

Bab II

Tinjauan Pustaka

A. Landasan Teori

A.1. Religiusitas

A.1.1. Pengertian Religiusitas

Menurut Driyarkara (Subandi, 1988), kata religi berasal dari bahasa latin *religio* yang akar katanya adalah *religare* yang berarti mengikat. Dalam Kamus Ilmiah Populer (Partanto & Albarry, 1994), kata religius diartikan sebagai ketaatan pada agama atau saleh.

Sedangkan menurut Subrata, manusia religius adalah manusia yang struktur mentalnya diarahkan sepenuhnya kepada pencipta nilai mutlak, yakni Tuhan, secara konsisten (Taufik, 1994).

Dari beberapa pengertian diatas, maka religiusitas dapat diartikan sebagai pengikatan diri atau ketaatan diri yang menyangkut penghayatan dan pengamalan semua perintah (anjuran/larangan) agama (Ahmad, 1997). Dalam Islam, pengertian seperti itu lebih dikenal dengan istilah *Taqwa*, yakni patuh, takut dan tunduk kepada Allah. Tanda-tanda taqwa diantaranya termaktub dalam Al-qur'anul karim, Allah berfirman dalam (Q.S. 2 : 177) yang berbunyi : “ bukanlah menghadapkan wajahmu ke arah Timur dan Barat itu suatu kebaktian. Kebaktian itu sesungguhnya adalah beriman kepada Allah, hari kemudian, malaikat-malaikat, kitab-kitab, nabi-nabi, dan memberikan harta yang dicintai kepada kerabat, anak-anak yatim, orang-orang miskin, musafir (yang memerlukan

pertolongan) dan orang yang meminta-minta dan memerdekakan hamba sahaya, mendirikan shalat dan menunaikan zakat, orang yang menepati janji apabila berjanji, dan orang-orang yang sabar dalam kesempitan, penderitaan dan dalam peperangan. Mereka itulah orang-orang yang bertaqwa “ .

Religi/agama lebih sering “ dimanfaatkan “ dari pada “ dihidupi “ oleh pelakunya. Suasana kehidupan keagamaan lebih diwarnai corak orientasi kehidupan keagamaan yang bersifat eksterinsik daripada intrinsik. Individu dengan orientasi ekstrinsik cenderung memanfaatkan agama demi kepentingannya sendiri dan akan memandang agama menurut kerangka kegunaan serta umumnya mengembangkan keyakinan agama secara selektif sejauh itu cocok atau sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan yang lebih primer. Sedangkan individu yang berorientasi intrinsik menunjukkan motivasi utama kehidupan keagamaannya dalam agama yang dianutnya (Alport & Ross, 1977).

Secara fungsional, religi/agama bertugas mengatur kehidupan manusia, baik sebagai individu maupun sebagai masyarakat, serta mengatur pemujaan kepada Tuhan agar tidak terjadi simpang siur. Dalam konteks religiusitas, bukan teori, aturan atau hukum yang berbicara, melainkan keikhlasan, ketulusan, penyerahan diri kepada Tuhan yang disertai rasa hormat dan cinta. Didalam religiusitas terdapat suasana penyembahan serta pemujaan yang tidak lagi mencari menang, karena tergenang oleh syukur, penuh kerendahan hati. Religiusitas lebih menekankan kepada penghayatan dan pengalaman daripada sekedar pengetahuan intelektual keagamaan (Mangunwijaya, 1986).

Lapangan yang paling dekat dengan manusia religius adalah lapangan sosial, karena orientasi terhadap nilai-nilai religius akan mendorong seseorang untuk bertindak pro-sosial, yaitu memberikan hidupnya untuk mengabdikan dan berbuat baik kepada sesama, serta tidak mementingkan diri sendiri. Adanya tingkat kesadaran religius yang tinggi akan mendorong seseorang untuk selalu berusaha berbuat baik, berpegang teguh pada moral, dan selalu berupaya menyelaraskan diri dengan nilai yang tertinggi dalam hidup. Dalam rangka mendekatkan dirinya kepada Tuhan, ia juga akan mentaati dan mengamalkan ajaran-ajaran agamanya, karena hanya dengan cara itulah manusia dapat menentukan jalan untuk berhubungan dengan Tuhan (Zakiah, 1985).

Nilai-nilai religius dalam pemeluk agama Islam, bersumber kepada Tauhid yang merupakan fondasi seluruh bangunan ajaran agama Islam. Pandangan hidup Tauhid bukan saja mengesakan Allah seperti diyakini kaum monotheis, melainkan juga meyakini kesatuan penciptaan (unity of creation), kesatuan kemanusiaan (unity of mankind), kesatuan tuntunan hidup (unity of purpose of life), yang semuanya itu merupakan derivat dari kesatuan ketuhanan (unity of Godhead) (Timisela, 2006).

Pada tahun 1984 Organisasi kesehatan se-Dunia (WHO) dalam sidang umumnya telah menerima bahwa dimensi spiritual/keagamaan setara pentingnya dengan dimensi-dimensi lainnya, yaitu fisik, psikologik dan psikososial. Dengan demikian terapi holistik yang dianjurkan adalah meliputi empat dimensi, yaitu : (1) terapi fisik/biologik, dengan obat-obatan psikofarmaka ; (2) terapi psikologik

(psikoterapi) ; (3) terapi psikososial ; (4) terapi psikospiritual/psikoreligius (Timisela, 2006).

A.1.2. Aspek-aspek Religiusitas

Berdasarkan hasil identifikasi tentang beberapa aspek religiusitas, terdapat lima aspek religiusitas yang berhasil diidentifikasi, yakni : (1) Aspek Iman, Mencakup hubungan manusia dengan Tuhan, malaikat, nabi, mukzizat, hari akhir, dan lain-lain. (2) Aspek Islam, Mencakup frekuensi dan intensitas pelaksanaan ibadah yang telah ditetapkan. Misalnya, shalat, zakat, puasa, haji, dan lain-lain. (3) Aspek Ihsan, Meliputi pengalaman atau perasaan tentang keberadaan Tuhan, rasa takut melanggar larangan-Nya, dan sebagainya. (4) Aspek Ilmu, Menyangkut pengetahuan seseorang tentang ajaran agamanya. Umpamanya pengetahuan tentang fiqh, tauhid, dan seterusnya. (5) Aspek Amal; Aspek terakhir ini berhubungan dengan pengamalan keempat aspek sebelumnya yang diaplikasikan dalam tingkah laku. Aspek ini menyangkut hubungan manusia dengan manusia serta lingkungan alamnya (Taufik., 1994).

Selain kelima aspek diatas, Glock dan Stark merumuskan religiusitas untuk sebagai komitmen religius (yang berhubungan dengan agama atau keyakinan iman), yang dapat dilihat melalui aktifitas atau perilaku individu yang bersangkutan dengan agama atau keyakinan iman yang dianut. Untuk dapat menilai kadar religiusitas seseorang, dapat dipakai aspek-aspek religiusitas berdasarkan Glock dan Stark sebagai berikut : (1) Ritual, yaitu aspek yang mengukur sejauh mana seseorang melakukan kewajiban ritualnya dalam agama yang dianut. Misalnya,

pergi ke tempat ibadah, berdo'a pribadi, berpuasa, dan lain-lain. (2) Ideologis, yaitu aspek yang mengukur tingkatan sejauh mana seseorang menerima hal-hal yang bersifat dogmatis dalam agamanya. Misalnya, menerima keberadaan Tuhan, malaikat dan setan, surga dan neraka, dan lain-lain. (3) Intektual, yaitu tentang seberapa jauh seseorang mengetahui, mengerti dan faham tentang ajaran agamanya, dan sejauh mana seseorang itu mau melakukan aktifitas untuk semakin menambah pemahamannya dalam hal keagamaan yang berkaitan dengan agamanya. Misalnya, mengikuti seminar keagamaan, membaca buku agama, dan lain-lain. (4) Pengalaman, yaitu berkaitan dengan sejauh mana seseorang tersebut mendapatkan pengalaman yang merupakan keajaiban dari Tuhan-nya. Misalnya, merasa do'anya dikabulkan, merasa diselamatkan, dan lain-lain. (5) Konsekuensi, yaitu berkaitan dengan sejauh mana seseorang itu mau berkomitmen dengan ajaran agamanya dalam kehidupan sehari-hari. Misalnya, menolong orang lain, bersikap jujur, mau berbagi, tidak mencuri, dan lain-lain. Aspek ini berbeda dengan aspek ritual. Aspek ritual lebih pada perilaku keagamaan yang bersifat penyembahan/adorasi sedangkan aspek konsekuensi lebih mengarah pada manusia tersebut dengan sesamanya dalam kerangka agama yang dianut (Hardi, 2008).

A.1.3. Religiusitas dalam Coping Stres

Hasil studi menunjukkan bahwa agama dan spiritualitas hendaknya dilibatkan dalam proses konseling psikologis. Hal ini karena agama dan spiritualitas sangat penting dalam usaha mengatasi stres (Graham, 2001). Hasil studi lainnya antara lain adalah suatu studi epidemiologik yang dilakukan oleh Lindenthal pada tahun 1970 dan Star pada tahun 1971, menunjukkan bahwa

penduduk/individu yang religius (beribadah, berdo'a dan berzikir) mempunyai resiko untuk mengalami stres jauh lebih kecil daripada mereka yang tidak bernuansa religius dalam kehidupan sehari-harinya (Danarto, 2007).

Selain itu, terdapat tiga peran religi dalam *coping stres* yaitu, (a). menawarkan makna kehidupan, (b). memberikan *sense of control* terbesar dalam mengatasi situasi, dan (c). membangun *self esteem* (Kusnadi, 1999).

Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa religi memainkan peran penting dalam mengatasi stres. Dua sumber coping yang biasanya dilakukan adalah *prayer dan faith in God* (berdo'a dan berserah diri pada Tuhan) (Hardi, 2008).

A.2. Stres

A.2.1. Pengertian Stres

Hans Selye adalah orang yang pertama kali memperkenalkan istilah *stres* ke dalam dunia kedokteran. Ia mengambilnya dari terminology fisika (*physics*) dimana stres diartikan sebagai tekanan, muatan atau beban (*load, burden*). Kata Indonesia yang sering dipergunakan untuk mengacu kata Inggris *stress* tersebut antara lain adalah ketegangan, tekanan dan beban mental. Selye sendiri mengartikan stres sebagai jawaban tak khas dari tubuh terhadap situasi menekan yang menyimpannya (Bahar, 1995).

Stres adalah suatu pengalaman hidup atau perubahan lingkungan individu yang cukup bermakna sebagai akibat ketimpangan antara tuntutan hidup dan kemampuan penyesuaian individu, stres menuntut penyesuaian psikologik dan sosial individu hingga mengganggu kehidupan rutinnnya (Maramis, 2005). Selain

itu, stres juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan subjektif yang dicirikan oleh dihayatinya secara sadar perasaan tak menyenangkan, menegangkan, mencemaskan, mengkhawatirkan, atau perasaan bahwa ada sesuatu yang salah, bahaya, malapetaka yang akan menimpa yang dirasakan atau diakui secara sadar oleh individu, walaupun individu tersebut mungkin tidak (selalu) mengetahui kenapa dan apa sumbernya. Jika keadaan ini berlebihan maka disebut *distress*. Tubuh akan berusaha menyalurkan rangsangan atau stres itu dalam bentuk penyesuaian diri (Hawari, 1996).

A.2.2. Epidemiologi Stres

Prevalensi seumur hidup gangguan stres (pasca-traumatik) diperkirakan 1 – 3 % dalam populasi umum, walaupun suatu tambahan 5 – 15 % mungkin mengalami bentuk gangguan stres yang subklinis. Diantara kelompok resiko tinggi yang merupakan anggota yang pernah mengalami peristiwa traumatik, angka prevalensi seumur hidup terentang dari 5 – 75 % (Kaplan & Sadock, 1994). Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit di Amerika Serikat menunjukkan prevalensinya sebesar 23,6 % untuk penderita stres (akut) (McKibben & Bresnick, 2008). Sedangkan prevalensi stres karena pekerjaan tercatat sebanyak 60 % dan 52 % diantaranya disebabkan oleh emosional distress (Steven, 2002).

Wanita memiliki resiko yang lebih tinggi terkena stres yakni 10 – 12 % dibandingkan dengan pria yang hanya 5 – 6 % pada kelompok usia dewasa muda. Selain itu, wanita memiliki kecenderungan untuk mengalami gangguan yang lebih berat (Bloomberg, 2007). Gangguan stres (pasca-traumatik) dapat tampak pada

setiap usia, tetapi gangguan ini paling menonjol pada dewasa muda, karena sifat situasi yang mencetuskannya. Tetapi anak-anak dapat mengalami gangguan stres (pasca-traumatik). Trauma untuk laki-laki biasanya pengalaman peperangan, dan trauma untuk wanita paling sering adalah penyerangan atau pemerkosaan. Gangguan kemungkinan terjadi pada mereka yang sendirian, bercerai, janda, mengalami gangguan ekonomi, atau menarik diri secara sosial (Kaplan & Sadock, 1994).

A.2.3. Kekebalan stres

Daya tahan atau nilai ambang frustrasi pada setiap orang berbeda-beda. Hal ini tergantung pada keadaan *somato-psiko-sosial* seseorang seperti : maturasi, pendidikan, status ekonomi, sosial budaya, dan lingkungan (Brojonegoro, 1988). Penilaian lain, ketahanan stres juga tergantung pada : umur, jenis kelamin, kepribadian, intelegensi, emosi, status sosial atau pekerjaan individu itu (Maramis, 2005).

Coping dapat dibedakan kedalam dua bentuk, yaitu *direct action* dan *palliation*. *Direct action* yaitu mengatasi masalah dengan melakukan sesuatu untuk menghilangkan masalah, sedangkan *palliation* adalah tingkah laku pertahanan diri yang oleh Freud disebut *Defense mechanism* (Morgan & King, 1975).

Terdapat dua respon seseorang terhadap stressor, yaitu : berupa respon yang destruktif atau yang konstruktif. Respon destruktif menyebabkan seseorang kehilangan orientasi, kecemasan, dan kehilangan kemampuan menyelesaikan masalah dengan baik. Sedangkan respon konstruktif membantu seseorang dalam menerima sebagai tantangan dalam penyelesaian konflik (Asmara, 2006).

Selain itu, terdapat tiga tingkatan kekebalan seseorang terhadap stres, yaitu : kebal, kurang kebal dan tidak kebal. Menurut alat ukur yang mereka buat, dinyatakan bahwa jika skornya kurang dari 30 maka orang tersebut dinyatakan kebal/tingkat toleransi terhadap stresnya tinggi, jika skornya 30 – 50 maka dinyatakan kurang kebal/tingkat toleransi terhadap stresnya sedang, dan jika skornya lebih dari 50 maka orang tersebut dinyatakan tidak kebal/tingkat toleransi terhadap stresnya rendah (Brojonegoro, 1988).

A.2.4. Stres pada remaja

Stresor adalah penyebab utama dalam perkembangan gangguan stress pasca trauma. Tetapi tidak semua orang akan mengalami gangguan stress pascatrauma setelah suatu peristiwa traumatik. Walaupun stressor diperlukan, namun stressor tidak cukup untuk menyebabkan gangguan. Faktor-faktor yang harus ikut dipertimbangkan adalah faktor biologis individual, faktor psikososial sebelumnya dan peristiwa yang terjadi setelah trauma (Kaplan & Sadock, 1994).

Terdapat empat faktor yang menyebabkan remaja menjadi stres, yaitu penggunaan obat-obat terlarang, kenakalan remaja, pengaruh negatif dan masalah akademis (Windle & Mason, 2004).

Menurut Garfinkel, secara umum penyebab stres pada remaja adalah : (1) putus dengan pacar, (2) perbedaan pendapat dengan orang tua, (3) bertengkar dengan saudara perempuan dan laki-laki, (4) perbedaan pendapat antara orang tua, (5) perubahan status ekonomi pada orang tua, (6) sakit yang diderita oleh anggota keluarga, (7) masalah dengan teman sebaya, dan (8) masalah dengan orang tua (Walker, 2002).

Selain itu, terjadinya stress pada remaja juga bisa disebabkan oleh tiga faktor berikut, yaitu *pertama*, faktor biologis yang meliputi, (a) sejarah depresi dan bunuh diri di dalam keluarga, (b) penggunaan alkohol dan obat-obatan dalam keluarga, (c) siksaan secara seksual dan fisik dalam keluarga, (d) penyakit serius yang diderita remaja atau anggota keluarga, (e) sejarah keluarga atau individu dari kelainan psikiatris seperti kelainan makan, skizofrenia, manik depresif, gangguan perilaku dan kejahatan, (f) kematian salah satu anggota keluarga, (g) ketidakmampuan belajar atau ketidakmampuan mental atau fisik, (h) perceraian orang tua dan (i) konflik dalam keluarga.

Kedua, faktor kepribadian yang meliputi, (a) tingkah laku impulsif, obsesif, dan ketakutan yang tidak nyata, (b) tingkah laku agresif dan antisosial, (c) penggunaan dan ketergantungan obat terlarang, tertutup, (d) hubungan sosial yang buruk dengan orang lain, menyalahkan diri sendiri dan merasa bersalah, dan (e) masalah dengan tidur dan makan.

Ketiga, faktor psikologis dan sosial yang meliputi, (a) kehilangan orang yang dicintai, seperti kematian teman atau anggota keluarga, putus cinta, kepindahan teman dekat atau keluarga, (b) tidak dapat memenuhi harapan orang tua seperti kegagalan mencapai tujuan, tinggal kelas dan penolakan sosial, (c) tidak dapat menyelesaikan konflik dengan keluarga, teman sebaya, guru, pelatih, yang dapat mengakibatkan kemarahan, frustrasi dan penolakan, (d) pengalaman yang dapat membuatnya merasa rendah diri dapat mengakibatkan remaja kehilangan harga diri dan penolakan, dan (e) pengalaman buruk seperti hamil atau masalah keuangan (Walker, 2002).

A.3. Remaja

A.3.1. Pengertian remaja

Istilah *Adolescence* atau remaja berasal dari kata latin *Adolescere* (kata Belanda, *Adolescentia* yang berarti remaja) yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa (Harlock, 1999).

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, yang dimulai pada saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 20 tahun atau menjelang masa dewasa muda. Remaja tidak mempunyai tempat yang jelas, yaitu bahwa mereka tidak termasuk golongan anak-anak tetapi tidak juga termasuk golongan dewasa (Marhaeni, 2004).

Masa remaja juga diartikan sebagai suatu waktu dengan onset dan lama yang bervariasi, adalah suatu periode antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Masa ini ditandai dengan perubahan perkembangan biologis, psikologis dan sosial yang menonjol (Kaplan & Sadock, 1994).

A.3.2. Periode masa remaja

Secara biologis remaja sebenarnya sudah tergolong dalam dewasa, dalam arti sudah cukup matang untuk memberikan keturunan. Namun secara psikologis, misalnya pemikiran, sikap, perasaan, minat dan kehendak (Bastaman, 1995). Masa remaja dibagi kedalam tiga periode, yaitu : Remaja awal (11 – 14 tahun), Remaja pertengahan (14 – 17 tahun), dan Remaja akhir (17 – 20 tahun) (Kaplan & Sadock, 1994).

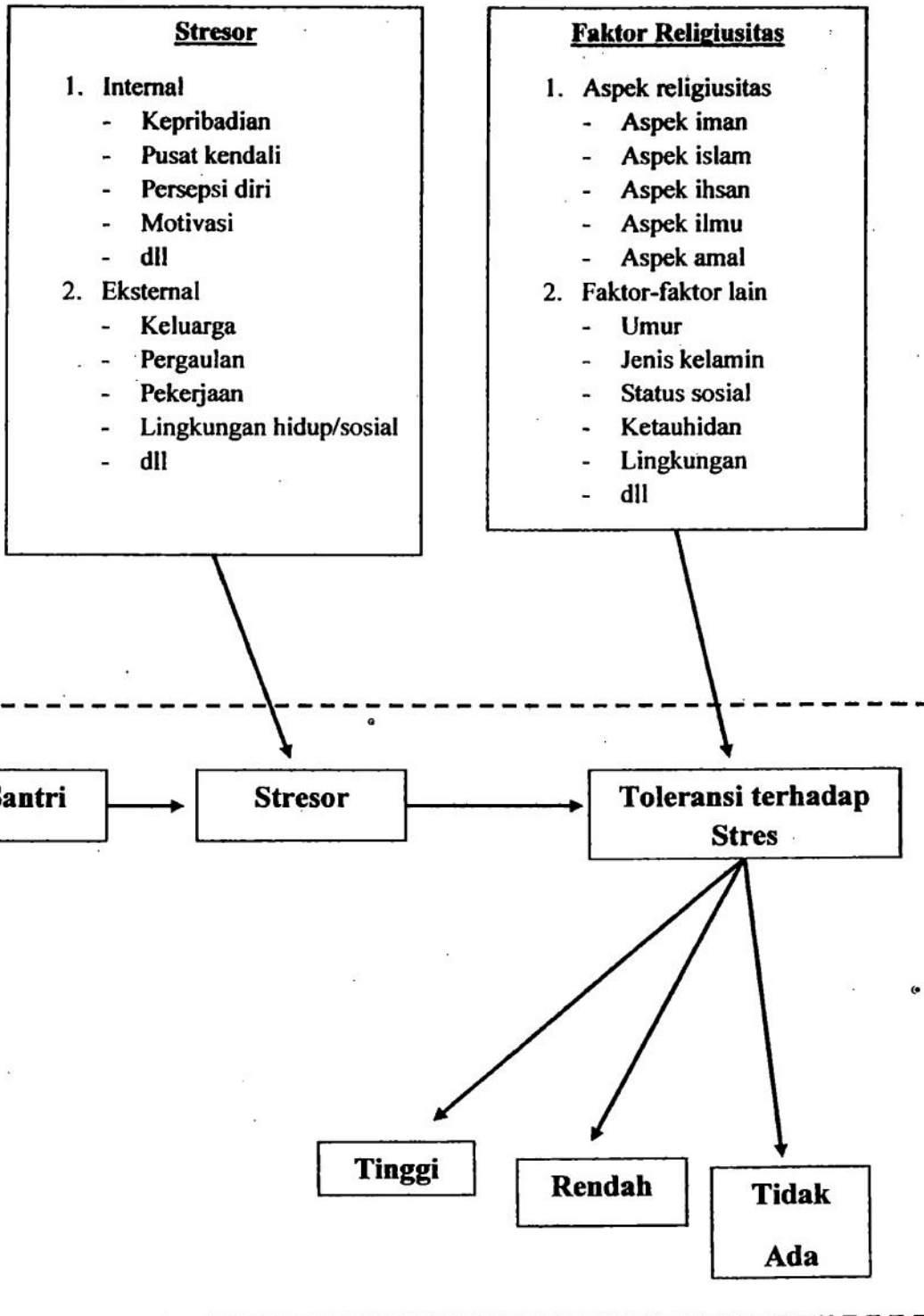
Berdasarkan tahap perkembangannya dalam menuju proses kedewasaan disertai karakteristiknya, pembagian usia remaja dibagi ke dalam tiga tahap, yaitu : (1) remaja awal (12 – 15 tahun), pada tahap ini, remaja masih merasa heran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan tersebut. Mereka mulai mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. (2) remaja madya (15 – 18 tahun), pada tahap ini, remaja sangat membutuhkan teman dan ada kecenderungan untuk narsistik yaitu mencintai dirinya sendiri, dengan cara lebih menyukai teman-teman yang mempunyai sifat-sifat yang sama dengan dirinya. (3) remaja akhir (18 – 21 tahun), pada tahap ini adalah masa mendekati kedewasaan yang ditandai dengan beberapa hal berikut, (a) pencapaian minat yang semakin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek, (b) egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dan mendapatkan pengalaman baru, (c) terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi, (d) egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain, dan (e) tumbuh dinding pemisah antara diri sendiri dengan masyarakat umum (Monks & Knoers, 1999).

A.3.3. Remaja santri, tingkat religiusitas dan toleransi stres

Remaja santri dapat diartikan sebagai penuntut ilmu agama (Islam) yang mengutamakan peribadatan pokok, khususnya shalat, mengaji Al-Qur'an, dan sangat memperhatikan doktrin Islam, khususnya yang banyak berkaitan dengan hal moral dan sosial (Sumarni DW., dkk, 1995).

Dua studi epidemiologik yang dilakukan oleh Lindenthal pada tahun 1970 dan Star pada tahun 1971 menunjukkan bahwa mereka (penduduk) yang berkehidupan religius (beribadah, berdoa dan berdzikir) mempunyai resiko untuk mengalami stres jauh lebih kecil daripada mereka yang tidak religius dalam kehidupan sehari-harinya (Danarto, 2007).

B. Kerangka konsep



Keterangan :

garis putus-putus pada skema konsep penelitian merupakan daerah yang akan diteliti

C. Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka tersebut, maka penulis membuat suatu hipotesa dalam penelitian ini. Yaitu,

- Terdapat hubungan positif antara tingkat religiusitas dengan toleransi stres pada remaja santri. Semakin tinggi tingkat religiusitas, semakin baik toleransinya terhadap stres.