

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja**

###### **a. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja**

Salah satu siklus kehidupan manusia adalah masa remaja. Remaja merupakan periode kritis peralihan dari masa anak-anak menjadi dewasa. Berbagai perubahan yang terjadi pada periode ini meliputi perubahan fisik, hormonal, psikologi maupun sosial (Batubara, 2016). Secara psikologis remaja mulai dihadapkan pada tugas-tugas yang harus dilalui sebagai proses menuju tahap pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya. Proses tersebut relatif cepat dan sangat berkaitan dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada remaja (Septiyani, 2017).

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya jumlah sel baik ukuran serta jaringan intraseluler, sedangkan perkembangan adalah maturasi sel – sel atau bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh dengan cara meningkatkan kematangan dan proses pembelajaran (Batubara, 2016). Pertambahan usia pada remaja akan menimbulkan perubahan bentuk tubuh, psikis dan kemampuan bersosial akibat adanya proses tumbuh kembang (Karmaya, 2017). Secara psikososial remaja dibagi kedalam tiga tahap yakni remaja awal (*early adolescence*), remaja pertengahan (*middle*

*adolescence*) dan remaja akhir (*late adolescence*) (Odje, Kadrianti, Benu, 2017).

Menurut Monks dalam Khairunnisa (2013) menyatakan bahwa tahap remaja awal usia 12-15 tahun, tahap remaja pertengahan 15-18 tahun, dan remaja akhir usia 18-21 tahun. Menurut WHO ditetapkan bahwa usia remaja antara 12-24 tahun. Selain itu BKKBN menjelaskan bahwa batasan usia remaja 10-21 tahun. Pertambahan usia tersebut mengakibatkan perubahan pada diri remaja, sehingga timbul konflik baik dari dalam diri remaja atau dari luar dirinya (Septiyani, 2017).

#### **b. Perubahan Hormonal pada Remaja**

Awal masa pertumbuhan dan perkembangan pada remaja disebut pubertas. Pubertas merupakan transformasi atau perubahan baik secara hormonal maupun fisik pada remaja (Batubara, 2016). Perubahan tersebut dipengaruhi oleh *gonadal steroid hormone* dan *GH*. Hal tersebut mengakibatkan perubahan komposisi tubuh, termasuk proporsi air, densitas otot, distribusi lemak tubuh dan peningkatan mineral tulang (Manna, 2014). Kontrol neuroendokrin dalam proses dimulainya pubertas belum diketahui secara pasti. Faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya proses pubertas yakni faktor genetik, nutrisi dan lingkungan lainnya (Baams et al., 2015; Kryst et al., 2012).

Saat masa pubertas, terjadi aktivasi hipotalamus mengakibatkan peningkatan sekresi GnRH yang kemudian diikuti dengan perubahan

sistem endokrin yang kompleks dengan umpan balik positif – negatif. Aktivasi tersebut diakhiri pematangan gonadal. Hipotalamus melepaskan GnRH yang kemudian diikuti hipofisis melepaskan LH dan FSH (Batubara, 2016; Fuqua, 2013). LH dan FSH memicu pelepasan testosterone dan estrogen oleh ovarium. Estrogen dan testosterone akan mempengaruhi perkembangan karakteristik primer dan sekunder pada remaja laki-laki maupun perempuan. Peningkatan kadar konsentrasi estrogen dan testosterone berperan penting dalam sekresi GH dan IGF-1. Proses perubahan hormonal tersebut yang memicu perubahan karakteristik primer dan sekunder pada remaja (Kumm, 2015).

### **c. Perubahan Fisik pada Remaja**

Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas menyebabkan remaja akhirnya punya kemampuan untuk bereproduksi (Batubara, 2016). Ada beberapa perubahan yang terjadi saat pubertas yakni penambahan tinggi badan, perkembangan seks sekunder, kematangan atau perkembangan sistem reproduksi, perubahan sirkulasi serta komposisi tubuh dan sistem respirasi yang berhubungan dengan stamina dan kekuatan tubuh (Fuqua, 2013). Perubahan fisik yang terjadi pada remaja relatif cepat (Manna, 2014).

Pertambahan tinggi badan pada remaja laki-laki kira – kira 10 cm pertahun dan remaja putri 9 cm pertahun (Batubara, 2016). Pertambahan tinggi badan pada remaja perempuan terjadi 2 tahun lebih awal. Puncak

pertumbuhan tinggi badan remaja laki – laki di usia 14 tahun dan remaja perempuan 12 tahun. Pertumbuhan ini akan berakhir pada usia 18 tahun untuk remaja laki – laki dan 16 tahun untuk remaja perempuan. Setelah usia tersebut lempeng epifisis akan menutup, terjadi maturasi tulang dan tinggi badan tidak akan bertambah (Kryst et al., 2012).

Perubahan lainnya adalah pertambahan berat badan yang terjadi akibat perubahan komposisi tubuh (Batubara, 2016). Remaja laki – laki mengalami pertambahan berat badan lebih dominan akibat bertambahnya massa otot. Remaja perempuan mengalami pertambahan berat badan diakibatkan karena bertambahnya massa lemak. Perubahan tersebut dipengaruhi oleh hormone steroid seks (Kryst et al., 2012).

Perkembangan seks sekunder terjadi selama pubertas dipengaruhi oleh perubahan hormonal (Batubara, 2016; Fuqua, 2013). Perubahan hormonal akan menyebabkan pertumbuhan rambut pubis dan menarke pada remaja perempuan pada usia 10 th. Laki – laki pada usia 9 tahun mengalami pertumbuhan penis, perubahan suara, rambut di lengan, timbul jerawat dan peningkatan produksi kelenjar minyak dan keringat. Remaja laki – laki mengalami mimpi basah sekitar usia 13 tahun bersamaan dengan puncak pertumbuhan (Graber, 2013).

**Tabel 2.1 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja Laki – Laki menurut Tanner dalam Manna (2014)**

Tahap	Genitalia	Rambut Pubis
1	Prapubertas	Tidak ada rambut pubis
2	Pertambahan volume testis, skrotum membesar, menipis dan kemerahan	Jarang, sedikit pigmentasi, agak ikal pada pangkal penis
3	Penis mulai memanjang dan membesar, baik diameter, volume testis dan skrotumnya	Tebal, ikal, meluas ke mons pubis
4	Testis dan skrotum tenis membesar, warna kulit skrotum makin gelap, penis semakin besar	Bentuk dewasa, belum meluas ke medial
5	Bentuk dan ukuran dewasa	Bentuk dewasa meluas ke medial

**Tabel 2.2 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja Perempuan menurut Tanner dalam Manna (2014)**

Tahap	Payudara	Rambut Pubis
1	Prapubertas	Tidak ada rambut pubis
2	Breast budding, menonjol seperti bukit kecil, areola melebar	Jarang, berpigmen sedikit, atas medial labia
3	Payudara dan areola membesar, tidak ada kontur pemisah	Lebih hitam, mulai ikal, jumlah bertambah
4	Areola dn papilla membentuk bukit kedua	Kasar, keriting, belum sebanyak dewasa
5	Bentuk dewasa, papilla menonjol, areola sebagai bagian dari kontur tubuh	Bentuk segitiga seperti pada perempuan dewasa, sampai medial paha

#### **d. Perubahan Psikososial pada Remaja**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Odje, Kadrianti, dan Benu (2017) mengenai determinan pertumbuhan dan perkembangan anak menyatakan bahwa ada hubungan antara pertumbuhan dan perkembangan anak dengan kebutuhan psikososial. Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan asah dan asih. Kebutuhan asah meliputi komunikasi, emosi-sosial, dan rangsangan dalam berfikir (Parra, Oliva, dan Sánchez, 2015). Kemampuan asih adalah perhatian, kasih sayang, rasa aman, dilindungi, mandiri, rasa memiliki, mendapat kesempatan, pengalaman dan dihargai. Remaja merupakan tahap dimana terjadi perubahan psikososial drastis (Batubara, 2016).

Menurut Batubara (2016), Graber (2013), Baams et al., (2015) Perubahan psikososial pada remaja terbagi dalam tiga tahap yakni remaja awal, remaja pertengahan dan remaja akhir.

- 1) Remaja awal usia 12-14 tahun karakteristik psikologis yakni krisis identitas, lebih mengekspresikan secara verbal, pentingnya teman dekat, berkurangnya rasa hormat pada tua, dan kadang berlaku kasar, berusaha mencari orang lain yang lebih disayangi selain orang tua, dan ada pengaruh lingkungan baik dalam hobi maupun pakaian. Fase remaja awal cenderung hanya peduli dengan masa sekarang. Secara seksual remaja awal mulai timbul rasa malu, mulai tertarik dengan lawan jenis. Remaja awal juga cenderung sulit dalam memecahkan

masalah juga mudah jatuh dalam perilaku beresiko seperti merokok, alcohol, dan masturbasi. Oleh karena itu peran orang tua sangatlah penting.

- 2) Remaja pertengahan usia 15 – 17 tahun karakter psikologis yakni mengeluh orang tua terlalu ikut campur dalam kehidupannya, menulis buku harian, *moody*, sangat memperhatikan penampilan, berusaha mendapat teman baru, memperhatikan kelompok secara selektif dan mulai bersedih karena ingin lepas dari orang tua. Periode ini remaja mulai tertarik akan karir dan intelektualitas. Secara seksual sangat memperhatikan penampilan, mulai punya dan sering berganti-ganti pacar.
- 3) Remaja akhir 18 – 21 tahun karakter psikologis yakni identitas diri menjadi lebih kuat, lebih menghargai orang lain, lebih konsisten terhadap minatnya, mampu memikirkan ide, mampu mengekspresikan perasaan dengan kata, dan emosi lebih stabil. Secara seksual remaja akhir mulai berhubungan serius dengan pasangan dan lebih memperhatikan masa depan.

Pertumbuhan dan perkembangan anak dalam islam berlangsung fase demi fase. Allah SWT berfirman dalam Qur'an surat Al-Mu'min ayat 67 bahwa *“Dia-lah yang menciptakan kamu dari tanah kemudian dari setetes mani, sesudah itu dari segumpal darah, kemudian dilahirkannya kamu sebagai seorang anak, kemudian (kamu dibiarkan hidup) sampai tua, di antara kamu ada yang diwafatkan sebelum itu. (kami perbuat demikian)*

*supaya kamu sampai kepada ajal yang ditentukan dan supaya kamu memahaminya*”). Nabi Muhammad SAW juga menjelaskan perkembangan psikologis anak bahwa “*Berkata anas; bersabda Nabi saw; anak itu pada hari ketujuh dari lahirnya disembilihkan aqiqah dan diberi nama serta dicukur rambutnya, kemudian setelah umur enam tahun dididik beradab, setelah sembilan tahun dipisah tempat tidurnya, bila telah umur 13 tahun dipukul karena meninggalkan sembahyang. Setelah umur 16 tahun dikawinkan oleh orang tuanya (ayahnya), ayahnya berjabat tangan dan mengatakan; saya telah mendidik kamu, mengajar dan mengawinkan kamu. Saya memohon kepada tuhan agar dijauhkan dari fitnahmu di dunia dan siksamu di akhirat*”.

## **2. Mekanisme Koping pada Remaja**

### **a. Definisi Mekanisme Koping pada Remaja**

Perubahan tumbuh kembang dari anak-anak menjadi dewasa usia 12 sampai 21 tahun terjadi pada remaja. Perubahan tersebut diikuti oleh perubahan fisiologi yakni pematangan organ seksual dan produksi hormonal, secara mental terjadinya kelabilan emosi, perubahan minat dan perilaku juga psikososial (Batubara, 2016). Remaja juga akan belajar bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri, dan mulai mempedulikan orang disekitarnya yakni keluarga, teman sebaya, ataupun lingkungan sosial lain disekitarnya. Perubahan tersebut tidak ayal memicu terjadinya stress juga tekanan pada diri remaja (Sudjiwanati, 2014).

Stres adalah suatu respon adaptif individu terhadap situasi yang diterima seseorang sebagai suatu tantangan atau ancaman atas keberadaannya (Nurmaningtyas, 2015). Stress pada remaja merupakan suatu hal yang wajar, yang perlu diperhatikan adalah cara mengatur dan memanajemennya sehingga stress yang dialami tidak menimbulkan reaksi negative bagi remaja (Ningrum, 2012). Koping merupakan proses pengelolaan perasaan atau respon psikologis yang secara sadar dilakukan oleh individu untuk mengendalikan dan mengurangi situasi yang dianggap menekan (Bayani dan Sawarsih, 2013). Remaja mengatasi situasi yang dianggap sebagai ancaman atau tekanan dengan cara yang berbeda-beda sehingga dapat mengatasi perasaan seperti kecemasan, tidak nyaman, rasa takut, kehilangan, berduka dan rasa bersalah (Mulyadi dan Hidayat, 2014).

Remaja dapat mengalami berbagai jenis permasalahan, cara untuk memecahkan masalah pun beraneka ragam. Remaja dapat mengatasi tekanan dengan hal positif ataupun hal negatif yang mengarah pada perilaku yang beresiko. Hal tersebut memerlukan respon dan upaya terus-menerus yang tepat terhadap masalah yang dihadapi (Safaria, 2012). Mekanisme koping berperan penting dalam mempertahankan kondisi kesehatan dan kesejahteraan selama dalam masa tekanan (Bayani dan Sawarsih, 2013). Secara teoritis (Lazarus dan Folkman, 1984) menjelaskan bahwa mekanisme koping merupakan upaya terus-menerus secara psikologis dan perilaku untuk mengatasi situasi yang menekan. Mekanisme koping jug merupakan segala cara yang dikerahkan untuk

mengelola atau mengatur stress yang sedemikian rupa dapat bersifat konstruktif ataupun destruktif (Sudjiwanati 2014; Stuart, 2016).

Mekanisme koping konstruktif adalah kondisi dimana seseorang mengalami kecemasan akibat tekanan (stress), hal tersebut justru akan digunakan sebagai tanda peringatan sehingga dalam hal ini remaja akan menerimanya sebagai suatu tantangan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Mekanisme koping destruktif adalah ketika kecemasan yang dianggap sebagai alarm atau peringatan terhadap adanya stress justru dianggap sebagai suatu beban tambahan sehingga remaja yang mengalami stress justru tidak dapat menyelesaikan konflik, ataupun akan menggunakan mekanisme koping yang menghindari (*resolusi*) (Stuart, 2016).

Allah SWT telah menjelaskan terkait dengan pemecahan masalah. Allah SWT telah menurunkan ayat bahwa Allah tidak akan memberikan beban di luar batas kemampuan orang tersebut. QS. Ar-Ra'd: 11 dijelaskan bahwa *“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum hingga mereka mengubah diri mereka sendiri”*. Allah SWT juga memparkan dalam QS. At-Thalaq ayat 2-3 bahwa *“Barang siapa bertakwa kepada Allah maka Dia akan menjadikan jalan keluar baginya, dan memberinya rezeki dari jalan yang tidak ia sangka, dan barang siapa yang bertawakal kepada Allah maka cukuplah Allah baginya, Sesungguhnya Allah melaksanakan kehendak-Nya, Dia telah menjadikan untuk setiap sesuatu kadarnya”*.

## **b. Bentuk Mekanisme Koping**

Menurut Lazarus dan Folkman dalam Bayani dan Sawarsih (2013) bentuk - bentuk dalam mekanisme koping sebagai berikut :

a) *Problem - Focused Coping*, atau upaya yang digunakan untuk memecahkan masalah (koping) yang berorientasi pada masalah. *Problem Focused Coping* adalah usaha yang dilakukan individu untuk mengurangi atau memecah stressor yang dihadapi (*koping*) dengan menggunakan aspek kognitif dalam menyiapkan strategi, kemudian mengambil tindakan langsung untuk merubah situasi (Hastuti, 2013).

1. *Planfull problem solving*, individu mementingkan bagaimana cara memecahkan masalah yang akan dilakukan, selain itu juga meminta pertimbangan dari orang lain, dan selalu bersikap hati-hati dalam memutuskan strategi yang telah dipilih.
2. *Direct action*, menyusun strategi yang akan dilakukan dan kemudian mewujudkannya dalam suatu tindakan secara langsung.
3. *Assistance seeking*, individu mencari dan membutuhkan bantuan dari orang lain dalam menyelesaikan permasalahannya.
4. *Information seeking*, individu berusaha mendapatkan ataupun mencari informasi dari orang lain untuk mendapatkan suatu informasi yang berkaitan dengan masalahnya untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

b) *Emotional-Focused Coping*, atau upaya yang digunakan untuk memecahkan masalah (koping) yang berorientasi pada emosi. Cara ini lebih ditekankan untuk menurunkan emosi negative yang dirasakan saat menghadapi tekanan. Jika individu tidak dapat mengubah kondisi, ia cenderung akan mengatur emosi (Hastuti, 2013).

1. *Avoidance*, individu cenderung menghindari masalah yang dihadapi bisa dengan cara berkhayal ataupun membayangkan jika ia dalam kondisi yang menyenangkan.
2. *Denial*, individu mengabaikan masalah yang dihadapi seolah – olah tidak terjadi apapun.
3. *Self criticism*, individu merasa terpuruk dan menyalahkan diri sendiri atas masalah yang dihadapi dalam waktu yang lama.
4. *Positive reappraisal*, individu melihat sisi positif dari masalah yang dihadapi sehingga mendapatkan suatu pengalaman dari apa yang telah terjadi pada dirinya, biasanya juga berhubungan dengan hal-hal yang religious.

Menurut Lin dan Chen dalam Safaria (2012) bentuk mekanisme koping terbagi menjadi *active problem coping*, *passive problem coping*, *active emotional coping*, dan *passive emotional coping*.

a) *Active Problem Coping* : individu berusaha memecahkan masalah dengan melihat pokok permasalahan, biasanya terdiri dari mengatasi masalah dan mencari bantuan.

- b) *Passive Problem Coping* : individu tidak berusaha memecahkan masalah, identik dengan menunda-nunda menyelesaikan masalah dan penghindaran masalah. Penghindaran ini dapat berupa perilaku seksual pranikah, penyalahgunaan alcohol dan obat-obatan.
- c) *Active Emotional Coping* : individu berusaha menyesuaikan diri dengan masalah yang dihadapi, identic dengan berfikir positif, mengontrol diri, mengalihkan perhatian pada hal positif, dan mencari sumber daya eksternal untuk membantu menyesuaikan emosi maupun memecahkan masalah.
- d) *Passive Emotional Coping* : individu cenderung menyalahkan Tuhan, oranglain bahkan menyerah. Individu juga kehilangan control

Hasil penelitian dari Ningrum (2012) menunjukkan bahwa *Problem Focused Coping* berhubungan negatif dengan kenakalan remaja. Hal ini berarti bahwa remaja yang mampu menggunakan *Problem Focused Coping* dengan baik akan mampu menurunkan kenakalan remaja. Sedangkan *Emotional Focused Coping* berhubungan negative dengan kenakalan remaja namun tidak signifikan. Hal ini berarti *Emotional Focused Coping* kurang dapat menurunkan kenakalan remaja.

Hasil penelitian lain yakni dari Hastuti (2013) menunjukkan bahwa strategi koping yang digunakan oleh siswa dengan perilaku agresif yakni sebanyak 58,7% siswa menggunakan strategi pemecahan berfokus pada masalah. 42,3% siswa menggunakan strategi pemecahan berfokus emosi.

Menurut Hastuti strategi pemecahan masalah yang dipilih oleh siswa dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pengaruh teman dan keharmonisan keluarga.

### **c. Sumber Koping**

Stuart (2016) menjelaskan bahwa sumber koping merupakan suatu pilihan atau strategi yang dianggap remaja mampu untuk membantu memecahkan masalah, menentukan langkah yang akan dilakukan atau dipilih selanjutnya dan juga untuk membantu remaja mengidentifikasi hal-hal yang dianggap beresiko bagi dirinya. Remaja dapat memilih sumber koping dan juga pilihan koping yang ada, sehingga remaja mampu memprediksi kemungkinan keberhasilan atau kegagalan dalam menerapkan strategi koping yang telah dipilihnya.

Beberapa hal yang termasuk kedalam sumber koping adalah asset finansial / kemampuan ekonomi, kemampuan dan keterampilan, dukungan social, motivasi serta gabungan semua tingkat hirarki sosial yakni lingkungan, masyarakat, komunitas, kelompok, keluarga, individu, sistem tubuh, organ, jaringan dan bahkan sel. Sumber koping lain yang juga dianggap penting meliputi keyakinan spiritual, ketrampilan menyelesaikan masalah, keterampilan social, modal material, pengetahuan dan inteligensi, juga identitas ego yang kuat, komitmen pada jaringan social, stabilitas budaya, sistem nilai dan keyakinan yang stabil, serta orientasi kesehatan yang bersifat pencegahan atau preventif (Stuart, 2016).

#### **d. Respon Koping**

Respon koping merupakan respon yang ditimbulkan setelah terjadinya proses pemecahan masalah pada remaja. Respon koping dikategorikan menjadi dua jenis yakni *Respon adaptif merupakan respon yang mendukung fungsi terintegrasi*. Respon ini bersifat positif ketika menghadapi stress, dalam hal ini remaja cenderung menuju pencapaian tujuan pembelajaran dan proses tumbuh kembang . Sebaliknya *Respon maladaptive merupakan respon yang dianggap menghambat fungsi integrasi*. Respon ini cenderung bersifat negative ketika menghadapi stress. Remaja cenderung responnya menghambat proses pertumbuhan dan perkembangan, mengurangi otonomi dan menghilangkan penguasaan atau control diri terhadap lingkungan (Stuart, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi dan Hidayat (2014) mengenai mekanisme koping dalam mengatasi kecemasan pada mahasiswa menunjukkan bahwa 76,6% mahasiswa telah menggunakan mekanisme koping yang bersifat adaptif. Sedangkan 23,4% sisanya menggunakan mekanisme koping maladaptif. Menurut Mulyadi dan Hidayat respon koping tersebut juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, tingkat kecemasan dan kondisi keluarga.

Allah SWT telah berfirman dalam QS Al-Baqarah ayat 152-153 bahwa *“Karena itu, ingatlah kamu kepada-Ku, niscaya Aku ingat (pula) kepadamu dan bersyukurlah kepada-Ku dan janganlah kamu mengingkari*

*(nikmat)Ku. Hai orang-orang yang beriman, jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu. Sesungguhnya Allah swt senantiasa bersama dengan orang-orang yang sabar“.* Erat kaitannya bahwa saat menghadapi masalah hendaknya kita senantiasa bersabar dan selalu mendekati diri pada Allah SWT.

### **3. Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja**

#### **a. Definisi Perilaku Seks Pranikah pada Remaja**

Remaja memiliki dorongan hasrat seksual yang muncul jauh lebih awal dari pada kesempatan untuk melakukan hubungan seksual secara bebas. Indonesia telah melarang hubungan seksual di luar jalur pernikahan, karena pernikahan di Indonesia umumnya menuntut persyaratan dan dapat dilakukan beberapa tahun setelah remaja (Wijaya, 2015). Besarnya dorongan hasrat seksual dan rasa keingintahuan yang tinggi pada remaja mengakibatkan remaja tidak dapat mengendalikan diri sehingga terjerumus dalam perilaku seksual pranikah (Khairunnisa, 2013).

Perilaku merupakan aktivitas manusia baik tidak teramati atau teramati oleh pihak luar, yang dapat terjadi karena adanya rangsangan atau stimulus (Putri dan Sari, 2016). Seksualitas adalah segala hal yang berhubungan dengan orientasi seksual maupun perilaku seksual (Azinar, 2013). Perilaku seksual pranikah adalah segala hal yang dilakukan karena adanya dorongan hasrat seksual, baik dilakukan secara berpasangan dengan lawan jenis atau sesama jenis maupun dilakukan sendiri dengan tanpa adanya ikatan perkawinan.

Perilaku seksual pranikah juga merupakan dampak dari pergaulan bebas (Banun dan Setyorogo, 2012; Putri, 2017).

#### **b. Faktor Perilaku Seks Pranikah**

Berdasarkan penelitian Arista (2015), Wijaya (2015), Rahmawati dan Realita (2017) disebutkan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah pada remaja antara lain meliputi :

1. Faktor intrinsik atau *presdisposing* merupakan faktor yang melekat pada diri individu (meliputi : pengetahuan, strategi coping, umur, jenis kelamin, tingkat religiusitas dan pendidikan).
2. Faktor pemungkin (*enabling factors*), merupakan faktor yang mendorong suatu perilaku dapat terjadi (meliputi : tempat tinggal, status ekonomi, akses terhadap media atau sumber informasi lain, dan fasilitas kesehatan).
3. Faktor penguat (*reinforcing factors*), merupakan faktor yang dapat memperkuat terjadinya suatu perilaku (meliputi peran orang tua dan keberadaan teman yang berperilaku beresiko).

#### **c. Bentuk Perilaku Seks Pranikah**

Menurut Sari (2016), Khairunnisa (2013), Lestari (2014), Putri (2017) bentuk – bentuk perilaku seksual adalah :

- a) Berfantasi seksual, merupakan perilaku berimajinasi atau membayangkan tentang aktivitas seksual. Berdasarkan hasil penelitian Sari (2016) terdapat berdiskusi tentang seks 51,8%, mengkhayal

38,7% membaca buku porno 25,6%, dan menonton video atau film porno sebanyak 49,4%.

- b) Pegangan tangan, aktivitas ini tidak begitu menimbulkan rangsangan seksual yang kuat namun memicu keinginan untuk mencoba hal yang lain. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase berpegangan tangan sebanyak 90,6%.
- c) Berpelukan, aktivitas ini menimbulkan perasaan tenang, aman juga nyaman disertai rangsangan seksual terutama jika mengenai daerah yang sensitive. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase berpelukan tangan sebanyak 90,6% dan menurut Sari (2016) 57,1%.
- d) Bericuman (*Kissing*), berupa sentuhan pipi dengan pipi, pipi dengan bibir maupun bibir dengan bibir. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase ciuman bibir sebanyak 62,5% dan mencium pipi 68,1%. Ciuman bibir menurut Sari (2013) sebanyak 36,3% .
- e) Masturbasi (wanita) atau onani (laki-laki), merupakan perilaku untuk merangsang organ kelamin untuk mendapatkan kepuasan seksual. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase masturbasi dan onani sebanyak 28,6%.
- f) *Necking*, merupakan perilaku mencium disekitar leher pasangan. Berdasarkan hasil penelitian Sari (2016) menunjukkan presentase *necking* sebanyak 26,8%.

- g) *Petting*, merupakan seluruh aktifitas *non-intercourse* seperti menempelkan alat kelamin ke pasangan atau segala bentuk kontak fisik seksual berat tapi tidak termasuk dalam intercourse, baik *light petting* (meraba payudara, alat kelamin pasangan) atau *hard petting* (menggosokkan alat kelamin sendiri ke alat kelamin pasangan, baik menggunakan pakaian ataupun tanpa pakaian). Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase meraba-raba bagian tubuh 28,6%, memegang alat kelamin dari luar baju 23,2%, memegang alat kelamin dari dalam baju 23,2% dan menggosokkan kelamin 19%; Arista (2015) *petting* sebanyak 10%.
- h) *Oral sex*, merupakan aktivitas seksual dimana memasukkan atau menyentuhkan alat kelamin ke mulut pasangan. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase berpegangan tangan sebanyak 13,1%.
- i) *Sexual intercourse*, merupakan aktivitas seksual dimana alat kelamin laki-laki ke alat kelamin perempuan. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan presentase berpegangan tangan sebanyak 8,3%; menurut Sari (2016) sebanyak 13,1%; menurut Arista (2015) 9,15%.
- j) *Anal sex*, merupakan aktivitas seksual dimana alat kelamin laki-laki dimasukkan ke dalam dubur.

Berdasarkan penjelasan tersebut segala tindakan yang menimbulkan resiko perilaku seksual pranikah tidak sesuai dengan ajaran agama Islam dan

telah dijelaskan dalam Al-Qur'an surat (Al-Ahzab ayat 33) . *“Hal demikian karena Allah SWT tidak menginginkan perempuan itu menampakkan apa yang semestinya mereka tutup dari anggota badan mereka, karena merupakan tradisi jahiliyah, dalam al-Qur'an hal ini disebut Ta'baruj”*. Allah SWT menjelaskan dengan tegas dalam Q.S An-Nur ayat 2 *“Perempuan yang berzina dan laki-laki yang berzina maka deralah tiap-tiap seorang dari keduanya seratus kali dera dan janganlah belas kahan pada keduanya mencegah kamu untuk (menjalankan) Agama Allah”*.

#### **d. Dampak Perilaku Seks Pranikah**

Menurut Wijaya (2015) Hubungan seksual yang dilakukan sebelum menikah dapat menyebabkan dampak secara fisik, psikologis dan sosial. Berikut beberapa dampak perilaku seksual pranikah pada remaja:

- a) Kehamilan tidak diinginkan, Heather dalam Wijaya (2015) menyebutkan bahwa di selatan dan tenggara Amerika Serikat tahun 2006 menunjukkan bahwa terdapat 435.000 kelahiran pada ibu dengan usia remaja yaitu 15-19 tahun dan melaporkan terjadi peningkatan sebesar 60% pada kehamilan remaja di negara bagian New Mexico dan 50% di negara bagian Texas.
- b) Pernikahan dini, berdasarkan data yang didapat dari Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat DIY tahun 2016 diketahui bahwa presentase perempuan usia dibawah 16 tahun di DIY yang telah melakukan perkawinan pertama tahun 2014 ada 22 kasus dari Kulon progo dan pada

2015 terjadi 11 kasus. Daerah Sleman pada 2014 terjadi 43 kasus dan pada 2015 ada 30 kasus (Savitri, 2015).

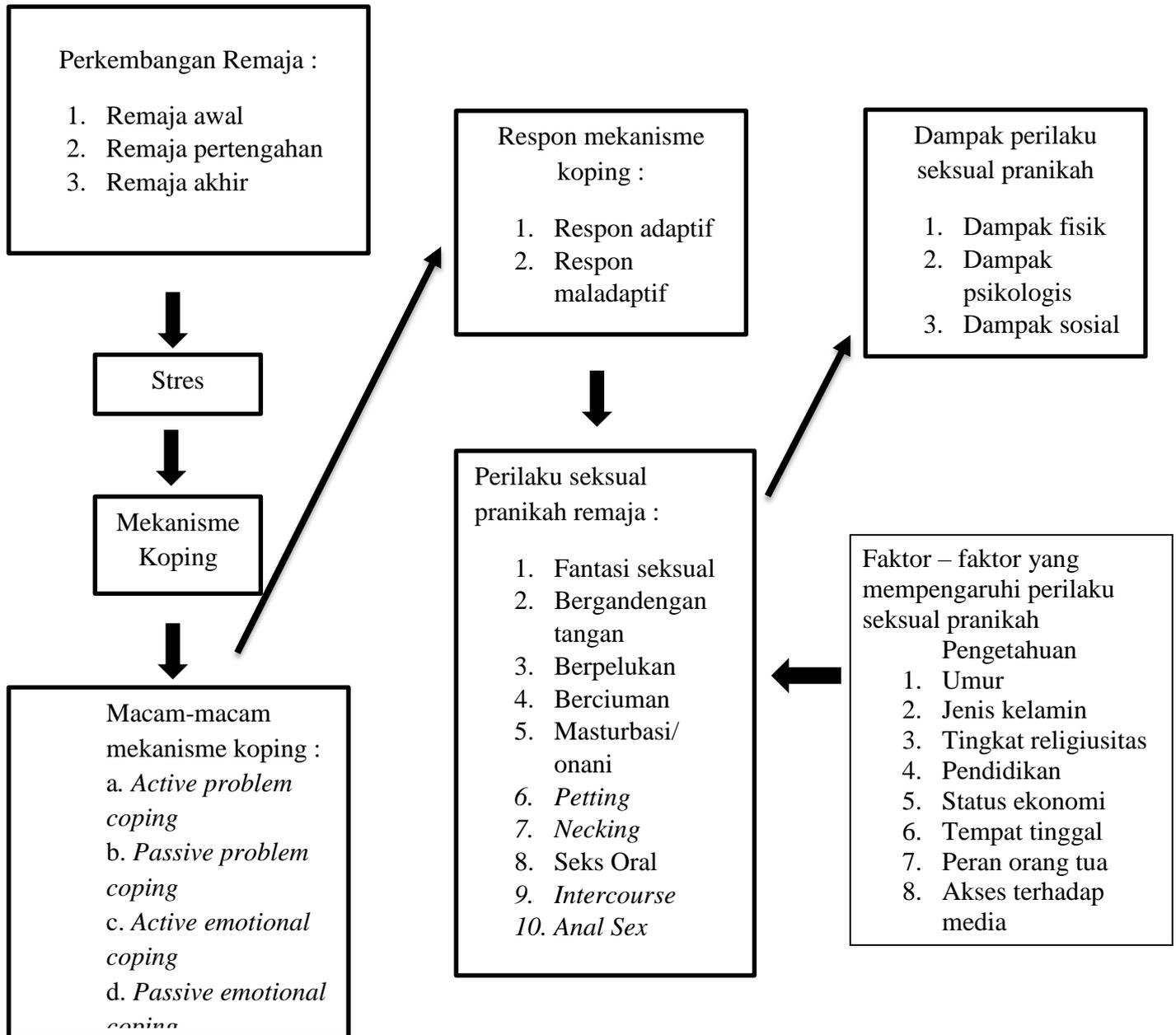
- c) Aborsi, merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan dengan sengaja baik dengan indikasi medis maupun tanpa indikasi medis. Hasil riset yang dilakukan oleh G. Institute di Amerika pada tahun 2010 tentang angka abortus, yaitu sebanyak 19,3% dari 1000 remaja perempuan melakukan aborsi karena kehamilan (Wijaya, 2015).
- d) Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS, Infeksi menular seksual dan HIV/AIDS merupakan dampak yang dapat ditimbulkan akibat perilaku seksual pranikah pada remaja. Remaja perempuan yang melaporkan pernah melakukan hubungan seksual, sebanyak 40% memiliki bukti laboratorium pernah menderita salah satu IMS tersebut, sebagian besar yang diderita adalah HPV 30% dan *Chlamydia* 7% (Hutami, Hartanto, dan Hendrianingtyas, 2014). Berdasarkan hasil dari laporan Ditjen PP dan PL Kemenkes RI (2014:3) terdapat total 4.400 penduduk usia 15-24 tahun di Indonesia yang terinfeksi HIV pada tahun 2014. Jumlah penderita HIV remaja mengalami penurunan dibandingkan pada tahun 2013 yaitu sebanyak 5.551 penduduk dan memiliki jumlah yang hampir sama jika dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu 3.661 penduduk pada usia yang sama (Wijaya, 2015).

Perilaku seksual pranikah merupakan salah satu akibat dari pergaulan seks bebas. Dampak yang terjadi adalah kehamilan yang tidak diinginkan, putus sekolah (*drop out*), pengguguran janin atau aborsi, terkena Penyakit Menular

Seksual (PMS), Human Immunodeficiency Virus (HIV), juga tekanan psikososial yang timbul karena perasaan bersalah telah melanggar aturan dan takut diketahui orang tua dan masyarakat (Ningsih, Purwanto, dan Sumiatun, 2017).

Menurut Sarwono (2011) perilaku seksual pranikah juga dapat menimbulkan dampak psikologis seperti rasa cemas, bersalah dan merasa berdosa yang mungkin timbul akibat kehamilan yang tidak diinginkan, dampak fisiologis dan dampak social. Dalam penelitian Muslimin (2016) menyebutkan bahwa kasus HIV/AIDS yang terjadi pada pria 54% dan wanita 29%. Hal itu terjadi karena tingginya intensitas pergantian pasangan serta kurangnya pengetahuan mengenai seksualitas.

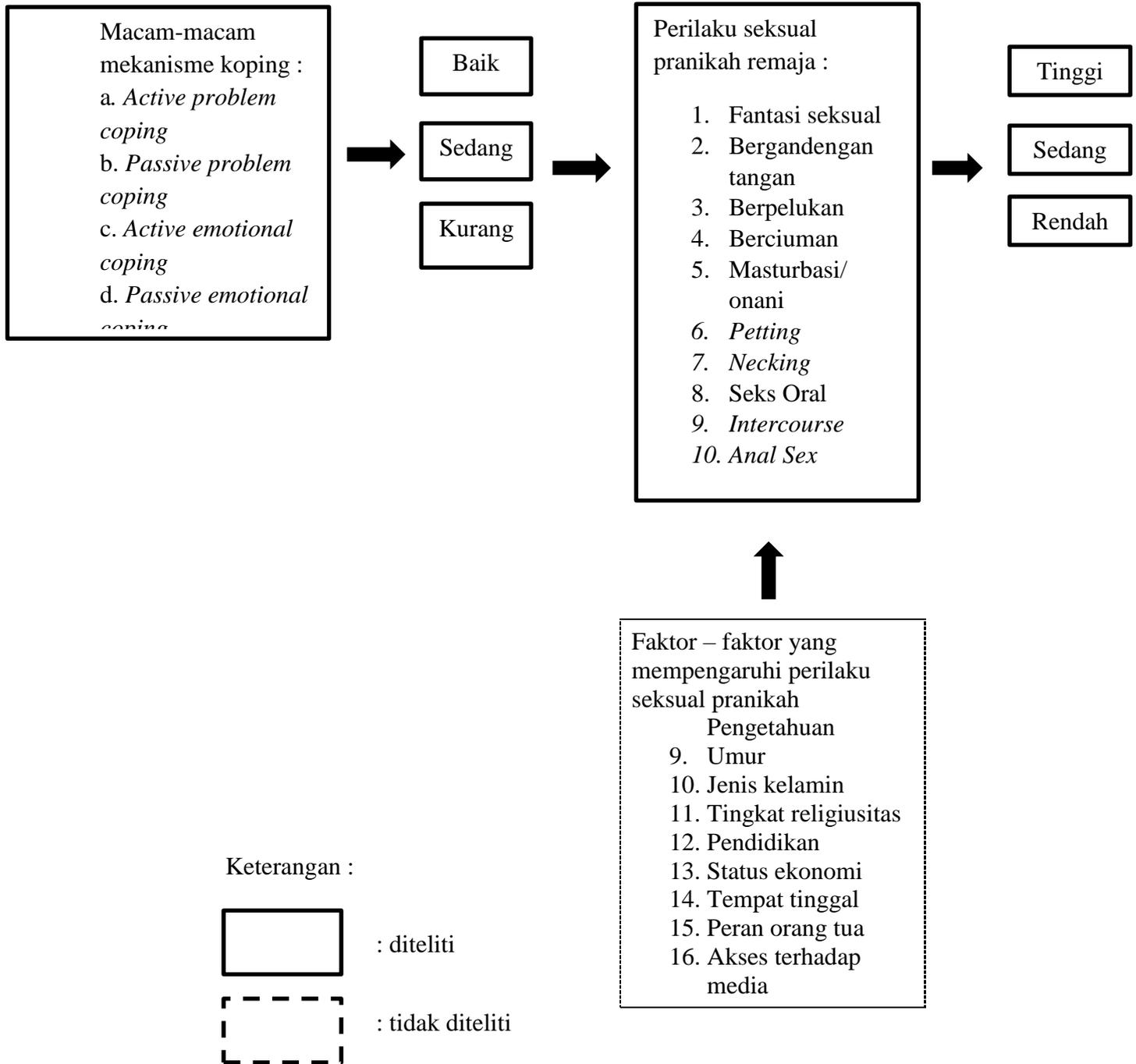
## B. Kerangka Teori



Skema 1. Kerangka Teori

Sumber : Ningrum (2012), Bayani dan Sawarsih (2013), Hastuti (2013), Sudjiwanati (2014), Mulyadi dan Hidayat (2014), Stuart (2016)

### C. Kerangka Konsep



Skema 2. Kerangka Konsep

#### **D. Hipotesis Penelitian**

H0 : Tidak ada hubungan antara mekanisme koping pada remaja dengan perilaku seksual pranikah.

H1 : Ada hubungan antara mekanisme koping pada remaja dengan perilaku seksual pranikah.