

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kecenderungan Tindakan *Self-Poisoning* Pada Remaja

##### 1. Pengertian Tindakan *Self-Poisoning*

*Self-harm* adalah masalah kesehatan umum yang besar pada remaja karena menjadi penyebab kematian kedua terbesar pada orang muda di seluruh dunia (Hawton, dkk, 2012). *Self-harm* menjadi semakin lazim setelah umur 16 tahun, meskipun sudah terdeteksi sejak masa kanak-kanak. Sebuah survey menemukan bahwa lebih dari 60.000 anak muda dengan rentang usia 12-24 tahun diketahui melakukan *self-harm* (SCIE, 2012).

*Self-harm* adalah istilah yang luas. Berbagai terminologi telah diberikan seperti *parasuicide*, *non-suicidal self-injury (NSSI)*, *attempted suicide*, *deliberate self-harm (DSH)*, *self-injury/self-injurious behavior*, *self-mutilation*, *self-inflicted violence*, *body marking* (Chandler, 2011). Dalam Wikipedia Encyclopedia, *self-destruction* sering dianggap memiliki kesamaan arti dengan *self-harm*. *Self-harm* mengarah pada bentuk kesengajaan kerusakan secara langsung (*direct distruction*) pada tubuh (<http://www.athealth.com/Consumer/disorders/selfharm.html>). Orang-orang bisa saja melukai atau meracuni diri mereka sendiri dengan menggores, memotong atau membakar kulit mereka, memukul diri mereka pada sebuah objek, meminum obat hingga overdosis, atau menelan benda-benda hingga masuk ke dalam tubuh mereka. Ada juga beberapa bentuk yang lain yang nyata seperti tetap

bertahan dalam sebuah hubungan yang penuh dengan pelecehan, mengembangkan pola makan yang tidak baik seperti *anorexia* dan *bulimia*. Kecanduan alkohol dan obat-obatan, atau mengabaikan kebutuhan fisik dan emosional. Selain itu juga *self-harm* adalah cara mereka mengkomunikasikan apa yang dirasakan pada orang lain. Perasaan-perasaan tersebut antara lain kemarahan, kesedihan, kehampaan, duka, kebencian terhadap diri sendiri, ketakutan, kesepian, dan rasa bersalah. *Self-harm* adalah tindakan seperti *self-injury* dan *self-poisoning* yang dilakukan secara sengaja oleh individu, dimana tindakan tersebut dipicu dari berbagai motivasi seperti masa-masa sulit yang dialami oleh individu (Mind, 2010). Ketika menghadapi masa-masa sulit, individu berusaha untuk menguasai perasaannya dan menghadapinya dalam hal ini yang dimaksud adalah *coping*. Favazza (1998) memandang *self-harm* sebagai sebuah strategi *coping* yang bertujuan untuk menghadapi emosi yang kacau dan bukanlah sebuah usaha untuk lari melalui cara bunuh diri. Bentuk-bentuk perilaku *self-harm* adalah sebuah fenomena yang berkembang dikalangan remaja dengan pengaruh yang signifikan. Ditinjau dari segi usia, *self-harm* dan berbagai macam perilaku yang muncul telah terdeteksi sejak awal masa remaja dan berkembang sampai pertengahan atau akhir masa remaja (Kirchner, dkk, 2011). Ditinjau dari segi tujuan, individu yang melakukan *deliberate self-harm* dibedakan menjadi dua yaitu mereka yang mati dan mereka yang menyakiti diri mereka sendiri (Khurram & Mahmood, 2008).

Freud berpendapat bahwa semua aktivitas yang memberi kenikmatan dapat dilacak hubungannya dengan insting seksual, sebagai bagian dari insting hidup dapat muncul bersama dengan insting destruktif (insting mati), menjadi

gejala *masochism*. *Masochism* adalah memuaskan dorongan seksual dengan menyerang atau menyakiti diri sendiri. Insting mati atau insting destruktif mendorong seseorang untuk merusak diri sendiri yang tersalur dalam ekspresi yang dilemahkan seperti menghukum atau menyalahkan diri sendiri (Pratiwi Dwi, 2010). Memperkuat pendapat Freud, *Self-destruction* adalah sebuah bentuk dari *self-punishment* dalam menanggapi kegagalan (Wikipedia Encyclopedia).

*Self-harm* adalah perilaku *self-poisoning* atau *self-injury* yang disengaja terlepas dari tujuan nyata dari tindakan tersebut (Nice 2007). Pernyataan yang sama juga dijelaskan oleh Alderdice, dkk (2010) bahwa *self-harm* sebenarnya bukanlah sebuah usaha yang termasuk pada indikator *suicide* (bunuh diri), akan tetapi merupakan sebuah bentuk yang aneh dari pemeliharaan diri. Namun, tidak menutup kemungkinan efek dari perilaku *self-harm* tersebut membuat individu berada pada resiko bunuh diri yang tinggi. Hal ini dapat terjadi apabila individu melakukan *self-harm* secara berulang kali. *Self-harm* adalah sebuah perilaku, manifestasi dari tekanan emosional. Ada penelitian yang mengatakan bahwa kasus-kasus *suicide* yang terjadi berhubungan dengan tindakan *self-harm* terutama *self-injury*. Faktor utama untuk *completed suicide* adalah *parasuicide* (juga dimaksud sebagai *deliberate self-harm* di beberapa studi di eropa). Sebagian dari korban-korban bunuh diri memiliki sejarah dalam *deliberate self-harm* (Kapur, dkk, 2004). Menurut Nice (2004) bentuk-bentuk *self-harm* adalah : a) Memotong, membakar, menggigit, b) membenturkan atau memukul kepala, c) menggores, d) mencabut rambut hingga terlepas dari akar, e) Overdosis / *self-*

*poisoning*, f) penyalahgunaan zat-zat, g) melakukan sesuatu yang beresiko, h) mengabaikan diri sendiri, i) Gangguan pola makan.

Berdasarkan hasil penelitian, dikatakan bahwa satu dari delapan remaja yang melakukan *self-harm* lebih banyak yang melakukan tindakan *overdosing* (Hawton, dkk, 2012). Berdasarkan data yang diperoleh oleh World Health Organization (WHO), mendekati 200.000 orang meninggal dunia karena meracuni diri dengan organophosphate. Tindakan meracuni tersebut ada yang tergolong *accidental* dan *non-accidental*. Sebuah studi retrospektif yang lain menunjukkan bahwa sebanyak 236 pasien *self-poisoning* diserahkan ke ICU A & E Department di Liaquat University Hospital Hyderabad sepanjang tahun 2008 (Memon, dkk, 2012).

Rangkaian *self-poisoning* bisa didefinisikan sebagai keterbukaan diri terhadap sejumlah zat (dengan menelan atau menghirup) yang berpotensi cukup signifikan untuk menimbulkan kerusakan. Rangkaian *self-poisoning* bisa berupa kecelakaan atau kesengajaan, fatal atau non-fatal. Beberapa penelitian mengklasifikasikan *self-poisoning* terdiri dari tiga kategori besar yaitu *suicide*, *accidental*, dan *deliberate*. *Suicide* melibatkan individu untuk melakukan tindakan *self-poisoning* dimana individu memiliki ide atau pikiran untuk bunuh diri dengan meminum atau menghirup zat-zat berbahaya sebagai ajang mengakhiri hidup mereka. *Accidental* melibatkan individu secara tidak sengaja mengkonsumsi zat-zat daripada merencanakannya. Dalam hal ini, individu menjadi pelaku *drug abuser* atau *drug addict* (Camidge, dkk, 2002). Kelalaian individu dalam penggunaan zat atau obat-obatan dapat menyebabkan akibat yang cukup fatal

yang dapat berakhir pada kematian, akan tetapi DSPlah yang menjadi penyebab kematian utama. Pestisida adalah jenis zat yang biasanya menjadi penyebabnya, khususnya di wilayah asia. Banyak studi yang menunjukkan bahwa DSP berada pada skala yang tinggi dalam mortalitas daripada *accidental poisoning*. Apabila melihat dari faktor *suicide* seringkali sulit untuk mendeterminasikan apakah individu yang meninggal benar-benar ingin melakukannya (Eddleston, 2000). *Deliberate* adalah merupakan suatu tindakan yang non-fatal dengan mengonsumsi zat-zat secara sengaja yang bertujuan untuk menimbulkan kerusakan (Camidge, dkk, 2002). *Self-poisoning* didefinisikan sebagai pemberian diri terhadap obat-obatan dengan melebihi dosis yang ditentukan tanpa melihat apakah ada bukti-bukti bahwa tindakan tersebut bertujuan untuk menyakiti diri sendiri (Bancroft, dkk, 1975).

*Self-poisoning* tidak hanya hangat dibicarakan di dunia klinis tapi juga di dunia medis. Meskipun *deliberate self-harm* (DSH) berada dibawah wilayah psikiatrik, akan tetapi pasien yang melakukan tindakan *deliberate self-poisoning* ditangani oleh unit-unit medis. Penyebab utama dari 50.000 kematian bahkan lebih per tahun berkaitan dengan DSH di wilayah Asia Pasifik. ). Di Indonesia sendiri khususnya Surabaya, dikutip dari situs yang bernama detik.com, Dr. Nalini Muhdi Agung, SpKJ (K), dokter spesialis kejiwaan RSUD Soetomo Surabaya memberikan keterangan pada jumpa pers World Mental Health Day bahwa diketahui 27 korban meninggal karena percobaan bunuh diri. Beliau menambahkan bahwa jumlah yang belum diketahui masih banyak. Dijelaskan

bahwa jumlah kematian tersebut ada kaitan dengan depresi yang terjadi pada kaum remaja dan yang mendominasi adalah wanita.

Sifat wanita yang lemah membuat mereka lebih mudah berputus asa yang berujung pada usaha untuk percobaan bunuh diri, akan tetapi bila dilihat dari kematian, kaum pria lah yang lebih mendominasi karena metode yang digunakan oleh kaum pria lebih fatal daripada wanita. Apabila kebanyakan wanita berusaha untuk bunuh diri dengan cara meminum racun serangga dan obat pel, pria lebih pada menggantung diri, menyayat nadi, dan melompat dari ketinggian. Berdasarkan surveilans departemen kesehatan Virginia tahun 2006, dari 33.300 kematian bunuh diri di Amerika Serikat, 18,3% adalah kasus keracunan yang disengaja. Terkhusus di negara bagian North Caroline tahun 2008, sebanyak 219 kasus (20%) dari kematian akibat bunuh diri menggunakan metode dengan meracuni diri sendiri. *Self-poisoning* dengan berbagai zat mulai dari obat-obatan, pestisida hingga produk rumah tangga yang tersedia adalah metode paling umum yang dilakukan, dengan proporsi 70% di Sri Lanka, 55% di Bangladesh, 47% di Indonesia, 37% di India, dan 23% di Thailand. (Pardede dkk, 2012).

Khurram dan Mahmood (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa orang-orang yang berusaha untuk melakukan DSP dapat memiliki tujuan bervariasi yang manipulatif/mengancam, dan bunuh diri yang terpenting. Mayoritas orang-orang yang berusaha untuk melakukan DSP tidak ingin bunuh diri. Mereka melakukannya karena depresi, marah, cemburu, atau ingin mencari perhatian.

Hubungan antara DSP dengan *suicidal* dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki oleh individu tentang jenis obat-obatan. Maksudnya adalah individu akan menggunakan jenis obat-obatan yang memiliki tingkat kefatalan yang cukup tinggi untuk mengakhiri hidupnya tanpa harus menggunakannya secara bertahap, misalnya OP (Khurram & Mahmood, 2008).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *self-harm* memiliki istilah yang luas yaitu *parasuicide*, *non-suicidal self-injury* (NSSI), *attempted suicide*, *deliberate self-harm* (DSH), *self-injury/self-injurious behavior*, *self-mutilation*, *self-inflicted violence*, *body marking*. *Self-harm* adalah cara mengkomunikasikan apa yang dirasakan pada orang lain. Perasaan-perasaan tersebut antara lain kemarahan, kesedihan, kehampaan, duka, kebencian terhadap diri sendiri, ketakutan, kesepian, dan rasa bersalah. *Self-harm* juga adalah sebuah strategi *coping* yang bertujuan untuk menghadapi emosi yang kacau dan bukanlah sebuah usaha untuk lari melalui cara bunuh diri. *Self-harm* sebenarnya bukanlah sebuah usaha yang termasuk pada indikator *suicide* (bunuh diri), akan tetapi merupakan sebuah bentuk yang aneh dari pemeliharaan diri, namun tidak menutup kemungkinan efek dari perilaku *self-harm* tersebut membuat individu berada pada resiko bunuh diri yang tinggi. Hal ini dapat terjadi apabila individu melakukan *self-harm* secara berulang kali. *Self-harm* terbagi dalam dua kategori besar yaitu *self-injury* dan *self-poisoning*. Rangkaian *self-poisoning* adalah keterbukaan diri terhadap sejumlah zat (dengan menelan dan menghirup) yang berpotensi cukup signifikan untuk menimbulkan kerusakan. Apabila melihat kasus yang terjadi khususnya di Indonesia, percobaan bunuh diri yang berkaitan dengan depresi

terjadi pada remaja terutama pada wanita karena sifatnya yang lemah dan lebih mudah berputus asa. Apabila melihat dari kasus kematian, kaum pria lebih mendominasi karena metode yang digunakan lebih fatal daripada wanita.

## 2. Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan *Self-Poisoning*

Individu yang melakukan tindakan *self-harm* jelas pernah mengalami masa-masa sulit diluar kendalinya serta tidak menerima dukungan ataupun bantuan yang diperlukan pada saat itu seperti kekerasan fisik, pelecehan emosional dan seksual, mengalami penolakan dalam hidupnya, dan berbagai hal menyakitkan lainnya (Mind, 2010).

Alasan yang muncul ketika melakukan tindakan *self-poisoning* adalah karena ingin mencari perhatian, lari dari tuntutan-tuntutan, ingin merasa nyata, ingin merasa hadir dalam komunitas masyarakat ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)) atau dalam kasus yang ekstrim yaitu bunuh diri (Teen Health and Wellness, 2013).

*Trigger* dari tindakan *self-poisoning* sendiri tidak jauh berbeda dengan *trigger* dari bunuh diri (*suicide*) sehingga penjelasan yang diberikan beberapa ahli yang meneliti kasus bunuh diri (*suicide*) dan kasus tindakan *self-poisoning* hampir memiliki kesamaan. Darcy dan Paul Granello (2007) menspesifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi *suicide risk* pada remaja.

### a. Faktor demografis

Meskipun tindakan bunuh diri pada remaja terutama ada pada lingkungan pria, *suicidal ideation* dan *suicide attempt* jauh lebih umum pada wanita. Lebih dari 1 sampai 3 remaja perempuan menggelari diri mereka secara

signifikan tertekan dan tidak berpengharapan hampir setiap hari lebih dari 2 minggu selama 12 bulan, dibandingkan dengan 22 % laki-laki. (centeres for discease control and prevention, 2004)

b. Faktor emosional

Remaja yang melakukan percobaan bunuh diri maupun bunuh diri secara menyeluruh memiliki tingkat stress negatif psikologis lebih tinggi daripada bunuh diri diantara kawan sebaya mereka. Faktor psikologis yang lain melingkupi masalah pada identitas khususnya identitas seksual, keadaan *mood* yang fluktuatif, tidak berpengharapan, kemarahan dan impulsivitas (Wetzler, 1996), gangguan kepribadian antisosial/gangguan perilaku (Apter1988, dkk ; Brent, dkk 1933), kecemasan (sareen, dkk, 2005 ; Strauss, dkk, 2000) juga berujung pada *suicidal behavior (self-poisoning)*, secara khusus ketika seseorang mengalami kecemasan dan depresi. Dari berbagai macam kelompok usia, faktor depresi dari tidak berpengharapan sepertinya yang paling menonjol yang bergerak dari depresi umum pada resiko yang tinggi untuk bunuh diri (Beautrais, dkk, 1999).

c. Faktor kognitif

Faktor kognitif utama pada remaja, adalah struktur kognitif yang keras dan kaku dengan keahlian *coping* yang buruk. Distorsi kognitif yakni generalisasi yang berlebihan, menyukai satu ide atau pemikiran, atau malah tidak punya pemikiran sama sekali) yang seringkali muncul. Faktor kognitif yang lain adalah munculnya ketidakmampuan untuk belajar. Remaja dengan ketidakmampuan belajar, secara khusus remaja yang disertai dengan stres psikologis negatif dan keahlian *coping* yang buruk, secara khusus sangat rentan dengan tindakan bunuh

diri. Faktor kognitif yang lain adalah faktor eksternal dan perspektif masa depan yang kurang (Beautrais, dkk, 1999)

Faktor eksternal adalah remaja telah berada pada batas kemampuan atau tidak ada kemampuan untuk mendeterminasikan akibat dari apa yang dilakukan dalam kehidupan remaja. Peristiwa eksternal adalah orang-orang dan lingkungan yang mendikte tindakan remaja, yang akhirnya secara sederhana membuat remaja menjadi reaktif daripada proaktif dalam hidup. Faktor kognitif yang terakhir adalah perfeksionis. Ironis, ada beberapa remaja yang secara akademis memiliki pencapaian yang tinggi, sukses dalam sosial, dan sepertinya sangat berorientasi pada masa depan yang sangat beresiko untuk bunuh diri jika perfeksionis. Perfeksionis adalah sebuah maladaptif ketika gagal dalam menghadapi standar pencapaian yang diatur terlalu tinggi (Donaldson, dkk, 2000). Remaja melakukan tindakan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri (*self-harm*) sebagai mekanisme *coping*.

#### d. Faktor lingkungan

Secara umum, keluarga adalah faktor yang cukup berpengaruh pada remaja termasuk yang berasal dari keluarga yang berkonflik yang tidak responsif terhadap kebutuhan remaja, orang tua yang kecanduan minuman keras, kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan fisik dan seksual, isolasi terhadap sosial dan hubungan antar teman sebaya yang buruk adalah tambahan untuk faktor lingkungan ini.

Kasus perilaku mencederai diri sendiri pada anak dan remaja semakin banyak terjadi dibandingkan sebelumnya. Bunuh diri menduduki urutan ke-empat penyebab kematian pada anak-anak berumur 10-14 tahun dan urutan ke-tiga penyebab kematian pada remaja berumur 15-19 tahun Soetjiningsih (dalam Putranti, 2009). Menurut Soetjiningsih, ada beberapa faktor risiko perilaku mencederai diri sendiri yang terjadi pada remaja yaitu :

a. Faktor Biologis

Faktor-faktor biologis memiliki peranan yang bermakna dalam perkembangan masalah-masalah kesakitan termasuk penyalahgunaan zat. Riwayat bunuh diri, adiksi dan gangguan mental seperti depresi dalam keluarga, meningkatkan risiko kejadian bunuh diri. Bunuh diri pada orang muda hampir selalu impulsif, karena itu sangat penting untuk memonitor anak dan remaja dengan keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa dan atau adiksi terhadap tanda-tanda distress.

b. Gangguan Mental

Anak yang terdiagnosis dengan gangguan mental seperti Attention Defisit Hyperactivity Disorder (ADHD), depresi, kesulitan tidur atau gangguan bipolar, lebih berisiko melakukan bunuh diri dibandingkan populasi umum. Perasaan terisolasi atau tanpa pengharapan akan masa depan dapat membawa seseorang pada ide bunuh diri. Oleh karena itu, penting bagi remaja untuk mengerti bahwa tidak perlu malu atau merasa bersalah dalam mencari pertolongan sehubungan dengan masalah kesehatan karena perilakunya.

c. Penyalahgunaan Zat

Penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol pada remaja memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap kejadian bunuh diri karena pengaruhnya terhadap perubahan pola pikir yang diakibatkan oleh zat-zat tersebut. Para ahli percaya bahwa banyak kasus overdosis merupakan suatu kesengajaan yang menyebabkan kematian walaupun tidak digolongkan dalam bunuh diri.

d. Kaum Minoritas

Kaum minoritas termasuk gay, lesbian dan remaja biseksual memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap terjadinya bunuh diri yaitu sekitar 300% lebih tinggi dari angka rata-rata nasional.

e. Masalah Keluarga

Anak-anak dan remaja yang lari dari rumahnya juga berisiko terhadap kasus bunuh diri dan masalah serius lainnya dalam fisik dan mental. Keputusan untuk lari dari rumah secara umum dipacu oleh konflik keluarga dan pemberontakan.

f. Masalah Sosial

Masalah sosial dapat mendorong anak-anak pada ide bunuh diri, anak-anak yang mengalami kekerasan, kecanduan, kemiskinan dan penyalahgunaan secara seksual, fisik dan emosional memiliki risiko yang lebih besar untuk terjadinya bunuh diri pada anak dan remaja.

#### g. Masalah Sekolah

Tantangan-tantangan akademis dan kegiatan ekstrakurikuler dapat menyebabkan stress yang sangat besar. Tekanan untuk mendapatkan tujuan yang tidak realistis dapat mendorong kaum muda untuk mempertimbangkan melakukan bunuh diri.

#### h. Masalah Cinta

Sebagai pelampiasan dari kehidupan keluarga yang buruk, banyak remaja memilih untuk menjalin hubungan dengan lawan jenisnya. Bunuh diri sering terjadi saat remaja yang menggantungkan diri dengan hubungan percintaan ini mengalami putus cinta. Cinta adalah perasaan menyayangi dan mengasihi yang dimiliki oleh siapapun (Satria, 2009, <http://www.wikimu.com/>, Retrieved March 26, 2009). Hubungan cinta tidak selamanya berjalan dengan lancar hingga menuju ke jenjang pernikahan yang kemudian membuahkan anak. Hubungan cinta yang berakhir merupakan salah satu penyebab stress yang terjadi pada remaja.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan *self-poisoning* yaitu faktor demografis, emosional, kognitif, lingkungan, gangguan mental, penyalahgunaan zat, kaum minoritas, masalah keluarga, sosial, sekolah, dan cinta.

### **3. Karakteristik Remaja**

Masa remaja tergolong masa yang sangat menentukan karena pada masa ini individu mengalami banyak perubahan pada psikis dan fisiknya (Zulkifli, 2009). Papalia dkk (1989) mengatakan bahwa diantara masa kanak-kanak dan

masa dewasa terdapat sebuah masa transisi yang dikenal sebagai remaja. Menurut Piaget (dalam Hurlock, 1980), secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa di bawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama. Sifat dasar remaja adalah takut dikendalikan, didominasi, di halangi oleh orangtua (Watson & Lindgren, 1979).

Dalam ilmu-ilmu kedokteran dan ilmu-ilmu lain yang terkait seperti ilmu biologi dan ilmu faal, remaja dikenal sebagai suatu tahap perkembangan fisik, yaitu masa alat-alat kelamin manusia menacapai kematangannya (Sarwono, 2012). Kematangan disini tidak hanya kematangan secara fisik, tetapi terutama kematangan sosial-psikologis, Muss (dalam Sarwono, 2012). Perkembangan kepribadian seseorang, remaja mempunyai arti khusus bahwa masa remaja merupakan fase transisi yang tidak jelas dalam rangkaian proses perkembangan seseorang. Remaja tidak termasuk dalam golongan anak tetapi juga tidak pula termasuk dalam golongan orang dewasa. Remaja berada diantara golongan anak dan orang dewasa, sehingga remaja masih belum mampu untuk menguasai fisik maupun psikisnya (Monks, 2002).

Masa pemuda adalah masa yang terpenting dan sangat menentukan, dalam hal ini menentukan kehidupan keluarga, bahkan nasib bangsa dan negara. Oleh karena itu, masa pemuda dipenuhi dengan tantangan yang harus dilewati oleh individu itu sendiri maupun oleh siapa saja yang berkepentingan dengannya (Soejanto, 2005). Terjadinya perubahan kejiwaan menimbulkan kebingungan di kalangan remaja sehingga masa ini disebut oleh orang Barat sebagai periode *sturm*

*und drang*. Hal itu disebabkan karena mereka mengalami penuh gejolak emosi dan tekanan jiwa sehingga mudah menyimpang dari aturan dan norma-norma sosial yang berlaku di kalangan masyarakat (Zulkifli, 2009).

Masa remaja terjadi dalam kurun waktu yang cukup singkat (Hurlock, 1980). Dalam masa remaja, individu tidak digolongkan sebagai anak-anak, tidak juga orang dewasa. Maka dari itu, para ahli akhirnya memberikan batasan-batasan masa remaja.

Susilowindradini (dalam Pratiwi, 2010) membagi masa remaja sebagai berikut : a) Masa pubertas dimulai usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 15 atau 16 tahun. b) Remaja awal (*early adolescence*) usia 13 sampai 17 tahun. 3) Remaja akhir (*late adolescence*) usia 17 tahun sampai 21 tahun.

Menurut Hurlock (1980), awal masa remaja berlangsung kira-kira dari usia 13 tahun sampai 16 atau 17 tahun, dan akhir masa remaja bermula dari usia 16 atau 17 tahun sampai 18 tahun, yaitu usia matang secara hukum.

Sujana (dalam Pratiwi, 2010) mengatakan bahwa masa remaja tergolong dalam 3 kelompok, yaitu : pertama, masa awal remaja usia 9 tahun sampai 12 atau 13 tahun. Kedua, masa remaja tengah usia 14 tahun sampai 18 atau 19 tahun. Ketiga, masa remaja akhir usia 20 sampai 24 tahun.

Menurut Papalia dan Olds (1989), masa remaja berawal pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada awal usia 20 tahun. Suatu analisis yang cermat mengenai semua aspek perkembangan dalam masa remaja, yang secara global berlangsung antara umur 12 dan 21 tahun, dengan pembagian 12-15 tahun : masa

remaja awal, 15-18 tahun : masa remaja pertengahan, 18-21 tahun : masa remaja akhir (Monks dkk, 2001).

Ciri-ciri psikologik remaja menurut G.W. Allport (dalam Sarwono, 1997) adalah :

- a. Pemekaran diri sendiri (*extension of the self*) yang ditandai dengan kemampuan seseorang untuk menganggap orang atau hal lain sebagai bagian dari dirinya sendiri juga. Perasaan egoisme (mementingkan diri sendiri) berkurang, sebaliknya tumbuh perasaan ikut memiliki. Salah satu tanda yang khas adalah tumbuhnya kemampuan untuk mencintai orang lain dan alam sekitarnya. Kemampuan untuk menenggang rasa dengan orang yang dicintainya, untuk ikut merasakan penderitaan yang dialami oleh orang yang dicintainya itu menunjukkan adanya tanda-tanda kepribadian yang dewasa (*mature personality*). Ciri lain adalah berkembangnya “ego ideal” berupa cita-cita, idola dan sebagainya yang menggambarkan bagaimana wujud ego (diri sendiri) di masa depan.
- b. Kemampuan untuk melihat diri sendiri secara objektif (*self-objectivication*) yang ditandai dengan kemampuan untuk mempunyai wawasan tentang diri sendiri (*self-insight*), dan kemampuan untuk menangkap humor (*sense of humor*) termasuk yang menjadikan dirinya sendiri sebagai sasaran.
- c. Memiliki falsafah hidup tertentu (*unifying philosophy of life*). Tanpa perlu merumuskannya dan mengucapkannya dalam kata-kata.

Ciri-ciri masa remaja menurut Hurlock (1994) adalah :

a. Masa remaja sebagai periode yang penting

Masa remaja merupakan periode yang penting yang berhubungan langsung dengan sikap dan perilaku yang berakibat pada jangka panjang, pada usia 12 sampai 16 tahun. Remaja mengalami perkembangan fisik dan perkembangan mental yang meningkat. Pada awal masa remaja terjadi banyak perubahan pada diri mereka seperti memulai membentuk sikap, nilai, dan minat baru.

b. Masa remaja sebagai periode peralihan

Masa remaja juga merupakan masa peralihan dari satu tahap perkembangan ke tahap berikutnya. Pada masa remaja beralih meninggalkan masa kanak-kanak dan beralih mempelajari pola sikap dan perilaku baru yaitu masa dewasa.

c. Masa remaja sebagai periode perubahan

Tingkat perubahan yang terjadi dalam sikap dan perilaku masa remaja sejajar dengan perubahan fisik remaja. Apabila perubahan fisik berjalan pesat maka perilaku dan sikap demikian juga, apabila perubahan fisik menurun maka perubahan sikap dan perilaku ikut menurun. Pada saat perubahan remaja ini terjadi, perubahan yang hampir bersifat *universal* yaitu pertama meningkatnya emosi karena emosi terjadi lebih cepat selama masa awal remaja, kedua perubahan tubuh, minat dan peran yang diharapkan oleh kelompok sosial yang biasanya menimbulkan masalah baru bagi remaja sendiri. Ketiga, adanya perubahan minat dan pola perilaku, maka perubahan nilai-nilai juga mengikutinya seperti pada masa kanak-kanak belum membutuhkan banyak teman. Pada masa ini

terjadi perubahan adanya keinginan untuk memiliki banyak teman yang bisa dikagumi, dihargai oleh teman-teman dalam kelompoknya. Dalam arti lain bahwa adanya pengertian kualitas lebih penting dari kuantitas. Keempat, sebagian besar remaja bersikap ambivalent terhadap setiap perubahan, artinya mereka menuntut suatu kebebasan namun mereka juga takut bertanggung jawab. Kelima, adanya berbagai macam persoalan yang muncul pada masa remaja ini.

d. Masa remaja sebagai usia bermasalah

Masalah yang timbul pada remaja, umumnya sulit diatasi oleh remaja putra maupun putri. Banyak kegagalan yang dihadapi remaja dalam menyelesaikan masalah bukan karena ketidakmampuan individu tetapi karena kenyataan bahwa tuntutan yang diajukan kepadanya justru pada saat semua tenaganya dihabiskan untuk mencoba mengatasi masalah pokok yang disebabkan oleh pertumbuhan dan perkembangan seksual yang normal.

e. Masa remaja sebagai masa identitas

Sebagai usaha pencapaian identitas, remaja mulai membendung *gank* atau kelompok dan masuk di dalamnya. Erickson menjelaskan bahwa pencarian identitas mempengaruhi perilaku remaja maksudnya dalam usaha mencari perasaan kesinambungan dan kesamaan yang baru remaja harus memperjuangkan kembali perjuangan tahun-tahun yang lalu, mereka selalu siap untuk menempatkan idola mereka sebagai pembimbing dalam mencapai identitas akhir. Identifikasi yang sekarang terjadi dalam bentuk identitas ego.

f. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan

Ada *stereotype* yang mengatakan bahwa masa remaja merupakan masa dimana anak-anak tidak rapih, tidak dapat dipercaya, cenderung merusak dan berperilaku merusak, membutuhkan bimbingan orang dewasa.

g. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistic

Remaja cenderung melihat dirinya sebagai apa yang diinginkan, tidak sebagaimana adanya, terjadi idealism yang berlebihan. Akan tetapi dengan adanya pengalaman pribadi, pengalaman sosial, dan adanya kemampuan untuk berpikir rasional akan mengurangi idealism dan keegoisan pada remaja.

h. Masa remaja sebagai ambang masa dewasa

Berakhirnya masa remaja akan memunculkan kegelisahan pada diri remaja. Para remaja gelisah untuk meninggalkan *stereotype* belasan tahun dan untuk memberikan kesan bahwa remaja sudah hampir dewasa, maka dari itu muncul perilaku yang berhubungan dengan status dewasa seperti, merokok, minum minuman keras, dan terlibat dalam perbuatan seks. Remaja menganggap bahwa perilaku itu akan memberikan citra diri yang mereka inginkan.

Ketika memasuki usia remaja, individu cenderung menuntut kebebasan sebagai tanda bahwa mereka sedang beranjak dewasa. Namun, di pandangan orangtua, remaja masih anak-anak sehingga ditetapkan aturan-aturan dan remaja diharapkan untuk bisa mematuhi peraturan tersebut. hal ini dapat menyebabkan konflik antara remaja dan orangtua. Sebaliknya pula, ketika orangtua tidak cukup melibatkan diri dalam kehidupan remaja dapat membuat remaja mengalami stres misalnya, ulang tahun, sekolah, masa pubertas, dan hari kelulusan di sekolah.

Orangtua yang cenderung mengabaikan peristiwa-peristiwa seperti ini, jauh lebih tinggi membuat remaja mengalami stres (Teen Health and Wellness, 2013). Dalam masa remaja, individu juga dituntut untuk bisa menyelesaikan tugas perkembangan. Tugas perkembangan merupakan petunjuk-petunjuk yang memungkinkan seseorang mengerti dan memahami apa yang diharapkan atau dituntut oleh masyarakat dan lingkungan lain terhadap seseorang dalam usia-usia tertentu (Mappiere, 1982). Adanya harapan dan tuntutan serta eksistensinya maka remaja memikul beban tugas yang diharapkan dialaminya. Harapan itulah yang disebut sebagai tugas perkembangan (*development task*) oleh Havighurst (Hurlock, 1991).

Havighurst (dalam Monks, 2001) mengemukakan sejumlah tugas-tugas perkembangan yaitu: a) perkembangan aspek-aspek biologis, b) menerima peranan dewasa berdasarkan pengaruh kebiasaan masyarakat sendiri, c) mendapatkan kebebasan emosional dari orangtua atau orang dewasa yang lain, d) mendapatkan pandangan hidup sendiri, e) merealisasi suatu identitas sendiri dan dapat mengadakan partisipasi dalam kebudayaan pemuda sendiri.

Pada masa remaja, seseorang memasuki status sosial yang baru. Remaja cenderung menggabungkan diri dalam kelompok teman sebaya yang merupakan tempat yang aman bagi remaja, remaja juga harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan yang sebelumnya belum pernah ada serta menyesuaikan dengan orang dewasa di luar lingkungan keluarga dan sekolah. Untuk mencapai tujuan pola sosialisasi dewasa, remaja harus membuat banyak

penyesuaian baru. Bentuk penyesuaian remaja terhadap perubahan sosial menurut Hurlock (1999) adalah sebagai berikut :

a. Kuatnya pengaruh kelompok teman sebaya

Remaja lebih banyak berada di luar rumah bersama dengan teman-teman sebaya sebagai kelompok, oleh karena itu pengaruh teman sebaya terhadap sikap, pembicaraan, minat, dan perilaku lebih besar daripada pengaruh keluarga. Namun hal itu berkurang dengan berjalannya waktu.

b. Perubahan dalam perilaku sosial

Dari semua perubahan yang terjadi dalam sikap dan perilaku sosial yang paling menonjol terjadi adalah di bidang hubungan interpersonal. Berbagai kegiatan sosial baik kegiatan dengan sesama jenis atau dengan lawan jenis biasanya mencapai puncaknya selama bertahun-tahun hingga sekolah menengah atas. Semakin banyak partisipasi sosial, semakin besar kompetensi sosial remaja, seperti terlihat dalam mengadakan pembicaraan dalam melakukan olahraga dan permainan yang populer dan berperilaku baik dalam berbagai situasi sosial. Dengan demikian remaja memiliki kepercayaan diri yang diungkapkan melalui sikap tenang dan seimbang dalam situasi sosial.

c. Pengelompokan sosial baru

“Geng” pada masa kanak-kanak berangsur-angsur berakhir pada masa puber digantikan oleh kelompok sosial baru. Pengelompokan sosial anak laki-laki biasanya lebih besar dan tidak terlampau akrab dibandingkan dengan pengelompokan anak-anak perempuan yang kecil dan akrab satu sama lain.

Remaja sebagai kelompok cenderung lebih “pemilih” dalam memilih rekan dan teman-teman baik dibanding ketika masih kanak-kanak.

d. Nilai baru dalam memilih teman

Remaja menginginkan teman yang memiliki minat dan nilai-nilai yang sama yang dapat dimengerti dan membuatnya merasa aman, dapat dipercaya tentang masalah-masalah dan membahas hal-hal yang tidak dapat dibicarakan dengan orangtua atau guru. Para remaja juga tidak lagi hanya menaruh minat pada teman-teman sejenis, melainkan minat dengan lawan jenis bertambah besar selama masa remaja. Remaja berkeras untuk memilih sendiri teman-temannya tanpa campur tangan orangtua karena mereka mengerti apa yang diharapkan dari teman-temannya.

e. Nilai baru dalam penerimaan sosial

Penerimaan bergantung pada sekumpulan sifat dan pola perilaku yang disenangi remaja dan dapat menambah gengsi dari kelompok remaja.

f. Nilai baru dalam memilih pemimpin

Remaja merasa bahwa pemimpin kelompok sebaya harus mewakili mereka dalam masyarakat, mereka menginginkan pemimpin yang berkemampuan tinggi yang akan dikagumi dan dihormati oleh orang lain karena dengan demikian akan menguntungkan mereka. Remaja mengharapkan pemimpinnya memiliki sifat-sifat tertentu.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa masa remaja adalah masa yang sangat menentukan karena pada masa ini individu mengalami banyak perubahan fisik dan psikisnya disertai dengan pembentukan sikap, nilai,

dan minat yang baru. Masa remaja berlangsung antara usia 12 dan 21 tahun dengan pembagian 12-15 tahun : masa remaja awal, 15-18 tahun masa remaja pertengahan, 18-21 tahun : masa remaja akhir. Pada penelitian ini, penulis membatasi pada masa remaja pertengahan yaitu usia 15-18 tahun. Pada masa remaja, individu harus mengemban tugas-tugas perkembangan yaitu petunjuk-petunjuk yang memungkinkan seseorang mengerti dan memahami apa yang diharapkan atau dituntut oleh masyarakat dan lingkungan lain terhadap seseorang dalam usia-usia tertentu. Tugas-tugas perkembangan tersebut meliputi : a) perkembangan aspek-aspek biologis, b) menerima peranan dewasa berdasarkan pengaruh kebiasaan masyarakat sendiri, c) mendapatkan kebebasan emosional dari orangtua atau dari orang dewasa lain, d) mendapatkan pandangan hidup sendiri dan dapat mengadakan partisipasi dalam kebudayaan pemuda sendiri. Masa remaja identik dengan pencarian identitas, sikap yang ambivalen, usia yang bermasalah, usia yang menimbulkan ketakutan dan tidak realistis.

#### **4. Karakteristik Remaja Yang Melakukan Tindakan Self-Poisoning**

Masalah sehari-hari yang menyebabkan remaja mengalami tekanan, membuat remaja rentan dengan tindakan *self-poisoning*. Konflik yang terjadi dengan orangtua maupun pengabaian dari orangtua adalah contoh yang mengakibatkan remaja merasa tertekan. Hal seperti ini yang membuat remaja melakukan tindakan-tindakan beresiko seperti penggunaan alkohol dan obat-obatan (Teen Health and Wellness, 2013). Secara sederhana fungsi alkohol dan obat-obatan adalah untuk mengurangi kecemasan, rasa takut, dan segala bentuk tekanan lain. Dengan kata lain dapat meningkatkan ketenangan, kesejahteraan,

dan rasa lega (Conger, 1977). Sebagian remaja yang menggunakan obat-obatan dan alkohol karena ingin bersembunyi dari kenyataan (Teen Health and Wellness, 2013).

Remaja yang melakukan tindakan *self-poisoning* tentu saja berbeda dengan remaja yang pada dasarnya tidak mengalami masalah yang membuat tertekan. Remaja yang biasa-biasa saja cenderung terlihat ceria, lebih hidup, berpenampilan yang baik, bersikap natural, memiliki selera humor yang baik, percaya diri tanpa terlihat sombong, berantusias, dan lain-lain. Sedangkan remaja yang melakukan tindakan *self-poisoning* cenderung terlihat gugup, menarik diri dari lingkungan, dan mengisolasi diri. Selain itu remaja juga kehilangan ketertarikan terhadap hobi, sekolah, dan teman, mudah marah, pola tidur yang berubah, kurang berenergi, kesulitan berkonsentrasi, cemas, kesulitan mengambil keputusan, dan yang paling ekstrim adalah pikiran bunuh diri (Teen Health and Wellness, 2013).

Akademi Dokter Anak Amerika (AAP) berhasil merangkum cirri-ciri kecenderungan remaja yang depresi untuk nekat melakukan aksi bunuh diri diantaranya perubahan besar terhadap kepribadian, hubungan percintaan yang terganggu, penurunan prestasi di sekolah, penggunaan obat-obat terlarang dan minuman keras, perubahan pola makan dan kebiasaan tidur, kesulitan berkonsentrasi, menulis catatan atau puisi tentang kematian, dan berbicara tentang bunuh diri meskipun hanya bercanda.

Ciri-ciri orang yang melakukan tindakan *self-poisoning* yaitu : a) sering mual, b) sakit perut, c) lemah, pusing, dan lemas, d) suhu badan meningkat, e)

kehilangan nafsu makan, f) sakit kepala, g) mudah marah, h) kesulitan menelan, i) tanda seperti luka bakar disekitar hidung dan mulut (retrieved : <http://www.nhs.uk/Conditions/Poisoning/Pages/Symptoms.aspx>)

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa remaja yang cenderung melakukan tindakan *self-poisoning* berbeda dengan remaja yang lain baik secara fisik, psikis, dan sosial. Untuk itu peneliti menggunakan cirri-ciri yang ada sebagai indikator penelitian.

## **B. *Emotion-Focused Coping* (EFC)**

### **1. Pengertian *Emotion-Focused Coping* (EFC)**

Sebelum menjelaskan lebih lanjut tentang *emotion-focused coping*, terlebih dahulu akan dijelaskan pengertian *coping* sendiri. Dalam bukunya, Atkinson, dkk (1999) memberikan pemahaman bahwa cemas merupakan emosi yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dihadapi dalam jangka waktu lama. Kita termotivasi kuat untuk melakukan sesuatu guna meredakan keadaan yang tidak menyenangkan tersebut. selama hidupnya, setiap individu mengembangkan berbagai macam cara untuk menanggulangi kecemasan. Cara yang pertama yaitu menitikberatkan masalahnya, dalam hal ini individu menilai situasi yang menimbulkan kecemasan dan kemudian melakukan sesuatu untuk mengubahnya. Cara yang kedua yaitu menitikberatkan pada emosinya, dalam hal ini individu berusaha mereduksi perasaan cemas melalui berbagai macam cara dan tidak secara langsung menghadapi masalah yang menimbulkan kecemasan itu. Setiap orang akan menghadapi situasi yang menekan dengan caranya sendiri, dan

seringkali dengan menggunakan penggabungan cara yang menitikberatkan emosi dengan cara yang menitikberatkan pada masalah. Hal inilah yang disebut sebagai *coping*.

*Coping behavior* adalah suatu proses dimana individu mencoba untuk mengatur kesenjangan persepsi antara tuntutan situasi yang menekan dengan kemampuan mereka dalam memenuhi tuntutan tersebut. (Lazarus & Folkman, 1984). Ketika remaja dihadapkan dengan tantangan berbagai tantangan hidup seperti sekolah, persaingan antar teman sebaya, masalah di dalam keluarga ataupun masalah yang membuatnya tertekan, membuat remaja terkadang kehilangan kontrol dan tidak mampu menguasainya dan pada akhirnya membuat remaja berusaha untuk lari dari masalah tersebut dan *coping behavior* tidak bisa dilakukan secara efektif (Lazarus & Folkman, 1984).

Berhasil dalam *coping* dihubungkan dengan beberapa karakteristik, termasuk kontrol diri, emosi yang positif, dan *personal resources*, Folkman & Moskowitz (dalam Santrock, 2006). *Coping* adalah usaha individu untuk menguasai situasi yang dianggap menantang dan mengancam. *Coping* adalah sebuah bentuk *problem-solving* dimana taruhannya adalah kesejahteraan individu dan individu tidak sepenuhnya memahami apa yang harus dilakukan. *Coping* kurang lebih sama dengan *adjustment*, hanya saja *adjustment* memiliki konsep yang lebih luas mengenai semua reaksi atau respon terhadap lingkungan dan tuntutan internal sedangkan *coping* secara khusus mengarah pada tindakan yang dilakukan oleh individu untuk mengatasi tekanan yang dialami atau beban emosional (Lazarus, 1976). Sedangkan *coping* menurut Lahey (dalam Istiana,

2011) adalah suatu usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi sumber stres tersebut. *Coping* disini mengacu pada usaha untuk mengontrol, mengurangi atau belajar mentoleransi ancaman yang bisa membawa seseorang kepada stres, Baum (dalam Istiana, 2011). Menurut Stone dan Neale (dalam Istiana, 2011) *coping* meliputi segala usaha yang disadari untuk menghadapi tuntutan yang penuh tekanan.

Berbicara tentang *coping* mengarah pada strategi *coping* yang efektif dan yang tidak efektif. Strategi *coping* yang tidak efektif misalnya makan berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan, dan agresivitas, dapat membuat kita merasa lebih baik dalam waktu yang singkat, tetapi tidak mengajarkan bagaimana menghadapi situasi-situasi di masa yang akan datang. Sedangkan strategi *coping* yang efektif mencakup pergantian pola pikir dan relaksasi, usaha-usaha dalam waktu yang singkat tetapi mengajarkan bagaimana menghadapi *stressor* (Plotnik & Mollenauer, 1986).

*Coping* adalah kata yang terlalu luas. Beberapa psikolog melakukan pendekatan untuk mengklasifikasikan *coping* itu sendiri. Santrock (2006) dalam bukunya menjelaskan 2 pendekatan. Pendekatan yang pertama, *coping* diklasifikasikan menjadi dua yaitu *problem-focused coping* (PFC) dan *emotion-focused coping* (EFC) yang diperkenalkan oleh Richard Lazarus. Pendekatan yang kedua, *coping* diklasifikasikan menjadi 4 yaitu *active-cognitive*, *active-behavioral*, *avoidance coping*, dan *meaning-making coping*. Sebelum menjadi PFC dan EFC, awalnya disebut sebagai *direct actions* untuk PFC dan *palliative forms* untuk EFC (Lyon, 2011). PFC atau *direct action* mengarah pada segala

usaha-usaha *behavioral* dari individu untuk menghadapi rasa sakit, ancaman, atau tantangan dengan mengubah hubungan yang bermasalah dengan lingkungan. EFC atau *palliative forms* mengarah pada mengurangi, mengeliminasi, mentoleransi stres yang mengancam tubuh, motorik, atau afektif. Melakukan aksi paliatif berarti memperhalus atau melunakkan tekanan, atau singkatnya mencari kenyamanan (Lazarus, 1976).

Individu yang dihadapkan dengan masalah yang pada akhirnya membuatnya merasa terancam dalam hal menimbulkan stres, individu akan dibanjiri oleh perasaan-perasaan seperti takut, cemas, atau bahkan kehilangan harapan, dan yang dilakukan individu adalah bukan berhadapan langsung dengan masalah atau berusaha untuk menyelesaikannya melainkan individu menghindari sumber masalah, menolak kenyataan, dan mencari dukungan. Apabila hal tersebut diatas yang digunakan individu sebagai caranya untuk menghadapi masalah, maka individu melakukan *coping* yang dinamakan *emotion-focused coping* (EFC). Santrock (2006) menjelaskan EFC sebagai bentuk *coping* dari Lazarus untuk merespon stres dalam tata cara emosional, khususnya dalam menggunakan *defense mechanism* dari Freud. EFC mencakup hal-hal seperti menghindari masalah, merasionalisasi apa yang terjadi, menolak bahwa hal tersebut terjadi, menertawakan apa yang terjadi, atau mencari dukungan-dukungan seperti yang berhubungan dengan religiusitas. EFC tergolong *coping* yang adaptif tapi juga bisa maladaptif. Adaptif apabila pada saat individu dibanjiri perasaan-perasaan yang membuatnya menderita, *denial* nampaknya dapat melindungi individu dari pengaruh buruk yang ditimbulkan oleh keadaan shock dengan menunda waktu

untuk menghadapi tekanan. Maladaptif ketika individu menolak untuk menerima kenyataan yang pada akhirnya menghambatnya untuk melanjutkan hidupnya. Folkman dan Moskowitz (dalam Santrock, 2006) mengatakan bahwa para peneliti melihat bahwa PFC jauh lebih efektif daripada EFC, akan tetapi akan menjadi lebih efektif apabila menggabungkan antara PFC dan EFC.

Penjelasan lebih lanjut tentang EFC diberikan oleh Lazarus dan Folkman (dalam Istiana, 2011) dimana EFC adalah usaha untuk mengatasi stres dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang penuh tekanan. EFC merupakan strategi untuk meredakan emosi individu yang ditimbulkan oleh stressor, tanpa berusaha untuk mengubah suatu situasi yang menjadi sumber stres secara langsung. EFC memungkinkan individu melihat sisi baik dari suatu kejadian atau mencoba melupakan sesuatu yang berhubungan dengan hal yang telah menekan emosinya (Novitasari, 2012).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *coping behavior* adalah proses mengatur situasi yang berat dengan mengontrol, mengurangi, atau mentoleransi ancaman yang bisa membawa seseorang pada stres. *Coping behavior* mengarah pada yang efektif yaitu pergantian pola pikir dan relaksasi, tidak efektif yaitu makan berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan dan agresivitas. *Coping behavior* terbagi dalam dua kategori besar yaitu *problem-focused coping* (PFC) dan *emotion-focused coping* (EFC). Sebelum berubah menjadi PFC dan EFC, awalnya disebut sebagai *direct action* dan *palliative forms*. PFC atau *direct action* adalah segala usaha behavioral dari individu untuk

menghadapi rasa sakit, ancaman, atau tantangan dengan mengubah hubungannya yang bermasalah dengan lingkungan. EFC atau *palliative forms* adalah usaha untuk mengurangi, mengeliminasi, mentoleransi stres yang mengancam tubuh, motorik, atau afektif. Para peneliti melihat bahwa PFC jauh lebih efektif daripada EFC, akan tetapi lebih efektif apabila menggabungkan antara PFC dan EFC.

## **2. Bentuk-Bentuk *Emotion-Focused Coping***

Apabila melihat pengertian EFC, maka definisinya tidak jauh berbeda dengan *palliative forms*. Lazarus (1976) membagi *coping* dapat dibagi dalam 2 kategori utama yaitu *direct actions* dan *palliative forms*. *Direct actions* mengarah pada segala usaha-usaha *behavioral* dari individu untuk menghadapi rasa sakit, ancaman, atau tantangan dengan mengubah hubungan yang bermasalah dengan lingkungan. *Palliative forms* mengarah pada mengurangi, mengeliminasi, mentoleransi stres yang mengancam tubuh, motorik, atau afektif. Melakukan aksi paliatif berarti memperhalus atau melunakkan tekanan, atau singkatnya mencari kenyamanan. Kemiripan definisi antara EFC dengan *palliative forms* adalah keduanya memiliki fokus yang sama yaitu emosi dan bukan penyelesaian masalah.

Lazarus (1976) dalam bukunya menjelaskan bahwa ada 2 tipe besar dari *palliation* yaitu *symptom-directed modes* dan *intrapsychic modes*. *Symptom-directed modes* mencakup penggunaan alkohol dan obat-obatan untuk mengurangi stres dan distress. *Intrapsychic modes* adalah *coping* yang berorientasi pada pencarian rasa lega dari stres dan mengarah pada terminologi yang lama yaitu

*defense mechanism*. Konsep tentang *defense mechanism* yang dikemukakan oleh Freud (dalam Lazarus, 1976) mengarah pada manuver atau alat psikologis dimana seseorang menipu dirinya tentang adanya dorongan-dorongan yang mengancam atau bahaya-bahaya eksternal. Dalam *defense*, tentu saja, ancaman berkurang hanya di dalam pikiran individu saja dan tidak pada kenyataan, oleh karena itu *intrapsychic*, adalah sebuah proses yang hanya terjadi dalam pikiran individu. Setiap bentuk dari *defense* melibatkan aktivitas mental yang didesign untuk mengeliminasi ancaman dengan cara-cara yang spesifik. *Defense* juga dalam konotasi yang lain sering disebut *deliberate* atau kesengajaan yang secara sadar dihadirkan dari diri pada orang lain dengan tujuan untuk menciptakan kesan sosial yang khusus.

Freud menggunakan istilah mekanisme pertahanan ego (*defense mechanism*) untuk menunjukkan proses tak sadar yang melindungi seseorang dari kecemasan melalui pemutarbalikan kenyataan. Jadi mekanisme pertahanan melibatkan unsur penipuan diri (Atkinson, dkk, 1999). Hal ini diperkuat oleh Morris dan Maisto (2003) dalam bukunya yang menjabarkan tentang teori Freud tentang hal ini yaitu *Defense mechanism* adalah teknik untuk menipu diri dari penyebab-penyebab stres untuk mengurangi tekanan, frustrasi, konflik, dan kecemasan.

Alwisol (2009) dalam bukunya memberikan penjabaran tentang *defend mechanism* dari Freud sebagai berikut : a) represi yaitu proses ego memakai kekuatan anticathexes untuk menekan segala sesuatu baik ide, ingatan, insting dan pikiran yang dapat menimbulkan kecemasan keluar dari kesadaran; b) menolak

kenyataan, menolak stimulus/persepsi realistic yang tidak menyenangkan dengan menghilangkan atau mengganti persepsi itu dengan fantasi atau halusinasi. Denial menghilangkan bahaya yang datang dari luar” dengan mengingkari atau menganggap bahaya itu tidak ada; c) proyeksi adalah mekanisme mengubah kecemasan neurotic/moral menjadi kecemasan realistic, dengan cara melemparkan implus-impuls internal yang mengancam dipindahkan ke obyek diluar, sehingga seolah-olah ancaman itu terproyeksi dari obyek eksternal kepada diri orang itu sendiri; d) rasionalisasi adalah menerima atau puas dengan object cathexes dengan mengembangkan alasan rasional yang menyimpangkan fakta; e) intelektualisasi adalah proses ego menggunakan logika rasional untuk menerima kateksis obyek sebagai realitas yang cocok dengan impuls asli. Mengatasi frustrasi dan kecemasan dengan memutarbalikan realitas untuk mempertahankan harga diri; f) identifikasi adalah cara mereduksi tegangan dengan meniru atau mengidentifikasikan diri dengan orang yang dianggap lebih berhasil memuaskan hasratnya dibanding dirinya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa EFC atau *palliative forms* terbagi dalam dua bagian yaitu *symptom-directed modes* dan *intrapsychic modes*. *Symptom-directed modes* mencakup penggunaan alkohol dan obat-obatan untuk mengurangi stres dan distress. *Intrapsychic modes* adalah *coping* yang berorientasi pada pencarian rasa lega dari stres dan mengarah pada terminologi yang lama yaitu *defense mechanism* yakni *repression*, *denial*, *projection*, *rationalization*, *intellectualization*, dan *identification*. Penulis menggandakan *intrapsychic modes* sebagai indikator penelitian.

### 3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Emotion-Focused Coping*

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku mengatasi masalah adalah sebagai berikut.

#### a. Jenis Kelamin

Biling dkk (dalam Yuliana, 2008), mengatakan bahwa wanita cenderung lebih lemah daripada pria. Hal ini terjadi karena wanita dipengaruhi oleh emosi sehingga mengakibatkan pola pikirnya kurang rasional dibandingkan pria. Dengan kata lain, wanita dalam mengatasi masalah lebih cenderung berorientasi pada emosi, sedangkan pria cenderung berorientasi pada tugas.

#### b. Tingkat Pendidikan

Managhan (dalam Yuliana, 2008) mengatakan bahwa seseorang dengan tingkat pendidikan yang semakin tinggi, maka akan semakin tinggi pula kompleksitas kognitifnya.

#### c. Perkembangan Usia

Managhan (dalam Yuliana, 2008) mengatakan bahwa kemampuan seseorang dalam membentuk dan mengembangkan *coping behavior* akan berubah sejalan dengan perkembangan usianya. Hal ini banyak dipengaruhi oleh sejumlah struktur psikologis dari setiap orang. Selanjutnya dikatakan bahwa faktor kematangan sangat menentukan keefektifan dan *coping behavior* yang digunakan untuk merespon tekanan disekitarnya.

#### d. Konteks Lingkungan dan Sumber-Sumber Individu

Lazarus dkk (dalam Yuliana, 2008), mengatakan bahwa sumber-sumber individu seperti pengalaman, persepsi, kemampuan intelektual, kesehatan, kepribadian, pendidikan dan situasi yang dihadapi sangat menentukan proses penerimaan suatu stimulus yang kemudian dapat dirasakan sebagai tekanan atau ancaman.

#### e. Status sosial-ekonomi

Wesbook (dalam Yuliana, 2008), mengatakan bahwa seseorang dengan status ekonomi rendah akan menampilkan *coping behavior* yang kurang efektif, kurang realistis, dan lebih fatalistic atau menampilkan respon menolak, disbanding seseorang dengan status ekonomi yang lebih tinggi.

Menurut Taylor (dalam Yuliana, 2008), ada dua sumber yang mempengaruhi *coping behavior* yakni : (1) Sumber eksternal yang meliputi uang, waktu, dukungan sosial, standar kehidupan, tidak adanya penyebab timbulnya stres yang lain yang terjadi bersamaan dengan situasi yang menimbulkan stres. (2) Sumber internal merupakan faktor kepribadian yang mempengaruhi *coping behavior* yang digunakan dengan cara positif maupun negatif.

Scheier dkk (dalam Yuliana, 2008), mengemukakan bahwa optimism merupakan strategi yang efektif dalam *coping behavior*. Faktor kepribadian mempengaruhi penyesuaian individu terhadap situasi yang penuh stres melalui penggunaan *coping behavior* tertentu. Jadi sangat beralasan untuk menyatakan

bahwasannya kecenderungan kepribadian mempengaruhi cara-cara individu dalam menghadapi stres, Aspinwall dan Taylor (dalam Yuliana, 2008).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi EFC adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, perkembangan usia, konteks lingkungan dan sumber-sumber individu, dan status sosial ekonomi.

### **C. Hubungan Antara *Emotion-Focused Coping* Dengan Kecenderungan Tindakan *Self-Poisoning* Pada Remaja Di Surabaya**

*Self-poisoning* adalah keterbukaan diri terhadap sejumlah (zat dengan menelan atau menghirup) yang berpotensi cukup signifikan untuk menimbulkan kerusakan (Camidge, dkk, 2002). *Self-poisoning* sudah menjadi masalah utama di dunia. Survey yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan Virginia tahun 2006, melihat bahwa dari 33.300 kematian di Amerika Serikat, 18,3 % adalah kasus keracunan yang disengaja. Tahun 2008, di negara bagian North Caroline, sebanyak 219 kasus kematian, 20 % melakukan aksi bunuh diri dengan meracuni diri. *Self-poisoning* dengan obat-obatan, pestisida, hingga produk rumah tangga adalah metode yang paling umum dilakukan dengan proporsi 70 % di Sri Lanka, 55 % di Bangladesh, 47 % di Indonesia, 37 % di India, dan 23 % di Thailand (Pardede dkk, 2012). Lifshitz dan Gavrilov (2002) melakukan sebuah penelitian untuk melihat faktor-faktor apa yang menyebabkan para remaja melakukan tindakan *deliberate self-poisoning*. Lifshitz dan Gavrilov mengumpulkan data

pasien-pasien dari rumah sakit yang mengaku telah melakukan tindakan *deliberate-self-poisoning* kepada *Adolescent Medical Unit* dari tahun 1990-1998. berdasarkan hasil evaluasi retrospektif sebanyak 4008 pasien diserahkan pada *Adolescent Unit* selama studi ini berlangsung. Dari 324 kasus remaja *self-poisoner* (8% dari pasien), dengan rentang usia 12-18 tahun dimana terdapat 288 perempuan (89%) dan 36 pria (11%). Kebanyakan dari pasien masih bersekolah (82,7%), tinggal di daerah perkotaan (72%). Teknik yang selalu dipakai adalah *oral ingestion* atau mengonsumsi secara oral ; 274 pasien (84,5%) mengonsumsi obat-obatan dalam hal ini acetaminophen, 34 pasien (10,5 %) mengonsumsi ramuan yang *non-medicinal* dalam hal ini pestisida dan peralatan rumah tangga, dan 16 pasien (4,9%) tidak teridentifikasi. Perasaan-perasaan yang dirasakan oleh pasien ketika melakukan tindakan *self-poisoning* adalah depresi (88,2%), kesepian (83,2%), stress (65%), merasa tidak diinginkan (53,7%), merasa tidak dikenal (8,6%). Beberapa pasien mengatakan bahwa mereka merasakan 2 atau lebih dari perasaan-perasaan ini (Lifshitz & Gavrilov, 2002). Penelitian lain yang dilakukan oleh Scoliers, dkk (2008) menunjukkan bahwa “aku ingin merasa lega dari pikiran-pikiran yang buruk ini” (71,5, 70,9, dan 66,5 masing-masingnya), diikuti dengan “aku ingin mati” (58,4, 59,0, dan 56,7 % masing-masingnya) kedua faktor ini adalah alasan-alasan yang paling sering dilaporkan ketika melakukan *tindakan self-poisoning* (Scoliers, dkk, 2008). Apabila dilihat berdasarkan jenis kelamin dan rentang usia dengan tipe karakteristik *self-poisoning* (*accidental* atau *deliberate*) Neilson dan Morrison (2012) dalam *reviewnya* selama satu tahun mengatakan bahwa berdasarkan hasil analisa data, perempuan lebih cenderung

meracuni diri sebagai bentuk dari *deliberate self-harm* daripada pria pada kelompok usia diatas 12 tahun dan dibawah 17 tahun. Pada kelompok usia ini, subyek lebih cenderung pada *deliberate self-poisoning* daripada *accidental poisoning* (Neilson & Morrison, 2012). Di Indonesia sendiri, perempuan cenderung melakukan tindakan *self-poisoning* daripada laki-laki. Seperti yang dikutip dari situs detik.com, seorang dokter spesialis kejiwaan memberikan keterangan pada jumpa pers World Mental Health Day bahwa diketahui 27 korban meninggal karena percobaan bunuh diri. Beliau mengatakan bahwa apabila melihat kaitannya dengan depresi yang terjadi pada remaja, kaum wanitalah yang mendominasi. Namun, apabila melihat kaitannya dengan kematian, kaum pria lah yang mendominasi karena metode yang digunakan oleh kaum pria jauh lebih fatal misalnya menggantung diri, menyayat nadi, atau melompat dari ketinggian. *Self-poisoning* dapat berkaitan dengan *suicidal* ataupun tidak. Individu yang tidak memiliki pikiran untuk bunuh diri, melakukan tindakan *self-poisoning* karena depresi, marah, cemburu, atau hanya ingin mencari perhatian. Sedangkan individu yang memang berpikir untuk mengakhiri hidupnya dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki individu tentang obat-obatan. Maksudnya adalah individu akan menggunakan jenis obat-obatan yang memiliki tingkat kefatalan cukup tinggi untuk mengakhiri hidupnya tanpa harus bertahap (Khurram & Mahmood, 2008). Individu yang melakukan tindakan *self-poisoning* cenderung pernah mengalami masa-masa sulit dalam hidupnya (Mind, 2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi individu untuk melakukan tindakan *self-poisoning* adalah faktor biologis, ganggun

mental, penyalahgunaan zat, kaum minoritas, masalah keluarga, sosial, sekolah, dan cinta.

Masalah *self-poisoning* adalah fenomena yang berkembang di kalangan remaja dan perilaku ini telah terdeteksi sejak awal masa remaja dan berkembang sampai pertengahan atau akhir masa remaja (Kirchner dkk, 2011). Kasus *self-harm* pada anak dan remaja semakin banyak terjadi dibandingkan sebelumnya. Kasus bunuh diri menduduki urutan ke-empat penyebab kematian pada anak-anak berumur 10-14 tahun dan urutan ke-tiga penyebab kematian pada remaja berumur 15-19 tahun, Soetjiningsih (dalam Putranti, 2009). Hal ini disebabkan oleh tekanan yang dialami oleh remaja. Tekanan tersebut tercetus dari berbagai aspek dalam hidupnya, misalnya dalam menghadapi tugas perkembangan seiring dengan perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikis. Sebagian remaja mengalami kesulitan bahkan kegagalan dalam menjalani serangkaian tugas perkembangan. Hal disebabkan karena masa remaja adalah masa yang relatif singkat sedangkan pada waktu yang sesingkat itu diharuskan untuk bisa menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan yang diberikan seiring dengan perubahan yang terjadi (Hurlock, 1980). Sumber *stressor* juga berasal dari keluarga, sekolah teman, dll. Selain itu sifat dasar remaja yang takut dikendalikan, didominasi, bahkan dihalangi oleh orangtua membuat remaja cenderung tertekan dan bahkan memberontak ketika diberi batasan-batasan (Watson & Lindgren, 1979). Hal seperti ini dapat menimbulkan konflik diantara remaja dengan orangtua (Teen Health & Wellness, 2013). Gejolak emosi dan tekanan jiwa yang dialami dapat membuat remaja mudah menyimpang dari

aturan dan norma yang berlaku dikalangan masyarakat (Zulkifli, 2009). Salah satu perilaku tersebut adalah penggunaan alkohol dan obat-obatan secara berlebihan atau dalam hal ini adalah *self-poisoning*. Keterlibatan remaja dengan tindakan *self-poisoning* adalah suatu hal yang sangat mengkhawatirkan, apalagi melihat alasan yang seringkali muncul ketika remaja melakukan hal tersebut. Ada remaja yang melakukannya karena ingin mencari perhatian atau lari dari tuntutan-tuntutan, merasa nyata dan merasa hadir dalam suatu komunitas masyarakat dan kasus yang ekstrim yaitu bunuh diri ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)). Secara sederhana fungsi alkohol dan obat-obatan adalah untuk mengurangi kecemasan, rasa takut, dan segala bentuk tekanan lain. Dengan kata lain, alkohol dan obat-obatan meningkatkan ketenangan dan kesejahteraan serta rasa lega dalam diri individu. (Conger, 1977) Remaja yang terlibat dalam tindakan *self-poisoning* tentu saja berbeda dengan remaja yang pada dasarnya tidak mengalami tekanan. Remaja yang biasa-biasa saja cenderung terlihat ceria, lebih hidup, berpenampilan yang baik dan bersih, bersikap natural, memiliki selera humor yang baik, percaya diri tanpa terlihat sombong, berantusias, dan lain-lain. Sedangkan remaja yang melakukan tindakan *self-poisoning* cenderung terlihat gugup, menarik diri dari lingkungan, mengisolasi diri (Conger, 1977), kehilangan ketertarikan terhadap hobi, sekolah, dan teman, mudah marah, gangguan dalam pola tidur, kurang berenergi, kesulitan berkonsentrasi, cemas, kesulitan mengambil keputusan, dan yang paling ekstrim adalah pikiran bunuh diri (Teen Health and Wellness, 2013). Dari segi fisik, individu cenderung mual, sakit perut, lemah, pusing, lemas, suhu badan yang meningkat, perubahan berat

badan, kesulitan menelan, dan tanda seperti luka bakar di sekitar hidung dan mulut (<http://www.nhs.uk/Conditions/Poisoning/Pages/Symptoms.aspx>).

Dalam menghadapi masalah, remaja memiliki cara-cara yang berbeda-beda untuk mengatasinya. Ada yang berusaha untuk menyelesaikan masalah tersebut secara langsung seperti mencari solusi untuk bisa mengubah situasi yang bermasalah, ada pula yang berusaha untuk meminimalisir emosi-emosi negatif yang menyerangnya ketika menghadapi masalah tersebut. Hal inilah yang sering disebut sebagai *coping behavior*. *Coping* yang bertujuan untuk mengubah situasi yang bermasalah disebut sebagai *problem-focused coping* atau *direct actions*. Sedangkan *coping* yang bertujuan untuk mengurangi, mengeliminasi, mentoleransi tekanan yang mengancam disebut sebagai *emotion-focused coping* atau *palliative forms* (Lazarus, 1976). Bentuk-bentuk PFC lebih mengarah pada *problem-solving* seperti berusaha untuk mencari informasi yang dapat membantu menyelesaikan masalah tersebut. Bentuk-bentuk dari EFC adalah menghindari masalah, merasionalisasi yang terjadi, mencari dukungan-dukungan (Santrock, 2006). Hal ini juga sering disebut sebagai *defend mechanism* atau *intrapsychic modes*. Sedangkan bentuk konkrit dari EFC sendiri adalah penggunaan obat-obatan dan alkohol atau sering disebut sebagai *symptom directed modes* (Lazarus, 1976).

Apabila melihat fakta yang terjadi sekarang, remaja cenderung menggunakan *emotion-focused coping* khususnya *intrapsychic modes* dalam menghadapi situasi yang mengancam dirinya daripada berusaha untuk menyelesaikan masalahnya. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti jenis

kelamin, tingkat pendidikan, perkembangan usia, konteks lingkungan dan sumber-sumber individu, dan status sosial-ekonomi (Yuliana, 2008).

Jhon Smith (2013) memandang bahwa dalam hal menggunakan strategi *coping* pada remaja tergantung dari faktor kematangan dalam hal ini kematangan kognitif dan emosional. Berdasarkan hasil penelitiannya, remaja yang *memiliki self-esteem* yang rendah akan kekurangan rasa percaya diri dalam menghadapi tekanan hidup, dan selanjutnya cenderung menggunakan strategi *emotion-focused coping*. Sedang remaja yang mampu dan dengan percaya diri yang tinggi lebih mantap dalam menghadapi masalahnya dalam tata cara yang positif dalam hal ini *problem-focused coping* (Jhon Smith, 2013).

Semakin sering remaja menggunakan *emotion-focused coping* sebagai penyelesaian masalahnya semakin rentan pula remaja dengan tindakan *self-poisoning*. Hal ini dapat terjadi karena *emotion-focused coping* sepertinya dapat menjadi sumber ketenangan, kelegaan, dan kenyamanan yang dicari remaja ketika sedang menghadapi situasi menekan dan mengancam. Sedangkan *self-poisoning* adalah salah satu bentuk mekanisme *coping* yang bertujuan untuk menghadapi emosi yang kacau (Favazza, 1998).

#### **D. Hipotesis**

Berdasarkan latar belakang masalah, fakta-fakta yang diangkat serta teori-teori yang dijelaskan, maka diajukan hipotesa penelitian bahwa ada hubungan yang positif antara *emotion-focused coping* dengan kecenderungan

tindakan *self-poisoning* pada remaja di Surabaya. Artinya adalah semakin tinggi *emotion-focused coping* maka akan semakin tinggi kecenderungan melakukan tindakan *self-poisoning*. Begitupun sebaliknya, semakin rendah *emotion-focused coping* semakin rendah pula kecenderungan melakukan tindakan *self-poisoning*.