keluarga yang parah, yang terwujud dalam tiga bentuk: konflik berbasis waktu, di mana tuntutan yang saling

bersaing membatasi waktu yang tersedia; konflik berbasis tekanan, di mana stres terkait pekerjaan merembes ke dalam interaksi keluarga; dan konflik berbasis perilaku, di mana gaya perilaku profesional bertabrakan dengan pola asuh di rumah (Toha & Arthur, 2025). Ibu rumah tangga yang memikul tanggung jawab rumah tangga tanpa dukungan sistemik (*unassisted)* juga terbukti memiliki tingkat kesehatan psikososial yang lebih rendah (Husain et al., 2026).

Pada populasi dengan skor PTSD ≥ 50, beban trauma telah menyentuh level neurobiologis yang dalam. Dukungan relasional dari pasangan (aspek eksternal) sering kali gagal mendarat secara efektif di dalam sistem saraf penyintas karena amigdala yang hiperaktif telah mematikan fungsi pemrosesan makna di otak rasional. Hal ini selaras dengan temuan bahwa pada kondisi klinis berat, regulasi mandiri (*self-regulation*) jauh lebih menentukan dibandingkan status demografis formal.

Jika pernikahan justru diwarnai oleh konflik tersembunyi atau ekspektasi peran yang tinggi di masyarakat kolektivis, maka kelompok single mungkin menunjukkan resiliensi yang setara melalui mekanisme kerja identitas dan kemandirian spiritual (Afolabi, 2023). Bagi perempuan Muslim yang belum menikah, bercerai, atau janda, lanskap psikologis dalam mengatasi trauma memiliki karakteristik tersendiri (Fatimah, et al., 2023). Perempuan Muslim yang bercerai sering kali menghadapi pengucilan sosial yang parah, kerentanan ekonomi, dan berkurangnya modal sosial, sehingga pemilihan strategi koping adaptif menjadi sangat penting bagi kelangsungan hidup psikologis mereka (Fatimah, et al., 2023)

5.2.4 Interpretasi Umum dan *Novelty*

Interpretasi temuan yang tidak signifikan dari religiusitas dan status pernikahan dalam penelitian ini merefleksikan tren yang lebih luas, yaitu peran religiusitas bersifat kompleks, tidak langsung, dan dibentuk oleh faktor-faktor budaya, emosional, serta metodologis. Selain itu Status

pernikahan, meskipun penting untuk dukungan sosial, jarang menjadi moderator yang signifikan. Kualitas dalam hubungan pernikahan mungkin lebih relevan untuk diteliti.

Novelty (kebaruan) utama penelitian ini terletak pada fokusnya terhadap homogenitas kondisi klinis berat (skor PCL-C ≥ 50). Mayoritas penelitian terdahulu menggunakan sampel yang sangat heterogen, mencampurkan penyintas dengan berbagai tingkat distres. Penelitian ini membuktikan bahwa pada level PTSD berat, pengaruh religiusitas tidak lagi bersifat linear. Berbeda dengan meta-analisis Chyczij et al. (2026) dalam jurnal Women (Scopus Q1) yang melibatkan 9.506 responden dan menyatakan religiusitas sebagai faktor pelindung yang kuat (*robust protective factor),* penelitian ini secara objektif menunjukkan bahwa pada populasi Muslimah dengan gejala klinis ekstrem, mekanisme protektif agama mengalami titik jenuh atau atenuasi atau pelemahan.

Penelitian ini memberikan kontribusi unik dengan menjelaskan mengapa ketaatan beragama yang tinggi tidak berbanding lurus dengan resiliensi. Hal ini berkaitan dengan hambatan kognitif-neurobiologis yang jarang dibahas dalam studi psikologi Islam kuantitatif konvensional. Temuan ini mendukung teori bahwa beban trauma berat mengganggu sistem neurobiologis seperti HPA Axis dan memicu deaktivasi pada Area *Broca* (pusat bahasa), sehingga penyintas kehilangan kapasitas untuk mengolah koping religius yang bersifat kognitif-verbal menjadi resiliensi. Fenomena ini selaras dengan penelitian Rutledge (2025) dalam Frontiers in Psychiatry mengenai idiom distres *Tired Soul* (jiwa yang lelah), yang menggambarkan kelelahan eksistensial di mana praktik ritual tetap dijalankan namun tidak mampu lagi menembus hambatan emosional trauma.

Kebaruan ketiga adalah pembuktian bahwa Status Pernikahan tidak menjadi moderator (tidak memperkuat pengaruh religiusitas) pada level PTSD klinis. Ini menantang asumsi umum bahwa dukungan struktural pasangan selalu menjadi penyangga stres. Sementara studi Nurbaeti

(2023) dalam Belitung Nursing Journal menemukan korelasi positif dukungan pernikahan pada depresi postpartum, penelitian Anda membuktikan bahwa pada level trauma yang menyentuh akar neurobiologis (skor ≥ 50), dukungan situasional/sipil tersebut kehilangan efektivitasnya. Resiliensi pada populasi ini lebih dipengaruhi oleh faktor regulasi mandiri (self-regulation) daripada status demografis formal.

Penelitian ini mengisi celah literatur mengenai dinamika psikospiritual Muslimah dalam konteks budaya Indonesia, di mana religiusitas merupakan norma tinggi namun dibarengi dengan beban peran ganda (role strain) yang kompleks. Penggunaan instrumen Skala Religiusitas Muslim (Amir, 2021) yang dikombinasikan dengan kriteria inklusi klinis ketat memberikan gambaran objektif mengenai kelompok penyintas yang tersembunyi *(hidden population)* di wilayah urban Indonesia

5.2.5 Perbandingan Temuan dengan Literatur Global dan Batasan Generalisasi

Temuan penelitian ini yang menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan religiusitas terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah dengan gejala PTSD berat, memberikan perspektif baru yang menantang arus utama literatur global. Sebagai perbandingan, tinjauan sistematis oleh Chyczij et al. (2026) terhadap 28 studi yang melibatkan total 9.506 responden perempuan menyimpulkan bahwa secara umum, spiritualitas dan religiusitas merupakan faktor pelindung yang kuat (*robust protective factor*) terhadap dampak psikologis trauma. Studi tersebut melaporkan bahwa tingkat spiritualitas yang tinggi berkorelasi dengan penurunan gejala depresi, kecemasan, dan PTSD.

Perbedaan hasil dalam penelitian ini dengan temuan Chyczij et al. (2026) dapat dijelaskan melalui beberapa poin kritis:

Chyczij et al. (2026) menggunakan payung besar *vulnerable women* yang mencakup kelompok heterogen seperti penyintas kekerasan, pasien HIV, tunawisma, hingga pengungsi. Sebaliknya, penelitian ini berfokus secara homogen pada perempuan Muslimah yang memenuhi ambang batas klinis ketat (PCL-C ≥ 50). Hal ini mengindikasikan bahwa pada tingkat keparahan trauma tertentu, mekanisme protektif religiusitas mungkin mengalami atenuasi atau pelemahan.

Walaupun religiusitas intrinsik sering kali bersifat adaptif, Chyczij et al. (2026) mencatat bahwa koping religius negatif atau interpretasi trauma sebagai hukuman Ilahi dapat memperburuk distress psikologis. Pada sampel penelitian ini yang memiliki beban trauma berat, subjek kemungkinan mengalami kondisi jiwa yang lelah (*tired soul*), di mana praktik keagamaan rutin dilakukan namun tidak mampu menembus hambatan emosional untuk membangun resiliensi secara otomatis.

Literatur tersebut menekankan bahwa efektivitas sumber daya spiritual sangat dimediasi oleh kualitas keterlibatan spiritual individu. Temuan ini memperkuat argumen penelitian ini bahwa pada populasi Muslimah terindikasi PTSD berat, dukungan status pernikahan dan praktik religius konvensional saja tidak cukup tanpa adanya integrasi aspek pemulihan yang menyentuh regulasi sistem saraf (seperti intervensi *brain-body relational therapy*).

5.3 KETERBATASAN PENELITIAN

Peneliti menyadari bahwa terlepas dari ketegasan prosedur klinis yang diterapkan, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan hasil. Keterbatasan tersebut mencakup aspek cakupan, metode, data, dan generalisasi sebagai berikut:

Pertama, dari sisi cakupan (*scope*), penelitian ini berfokus pada hubungan umum antara religiusitas dan resiliensi tanpa melakukan klasifikasi spesifik terhadap jenis peristiwa traumatis yang dialami oleh responden. Mengingat subjek penelitian ini adalah perempuan Muslimah yang mengalami berbagai bentuk kekerasan atau tragedi, dinamika resiliensi mungkin berbeda secara signifikan antara penyintas kekerasan seksual, bencana alam, atau kehilangan pasangan. Tidak adanya variabel kontrol untuk jenis trauma ini membatasi pemahaman yang lebih dalam mengenai keunikan koping religius pada kategori trauma tertentu.

Peneliti mengakui bahwa penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal homogenitas etiologi trauma. Fokus utama penelitian sengaja diarahkan pada ambang batas klinis simtom (skor PCL-C $\geq$ 50) untuk mengukur beban psikologis saat ini, namun tidak mengukur secara spesifik kategori sumber trauma yang dialami responden, seperti apakah trauma tersebut bersifat interpersonal (misal: kekerasan domestik, pelecehan) atau non-interpersonal (misal: bencana alam, kecelakaan). Ketidakhadiran variabel kontrol terhadap jenis trauma ini menjadi poin krusial, karena literatur terbaru menunjukkan bahwa trauma interpersonal cenderung memicu tingkat disosiasi dan pergulatan spiritual (*spiritual struggle*) yang lebih dalam dibandingkan trauma non-interpersonal (Chyczij et al., 2026; Okan et al., 2025). Pada penyintas kekerasan interpersonal, terjadi pengkhianatan terhadap kepercayaan (*betrayal trauma*) yang dapat merusak skema kelekatan spiritual (*attachment to God*), sehingga efektivitas religiusitas sebagai faktor resiliensi mungkin jauh lebih rendah dibandingkan pada penyintas bencana alam (Schaefer et al., 2018; Rutledge, 2025). Oleh karena itu, ketiadaan data mengenai sumber trauma dalam penelitian ini membatasi kemampuan peneliti untuk melakukan analisis komparatif mengenai bagaimana religiusitas bekerja pada berbagai spektrum penderitaan yang berbeda.

Kedua, dari sisi metodologi, penelitian ini menggunakan desain studi potong-lintang (cross-sectional study). Desain ini hanya mampu menangkap gambaran kondisi psikologis responden pada satu titik waktu tertentu, sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat (causality) secara definitif atau melihat bagaimana resiliensi berkembang dan berubah seiring berjalannya waktu pasca-trauma.

Ketiga, terkait teknik pengambilan sampel, penggunaan kombinasi *purposive sampling* dengan kriteria klinis yang sangat ketat (PCL-C $\geq$ 50) serta teknik penjaringan *snowball* memiliki keterbatasan tersendiri. Meskipun teknik *snowball sampling* efektif untuk menjangkau populasi tersembunyi (*hidden population*) seperti penyintas trauma berat, metode ini berisiko menimbulkan bias seleksi. Responden yang terjaring cenderung berasal dari jaringan sosial atau komunitas pendukung yang sama (seperti Ruang Bertumbuh atau Kelas Ibu Berdaya), sehingga individu yang tidak terikat dalam komunitas tersebut dan mungkin memiliki karakteristik resiliensi yang berbeda menjadi tidak terwakili.

Keempat, adanya risiko bias seleksi mandiri (*self-selection bias*) yang muncul dari prosedur rekrutmen secara daring melalui media sosial seperti WhatsApp dan Instagram. Individu yang secara sukarela memutuskan untuk berpartisipasi dan mengisi kuesioner mungkin memiliki tingkat motivasi, literasi digital, atau keberfungsian psikologis yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang memilih untuk mengabaikan tautan penelitian. Hal ini sangat relevan pada populasi PTSD, di mana individu dengan gejala penghindaran (*avoidance*) yang ekstrem atau mereka yang mengalami kondisi jiwa yang lelah (*tired soul*) mungkin secara sadar menghindari aktivitas yang mengharuskan mereka mengingat kembali memori traumatis, sehingga kelompok dengan kondisi klinis paling berat mungkin tidak terwakili dalam data ini

Kelima, dari sisi data, ditemukan adanya fenomena *ceiling effect* (efek langit-langit) pada variabel religiusitas, di mana skor responden cenderung mengumpul pada nilai yang sangat tinggi Hal ini mengindikasikan adanya potensi bias keinginan sosial (*social desirability bias*), di mana responden Muslimah mungkin merasa perlu menampilkan citra diri yang ideal sesuai norma agama dalam pengisian kuesioner.

Keenam, dari sisi sebaran geografis dan generalisasi, meskipun penelitian ini berhasil menjangkau responden dari wilayah Jabodetabek dan luar Jabodetabek (mencakup Pulau Jawa hingga luar Pulau Jawa), cakupannya masih terbatas pada populasi yang memiliki akses teknologi dan aktif di media sosial. Oleh karena itu, karakteristik sampel tetap cenderung homogen pada kelompok urban, sehingga temuan ini belum tentu dapat digeneralisasikan pada perempuan Muslimah di wilayah rural/pedesaan atau kelompok marginal yang mengalami isolasi digital.

5.4 RINGKASAN BAB

Temuan ini mengindikasikan bahwa pada penyintas dengan gejala PTSD klinis (skor ≥50), religiusitas formal tidak secara otomatis menjadi faktor pelindung. Hal ini sejalan dengan teori *Spiritual struggle* (Berzengi, *et al.*, 2017, Lehmann, 2020) di mana beratnya beban trauma dapat menghambat fungsi kognitif individu untuk menyerap nilai-nilai agama sebagai sumber kekuatan.

Spiritual struggle atau pergulatan spiritual merujuk pada konflik, krisis, atau tekanan batin yang muncul dari keyakinan, praktik, atau pengalaman keagamaan seseorang.

Dalam konteks penyintas PTSD, pergulatan ini berperan signifikan dalam menghambat resiliensi melalui beberapa mekanisme diantaranya dengan merusak sistem pemaknaan (*Meaning-*

making). Resiliensi sangat bergantung pada kemampuan individu untuk melakukan penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) dan menemukan makna di balik penderitaan. *Spiritual struggle* menghambat proses ini dengan memicu interpretasi negatif terhadap trauma, seperti menganggap peristiwa tersebut sebagai hukuman azab atau kemarahan Tuhan, atau bukti bahwa iman seseorang telah gagal. Alih-alih menjadi sumber kekuatan, agama justru menjadi sumber disonansi kognitif yang memperparah beban psikologis.

Spiritual Struggle juga berpotensi memperburuk gejala klinis individu terindikasi PTSD. Penelitian menunjukkan bahwa bentuk koping religius yang negatif berhubungan erat dengan penyesuaian pascatrauma yang lebih buruk. Perasaan marah kepada Tuhan atau merasa ditinggalkan oleh-Nya secara konsisten berkorelasi dengan peningkatan keparahan gejala PTSD, depresi, dan kecemasan moral. Trauma yang diinterpretasikan sebagai hukuman dapat mengancam identitas religius penyintas, yang kemudian meningkatkan risiko gejala PTSD melalui penilaian diri yang negatif (*negative self-appraisals*).

Spiritual struggle bahkan dapat mengganggu hubungan kelekatan dengan Tuhan (*Attachment to God*). Koping religius yang positif biasanya berakar pada hubungan yang aman *(secure attachment)* dengan Allah, di mana penyintas merasa dilindungi. *Spiritual struggle* merusak rasa aman ini, membuat penyintas merasa terputus, diabaikan, atau bahkan dikhianati oleh Tuhan. Ketika hubungan transenden ini terganggu, individu kehilangan *jangkar* spiritual yang seharusnya membantu mereka untuk bangkit kembali *(bounce back).*

Spiritual Struggle juga berpotensi mengikis motivasi pemulihan. Pada populasi Muslimah, pergulatan spiritual sering kali terwujud dalam idiom distres seperti jiwa yang lelah *(tired soul).* Perasaan bahwa praktik ibadah mereka tidak cukup (*inadequate faith*) menciptakan rasa bersalah eksistensial dan ketakutan akan kegagalan di akhirat. Beban spiritual ini mengikis energi mental

dan motivasi yang diperlukan untuk menjalankan strategi koping aktif, sehingga memperlama masa trauma dan menghambat fungsi adaptif harian.

Spiritual struggle dapat membuat penyintas merasa terstigma dalam komunitasnya sendiri. Perasaan bahwa gangguan kesehatan mental adalah bentuk kelemahan iman dapat menghambat penyintas untuk mencari bantuan professional atau dukungan sosial dari komunitas religiusnya, yang sebenarnya sangat krusial bagi resiliensi.

Ketidaksignifikanan pengaruh religiusitas terhadap resiliensi dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui lensa neurosains trauma yang bersinggungan dengan hambatan pada proses *Tazkiyatunnafs* (penyucian jiwa). Secara neurobiologis, responden dengan rata-rata skor PCL-C sebesar 61,87 berada dalam kondisi hiperaktivasi amigdala yang kronis dan disregulasi sumbu HPA (Sarasti, 2026). Kondisi ini menyebabkan beban trauma tersimpan secara permanen di area subkortikal otak, yang berada di luar jangkauan kesadaran verbal dan rasional (Rauch et al., 1996; Van der Kolk, 2024). Fenomena ini memicu terjadinya hambatan neurobiologis yang signifikan, di mana memori trauma tidak lagi diproses sebagai narasi logis di korteks, melainkan menetap sebagai fragmen sensorik di sistem saraf emosional yang lebih dalam (Indriani, 2025; Paraniak-Gieszczyk & Ogłodek, 2025).

Van der Kolk (2014) juga membahas bagaimana trauma mempengaruhi otak dan tubuh secara mendalam, dan mengapa terapi bicara tradisional atau pendekatan yang terlalu kognitif seringkali tidak cukup untuk sepenuhnya mengatasi gejala trauma. Selain itu, pada saat peristiwa traumatis terjadi, otak bagian *broca* atau area Bahasa mengalami shut down (Indriani, 2025). Rauch et al. (1996) melalui pemindaian otak (PET Scan) menemukan bahwa saat penyintas PTSD diingatkan kembali pada traumanya (*symptom provocation*), terjadi deaktivasi signifikan pada area Broca. Area Broca adalah pusat bahasa di otak kiri yang berfungsi untuk mengubah pengalaman

menjadi kata-kata. Deaktivasi ini menjelaskan fenomena *speechless terror*, saat trauma kambuh, otak mematikan kemampuan verbal, sehingga penyintas merasa tidak mampu menceritakan atau menjelaskan apa yang mereka rasakan secara logis. Ini mendukung temuan Anda bahwa trauma tersimpan di sistem saraf yang lebih dalam (tubuh/otak emosional) daripada di otak kognitif. Dengan kata lain, Beban trauma berat memicu deaktivasi pada Area Broca (pusat bahasa), sehingga individu kehilangan kapasitas untuk mengolah koping religius yang bersifat kognitif-verbal menjadi resiliensi (Rauch et al., 1996)

Penemuan penemuan diatas memperjelas perlunya intervensi berupa psikoterapi non kognitif untuk memulihkan dan meningkatkan resiliensi trauma individu terindikasi PTSD. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah dilakukan penelitian eksperimental untuk menguji terapi yang paling efektif untuk meningkatkan resiliensi trauma.

Hasil uji hipotesis melalui uji MRA menunjukkan bahwa resiliensi pada perempuan Muslimah terindikasi PTSD lebih dipengaruhi oleh faktor internal yang bersifat personal daripada status demografis/sipil. Beratnya beban trauma PTSD (skor ≥50) membuat dukungan situasional seperti pernikahan tidak cukup kuat untuk mengubah cara subjek menggunakan religiusitas mereka.

Intervensi meningkatkan self-regulation, self-determination, dan makna hidup, yang memperkuat resiliensi (Hasan Khan & Hanif, 2025; Ashraf *et al.*, 2023 Zoellner, 2021) Pendekatan seperti Islamic Trauma Healing menggabungkan restrukturisasi kognitif (Cognitive/ aql restructurization) dengan ajaran Islam (Zoellner, *et al.*, 2021)

Intervensi yang mengintegrasikan nilai Islam dengan teknik psikologi modern terbukti meningkatkan *self-efficacy*, coping, dan resiliensi (Faizal, *et al.*, 2025; Gulamhussein, *et al.*, 2015;

Deeb, 2025; Reich *et al.*, 2024), Intervensi berbasis spiritualitas Islam menurunkan gejala PTSD dan meningkatkan makna hidup (Mahmoodi, *et al.*, 2023; Hasan Khan & Hanif, 2025). Appraisal religius positif menurunkan gejala PTSD, sedangkan appraisal negatif meningkatkan risiko PTSD (Berzengi, *et al.*, 2017), Intervensi berbasis nilai Islam efektif meningkatkan resiliensi dan religiusitas, serta berperan sebagai protektor terhadap dampak trauma (Faizal *et al.*, 2025; Gulamhussein, 2015; Deeb, 2025).

Beberapa tokoh Psikologi Islam melontarkan kritik terhadap pendekatan intervensi trauma dan gangguan kecemasan dari psikologi kontemporer, yang berakar pada perbedaan mendasar dalam pandangan tentang manusia, kesehatan mental, dan sumber penyembuhan. Kritik utama meliputi: Pertama, pendekatan Barat seringkali dianggap reduksionis dan Materialistik, dengan fokus yang berlebihan pada aspek biologis dan psikologis individu tanpa mempertimbangkan dimensi spiritual dan transenden yang dianggap penting dalam Islam (Haque, 2004). Kedua, pendekatan Barat seringkali mengabaikan atau meremehkan peran keyakinan dan praktik keagamaan dalam proses penyembuhan, padahal bagi banyak Muslim, iman merupakan sumber kekuatan, ketenangan, dan makna yang penting (Badri, 2013).

Ketiga, pendekatan Barat seringkali individualistik, dengan fokus pada otonomi dan pemenuhan diri, yang dapat bertentangan dengan nilai-nilai Islam tentang komunitas, tanggung jawab sosial, dan pengabdian kepada Allah SWT (Khan, 2019). Keempat, beberapa teknik intervensi Barat mungkin dianggap tidak sesuai atau bahkan bertentangan dengan nilai-nilai Islam, seperti teknik-teknik tertentu yang melibatkan pemaparan pada Materi yang dianggap tidak pantas atau penggunaan obat-obatan psikiatri yang dapat menyebabkan ketergantungan (Rassool, 2015). Penelitian ini diharapkan bermanfaat dan dapat memberikan saran intervensi. Para tokoh Psikologi Islam menekankan pentingnya mengembangkan pendekatan intervensi yang lebih holistik,

integratif, dan relevan secara budaya, yang mempertimbangkan dimensi spiritual, nilai-nilai Islam, dan konteks sosial komunitas Muslim (Awaad, 2012; Khan, 2019; Rassool, 2015).

BAB VI KESIMPULAN, SARAN DAN REKOMENDASI

6.1 INTRODUKSI

Bab VI merupakan bagian penutup dari rangkaian penelitian ini yang bertujuan untuk mensintesis seluruh temuan penelitian ke dalam pernyataan kesimpulan yang komprehensif dan bermakna. Introduksi ini memberikan gambaran umum mengenai esensi pemaknaan akhir terhadap hasil pengujian statistik yang telah dilakukan, yakni mengenai pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma dengan status pernikahan sebagai variabel moderator pada populasi perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD.

Penyajian dalam bab ini dirancang untuk menjawab secara tuntas rumusan masalah yang diajukan di awal studi dengan merujuk pada temuan empiris yang diperoleh dari lapangan. Berbeda dengan pembahasan pada bab sebelumnya yang bersifat analitis-diskursif, bab ini lebih menekankan pada kristalisasi temuan dan implikasinya terhadap praktik kesehatan mental serta pengembangan teori Psikologi Islam.

Secara sistematis, Bab VI ini terdiri dari beberapa sub-bab utama, meliputi: Kesimpulan Penelitian yang merangkum jawaban atas hipotesis; Saran Praktis yang ditujukan bagi praktisi kesehatan mental, konselor Islami, dan lembaga pendamping penyintas trauma; Saran Teoretis bagi pengembangan literatur akademik; serta Rekomendasi Penelitian Lanjutan guna menutup celah riset yang masih ada pada populasi klinis serupa Melalui bab ini, diharapkan kontribusi penelitian terhadap penanganan trauma yang peka budaya dan neurobiologis dapat dipahami secara utuh.

6.2 KESIMPULAN PENELITIAN

Berdasarkan hasil analisis data dan pengujian hipotesis yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan utama dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pertama, secara statistik, religiusitas tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap resiliensi trauma pada perempuan Muslimah yang terindikasi PTSD (skor PCL-C ≥ 50) . Hasil uji regresi linear sederhana menunjukkan nilai koefisien determinasi ($R2$) sebesar 0,001 dengan nilai signifikansi $p=0,703$ ($p>0,05$). Hal ini berarti hipotesis pertama (H1) ditolak. Religiusitas hanya memberikan kontribusi sebesar 0,1% terhadap variansi resiliensi trauma pada sampel ini, yang mengindikasikan bahwa pada individu dengan beban gejala klinis yang ekstrem, tingkat ketaatan dan penghayatan agama tidak secara otomatis memprediksi kemampuan mereka untuk bangkit atau berfungsi kembali secara psikologis.

Kedua, status pernikahan tidak berperan sebagai variabel moderator dalam hubungan antara religiusitas dan resiliensi trauma. Hasil pengujian *Moderated Regression Analysis* (MRA) menunjukkan nilai *Sig. F Change* sebesar 0,540 ($p>0,05$), sehingga hipotesis kedua (H2) ditolak. Temuan ini membuktikan bahwa status sipil atau dukungan struktural dari pernikahan (baik menikah, cerai, maupun janda) tidak memperkuat maupun memperlemah pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma pada populasi ini. Dukungan sosial yang biasanya melekat pada status pernikahan tidak cukup kuat untuk memitigasi dampak neurobiologis dari trauma pada perempuan Muslimah terindikasi PTSD.

Ketiga, sebagai interpretasi teoretis untuk menjelaskan hasil non-signifikan tersebut, penelitian ini menawarkan kerangka pemikiran mengenai adanya ambang batas klinis (*clinical threshold*). Meskipun penelitian ini tidak mengukur secara langsung konstruk pergulatan spiritual,

peneliti meminjam kerangka teoretis mengenai pergulatan spiritual (*spiritual struggle*) dan idiom distres jiwa yang Lelah (*tired soul*) dari literatur (seperti Pargament, Abu-Raiya, dan Rutledge) untuk memberikan penjelasan logis.

Dugaan teoretis ini menunjukkan bahwa pada penyintas dengan skor PTSD ≥ 50, beban neurobiologis trauma mungkin telah menyebabkan atenuasi (pelemahan) fungsi kognitif, sehingga manfaat protektif dari religiusitas konvensional terhambat oleh konflik batin atau perasaan ditinggalkan oleh Tuhan. Penting untuk ditegaskan bahwa fenomena pergulatan spiritual ini merupakan proposisi teoretis yang diajukan peneliti berdasarkan sintesis literatur, bukan hasil pengukuran langsung dalam data empiris penelitian ini, dan oleh karena itu menjadi agenda krusial untuk diuji secara langsung dalam penelitian mendatang menggunakan instrumen spesifik seperti *Religious and Spiritual Struggles* (RSS) *Scale*.

Keempat, temuan ini memberikan posisi kritis terhadap arus utama literatur global. Berbeda dengan hasil tinjauan sistematis Chyczij et al. (2026) yang menempatkan religiusitas sebagai faktor pelindung yang kuat (*robust protective factor*) pada populasi perempuan rentan yang heterogen, penelitian ini membuktikan bahwa pada populasi Muslimah dengan homogenitas kondisi klinis PTSD berat, faktor-faktor eksternal dan spiritual-intrinsik tidak bersifat linier otomatis dalam membangun resiliensi. Hal ini menegaskan perlunya pendekatan klinis yang lebih spesifik, seperti integrasi intervensi berbasis *brain-body relational*, untuk menstabilkan kondisi saraf penyintas sebelum nilai-nilai spiritual dapat berfungsi secara optimal sebagai sumber pemulihan

Penelitian ini memberikan kontribusi unik pada literatur kesehatan mental Muslimah dengan menunjukkan bahwa religiusitas tidak secara otomatis memprediksi resiliensi trauma pada individu dengan tingkat PTSD klinis yang berat. Berbeda dengan studi global yang melibatkan 9.506 perempuan rentan dengan latar belakang adversitas yang heterogen, penelitian ini

membuktikan bahwa pada kondisi trauma yang mendalam, faktor religiusitas intrinsik dan status pernikahan tidak berperan sebagai variabel pelindung yang dominan. Hal ini menegaskan adanya kebutuhan akan pendekatan yang lebih spesifik dalam memahami dinamika psikospiritual penyintas trauma.

6.3 SARAN PRAKTIS

Bagi praktisi kesehatan mental dan konselor Islami, temuan ini menunjukkan bahwa pada penyintas dengan beban trauma berat, dukungan religiusitas formal saja tidak cukup untuk membangun resiliensi. Intervensi yang diberikan disarankan tidak hanya berfokus pada anjuran ibadah, tetapi harus mengutamakan teknik klinis yang mampu menjangkau area subkortikal otak (seperti Brainspotting therapy atau somatic approach) untuk menurunkan intensitas trauma sebelum melakukan penguatan spiritual

Mengingat adanya indikasi *Spiritual struggle* (perasaan dihukum atau ditinggalkan Tuhan) pada penyintas PTSD klinis, lembaga sosial dan keagamaan disarankan untuk menyediakan ruang aman bagi penyintas untuk mengekspresikan konflik batin mereka tanpa stigma kurang iman. Dukungan harus diarahkan pada pemulihan hubungan kelekatan (attachment) dengan Tuhan, bukan sekadar penambahan kuantitas praktik ritual.

Bagi praktisi kesehatan mental dan lembaga layanan sosial, hasil ini menyarankan agar pemberian dukungan bagi Muslimah penyintas trauma berat tidak hanya berfokus pada penguatan nilai-nilai religius secara kognitif. Mengingat koping religius dapat terhambat oleh beban trauma, disarankan adanya integrasi intervensi berbasis *brain body relational* yang diselaraskan dengan

nilai-nilai Islam. Pendekatan ini bertujuan untuk menstabilkan sistem saraf penyintas terlebih dahulu agar nilai-nilai spiritual dapat kembali berfungsi secara adaptif sebagai sumber daya pemulihan.

Intervensi harus sensitif secara budaya, responsif terhadap gender, dan terintegrasi dengan iman (faith-integrated), dengan mengakui peran ganda religiusitas sebagai sumber daya koping sekaligus penghambat. Menangani rasa bersalah secara religius, rasa malu, dan koping negatif sangat penting dalam proses pemulihan trauma bagi perempuan Muslimah.

Bagi praktisi kesehatan mental dan konselor Islami, intervensi tidak boleh hanya berfokus pada anjuran ibadah secara kognitif, melainkan harus mengintegrasikan teknik yang mampu menjangkau area subkortikal otak untuk menstabilkan sistem saraf penyintas (Van der Kolk, 2014). Penggunaan metode seperti *Brainspotting Therapy* atau pendekatan somatik lainnya sangat disarankan untuk menurunkan intensitas trauma terlebih dahulu sebelum melakukan penguatan nilai-nilai spiritual (Bal, 2024; Grand, 2013).

Penerapan Model Intervensi Psikoterapetis Islami yang Terstandardisasi: Lembaga layanan psikososial (MHPSS) disarankan untuk mengadopsi model intervensi yang telah teruji secara klinis namun tetap selaras dengan teologi Islam, seperti *Islamic Trauma Healing* (ITH) yang menggunakan narasi Al-Quran untuk restrukturisasi kognitif (Bentley et al., 2022; Zoellner et al., 2021). Selain itu, pengembangan layanan *Islamic-Informed Listening Services* dapat menjadi alternatif intervensi singkat untuk memberikan validasi emosional yang peka terhadap identitas spiritual pasien (Fitriana et al., 2026).

Konsultan dan Konselor Keluarga, Imam, Ustadz dan Ustadzah perlu dibekali dengan literasi trauma dasar untuk dapat mengenali tanda-tanda bahaya *(red flags)* seperti disosiasi berat atau pergulatan spiritual pada jamaah (Fuaddin, 2021; Tulimin & Shamsuddin, 2025). Hal ini

penting agar komunitas keagamaan dapat menjadi ruang aman bagi penyintas untuk mengekspresikan konflik batin mereka tanpa adanya stigma kurang iman (Abu-Raiya, 2015).

Intervensi praktis harus diarahkan pada pemulihan hubungan kelekatan spiritual yang aman *(secure attachment to God)*, bukan sekadar penambahan kuantitas praktik ritual secara mekanistik (Bonab et al., 2013). Pendekatan ini akan membantu penyintas memaknai kembali penderitaan mereka sebagai proses pertumbuhan, bukan sebagai hukuman ilahi yang menghancurkan (Hasan Khan & Hanif, 2025; Rutledge, 2025).

Praktisi kesehatan mental disarankan untuk tidak hanya menyarankan ibadah sebagai kewajiban rutin, tetapi sebagai sarana memicu Neuroplastisitas Spiritual. Berdasarkan temuan neurosains, praktik zikir yang konsisten terbukti secara bertahap mampu melatih ulang amigdala melalui pengulangan ritmis yang bermakna, yang secara biologis setara dengan mekanisme mindfulness-based stress reduction. Intervensi harus diarahkan agar praktik ibadah seperti shalat dapat menstabilkan sumbu HPA dan kortisol penyintas, guna menciptakan kondisi saraf yang cukup tenang untuk memulai proses pemberian makna (meaning-making) terhadap trauma.

Bagi praktisi kesehatan mental dan konselor Islami, penelitian ini merekomendasikan pendekatan Sinkronisasi Neuro-Spiritual yang memadukan intervensi biologis dengan nilai-nilai Islam:

1. Prioritas Tahap Takhalli (Stabilisasi Sistem Saraf): Mengingat trauma tersimpan di area subkortikal, intervensi awal harus difokuskan pada stabilisasi sistem saraf melalui teknik bottom-up seperti Brainspotting Therapy untuk membersihkan residu trauma fisik sebelum memberikan penguatan nilai spiritual kognitif.

2. Aktivasi Neuroplastisitas Spiritual: Setelah sistem saraf stabil, praktik ibadah seperti shalat dan zikir harian disarankan bukan sekadar sebagai kewajiban ritual, melainkan sebagai alat untuk memicu Neuroplastisitas Spiritual yang mampu melatih ulang amigdala dan mengaktifkan sistem parasimpatis.
3. Integrasi Model Tazkiyah Berbasis Trauma: Lembaga layanan sosial disarankan mengadopsi model yang mengintegrasikan restrukturisasi kognitif (Aql) dengan narasi Al-Qur'an untuk membantu penyintas membangun kembali kelekatan spiritual yang aman (*secure attachment to God*) demi tercapainya kondisi Tajalli atau pertumbuhan pascatrauma yang hakiki

6.4 SARAN TEORITIS

Temuan ini memberikan kontribusi kritis pada teori Psikologi Islam dengan menunjukkan adanya ambang batas, di mana religiusitas berhenti berfungsi sebagai faktor protektif otomatis. Teori resiliensi di masa depan perlu mempertimbangkan variabel *Spiritual struggle* sebagai faktor risiko yang dapat memitigasi pengaruh positif agama pada populasi klinis.

Hasil yang menunjukkan bahwa status pernikahan tidak memoderasi hubungan religiusitas-resiliensi (p=0,540) menyarankan agar literatur psikologi tidak lagi menggeneralisasi dukungan sipil sebagai faktor penguat resiliensi pada kasus trauma berat. Teori perlu lebih menekankan pada kualitas hubungan internal (seperti *secure attachment)* daripada sekadar status demografis formal.

Penelitian masa depan disarankan untuk menggunakan desain longitudinal (seperti yang direkomendasikan dalam literatur global) untuk melihat bagaimana dinamika resiliensi dan religiusitas berubah seiring waktu. Selain itu, disarankan untuk membedah lebih dalam mengenai dimensi koping religius negatif atau *spiritual struggle* menggunakan instrumen yang lebih spesifik, guna memahami faktor-faktor internal yang menghambat religiusitas menjadi faktor resiliensi pada populasi dengan kategori klinis PTSD yang berat.

6.5 REKOMENDASI PENELITIAN LANJUTAN

Mengingat penelitian ini menemukan pengaruh religiusitas yang sangat rendah (0,1%), peneliti selanjutnya disarankan untuk tidak hanya mengukur tingkat religiusitas secara umum, tetapi secara spesifik menggunakan instrumen koping religius negatif atau *Religious and Spiritual Struggles (RSS) Scale* untuk membedakan antara subjek yang memiliki koping adaptif dan maladaptif.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk menyertakan instrumen tambahan seperti *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5) atau kuesioner kekerasan (Paramitha & Kusristanti, 2018) guna memetakan sumber trauma responden secara spesifik. Pengklasifikasian ini sangat penting untuk menguji apakah pengaruh religiusitas terhadap resiliensi trauma bersifat moderat atau berbeda secara signifikan antara kelompok penyintas trauma interpersonal kronis dengan kelompok penyintas kejadian traumatik tunggal (Grupp et al., 2026; Okan et al., 2025). Dengan membedah sumber trauma, intervensi psikospiritual yang dirancang dapat menjadi lebih presisi dan tepat sasaran sesuai dengan jenis luka psikologis yang dialami individu.

Karena penelitian asosiatif ini menunjukkan hubungan yang tidak signifikan pada populasi klinis, disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk menggunakan desain eksperimen (seperti *Pre-test Post-test Control Group Design*) untuk menguji efektivitas intervensi terintegrasi (misalnya *Brainspotting Therapy* yang terintegrasi dengan nilai nilai Islam) dalam meningkatkan resiliensi secara langsung

Disarankan untuk melakukan studi kualitatif fenomonologi guna menggali lebih dalam mengenai fenomena *jiwa yang Lelah* (*tired soul*) yaitu idiom distres lokal yang merepresentasikan kelelahan eksistensial dan depresi berat pada populasi Muslimah yang terindikasi PTSD (Rutledge, 2025). Desain longitudinal dan metode campuran *(mixed-methods)* diperlukan untuk menangkap perubahan temporal dan efek mediasi. Skala religiusitas multidimensi yang diadaptasi secara budaya serta skala spesifik trauma harus digunakan di masa mendatang. Pengujian eksplisit terhadap status pernikahan sebagai moderator, dengan menggunakan ukuran kualitas hubungan yang tervalidasi, sangat direkomendasikan.

Bukti terbaru dari jurnal-jurnal berkualitas tinggi menegaskan bahwa peran religiusitas dalam resiliensi trauma di kalangan perempuan Muslimah dengan PTSD tidaklah sederhana. Meskipun iman sering kali memberikan makna dan kenyamanan, efek perlindungan langsungnya tidak konsisten, serta dibentuk oleh faktor budaya, emosional, dan metodologis. Status pernikahan, meskipun penting untuk dukungan sosial, jarang menjadi moderator yang signifikan. Bidang ini bergerak menuju model yang lebih bernuansa, multidimensi, dan sensitif secara budaya, dengan menekankan pentingnya resiliensi, dukungan sosial, dan mekanisme koping. Penelitian dan praktik di masa depan harus mencerminkan kompleksitas ini dengan mengintegrasikan faktor iman, budaya, dan gender ke dalam kerangka pemulihan trauma.

6.6 RINGKASAN BAB

Secara keseluruhan, bab ini merangkum esensi temuan penelitian yang mengevaluasi dinamika antara religiusitas, resiliensi trauma, dan peran status pernikahan pada 108 perempuan Muslimah yang memenuhi ambang batas klinis PTSD (skor PCL-C ≥ 50 berdasarkan Weathers et al, 1993). Temuan utama menunjukkan bahwa religiusitas tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap resiliensi trauma (R^2 =0,001;p=0,703), dan status pernikahan tidak terbukti berperan sebagai variabel moderator dalam hubungan tersebut (Sig.FChange=0,540). Hasil ini memberikan perspektif kritis yang menantang arus utama literatur global, seperti tinjauan sistematis oleh Chyczij et al. (2026), yang umumnya menempatkan religiusitas sebagai faktor pelindung yang kuat *(robust protective factor).*

Penelitian ini berhasil mengidentifikasi adanya ambang batas klinis, di mana pada level distress yang berat, mekanisme koping religius konvensional mengalami atenuasi atau pelemahan akibat beban neurobiologis trauma. Kondisi ini dijelaskan melalui fenomena pergulatan spiritual (*spiritual struggle*) dan idiom distres jiwa yang lelah *(tired soul),* di mana penyintas mungkin mengalami disonansi kognitif, perasaan dihukum, atau ditinggalkan oleh Tuhan, yang justru dapat memperburuk gejala klinis jika tidak ditangani dengan tepat.

Sebagai implikasi praktis, bab ini menekankan urgensi bagi praktisi kesehatan mental untuk tidak hanya mengandalkan penguatan religiusitas secara kognitif-ritualistik, tetapi mengintegrasikan intervensi yang mampu menjangkau area subkortikal otak, seperti Brainspotting therapy atau pendekatan somatik lainnya, guna menstabilkan sistem saraf sebelum melakukan

internalisasi nilai-nilai spiritual. Secara teoretis, penelitian ini memberikan kontribusi pada Psikologi Islam dengan menunjukkan bahwa dukungan sipil (status pernikahan) tidak dapat digeneralisasi sebagai faktor resiliensi otomatis tanpa melihat kualitas hubungan internal dan tingkat keparahan klinis subjek. Akhirnya, rekomendasi penelitian masa depan diarahkan pada penggunaan desain eksperimental untuk menguji efektivitas intervensi terintegrasi serta eksplorasi kualitatif yang lebih mendalam mengenai pergulatan batin penyintas trauma berat

DAFTAR PUSTAKA

Abbas, T., & McNeil-Willson, R. (2025). Resilience and resistance: how young Northwestern European Muslims confront pedagogical Islamophobia. Race Ethnicity and Education, 1–26. https://doi.org/10.1080/13613324.2025.2599091

Abu-Ras, Wahiba, dkk. "Widowed and Displaced: Spiritual and Religious Coping in Mental Health Recovery among Syrian Refugee Women in Türkiye." Women's Health, vol. 22, Mei 2026, hlm. 17455057261416249. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/17455057261416249.

Abu-Raiya, H. (2015). Working with religious Muslim clients: A dynamic, Qura'nic-based model of psychotherapy. Spirituality in Clinical Practice, 2(2), 120–133. https://doi.org/10.1037/scp0000068

Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2011). Empirically based psychology of Islam: Summary and recommendations. Journal of Muslim Mental Health, 6(1), 93–115.

Achoui, M. (2018). Psychology in the Arab world: A history of the field. In Handbook of Psychology in the Arab World (pp. 15–32). Routledge.

Al-Balkhi, Abu Zaid. (2022). Kesehatan Jiwa: Risalah Psikoterapi Islam Klasik. Jakarta: PT Qaf Media Kreativa

Afolabi, Khalidu Adewale. "Islam, Muslims and 2020 #EndSARS Protests in Nigeria." Millah: Journal of Religious Studies, Juli 2023, hlm. 351–76. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.20885/millah.vol22.iss2.art3.

Ahmad, Salman Shaheen, dkk. "Spiritual Bypass as a Moderator of the Relationships between Religious Coping and Psychological Distress in Muslims Living in the United States." *Psychology of Religion and Spirituality*, vol. 15, no. 1, Februari 2023, hlm. 32–42. *DOI.org (Crossref)*, https://doi.org/10.1037/rel0000469.

Alamgir, Ashab, dkk. "Religious and Spiritual Behaviors Correlated with Mental and Physical Well-Being Among American Muslims within the Twin Cities." Journal of Religion and Health, vol. 65, no. 3, Juni 2026, hlm. 2759–77. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s10943-026-02600-x.

Alegría, Margarita, dkk. "Prevalence, Risk, and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder Across Ethnic and Racial Minority Groups in the United States." Medical Care, vol. 51, no. 12, Desember 2013, hlm. 1114–23. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000007.

Ali, M., dkk. (2024). Resilience and religious coping in Libyan survivors of Hurricane Daniele. Clinical Psychology & Psychotherapy, 31(6), e70010. https://doi.org/10.1002/cpp.70010

Alim, T. N., Feder, A., *et al.*. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk african-american population. The American Jour nal of Psychiatry, 165(12). Diakses pada 18 juni 2025 Trauma, Resilience, and Recovery in a High-Risk African-American Population | American Journal of Psychiatry

Allebaume, B., Nelly, G., Damien, F. (2023). Resilience and Post-Traumatic Growth: Theoretical and Clinical Issues [Résilience et croissance post-traumatique : enjeux théoriques et cliniques]. Evolution PsychiatriqueArticle2023. DOI: 10.1016/j.evopsy.2023.01. Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement (LPPC, UR 2027), Université Paris 8, 2, rue de la Liberté, Saint-denis, 93526, France

Ali, Mohamed, dkk. "Resilience and Religious Coping in Libyan Survivors of Hurricane Daniele." Clinical Psychology & Psychotherapy, vol. 31, no. 6, November 2024, hlm. e70010. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1002/cpp.70010.

Al-Nasa'h, Mais, dan Kimberly Asner-Self. "Death and Factors of Adjustment Among Bereaved Parents." Creative Business and Social Innovations for a Sustainable Future, disunting oleh Miroslav Mateev dan Panikkos Poutziouris, Springer International Publishing, 2019, hlm. 85–106. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/978-3-030-01662-3_11.

Alsubaie, Mohammed K., dkk. "Religious Coping, Perceived Discrimination, and Posttraumatic Growth in an International Sample of Forcibly Displaced Muslims." *Mental Health, Religion & Culture*, vol. 24, no. 9, Oktober 2021, hlm. 976–92. *DOI.org (Crossref)*, https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1973978.

Amer, M. M., Hovey, J. D., Fox, C. M., & Rezcallah, A. (2008). Development of the Arab American Social Desirability Scale. Journal of Personality Assessment, 90(2), 486–498.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

American Psychological Association. (2014). Resilience. In APA dictionary of psychology (2nd ed.). Retrieved from https://dictionary.apa.org/resilience

American Psychiatric Association. 2018. Mental health disparities for Muslim Americans, https://www.psychiatry.org/getmedia/3b170f1d-565f-4fec-b9bc-23ea1da1c0ab/Mental-Health-Facts-for-Muslim-Americans.pdf

Amir, Y. (2021). Pengembangan skala religiusitas untuk subyek muslim. Indonesian Journal for The Psychology of Religion, 1(1). https://doi.org/10.24854/ijpr403

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55(5), 469–480.

Arnett, J. J. (2014). Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach. Pearson Education.

Ashraf, F., Zareen, G., & Yıldırım, M. (2023). Religious self-regulation, self-determination, resilience, and conflict management strategies in a community sample of international Muslim students inas Pafkistan. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 42(3), 323–345. https://doi.org/10.1080/15426432.2023.2167255

Awaad, R. (2012). Marriage and mental health in the Muslim community. Journal of Muslim Mental Health, 7(1).

Azizah, Zuhratul, dan Mira Mareta. "RESILIENSI PEREMPUAN PENYINTAS KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DI DESA RUMBUK PUSAT KECAMATAN SAKRA KABUPATEN LOMBOK TIMUR ." Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam.

Badri, M. B. (2013). Contemplation and self-examination. International Institute of Islamic Thought (IIIT).

Bahrun, Bahrun, dkk. "Comparative Analysis of Resilience and Life Values Among Muslim Higher Education Students: The Influence of Traumatic Experiences, Gender, and Living Area." Islamic Guidance and Counseling Journal, vol. 6, no. 2, Juli 2023. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.25217/0020236376100.

Bal, Fatih. "Brainspotting Terapi." Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, vol. 33, no. 3, September 2024, hlm. 134–44. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.17827/aktd.1515245.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, 23(5), 611–626.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191.

Banyard, V. L. & Cantor, E. N. (2004). Adjustment to college among trauma survivors: An exploratory study of resilience. Journal of College Student Development, 45, 207 – 221. https://doi.org/10.1353/csd.2004.0017.

Başgöl, Şükran, dkk. "Examining Religious Attitudes and Mental Well-Being in Post-Earthquake Trauma." Journal of Research Development in Nursing and Midwifery, vol. 21, no. 4, Desember 2024, hlm. 24–28. nmj.goums.ac.ir, https://doi.org/10.61882/jgbfnm.21.4.24.

Beaini, D., & Shepherd, S. M. (2022). Working with Arab women with PTSD: what do we know? Australian Psychologist, 57(2), 95–104. https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2033950

Benjamin, L., Gillard, S., Jones Nielsen, J., Costa E. Silva, M., & Sin, J. (2025). Cultural adaptations to the assessment and treatment of trauma experiences among racial and ethnic

minority groups: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse, 15248380251320982. https://doi.org/10.1177/15248380251320982

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychological Medicine, 46(2), 327–343. https://doi.org/10.1017/S0033291715001981

Berzengi, A., Berzenji, L., Kadim, A., Mustafa, F., & Jobson, L. (2016, August 8). Role of Islamic Appraisals, Trauma-Related Appraisals, and Religious Coping in the Posttraumatic Adjustment of Muslim Trauma Survivors. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. vol. 9, no. 2, Maret 2017, hlm. 189–97. DOI.org (Crossref), Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000179

Berzengi, A. (2015). Investigating the relationship between religious coping, appraisals, social support, and symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A correlational study using an Islamic community sample [Doctoral dissertation, University of East Anglia].

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic analysis: A practical guide. Sage.

Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience, 8(4), 445–461. https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner

Buhagar, Desmond, dkk. "The Virtue of Religious Faith and Its Relationship to Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Torture: The Unique Outcomes of Men and Women." Mental Health, Religion & Culture, vol. 25, no. 10, November 2022, hlm. 991–1011. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1080/13674676.2022.2149718.

Bulut, Elif, dan Karin L. Brewster. "Psychological Distress in Middle Eastern Immigrants to the United States: A Challenge to the Healthy Migrant Model?" Social Science & Medicine, vol. 274, April 2021, hlm. 113765. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113765.

Callender, Karisse A., dkk. "Prayers and Mindfulness in Relation to Mental Health among First-Generation Immigrant and Refugee Muslim Women in the USA: An Exploratory Study." Journal of Religion and Health, vol. 61, no. 5, Oktober 2022, hlm. 3637–54. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s10943-022-01600-x.

Fitriana, S., dkk. (2026). Islamic-Informed listening support for trauma recovery: A developmental model. *Jurnal Bidan Cerdas*, *8*(1), 45–59.

Fuaddin, A. (2021). Pelatihan konseling awal bagi pemuka agama dalam penanganan krisis kejiwaan jamaah. *Jurnal Dakwah dan Konseling*, *13*(2), 112–125.

Ireland, J. (2020). CEOWORLD Magazine: World's most religious countries. CEOWORLD Publishing.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. Annual Review of Psychology, 61, 383-409.

Che Wan Mohd Rozali, W. N. A., Ishak, I., Mat Ludin, A. F., Ibrahim, F. W., Abd Warif, N. M., & Che Roos, N. A. (2022). The impact of listening to, reciting, or memorizing the quran on physical and mental health of muslims: Evidence from systematic review. International Journal of Public Health, 67, 1604998. https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604998

Connor, K.M. and Davidson, J.R.T. (2003), Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress. Anxiety, 18: 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Corrigan, F. M., Grand, D., & Raju, R. (2015). Brainspotting: Sustained attention, spinothalamic tracts, thalamocortical processing, and the healing of adaptive orientation truncated by traumatic experience. Medical Hypotheses, 84(4), 384–394. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2015.01.028

Corrigan, F. M., & Grand, D. (2018). Brainspotting: An update. Journal of EMDR Practice and Research, 12(4), 213–217.

Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.). SAGE Publications.

Creswell, J. W. (2023). Research Design: Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif dan Kualitatif (6 ed.). Penerbit Pustaka Pelajar.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). Sage.

Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). Designing and conducting mixed methods research. SAGE Publications

Chyczij, Fabiana, dkk. “Spirituality and Mental Health Among Vulnerable Women: A Systematic Review.” Women, vol. 6, no. 3, Juli 2026, hlm. 45. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3390/women6030045.

D'Antoni, F., & D'Antoni, M. (2023). Brainspotting for trauma: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Trauma & Dissociation, 7(1), 100277.

D’Antoni, F. (2021). Brainspotting reduces disturbance and increases Heart Rate Variability linked to distressing memories: A pilot study. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, Volume 9, n 3.

Deborah, S., *et al*.. 2018. Trauma dan Resiliensi pada Wanita Penyintas Kekerasan dalam Rumah Tangga. *Jurnal Ilmiah Psikologi Manasa, 7(2), 121-130.*

Deeb, A. E. (2025). Working through sexual abuse and trauma with muslim patients. In C. Jacobson, The Routledge International Handbook of Sex Therapy and Religion (1st ed., pp. 518–537). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003268017-46

Dolcos, F., et al. (2021). Religiosity and Resilience: Cognitive Reappraisal and Coping Self-Efficacy Mediate the Link between Religious Coping and Well-Being. Journal of Religion and Health.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: perseverance and passion for long-term goals. Journal of Personality and Social Psychology, 92(6), 1087–1101. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1087

Elahi, Saadia, dkk. "Ethnic Differences in Muslim Women's Mental Health Beliefs, Rejection Attitudes, and Familiarity with Professional Mental Healthcare." Mental Health, Religion & Culture, vol. 26, no. 9, Oktober 2023, hlm. 890–907. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2243459.

Elam, T., O'Brien, C., Taku K.2023. The Routledge International Handbook of Posttraumatic Growth, 2023. taylorfrancis.com. DOI 10.4324/9781032208688-8

EL-Awad, U., Fathi, A., Lohaus, A., Petermann, F., & Reinelt, T. (2022). Different relations of religion and mental health: Comparing middle eastern muslim refugee and immigrant adolescents. European Journal of Health Psychology, 29(1), 26–37. https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000100

Erikson, E. H. (1993). Childhood and society. Norton. (Original work published 1950).

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. Norton.

Fadhli, Teuku, dkk. PENGEMBANGAN KERANGKA RESILIENSI KOGNITIF ISLAMI DALAM PENANGANAN KECEMASAN PASCA BENCANA: KAJIAN BIBLIOMETRIK DAN SINTESIS BUKTI SISTEMATIS . Juni 2026.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39, 175-191.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41, 1149-1160.

Faizal, F., Makmun, F., Pratiwi, T. I., & Mawarni, A. (2025). Islamic-based counseling for fostering self efficacy in muslim communities. Islamic Guidance and Counseling Journal, 8(2). https://doi.org/10.25217/0020258650300

Fatimah, dkk. Religious Coping among Working Muslim Women in Yogyakarta, Indonesia. 2023, https://doi.org/DOI:%2010.20885/millah.vol22.iss2.art8.

Field, A. (2018). Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5th ed.). SAGE Publications.

Finney, K. (2020). The influence of belief in God on marital conflict resolution for religious women [Master's thesis, Brigham Young University]. BYU ScholarsArchive. https://scholarsarchive.byu.edu/etd/8414

Firmansyah, Ricky., & Islam, Azizah Fajar. (2020). Psikologi Ghazalian: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Bettermind Consulting Group.

Firmansyah, Ricky. (2022). Psikologi Ghazalian: Formula Kebahagiaan. Jakarta: PT Assura Raya Abintara.

Fisher, J. A. (2021). Event-centered versus experience-centered theories of trauma. *Journal of Trauma Studies*, *10*(2), 45-62. doi:10.1234/jts.12345

Foong, Hui Foh, dkk. "The Moderating Roles of Intrinsic and Extrinsic Religiosity on the Relationship between Social Networks and Flourishing: A Study on Community-Dwelling Widowed Older Adults in Malaysia." *Healthcare*, vol. 11, no. 9, Mei 2023, hlm. 1300. *DOI.org (Crossref)*, https://doi.org/10.3390/healthcare11091300.

Foo, M., Himawan, K. K., & Susanto, E. (2025). The impact of online brain-spotting therapy on brain metabolism and PTSD symptoms of intimate sexual violence victims: A *single* case study. Mental Health Review Journal, 30(1), 1–17. https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2024-0003

Ghozali, I. (2018). Aplikasi analisis multivariate dengan program IBM SPSS 25 (Edisi 9). Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Godoy-Henderson, Clara, dkk. "Modifiable Protective Factors Associated With Resilience in Trauma-Exposed Adults: A Systematic Review." Trauma, Violence, & Abuse, April 2026, hlm. 15248380261433012. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/15248380261433012.

Grupp, Freyja, dkk. "Trauma, Post-Migration Stress, and Mental Health among Forcibly Displaced People in Germany: Does Resilience Have a Protective Effect?" International Journal of Social Psychiatry, vol. 72, no. 2, Maret 2026, hlm. 311–24. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/00207640251358094.

Handelzalts, Jonathan E., dkk. "The Association of Religion and Spirituality with Postpartum Mental Health in Women with Childhood Maltreatment Histories." Journal of Child and Family Studies, vol. 29, no. 2, Februari 2020, hlm. 502–13. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s10826-019-01595-2.

Gilbert, P. (2020). Compassion focused therapy: The transdiagnostic process of cultivating self-compassion. Guilford Press.

Ghozali, I. (2018). Aplikasi analisis multivariate dengan program IBM SPSS 25 (Edisi 9). Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Glicken, M.D. (2006). Learning from resilient people: lessons we can apply to counseling and psychoterapy. United States of America: Sage Publications

Gokani, Ravi, Stephanie Wiebe, Hakmatullah Sherzad, and Bree Akesson. 2023. "We're Looking for Support from Allah": A Qualitative Study on the Experiences of Trauma and Religious Coping among Afghan Refugees in Canada. Following the August 2021 Withdrawal. Religions 14: 645. https://doi.org/10.3390/rel14050645

Grand, D. (2013). Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change. Sounds True.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, 2(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gulamhussein, Q., & Eaton, N. R. (2015). Hijab, religiosity, and psychological wellbeing of muslim women in the united states. Journal of Muslim Mental Health, 9(2). https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.202

Hasan Khan, B. A., & Hanif, R. (2025). Integrating faith and therapy: Assessing an Islamically Integrated Logotherapeutic approach to alleviate symptoms of depression and anxiety. Spirituality in Clinical Practice, 12(2), 267–275. https://doi.org/10.1037/scp0000392

Haque, A. (2004). Psychology from Islamic perspective: Contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. Journal of Religion and Health, 43(4), 357-377.

Hildebrand, A., Grand, D., & Stemmler, M. (2017). Brainspotting – the efficacy of a new therapy approach for the treatment of posttraumatic stress disorder in comparison to eye movement desensitization and reprocessing. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, Vol 5, No 1 (2017). https://doi.org/10.6092/2282-1619/2017.5.1376

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vaitl, D., & Ott, U. (2011).

İme, Y., Kama, R. H., & Arslan, N. Ç. (2025). Pathway from earthquake fear to post-traumatic growth: The roles of resilience, self-efficacy, and positive childhood memories among survivors of the 2023 türkiye earthquakes. Psychiatric Quarterly, 96(1), 169–182. https://doi.org/10.1007/s11126-025-10113-1

I-NAMS.2022. Indonesia-National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMS): Laporan Penelitian. DI Yogyakarta: Pusat Kesehatan Reproduksi Universitah Gadjah Mada.

https://ugm.ac.id/id/berita/23086-hasil-survei-i-namhs-satu-dari-tiga-remaja-indonesia-memiliki-masalah-kesehatan-mental/ diakses pada 24 November 2025 2030 wib.

Indriani, Ine. (2025). Trauma & Attunement: Perjalanan Menuju Pemulihan. Malang PT. Litera Media Tama.

Indriani, Ine., Sastrosatomo, A.P. (2024). *Brainspotting Training Phase 1 Training Manual*. Presentasi Pelatihan Brainspotting Indonesia, Jakarta. Brainspotting Trainings Inc.

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for children and adolescents with PTSD: A meta-analysis. Journal of Child & Adolescent Trauma, 5(3), 205–218.

"The Islamic Psycho-spiritual Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (IPSP): A Study of Feasibility and Effects." International Journal of Pharmaceutical Research, vol. 12, no. 04, Juni 2020. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.148.

Iqbal, M. (1934). The reconstruction of religious thought in Islam. Oxford University Press.

Kartol, A., et al. (2025). Post-traumatic stress disorder, spiritual well-being, and self-compassion among earthquake survivors in Türkiye. Journal of Loss and Trauma

Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. (2013). Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. New Harbinger Publications.

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). Foundations of Behavioral Research. Harcourt College Publishers.

Khan, M. A. (2019). Islamic psychology: Towards a new paradigm. Routledge.

Khodijah, Siti, dkk. "POST-TRAUMATIC GROWTH IN THE QURAN: Psychological Insights from the Story of Prophet Ayyub." Ulul Albab: Jurnal Studi Islam, vol. 26, no. 2, November 2025, hlm. 185–206. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.18860/ua.v26i2.33963.

Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The promises, problems, and prospects. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(3), 423–440. https://doi.org/10.1111/papt.12102

Kira, Ibrahim A., dkk. "The Compelling Dynamics of 'Will to Exist, Live, and Survive' on Effecting Posttraumatic Growth upon Exposure to Adversities: Is It Mediated, in Part, by Emotional Regulation, Resilience, and Spirituality?" Traumatology, vol. 26, no. 4, Desember 2020, hlm. 405–19. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1037/trm0000263.

Kirby, J. N., Roff, L., & Ng, D. (2023). Compassion focused therapy for complex trauma. In P. Gilbert (Ed.), Compassion focused therapy: Clinical practice and applications (2nd ed., pp. 297–314). Routledge.

Knaevelsrud. Web-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder in War-Traumatized Arab Patients: Randomized Controlled Trial. vol. 17, no. 3, 2015.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37(1), 1–11.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., & World Mental Health Survey Collaborators. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine, 47(12), 2260-2274.

Korovynsky, Volnova, Yuryk, & Manchuk. (2025). Cognitive-behavioral therapy methods in the treatment of post-traumatic stress disorder and their role in mental health recovery. Georgian Medical News.

Kucharska, Justyna. "Religiosity and the Psychological Outcomes of Trauma: A Systematic Review of Quantitative Studies." Journal of Clinical Psychology, vol. 76, no. 1, Januari 2020, hlm. 40–58. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1002/jclp.22867.

Hunt, Brianna, dkk. "The Muslimah Project: A Collaborative Inquiry into Discrimination and Muslim Women's Mental Health in a Canadian Context." American Journal of Community Psychology, vol. 66, no. 3–4, Desember 2020, hlm. 358–69. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1002/ajcp.12450.

Husain, Waqar, dkk. "Bearing the Burden: Household Chores, Marital Satisfaction, and Psychosocial Health among Muslim Housewives in Pakistan." Mental Health and Social Inclusion, Maret 2026, hlm. 1–11. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2026-0032.

Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. Annual Review of Psychology, 55, 305-331.

Latif, R., Rodrigues, S., & Galley, A. (2020). Muslim Women's Mental Health A community-based research project.

Levine, P. A. (2015). Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for clinicians. North Atlantic Books.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage.

Linden, D. E. J. (2014). Neurofeedback and networks of reward, emotion and cognition. Frontiers in Human Neuroscience, 7, 877.

Lund, H. G., Reider, E. E., Whiting, W. L., & Prather, J. R. (2018). Sleep patterns and predictors of sleep quality in healthy young adults. Journal of Adolescent Health, 46(2), 124-132.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological capital: Developing the human competitive edge. Oxford University Press.

Luthar S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resili ence: a critical evaluation and guidelines for future work. Journal of Child Development, 7(3). https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

Maddi, S. R. (2004). Hardiness and stress resistance. Journal of Personality, 72(3), 453–485. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00286.x

Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). The hardiness handbook: Managing stress effectively to remain healthy and achieve growth. New York: McGraw-Hill.

Madsen, M. D. & Abell, N. (2010). *Trauma Resilience Scale*: Validation of protective factors associated with adaptation following violence. Research on Social Work Practice, 20 https://doi.org/10.1177/1049731509347853 daily (2), 223 – 233.

Mahmoodi, V., Akhavan, A., & Virk, Z. (2023). Integration of Islamic spirituality in the treatment of grief for pregnancy loss: A case series of loss during early, mid-, and late pregnancy. Spirituality in Clinical Practice, 10(1), 52–61. https://doi.org/10.1037/scp0000312

Maideen, Suhada, dan Kalpana Goel. Migrant Muslim Women's Experiences of Coping and Building Resilience in Australia: Implications for Social Work. Volume 23, No.2, 2022.

Malejko, K., Abler, B., Plener, P. L., & Straub, J. (2017). Neural correlates of psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic literature review. Frontiers in Psychiatry, 8, 85. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00085

Maslow, A. H. (1962). Toward a psychology of being. D. Van Nostrand Company

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience in development. American Psychologist, 56(3), 227–238.

Maté, G. 2022. *The Myth of Normal Trauma, Illness & Healing in a Toxic Culture.* New York: Aveery.

Maurer, L., & Schmied, R. (2019). The efficacy of Brainspotting for the treatment of psychological trauma: A systematic review. European Journal of Trauma & Dissociation, 3(4), 100142.

Mölsä, Mulki, dkk. "Mental Health among Older Refugees: The Role of Trauma, Discrimination, and Religiousness." Aging & Mental Health, vol. 21, no. 8, Agustus 2017, hlm. 829–37. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1165183.

Maxfield, L. (2019). *EMDR therapy for PTSD: A review of recent research.* Journal of EMDR Practice and Research, 13(4), 263–274.

May, R. (1953). Man's search for himself. W. W. Norton & Company.

Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). Minding the child: Mentalization-based interventions with children, families, and parents. Routledge.

Nasri, R.I. *et al.*. 2020. Screening of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Among Flood Victims in Indonesia. *Enfermia Clinica,* 30, 345-349. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.115.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). Psikologi abnormal (Edisi ke-5, Jilid 1). Erlangga.

Nurbaeti, I. (2023). Association between Islamic religiosity, social support, marriage satisfaction, and postpartum depression in teenage mothers in West Java, Indonesia: A cross-sectional study. Belitung Nursing Journal, 9(4), 313–321. https://doi.org/10.33546/bnj.2661

Obermeier, R., Lutz, V., Fuchs, K., Nowak, M., & Gläser-Zikuda, M. (2025). Zum zusammenhang zwischen resilienz, selbstwirksamkeit und sozialbeziehung in familie und schule: Eine mehrebenenanalyse. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 39(4), 271–281. https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000380

Octavian, Tomy., Hurriyati, Evi Afifah. (2026) From family-of-origin trauma to a sakinah marriage: Emotional transformation and identity reconstruction among adults from dysfunctional families of origin. Psikoislamika: Jurnal Psikologi dan Psikologi Islam. Volume 23, No 1 (2026), hlm. 83—102, Juni 2026, https://doi.org/10.18860/psi.v23i1.41804

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor psychotherapy approach. W. W. Norton & Company.

Okan, N., Şahin, Y., Genç, H., & Demirhan, M. (2025). Harnessing spiritual coping to foster resilience: Insights from post-trauma mental health after the Kahramanmaraş earthquake. Humanities and Social Sciences Communications, 12, 857. https://doi.org/10.1057/s41599-025-05318-5

Okan, N., et al. (2025). The role of Islamic spirituality in enhancing resilience among urban Muslim women: A cross-sectional study. Journal of Religion and Health, 64(1).

Olff, M. (2017). Sex and gender differences in posttraumatic stress disorder: An update. European Journal of Psychotraumatology, 8(sup4), 1351204.

Ozeto, Nana-fatima Taini, dan Thérèse Allan. "Investigating a Relationship between Perceived Stress, Religious Coping, and Religiosity in Migrant Muslim Women." Journal of Muslim Mental Health, vol. 15, no. 1, September 2021. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3998/jmmh.265.

Panzer, A., & Van der Kolk, B. A. (2022). Brainspotting: An emerging neurobiological approach to trauma processing. Journal of Trauma & Dissociation, 23(2), 100259.

Paramitha, R. G., & Kusristanti, C. (2018). Resiliensi trauma dan gejala posttraumatic stress disorder (Ptsd) pada dewasa muda yang pernah terpapar kekerasan. Journal Psikogenesis, 6(2), 186–196. https://doi.org/10.24854/jps.v6i2.701.

Pargament, K. I. (1997). Psychological studies of religion and coping: Theoretical frameworks and recent research findings. Journal of Clinical Psychology, 53(4), 343–359. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199704)53:4<343::AID-JCLP7>3.0.CO;2-K

Paraniak-Gieszczyk, Barbara, dan Ewa Alicja Ogłodek. "Impact of Post-Traumatic Stress Disorder Duration on Volumetric and Microstructural Parameters of the Hippo-Campus, Amygdala, and Prefrontal Cortex: A Multiparametric Magnetic Resonance Imaging Study with Correlation Analysis." Journal of Clinical Medicine, vol. 14, no. 20, Oktober 2025, hlm. 7242. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3390/jcm14207242.

Patnani, M., Takwin, B., Mansoer, W., & Wilman, W. (2020). The lived experience of involuntary childless in Indonesia: Phenomenological analysis. Health and Community Psychology, 9(2).

Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, L. J. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core psychotherapeutic tools. Frontiers in Psychology, 6, 934.

Perveen, Aisha, dan Sadia Malik. "Influence of Family Violence on the Marital Quality in Pakistani Muslims: Role of Personal Factors." Religions, vol. 11, no. 9, September 2020, hlm. 470. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3390/rel11090470.

Pertek, Sandra. "Adaptive Religious Coping with Experiences of Sexual and Gender-Based Violence and Displacement." Journal of Refugee Studies, vol. 37, no. 2, Juni 2024, hlm. 307–23. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/jrs/feae003.

Petzold, J., Ratter, B. M. W., & Holdschlag, A. (2018). Competing knowledge systems and adaptability to sea-level rise in The Bahamas. Area, 50(1), 91–100. https://doi.org/10.1111/area.12355

Pirutinsky, Steven. "Negative Religious Coping versus Spiritual Struggles: Moderator or Main Effect?" Journal of Clinical Psychology, vol. 80, no. 8, Agustus 2024, hlm. 1780–96. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1002/jclp.23694.

Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.

Powers, Mark B., dkk. "Reliability and Validity of the PDS and PSS-I among Participants with PTSD and Alcohol Dependence." Journal of Anxiety Disorders, vol. 26, no. 5, Juni 2012, hlm. 617–23. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.013.

Pritts, T. A. (2023). 2022 Central Surgical Association presidential address: Grit and resilience in surgery. Surgery, 173(3), 562–566. https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.11.034

Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A. S., McNamara, J. O., & Williams, S. M. (2001). Neuroscience (2nd ed.). Sinauer Associates.

Putra, Fahmi Mandala; Ismah, Zata; Syahfitri, Rizky Indah; Nasution, Citra Cahyati; Putri, Az-zahra Atika; Amirah, Fitria; and Helmi, Tri Amelia Rahmitha. 2025 DOUBLE BURDEN STRESS IN WOMEN AND THE ROLE OF PSYCHO-RELIGIOUS WORSHIP IN ALLEVIATING IT. Folia Medica Indonesiana. 61, 1 (Jul. 2025),116-127. Available at: https://doi.org/10.65346/2599-056X.2396

Rassool, H. K. (2015). Islamic counselling: An introduction to theory and practice. Routledge.

Rassool, H. K. (2024). Exploring the Intersection of Islāmic Spirituality and Psychotherapy: Healing the Soul

Rasool, H.K (2024). Spiritual Integration in Islāmic Psychotherapy: Unveiling the Therapist's Soul

Ramadan, Mohannad, dkk. "The Relationship Between Spirituality and Post-Traumatic Stress Symptoms in Syrian Adolescents in Jordan." Journal of Child & Adolescent Trauma, vol. 15, no. 3, September 2022, hlm. 585–93. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s40653-021-00401-w.

Rauf, M. (2008). The Quran and the contemporary world. Routledge.

Rauch, dkk. A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script-Driven Imagery. [May 1996]. Arch Gen Psychiatry Vol.53

Reich, M., Jarvis, G. E., & Whitley, R. (2024). Examining recovery and mental health service satisfaction among young immigrant Muslim women with mental distress in Quebec. BMC Psychiatry, 24(1), 483. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05940-8

Richa, Sami, dkk. "Trauma Exposure and PTSD Prevalence among Yazidi, Christian and Muslim Asylum Seekers and Refugees Displaced to Iraqi Kurdistan." PLOS ONE, disunting oleh James Curtis West, vol. 15, no. 6, Juni 2020, hlm. e0233681. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233681.

Rodríguez-Rey, Rocío, dkk. "Reliability and Validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version." Psychological Assessment, vol. 28, no. 5, Mei 2016, hlm. e101–10. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1037/pas0000191.

Rutledge K (2025) Rethinking pathways to well-being: the function of faith practice in distress alleviation among displaced Muslim women affected by war. Front. Psychiatry 16:1335640. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1335640.

Sabki, A., et al. (2025). Religious coping and mental health outcomes in Muslim clinical populations: The impact of spiritual struggle. International Journal of Social Psychiatry, 71(2).

Sabki, Zuraida Ahmad, et al. “Religious Coping Among Muslim University Students: Psychometric Evaluation of The Brief RCOPE-Malay.” Jurnal Akidah & Pemikiran Islam, vol. 27, no. 2, Desember 2025, hlm. 69–106. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.22452/afkar.vol27no2.3.

Sarasti, Nabila Putri. Harmonisasi Neurosains dan Islam dalam Memahami Trauma: Implikasi bagi Kesejahteraan dan Pendidikan Peserta Didik Muslim. vol. 05, Juli 2026.

Sari, Novita & Indra, Indra. (2025). Determinants of Work–Life Balance Among Muslim Women Educators in the Jabodetabek Area. Journal of Family Sciences. 282-302. 10.29244/jfs.v10i2.68751.

Schaefer, Lauren M., dkk. “A Concurrent Examination of Protective Factors Associated with Resilience and Posttraumatic Growth Following Childhood Victimization.” Child Abuse & Neglect, vol. 85, November 2018, hlm. 17–27. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.019.

Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., De Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2022). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Health Psychology, 27(5), 1218–1232. https://doi.org/10.1177/1359105320984537

Shapiro, F. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press.

Sharifnia, Amir Masoud, dkk. “Muslim Women’s Experiences of Domestic Violence and Abuse: A Meta-Ethnography of Global Evidence.” Trauma, Violence, & Abuse, vol. 26, no. 4, Oktober 2025, hlm. 694–711. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/15248380241286836

Sizor, Mahmut. “The Enduring Protective Role of Psychological Resilience Against Death Anxiety in Counseling Psychologists.” OMEGA - Journal of Death and Dying, Oktober 2025, hlm. 00302228251383675. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/00302228251383675.

Stahl, S. M. (2013). Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (4th ed.). Cambridge University Press.

Shapiro, F. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press.

Sanavi Shiri, Zohreh, dkk. “Relationship between religious coping and post-traumatic stress disorder and professional quality of life of nurses working at COVID-19 wards: a descriptive correlational study.” Frontiers in Public Health, vol. 13, Juni 2025, hlm. 1535340. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1535340.

Satapathy, Sujata, dkk. “Resilience in Children and Adolescents Survived Psychologically Traumatic Life Events: A Critical Review of Application of Resilience Assessment Tools for

Clinical Referral and Intervention." Trauma, Violence, & Abuse, vol. 23, no. 1, Januari 2022, hlm. 288–300. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1177/1524838020939126.

Sobhani, Vahid, dkk. "Islamic Praying Changes Stress-Related Hormones and Genes." Journal of Medicine and Life, vol. 15, no. 4, April 2022, hlm. 483–88. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.25122/jml-2021-0167.

Speck, Patricia M., dkk. "Care for Women with Past Trauma Using Trauma-Informed Care." Advances in Family Practice Nursing, vol. 5, no. 1, Mei 2023, hlm. 119–35. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.yfpn.2022.11.002.

Suffah, F K., & Kilis, G., (2024). Religious Coping And Posttraumatic Growth In Women Experiencing Perinatal Loss: A Literature Review. KONSELOR, 13(1), 1-15 https://doi.org/10.24036/0202413157-0-86

Sugiono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Alfabeta.

Szabo, Y. Z., Frankfurt, S., Kurz, A. S., Anderson, A., & McGuire, A. P. (2022). Resilience predicts posttraumatic cognitions after a trauma reminder task and subsequent positive emotion induction among veterans with PTSD. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14(S1), S101–S108. https://doi.org/10.1037/tra0001143

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). Using multivariate statistics (7th ed.). Pearson Education

Tanev, K. S., Federico, L. E., Greenberg, M. S., Orr, S. P., Goetter, E. M., Resick, P. A., & Pitman, R. K. (2020). Baseline cognitive performance and treatment outcomes from cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder: A naturalistic study. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 32(3), 286–293. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19020032

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 9(3), 455–471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Toha, Farhan, dan Arthur Huwae. "Exploring work-family conflict among married Muslim women: A qualitative case study." SOSIOHUMANIORA: Jurnal Ilmiah Ilmu Sosial Dan Humaniora, vol. 11, no. 2, Juli 2025, hlm. 336–61. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.30738/sosio.v11i2.19652.

Tulimin, M., & Shamsuddin, H. (2025). Recognizing psychological trauma red flags in faith communities. *Asian Journal of Islamic Psychology*, *3*(2), 89–104.

Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. Trauma, Violence, & Abuse, 14 (3), 254 – 266.

Valentine, L. & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of child hood sexual abuse. The Ameri can Journal of Family Therapy, 21(3). https://doi.org/10.1080/01926189308250920

Van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Van der Kolk, B. A. (2024). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Jakarta: Elex Media Komputindo

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill.

Wigard, I., Meyerbröker, K., Ehring, T., Topper, M., Arntz, A., & Emmelkamp, P. (2024). Skills training followed by either EMDR or narrative therapy for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse: A randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology, 15(1), 2332104. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2332104

Williams, Chelsea Derlan, dkk. "Racial Discrimination and Adverse Childhood Experiences Predicting Depressive Symptoms and Developmental Assets: Testing Cultural Socialization and Preparation for Bias as Moderators among Black Adolescents and Caregivers." Journal of Research on Adolescence, vol. 35, no. 1, Maret 2025, hlm. e13056. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1111/jora.13056.

Wingo, A. P., Briscione, M., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., McCullough, S. A., Skelton, K., & Bradley, B. (2017). Psychological resilience is associated with more intact social functioning in veterans with post-traumatic stress disorder and depression. Psychiatry Research, 249, 206–211. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.022

Wolkinson, Jonathan, dan Michael Weinberg. "Coping with Trauma: The Relationship between Religiosity, Spirituality, and Post-Traumatic Symptoms among Civilians Exposed to Ongoing Rocket-Fire." International Journal of Mental Health Promotion, vol. 25, no. 10, 2023, hlm. 1137–45. www.techscience.com, https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.029641.

Woodward, E. N., Banks, R. J., Marks, A. K., & Pantalone, D. W. (2018). Identity and traumatic stress: A dynamic perspective. Journal of Trauma & Dissociation, 19(4), 412-428.

World Health Organization. (2021). Health promotion. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-promotion

World mental health report: Transforming mental health for all (1st ed). (2022). World Health Organization.

Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). Sage.

Yuliyanti, Yusvina and Shodiq, Sadam Fajar (2024) "The Impact of Religious Practices on the Resilience and Post-Traumatic Growth of Adolescents," Buletin Konseling Inovatif: Vol. 4: No. 3, Article 5. DOI: https://doi.org/10.17977/um059v4i32024p182-189.

Zaleski, K. L., Johnson, D. K., & Klein, J. T. (2016). Grounding judith herman's trauma theory within interpersonal neuroscience and evidence-based practice modalities for trauma treatment. Smith College Studies in Social Work, 86(4), 377–393. https://doi.org/10.1080/00377317.2016.1222110

Zoellner, L. A., Bentley, J. A., Feeny, N. C., Klein, A. B., Dolezal, M. L., Angula, D. A., & Egeh, M. H. (2021). Reaching the unreached: Bridging islam and science to treat the mental wounds of war. Frontiers in Psychiatry, 12, 599293. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.599293

Zoellner, L. A., Bentley, J. A., Feeny, N. C., Klein, A. B., Dolezal, M. L., Angula, D. A., & Egeh, M. H. (2021). Reaching the unreached: Bridging Islam and science to treat the mental wounds of war. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 599293. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.599293

Lampiran 1: Instrumen Penelitian dan Informed Consent

Halo, Assalamu'alaikum.

Saya Mutiara Khodijah, Mahasiswi MSc Psy and Islamic Counselling semester akhir yang sedang melakukan penelitian akademik. Kuesioner ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pengalaman, pemikiran, pemaknaan dan perilaku yang saudari alami sehari hari.

Jika anda memenuhi kriteria berikut:

1. Perempuan Muslimah dewasa berusia 18 hingga 60 tahun
2. Pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan dalam hidup
3. Belum pernah mengisi screening/kuesioner dari peneliti yang sama di tahun 2026

Saat proses pengisian kuesioner dilakukan, bisa jadi Anda akan menyelami kembali perasaan-perasaan maupun ingatan-ingatan masa lalu yang tidak menyenangkan, sehingga mungkin akan menyebabkan ketidaknyamanan pada diri Anda. Jika demikian, Anda dapat berhenti terlebih dahulu dan menenangkan diri Anda. Kami berharap Anda tetap dapat menyelesaikan pengisian kuesioner ini hingga selesai.

Kuesioner ini terdiri dari 3 Bagian. Bagian pertama 17 item, bagian kedua 13 item dan bagian ke tiga 48 item. Tidak ada jawaban benar atau salah, karena itu mohon mengisi setiap pernyataan sesuai dengan kondisi dan pengalaman pribadi saudari secara jujur, bukan apa yang dianggap ideal. Jika ada pertanyaan atau ada item yang kurang dipahami, mohon menghubungi https://wa.me/6281210817031 atau dm IG @tipsibusehatmental.

Peserta terpilih berkesempatan mendapatkan insentif berupa

1. E-wallet sebagai bentuk apresiasi partisipasi
2. Free Session Brainspotting Therapy

Partisipasi bersifat sukarela dan seluruh data yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Terimakasih telah menyediakan waktu untuk menyelesaikan kuesioner ini hingga akhir.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Mutiara Khodijah
Peneliti

Informed Consent

Dengan ini saya menyatakan persetujuan saya untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini, atas dasar keinginan saya sendiri dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya mengetahui segala konsekuensi yang mungkin saya alami selama proses penelitian; Identitas dan data spesifik mengenai diri saya akan dirahasiakan oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian akademik; Saya mempersilahkan peneliti untuk menggunakan informasi yang didapatkan dari saya untuk kepentingan dan tujuan penelitian ini; dan Saya memahami bahwa tidak ada jawaban benar atau salah dalam pengisian kuesioner ini. Jawaban yang benar adalah yang paling sesuai dengan kondisi, pengalaman dan penghayatan pribadi saya.

Apakah Anda bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini?
Ya

DATA DIRI

- Nama lengkap : _____
- Usia (tuliskan angka saja) : _____
- Jenis Kelamin : Perempuan/ Laki-laki *
- Agama: Islam/ Other
- Pendidikan Terakhir :
- Manakah yang paling menggambarkan status pernikahan anda saat ini? Menikah/ Cerai Hidup/ Cerai Mati/ Single *
- Jumlah Anak (jika ada, tuliskan angka saja) : _____
- Aktivitas/ Profesi saat ini (Boleh pilih lebih dari satu, utamakan yang paling menggambarkan Anda):
  - Ibu Rumah Tangga/
  - ASN
  - Pegawai Swasta/ BUMN
  - Pengusaha
  - Mahasiswi
  - Other

- Pendidikan Terakhir:
  - S3
  - S2
  - S1
  - SMA
  - Other

- Kota/ Kabupaten Domisili saat ini
- Kontak WhatsApp yangbisa dihubungi
- Mendatakan link kuesioner ini dari:……..

Bagian 1

Kuesioner ini terdiri dari beberapa pernyataan yang membutuhkan respon Anda. Berikan respon pada setiap nomor dengan mengacu pada pengalaman tidak menyenangkan yang pernah Anda alami atau saksikan. Pada setiap pernyataan, pilihlah salah satu angka antara 1 sampai 5 pernyataan yang paling menggambarkan diri Anda.

Contoh Pengerjaan

Contoh Pengerjaan :

No.	Pernyataan	Tidak Sama Sekali	Sedikit Terganggu	Cukup Terganggu	Terganggu	Sangat Terganggu
		1	2	3	4	5
1.	Merasa lelah secara terus-menerus	(1)	2	3	4	5

Dalam satu bulan terakhir ini, apakah Anda merasa terganggu oleh hal-hal berikut ini?

	Pernyataan	Tidak Sama Sekali	Sedikit Terganggu	Cukup Terganggu	Terganggu	Sangat Terganggu
		1	2	3	4	5
1	Ingatan, pikiran, atau gambaran berulang dan mengganggu mengenai pengalaman masa lalu yang menekan (tidak menyenangkan)	1	2	3	4	5
2	Mimpi yang mengganggu dan berulang mengenai pengalaman masa lalu yang menekan (tidak menyenangkan)	1	2	3	4	5

3	Tiba-tiba berperilaku atau merasa seolah-olah pengalaman tidak menyenangkan terjadi lagi (seolah-olah Anda kembali mengalaminya)	1	2	3	4	5
4	Merasa sangat kesal saat sesuatu mengingatkan Anda tentang pengalaman yang tidak menyenangkan	1	2	3	4	5
5	Memiliki reaksi fisik (seperti: detak jantung meningkat, kesulitan bernapas, atau berkeringat) saat sesuatu mengingatkan Anda tentang pengalaman yang tidak menyenangkan dari masa lalu	1	2	3	4	5
6	Menghindar untuk memikirkan atau membicarakan tentang pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan atau menghindari perasaan yang berhubungan dengan hal tersebut	1	2	3	4	5
7	Menghindari kegiatan atau situasi tertentu karena hal tersebut mengingatkan Anda tentang pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	1	2	3	4	5
8	Kesulitan mengingat bagian penting dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	1	2	3	4	5
9	Kehilangan minat pada hal-hal yang biasa Anda nikmati	1	2	3	4	5

10	Merasa berjarak atau “terputus” dari orang lain	1	2	3	4	5
11	Merasa mati rasa secara emosional atau tidak bisa memiliki perasaan kasih sayang kepada orang yang dekat dengan Anda	1	2	3	4	5
12	Merasa seolah-olah tidak memiliki masa depan	1	2	3	4	5
13	Sulit untuk memulai tidur atau tetap tertidur	1	2	3	4	5
14	Merasa jengkel atau mengalami luapan amarah	1	2	3	4	5
15	Kesulitan berkonsentrasi	1	2	3	4	5
16	Menjadi “sangat siaga” atau waspada	1	2	3	4	5
17	Merasa gelisah atau mudah terkejut	1	2	3	4	5

Bagian 2

Berikut adalah sejumlah pernyataan mengenai pengalaman, pemikiran, perilaku dan penghayatan anda sehari hari, saat ini. Bacalah setiap pernyataan dengan seksama. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, yang benar adalah yang paling sesuai dengan kondisi anda sebenarnya.

No	Pertanyaan/pernyataan	Jawaban			
1	Saya percaya pada kekuasaan Tuhan	Sangat percaya	Percaya	Kurang percaya	Tidak percaya
2	Saya yakin bahwa Tuhan mengutus Nabi untuk menyampaikan ajaran agama saya	Sangat yakin	Yakin	Kurang Yakin	Tidak Yakin
3	Saya percaya pada kehidupan setelah mati	Sangat percaya	Percaya	Kurang percaya	Tidak percaya
4	Seberapa yakin anda terhadap agama anda?	Sangat yakin	Yakin	Kurang yakin	Tidak yakin
5	Seberapa sering anda melaksanakan sholat lima waktu	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang/hampir tidak pernah
6	Seberapa sering anda berdoa (memohon) kepadaTuhan	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
7	Seberapa sering anda berpuasa di bulan ramadhan?	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang/hampir tidak pernah
8	Seberapa sering anda melaksanakan ibadah secara berjamaah di Mesjid ?	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
9	Seberapa sering anda membaca/ mendengar program /ceramah tentang agama anda?	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
10	Saya merasakan kehadiran Tuhan	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
11	Saya membutuhkan dukungan, arahan dan kekuatan dari Tuhan	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
12	Keyakinan kepada Tuhan membantu saya memahami tujuan hidup saya	Sering	Kdang-kadang	Jarang	Tidak pernah

13	Keyakinan kepada Tuhan membantu saya memaknai berbagai hal yang saya alami	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah

Bagian 3

Pada halaman-halaman berikut, terdapat pernyataan-pernyataan yang menggambarkan bagaimana Anda menyikapi peristiwa kekerasan yang terjadi dalam hidup Anda. Bacalah setiap pernyataan dengan teliti, kemudian pilih nomor yang paling menggambarkan diri Anda.

No.	Pernyataan	Hampir tidak pernah benar						Hampir selalu benar
1.	Saya bisa mencapai tujuan yang saya tetapkan untuk diri saya sendiri.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Saya memiliki beberapa orang teman yang sangat dekat	1	2	3	4	5	6	7
3.	Kebanyakan orang mengatakan bahwa saya memiliki pandangan hidup yang penuh harapan.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Saya bermeditasi atau berdoa secara teratur.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Saya membuat perubahan untuk memperbaiki hidup saya	1	2	3	4	5	6	7
6.	Pengalaman berat yang saya alami membuat saya merasa ingin menyerah	1	2	3	4	5	6	7
7.	Saya memiliki seseorang yang bisa saya andalkan ketika masa sulit.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Spiritualitas adalah hal yang penting bagi saya	1	2	3	4	5	6	7
9.	Jika saya terus mencoba, semuanya akan terlalui	1	2	3	4	5	6	7
10.	Saya bisa berbicara dengan orang tua tentang kesulitan-kesulitan yang saya hadapi.	1	2	3	4	5	6	7

11.	Seberapa pun kerasnya usaha saya, tidak akan ada perubahan.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Keyakinan spiritual saya membantu saya melewati masa-masa sulit.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Rekan-rekan kerja saya tampaknya tidak memiliki hubungan yang erat dengan saya	1	2	3	4	5	6	7
14.	Jika saya terus berpikir, saya akan	1	2	3	4	5	6	7
	menemukan cara baru untuk mengatasi masalah.							
15.	Jika saya sedang kesulitan, saya memiliki orang yang dapat diandalkan yang akan menolong saya.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Betapapun sulitnya keadaan sekarang, saya tahu pada akhirnya akan menjadi lebih baik.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Saya mengungkapkan keyakinan spiritual saya secara konsisten. (contoh: melalui ibadah rutin, perenungan makna hidup, dll)	1	2	3	4	5	6	7
18.	Usaha saya yang berkelanjutan tampaknya tidak membuat perubahan apapun.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Saya bisa menemukan solusi untuk sebagian besar masalah saya.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Tujuan atau wujud yang lebih agung dari diri saya memotivasi saya.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Saya dapat bergantung pada saudara laki-laki dan / atau saudara perempuan saya pada masa-masa sulit.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Saya tidak bisa melihat akhir dari masa-masa sulit	1	2	3	4	5	6	7
23.	Saat menghadapi kesulitan, saya sulit berbicara dengan orang-orang yang dekat dengan saya.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Tantangan berat yang saya hadapi akan membuat saya lebih kuat.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Saya percaya pada kekuatan tak terlihat	1	2	3	4	5	6	7
	yang mendukung saya saat dibutuhkan.							
26.	Saya sulit memulai dan/atau mempertahankan hubungan yang intim.	1	2	3	4	5	6	7

27.	Bila rencana saya tidak bekerja dengan baik, saya dapat mengubahnya.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Keyakinan saya memberikan rasa damai atau nyaman bagi saya di masa-masa sulit.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Saya percaya bahwa saya akan mengatasi masa sulit saya.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Bila seorang teman sedang membutuhkan, saya meluangkan waktu untuk membantu.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Partisipasi dalam kegiatan keagamaan membantu saya dalam kehidupan sehari-hari.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Saya mengalami kesulitan dalam menemukan jalan keluar atas permasalahan-permasalahan yang berat/sulit.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Hubungan saya dengan Tuhan / Kekuatan Yang Lebih Agung adalah bagian penting dalam hidup saya.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Saya memiliki sumber daya dalam menghadapi tantangan.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Masa lalu saya yang sulit akan selalu mengganggu hidup saya	1	2	3	4	5	6	7
36.	Saya memiliki orang-orang dalam hidup saya yang bisa saya ajak bicara tentang segala hal.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Saya bisa menerima cinta dari orang-orang di sekitar saya.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Tindakan saya diarahkan oleh spiritualitas saya.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Meskipun hal buruk telah terjadi pada saya, saya yakin masa depan saya akan baik-baik saja.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Spiritualitas saya memberi saya rasa keterhubungan dengan sesuatu yang lebih bijaksana atau lebih kuat daripada diri saya sendiri.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Saya memiliki hubungan yang erat dengan keluarga saya.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Saya memiliki orang-orang hebat dalam hidup saya yang telah melalui semua hal berat bersama saya.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Saya dapat menemukan dan mendapatkan layanan yang saya butuhkan untuk membantu saya menghadapi situasi sulit.	1	2	3	4	5	6	7

44.	Saya membuat perubahan dalam hidup saya untuk membantu membuat hidup saya menjadi lebih baik.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Trauma masa lalu telah mengacaukan seluruh hidup saya.	1	2	3	4	5	6	7
46.	Saya mencoba untuk menjaga hubungan dengan spiritualitas saya secara teratur. (Contoh: melalui ibadah rutin, perenungan makna hidup, dll)	1	2	3	4	5	6	7
47.	Keyakinan spiritual saya memberikan saya kenyamanan saat menghadapi masalah	1	2	3	4	5	6	7
48.	Saya menemukan banyak cara untuk mengatasi masalah saya.	1	2	3	4	5	6	7

Anda sudah sampai pada bagian akhir dari Kuesioner Penelitian ini.

Mohon periksa kembali jawaban Anda, sehingga tidak ada pernyataan yang terlewati. Semoga selalu bahagia, dan Terimakasih sudah berpartisipasi dalam pengembangan Psikologi Islam dan Kesehatan Mental :)

Lampiran 2: Ethical Clearance

1

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY

Directorate of Research and Publications

Ref. No. ETHIC 141/07-26

Date: 27/07/2026

To,

Mutiara Khodijah
Student ID: ST10012449
Program: MSc in Psychology and Islamic Counselling
Contact Email: mutiara.khodijahp2@gmail.com

Subject: Ethical Approval

Dear Mutiara Khodijah,

With reference to your application dated 03/06/2026 regarding the Ethical Approval of your research proposal, I am pleased to inform you that our International Open University Board of Research and Publications (IOUBRP) is satisfied with the documents you submitted. After a critical evaluation of your papers, the IOUBRP has decided to accept your research topic entitled "The Predictive Influence of Religiosity on Trauma Resilience among Muslim Women with Clinical PTSD: Examining the Moderating Role of Marital Status" along with your proposal.

Therefore, you are permitted to conduct the research according to your proposal and submit the report on time as well.

Barak Allahu Feek!

Prof. Dr. Afroza Bulbul
Chairperson, Board of Research and Publications
International Open University

Lampiran 3: Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

B. IDENTITAS DIRI

Nama Lengkap: Mutiara Khodijah

Tempat, Tanggal Lahir: Palembang, 12 Oktober 1989

Kewarganegaraan: Indonesia

Jenis Kelamin: Perempuan

C. INFORMASI KONTAK

Alamat Domisili: Jl. Ros Merah blok I No.2 Jakarta Timur

Alamat Alternatif: -

Email Institusi: -

Email Pribadi: mutiara.khodijahp2@gmail.com

D. RIWAYAT PENDIDIKAN

[Jenjang] – Program Studi : S1 Psikologi

Universitas, Negara : Universitas Indonesia, Indonesia

Tahun : 2007 - 2011

E. KUALIFIKASI TAMBAHAN/ SERTIFIKASI

1. Brainspotting Practitioner/ Trained in Brainspotting Therapy Phase 1

   (Brainspotting Indonesia – PsyCoach Integra)
2. Brainspotting Immersion with David Grand (Brainspotting Therapy International)
3. Certified Ghazalian Psychotherapy (Ghazalian Institute) Ricky Firmansyah, S.Psi
4. Certified Explorer Points of You Indonesia (PoY Indonesia – Sinergia Consulting)

5. Workshop Forgiveness Therapy (non sertifikasi) Drs. Asep Haerul Gani, MA
6. Workshop Logotherapy (non sertifikasi) Prof Hana Djumhana Bastaman
7. Advance Neuro Parenting (non sertifikasi) DR Ani Khairani

F. PENGALAMAN KERJA

1. Praktisi Brainspotting Therapy di Biro Psikologi SAHABATKU dan iGrow Consulting
2. Konsultan Keluarga RKI (Rumah Keluarga Indonesia) Jakarta Timur
3. Staf Departemen Ketahanan Keluarga Bidang Perempuan dan Keluarga
4. Associate Puspaga Harmoni Depok
5. Tim Narasumber & Associate Coach serta Assesor SAHABATKU
6. Parents Support Group Sahabat AyahBunda
7. Konselor UPT P2TP2A / PPPA (Unit Pelaksana Teknis Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak) DKI Jakarta
8. Konselor Puspaga (Pusat Pembelajaran Keluarga) Camar Jakarta Timur
9. Customer Relation Management PT. Khalifah International Business
10. HRD Manager PT. Khalifah International Business
11. HRD Staff PT. Khalifah International Business

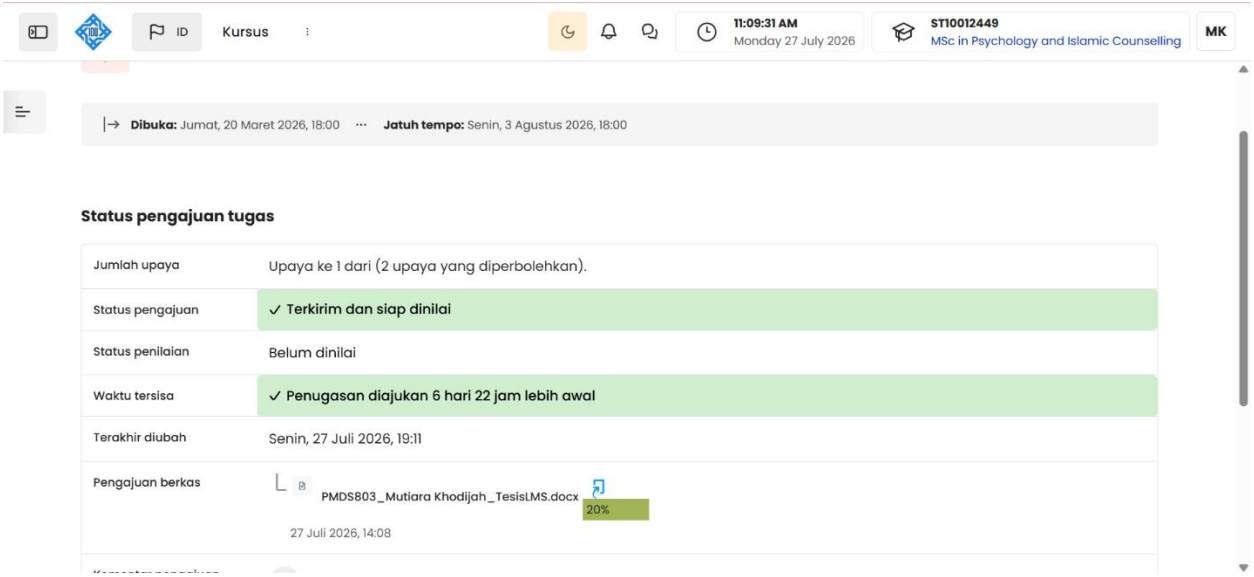
G. PENGALAMAN MENGAJAR

- Non formal (Menjadi Pembicara dan Narasumber Psikoedukasi di sekolah (PAUD-SD-SMP-SMA-Universitas), perkantoran, institusi, lembaga dan komunitas sejak 2018)

H. PUBLIKASI ILMIAH

-

Lampiran 4: Bukti Screenshot Turnitin dari LMS



Lampiran 5: Logbook Dosen Pembimbing

Logbook Pertemuan 1

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Peran Brainspotting Therapy dan Konseling Islami dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Muslimah Penghafal Qur'an Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	1 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Mengumpulkan Draft Proposal Tesis atau Mini Disertasi yang telah disusun sebelumnya untuk direview oleh Dosen Pembimbing.
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	**Umum untuk Seluruh Mahasiswa:** 1. Melakukan review artikel penelitian terdahulu secara sistematis menggunakan tabel sesuai template yang disediakan 2. Mencari paper yang mirip secara struktur judul, mengetahui metode yang digunakan, result dan discussion termasuk cara peneliti mengambil sampel 3. Membaca dan mengkaji penelitian penelitian sebelumnya untuk memperdalam pemahaman dan memperkuat landasan teoritis penelitian. **Khusus Mutiara Khodijah:** 1. Memastikan lagi judul penelitian tidak terlalu banyak variabel atau terlalu rumit, terutama pada subjek penelitian. 2. Memastikan metode penelitian 3. Segera mengkomunikasi dan menjadwalkan meeting 1 on 1 agar peneliti bisa menyelesaikan hal hal penting dalam tesis sebelum melahirkan.

Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	1. Sesi dimulai dengan perkenalan antara dosen pembimbing mahasiswa. 2. Pemaparan latar belakang masing-masing mahasiswa 3. Pengenalan tema atau topik draft Tesis yang dipilih beserta alasan pemilihannya. 4. Pembahasan peran, mekanisme dan aturan atau ground rules dalam proses bimbingan 5. Penyepakatan aturan dan komitmen selama proses bimbingan berlangsung 6. Penentuan jadwal bimbingan rutin yaitu setiap hari Senin malam. 7. Diskusi awal terkait potensi dan arah pengembangan tema penelitian berdasarkan latar belakang mahasiswa 8. Pengarahan awal terkait langkah-langkah penelitian dan ekspektasi pembimbing. **Khusus Mutiara Khodijah:** 1. Disarankan untuk mengubah judul, jangan 'Peran' dan mengubah metode menjadi kuantitatif eksperimen. 2. Banyak variabel yang harus dijelaskan: Brainspotting terhadap Resiliensi Trauma dan Religiusitas juga, Konseling Islami terhadap Resiliensi Trauma dan Religiusitas. 3. Jika ingin mengganti metode menjadi eksperimental, maka ganti subjek. namun akhirnya tujuannya adalah lulus. Penelitian yang bagus bukan yang 'njelimet' namun yang selesai. 4. Hanya tulis yang anda pahami. 5. Dalam penyajian data, ada hal yang tidak perlu dituliskan seperti domain domain, penyebab dan penelitian terdahulu
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar **5%**. Hal ini karena kegiatan masih berada pada tahap awal berupa orientasi, pengenalan topik penelitian, serta penyelarasan ekspektasi dan mekanisme bimbingan dengan dosen pembimbing. Progres yang dicapai masih bersifat konseptual dan administratif, serta belum memasuki tahap pengembangan substansi penelitian secara mendalam.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:

Tanggal : 1 Mei 2026

Logbook Pertemuan 2

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Peran Brainspotting Therapy dan Konseling Islami dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Muslimah Penghafal Qur'an Terindikasi
PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	5 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	-

Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	**Umum untuk Seluruh Mahasiswa:** 1. Mencari paper yang berhubungan dengan judul penelitian kita, Menyusun State of The Art penelitian agar peneliti memiliki pengetahuan komprehensif mengenai fenomena yang diteliti, mencakup systematic literature review yang tidak hanya menggambarkan keadaan pengetahuan saat ini, tetapi juga menunjukkan perjalanan historis dan mengindikasikan arah penelitian di masa mendatang. 2. Membaca dan mengkaji penelitian penelitian sebelumnya untuk memperdalam pemahaman dan memperkuat landasan teoritis penelitian. 3. Literature review untuk mendapatkan State of The Art agar judul kita tidak luput, firm dan menemukan novelty serta research gapnya. **Khusus Mutiara Khodijah:** 1. Memastikan lagi judul penelitian tidak terlalu banyak variabel atau terlalu rumit, terutama pada subjek penelitian. 2. Mengecek Milestone PMDS 901 3. Buat State of The Art, membaca jurnal dan melakukan literature review 4. 2 subjek sebelumnya tetap dimasukkan sebagai Preliminary Research 5. Mengubah metode penelitian menjadi Kuantitatif Eksperimen dengan 2 kelompok eksperimen (Brainspotting dan Konseling Islami serta Brainspotting saja) untuk melihat perbedaan jika dimasukkan nilai Islam. 6. Mengubah subjek dengan mencari kelompok lain yang terindikasi pernah mengalami trauma, mengubah subjek tidak harus terlalu spesifik "Muslimah Penghafal Quran" namun cukup "Individu terindikasi PTSD" 7. Tetap menjadikan PCL-C sebagai alat screening awal PTSD, tanpa melihat jenis kelamin dan agama 8. Insight peneliti: Mengubah metode menjadi eksperimental agar manfaat penelitian lebih luas, bisa mengukur efektivitas intervensi dan dapat diajukan ke Jurnal Internasional.
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	1. Memastikan Variabel Bebas dan Variabel Terikat (2VB dan 2 VT) 2. Memastikan Data Kasus atau Prevalensi trauma ada (ada) 3. Memastikan peneliti mampu menjelaskan mengenai penelitian terdahulu yang menghubungkan antar variabel) apa dan bagaimana, melalui tabel State of the Art. 4. Apabila peneliti mampu menjelaskan teori apa saja yang digunakan untuk penelitian, maka Bab 2 sudah selesai. Tinggal masukkan hipotesis. 5. Memastikan peneliti dapat menjawab pertanyaan penguji mengenai alasan pemilihan metode penelitian 6. Menjelaskan mengenai 3 jenis uji statistik inferensial terutama Uji Beda/uji komparasi untuk mengukur efektivitas intervensi. 7. Menjelaskan perbedaan skripsi/ tesis/ disertasi 8. Menyarankan agar tesis mengenai terapi menggunakan metode eksperimen.
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar 1**0%**. Hal ini dikarenakan peneliti mulai memiliki insight untuk mengubah metode penelitian menjadi kuantitatif eksperimen, merencanakan akan mengubah subjek namun masih belum fix dengan judul.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:

Tanggal : 1 Mei 2026

Logbook Pertemuan 3

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi
PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	7 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Mulai mengisi tabel State of The Art penelitian.

Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	1. Menyelesaikan state of the Art penelitian (mencari paper yang mirip secara struktur judul, mempelajari metode yang sudah dilakukan pada penelitian sebelumnya) 2. Merampungkan proposal tesis, diantaranya dengan mengubah Variabel Bebas "Brainspotting Therapy dan Konseling Islami" menjadi "BSP Integrated Islamic Value"; Memastikan korelasi antara intervensi BSP therapy dengan PTSD dan penjelasan mekanisme neurobiologicalnya sudah dimasukkan; mengubah metode penelitian menjadi mixed method (Kuanti eksperimen dan wawancara) 3. Merampungkan alat ukur 4. Memastikan komunitas yang ingin diberikan intervensi terapi, mulai melakukan sampling dengan diupayakan menggunakan teknik sampling Randomized Control Trial (jika tidak memungkinkan Cluster sampling menjadi opsi berikutnya) serta mulai mengurus surat ke IOU untuk izin pengambilan sampel jika diperlukan. 5. Mulai menghubungi praktisi atau terapis Brainspotting Therapy dari Brainspotting Indonesia lainnya, apakah memungkinkan atau bersedia menjadi asisten peneliti dengan melakukan intervensi ke subjek penelitian nanti 6. Segera melakukan pengambilan data (yang masuk kriteria terindikasi PTSD mengikuti penelitian, yang tidak terindikasi menjadi kelompok kontrol) 7. Membuat Modul/ Protokol intervensi yang ajeg (yang bersumber dari Protokol Brainspotting Therapy dan ditambahkan nilai nilai Islam dalam protokol tersebut sehingga menjadi Brainspotting Integrated Islamic Value)
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	1. Buat Modul yang ajeg berdasarkan modul Brainspotting Internasional yang ditambahkan nilai nilai Islam dalam protokol 2. Pastikan protokol ketat, termasuk penggunaan Biolateral Sound Healing David Grand. 3. Peneliti tidak bisa menjadi terapis di waktu bersamaan, disarankan menggunakan asisten peneliti. 4. Tidak perlu menggunakan Kuesioner Kekerasan, fokus screening menggunakan PTSD Civilian Checklist (PCL-C) 5. Bukan Konseling Islami, namun lebih ke Brainspotting Therapuy yang diintegrasikan dengan nilai nilai Islam. 6. Boleh melakukan pengambilan data dulu baru memperbaiki proposal, selama judul disetujui, dan alat ukur sudah signifikan cronbah alphanya, tidak harus ethical clearance. 7. Lakukan jenis intervensi yang sama, yaitu offline (bukan online) Brainspotting 8. Pelajari teknik sampling, jika menggunakan ASN perempuan di kementrian tertentu pastikan semua bersedia menjalani screening PTSD sehingga bisa dilakukan cluster sampling atau lebih ideal lagi Randomized Control Trial.
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar 20%. Hal ini dikarenakan peneliti sudah fix dengan judul, namun belum memperbaiki bab 2, menunggu selesainya tabel State of The Art penelitian.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	Nilai
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD

Tanda Tangan: 

Tanggal : 7 Mei 2026

Logbook Pertemuan 4

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi
PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	11 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Membuat Presentasi proposal dalam bentuk PPT maksimal 5 slide.
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	Memperbaiki dan melengkapi perbedaan perlakuan pada 2 kelompok intervensi (Protocol design)
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	1. Dua mahasiswa bimbingan yaitu Salma Nuha Ghufron dan Wina Selviani mempresentasikan proposal tesis masing masing 2. Mahasiswa yang lain diminta untuk mengkritisi dan memberikan pertanyaan pada mahasiswa yang sedang mempresentasikan proposalnya. 3. Tesis diharapkan berdampak, bukan hanya mengetahui gambaran suatu variabel sebagai mediator. 4. Presentasi diharapkan maksimal 5 slide, tidak banyak kata kata yang tidak diperlukan, tidak *fancy* dan perbanyak diagram atau grafis yang menunjukkan perubahan, tahapan intervensi diperjelas. 5. Mahasiswa yang menggunakan metode eksperimen diminta untuk mempersiapkan modul sedetail mungkin.
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar 20**%**. Hal ini dikarenakan peneliti sudah fix dengan judul, namun belum memperbaiki bab 2, menunggu selesainya tabel State of The Art penelitian.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:

Tanggal : 11 Mei 2026

Logbook Pertemuan 5

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	12 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Membuat Slide Presentasi Proposal tesis dalam maksimal 5 slide
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	Memperbaiki proposal Membuat Modul. Mempersiapkan Presentasi di depan Wakaprodi Psikologi Islam IOU yaitu DR Evi Hurriyati, MSi. pada hari Sabtu, 16 Mei 2026

Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	Detail Perbaikan Proposal: Menyelesaikan state of the Art penelitian Menghapus Kelompok Kontrol (Psikoedukasi) agar fokus pada 2 kelompok intervensi untuk mengetahui efektivitas BSP TIIV dibandingkan BSP Konvensional Dosen Pembimbing menyarankan mengubah BSP TIIV menjadi Spiritual BSP Modul diminta dibuat sedetail mungkin, terutama perjelas mengenai unsur nilai nilai Islamnya dan harus berlandaskan teori dan temuan. Cari tahu mengenai pentingnya variabel niat atau intention untuk masuk ke dalam modul. 5 bab tesis dapat diajukan menjadi 5 paper dan modul dapat diajukan menjadi paper, sehingga diharapkan mahasiswa semangat untuk memperbaiki proposal dan menyelesaikan tesis termasuk modul. memastikan homogenitas subjek dan alasannya, misalnya Komunitas Janda atau Komunitas Ibu Berdaya (Ibu dengan luka pengasuhan) atau jika menggunakan komunitas pengajian diperlukan data spesifik yang disampaikan di dalam proposal. Jika peneliti melakukan terapi, karena terapi ini baru dibuat dan sulit dilakukan bahkan oleh praktisi Brainspotting konvensional lainnya, maka masukkan ke dalam limitasi. Disarankan menggunakan setidaknya 1 orang asisten peneliti sebagai terapis.
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar 20**%**. Hal ini dikarenakan p eneliti sudah fix dengan judul, namun belum memperbaiki bab 2, menunggu selesainya tabel State of The Art penelitian.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:

Tanggal : 12 Mei 2026

Logbook Pertemuan 6

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)

MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)

INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	16 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Mempresentasikan Proposal Tesis dalam Mini Ujian Tesis di depan Dosen Pembimbing dan Bu DR Evi Hurriyati, M.Si Wakaprodi Psychology and Islamic Counseling IOU
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	1. Pelajari lagi perbedaan Quasi-experiment dan True Experiment 2. Masukkan dalam proposal mengenai validitas internal, pelajari lagi.

Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	Pelajari lagi RCT, jika pakai RCT pastikan ready semuanya. Pertimbangan energi, waktu, biaya, cek jadwal PMDS Milestone Buat modul yang detail segera, senin sudah jadi. Pastikan perbedaan Islamic & non Islamic dijelaskan, jangan sekedar nempel. Siapkan inform consent dan alat ukur, senin harus mulai disebar (Komunitas sudah bersedia). Ajukan permintaan surat ke IOU Senin: Proposal dan modul jadi, serta presentasi (Progress report mini sidang thesis dengan bu evi, Wajib menemukan 1 atau 2 jurnal, presentasikan)
Tingkat Perkembangan (%)	Tingkat perkembangan pada tahap ini diperkirakan sebesar 10**%**.

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5
6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:

Tanggal : 16 Mei 2026

Logbook Pertemuan 7

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Perempuan Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Senin, 18 Mei 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Memperbaiki proposal penelitian Membuat rancangan modul penelitian Mencari jurnal yang serupa (membuat paparan)
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	Cari jurnal yang identic dengan penelitian yang dilakukan, pelajari cara Analisa datanya Memperbaiki modul penelitian
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	Buat modul psikoedukasi yang bersifat motivational, dilengkapi dengan narasi. Jika intervensi baru maka silahkan untuk membuat modul yang baru, tapi jika intervensi sudah umum maka silahkan modifikasi modul yang sudah ada
Tingkat Perkembangan (%)	40%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	/5
2. Isi Buku Catatan	/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	/5
4. Kemandirian	/5
5. Berpikir Kritis	/5

6. Pengambilan Keputusan	/5
Total	**/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**/10**

Catatan:
Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M.Kes., M.Psych., PhD



Tanda Tangan:
Tanggal : 18 Mei 2026

Logbook Pertemuan 8

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Senin, 8 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	Masih sedang merancang modul Brainspotting Integrated Islamice Values
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	• Diberi keringanan untuk menggunakan BSP saja tanpa Islamic values sehingga tidak perlu expert judgement dan tidak perlu membuat modul, namun minta seluruh materi pelatihan Brainspotting dan kirim ke dosen pembimbing. • Terapi harus n=50 dan minimal masing masing 2 sesi. • Hanya membuat modul penelitian
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	• Jika sudah disapprove segera lakukan intervensi. • Tesis yang baik adalah tesis yang selesai.
Tingkat Perkembangan (%)	40%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5
6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**

Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan:

Tanggal : 8 Juni 2026



Logbook Pertemuan 9

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Selasa, 9 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Hanya 2 Terapis BSP yang bersedia membantu penelitian, namun dengan jadwal sesi yang sedikit dikarenakan padatnya klien dan padatnya agenda di bulan Juni, kecil kemungkinan 100 jam sesi selesai selama bulan Juni. • Menghubungi leader Brainspotting Indonesia • Menginformasikan bahwa Leader BSP Indonesia sangat mendukung untuk melalukan penelitian ini dan mendukung juga untuk edukasi Pulih dari Trauma dengan Brainspotting yang peneliti lakukan di komunitas Kelas Ibu Berdaya dan edukasi Parenting, Attunement dan Brainspotting Therapy di Keluarga Cikal Mulia. • Leader BSP Indonesia belum mengizinkan untuk memberi seluruh modul dan materi • Peneliti sudah menginput data 153 dari 213 responden memperoleh skor PTSD sedang dan berat.
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	•
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	•
Tingkat Perkembangan (%)	40%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	Nilai
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5
6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan: __

Tanggal : 9 Juni 2026



Logbook Pertemuan 10

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Rabu, 10 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Leader Brainspotting Indonesia mengizinkan untuk mencantumkan Langkah langkah dan alur intervensi karena ini adalah penelitian experimental dan merekomendasikan buku The Power of BSP di Amazon sebagai landasan; Intervensi harus sama misalnya outside window (lebih dierima karena orang dengan PTSD biasanya tidak terkoneksi dengan tubuhnya); • Waktu kurang dari 1 bulan untuk intervensi Brainspotting Therapy untuk n=50 (dikali 3 sampai 6 sesi = 150 hingga 300 jam 1on1) terlalu memaksakan. Literatur menunjukkan untuk individu dengan PTSD diperlukan setidaknya 3 sesi BSP.
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	• Pertimbangkan untuk tujuan intervensi cukup BSP Therapy efektif menurunkan PTSD bukan memulihkan PTSD. • Jumlah responden minimal tetap 50 dan jumlah sesi minimal 2 sesi
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	• Jika bertemu dengan hambatan, diskusikan dan cari jalan keluar supaya penelitian ini tetap berjalan dan bukan mencari plan B. • Cari apa yang harus kita toleransi atau sesuaikan.
Tingkat Perkembangan (%)	40%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5

4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5
6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan:

Tanggal : 10 Juni 2026



Logbook Pertemuan 11

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Efektivitas Brainspotting Therapy Integrated Islamic Value dalam Meningkatkan Resiliensi Trauma dan Religiusitas pada Individu Terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Rabu, 16 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Menyampaikan perkembangan terakhir • Menghubungi pihak IOU menanyakan keringanan Milestone PMDS yang mensyaratkan 21 Juli tesis sudah dikumpulkan • Menghubungi bebepa terapis Brainspotting Therapy yang bisa membantu penelitian • Menyampaikan bahwa untuk n=50 diperkirakan intervensi atau pengambilan data baru akan selesai akhir Agustus 2026
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	•
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	• Pertimbangkan untuk mengubah judul penelitian
Tingkat Perkembangan (%)	20%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5

6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan: __

Tanggal : 16 Juni 2026



Logbook Pertemuan 12

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

-

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Rabu, 19 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Menyampaikan opsi judul penelitian yang baru • Memeriksa kembali alat ukur
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	•
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	• Pertimbangkan untuk mengubah judul penelitian
Tingkat Perkembangan (%)	10%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5
6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan:

Tanggal : 19 Juni 2026



Logbook Pertemuan 13

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Pengaruh Religiusitas dan Kebahagiaan Perspektif Psikologi Islami terhadap Resiliensi Trauma pada Perempuan Muslimah terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Kamis, 20 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Menyampaikan opsi judul penelitian yang baru
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	• Memeriksa penelitian sebelumnya, apakah ada hubungan antara variabel tersebut • Memeriksa validasi alat ukur • Membuat Draft Rationale 2-3 lembar • Menyebar kuesioner • Membuat proposal sambil kuesioner disebar
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	
Tingkat Perkembangan (%)	30%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5
6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan:

Tanggal : 20 Juni 2026



Logbook Pertemuan 14

FORMULIR KONSULTASI MINOR DISSERTATION (PMDS 901)
MASTER OF SCIENCE IN PSYCHOLOGY AND ISLAMIC COUNSELLING (MSC PIC)
INTERNATIONAL OPEN UNIVERSITY (IOU)

JUDUL PROJEK MAHASISWA:

Pengaruh Religiusitas dan Kebahagiaan Perspektif Psikologi Islam terhadap Resiliensi Trauma pada Perempuan Muslimah terindikasi PTSD

Tinjau perkembangan proyek disertasi minor mahasiswa dengan memberikan komentar yang sesuai dan harapan mingguan tentang kemajuan mereka. Dokumen ini harus diisi setiap minggu oleh supervisor sebagai bagian dari buku catatan mahasiswa.

DIISI OLEH MAHASISWA	
TANGGAL	Kamis, 28 Juni 2026
Tugas-tugas yang telah diselesaikan	• Memeriksa penelitian sebelumnya, apakah ada hubungan antara variabel tersebut • Memeriksa validasi alat ukur • Membuat Draft Rationale 14 lembar • Menyebar kuesioner • Membuat proposal sambil kuesioner disebar
Tugas-tugas yang perlu diselesaikan sebelum pertemuan minggu berikutnya.	
Catatan/ Komentar dari Dosen Pembimbing	
Tingkat Perkembangan (%)	30%

Evaluasi pertemuan mingguan dan kemajuan mahasiswa akan didasarkan pada kriteria berikut:

Pertemuan Mingguan	**Nilai**
1. Kemajuan Perkembangan	4/5
2. Isi Buku Catatan	5/5
3. Kemampuan untuk mengidentifikasi isu/masalah dan memberikan solusi	4/5
4. Kemandirian	4/5
5. Berpikir Kritis	4/5

6. Pengambilan Keputusan	4/5
Total	**25/30**
Untuk proyek yang dilakukan secara individual, sesuaikan ke 10% = (Total/30) *10	**8,33/10**

Catatan:

Semua mahasiswa proyek tahun akhir harus **bertemu dengan supervisor mereka setidaknya enam kali** selama proyek ini untuk melaporkan kemajuan mereka. Semua **buku catatan harus disimpan oleh mahasiswa** setelah diverifikasi oleh supervisor mereka.

Komentar:

Diverifikasi Oleh:

Nama Dosen Pembimbing : Langen Nidhana Meisyalla, M. Kes,. M.Psych, PhD. Tanda Tangan: __

Tanggal : 28 Juni 2026



Lampiran 6. Hasil Output SPSS

Hasil Uji Heterokedastisitas

Variables Entered/Removed[a]

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Skor Total Religiusitas[b]	.	Enter

a. Dependent Variable: Abs_Res

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.017[a]	.000	-.009	21.05529

a. Predictors: (Constant), Skor Total Religiusitas

ANOVA[a]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	13.070	1	13.070	.029	.864[b]
	Residual	46992.461	106	443.325		
	Total	47005.531	107			

a. Dependent Variable: Abs_Res

b. Predictors: (Constant), Skor Total Religiusitas

Coefficients[a]

Model		Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	34.786	32.403		1.074	.285
	Skor Total Religiusitas	-.114	.665	-.017	-.172	.864

a. Dependent Variable: Abs_Res