

**Perilaku Menyakiti Diri Sendiri Pada *Emerging Adulthood***

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program sarjana  
Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung Semarang

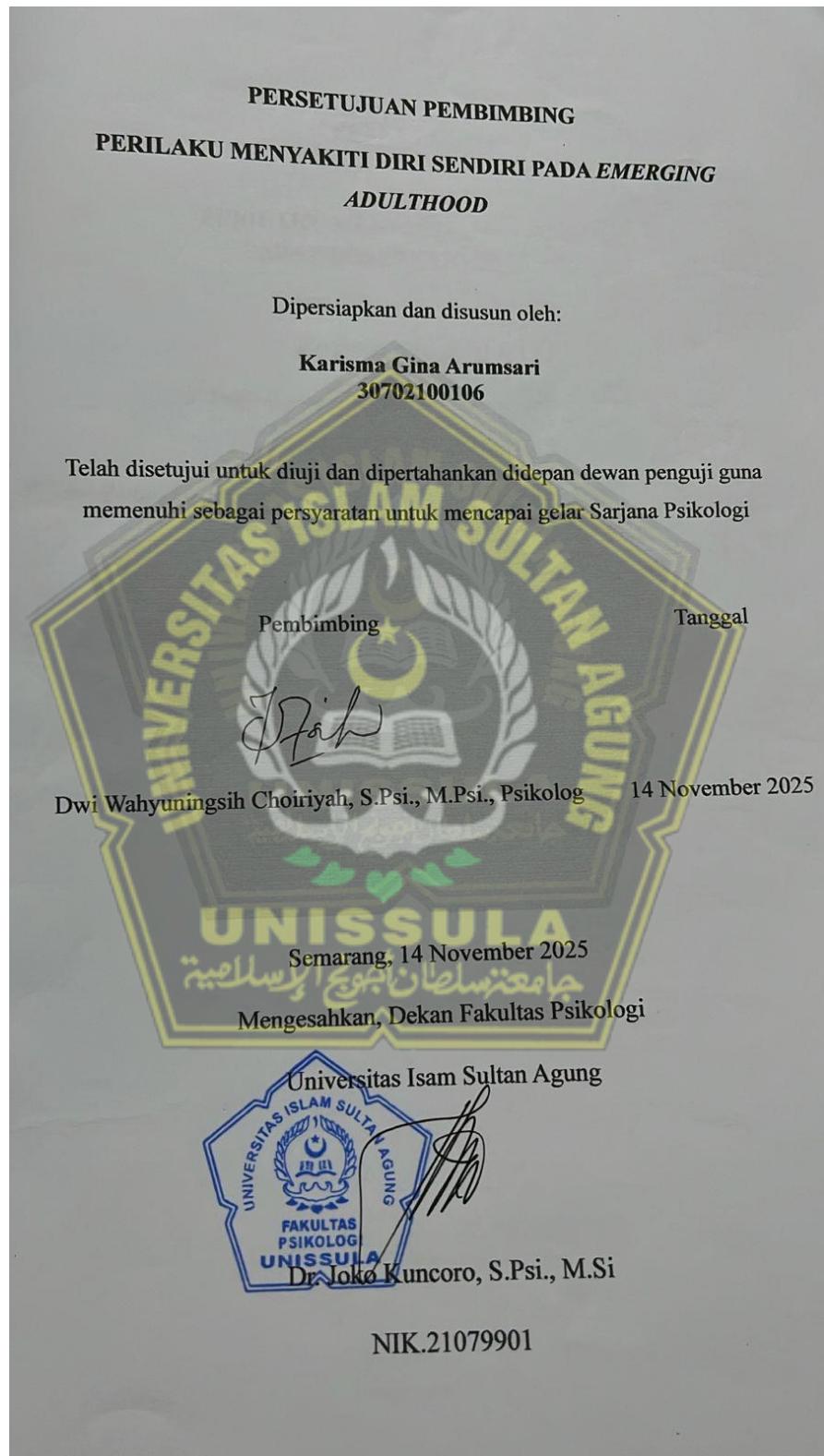


Disusun oleh:  
**Karisma Gina Arumsari**

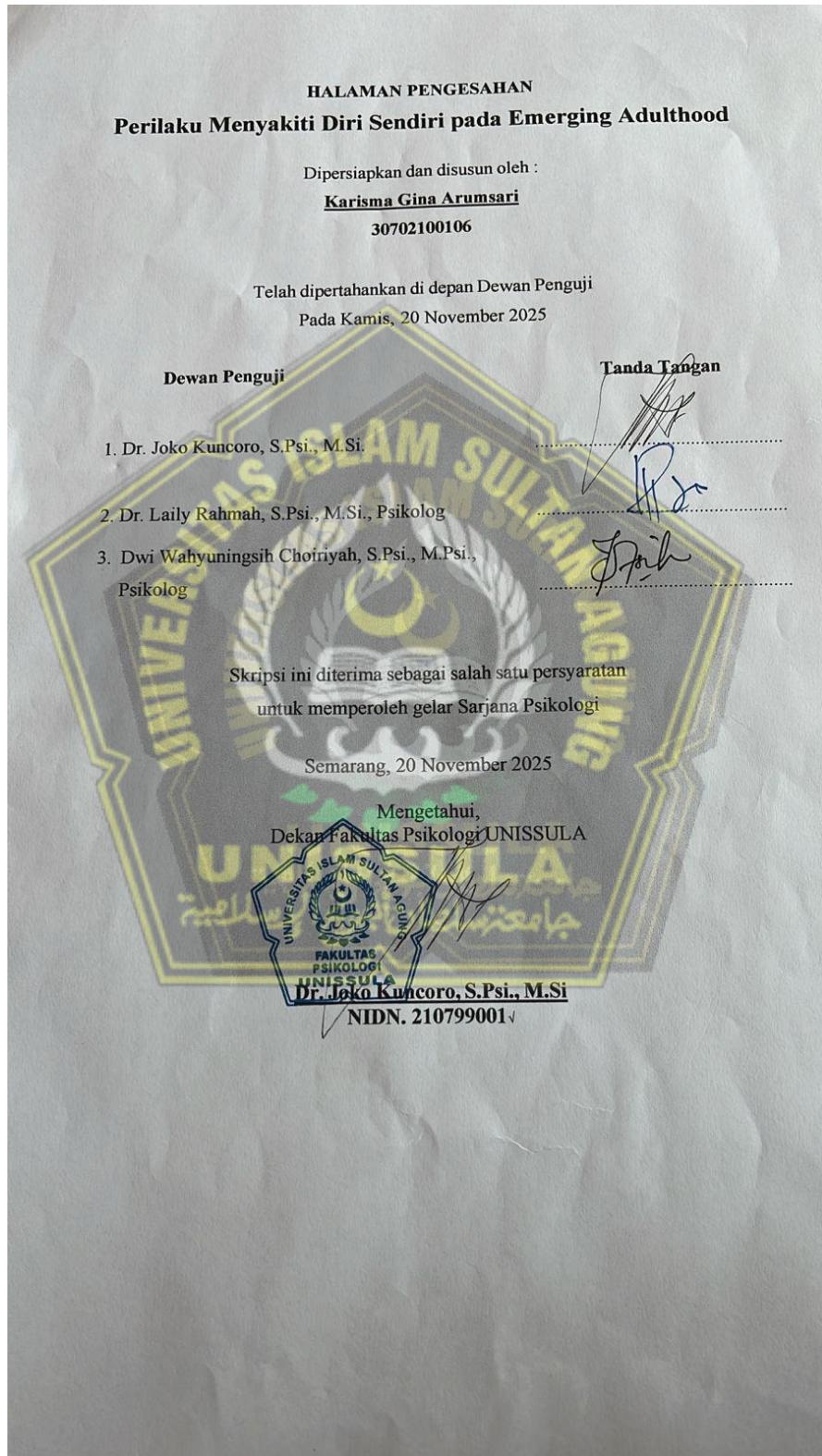
**30702100106**

**FAKULTAS PSIKOLOGI**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**  
**SEMARANG**  
**2025**

## **SURAT PERSETUJUAN PEMBIMBING**



## HALAMAN PENGESAHAN



## PERNYATAAN

### PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini, Karisma Gina Arumsari dengan penuh kejujuran dan tanggung jawab menyatakan bahwa:

1. Skripsi ini adalah karya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh derajat kerjasama di suatu perguruan tinggi manapun.
2. Sepanjang sepengetahuan saya, skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis/diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.
3. Jika terdapat hal-hal yang tidak sesuai dengan isi pernyataan ini, maka saya bersedia derajat kesarjanaan saya dicabut.

Semarang, 14 November 2025

Yang menyatakan,



Karisma Gina Arumsari

30702100106

## **MOTTO**

Luka tidak selalu terlihat di kulit, kadang ia bersembunyi dibalik proses menjadi kuat.



PERSEMPAHAN



## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum Warahmatullah Wabarakatuh*

Bismillahirrahmaanirrahiim

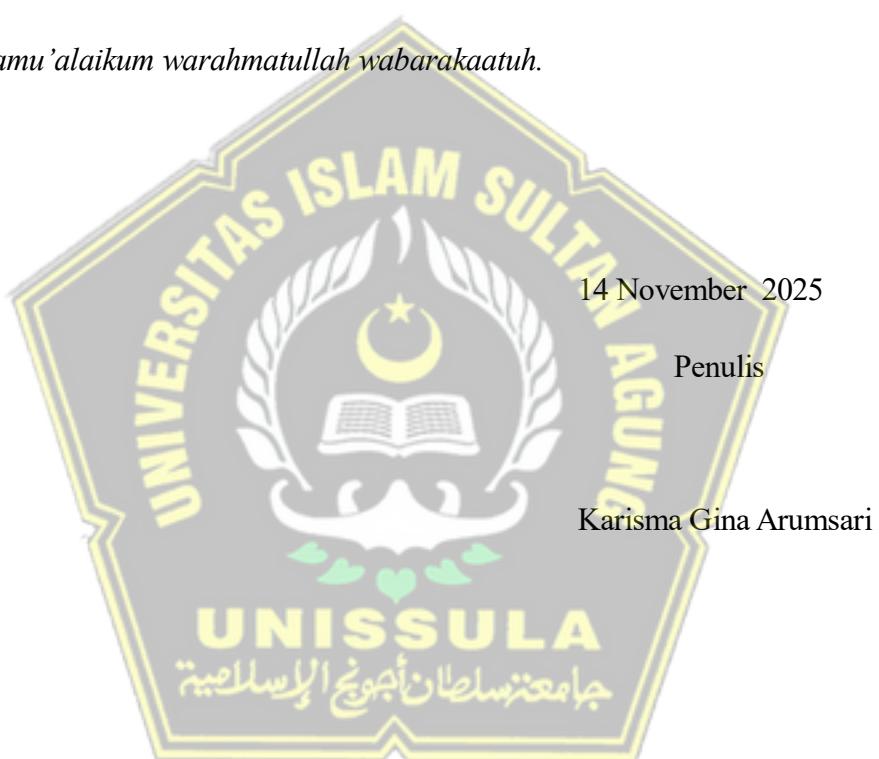
Puji syukur kepada Allah subhaanahu wa ta'ala, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan ridho kepada penulis sehingga penyusunan skripsi ini dapat penulis selesaikan dengan baik sebagai salah satu syarat untuk mencapai derajat S 1 Sarjana Psikologi. Sholawat serta salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad shallaahu 'alaahi wasallam, semoga kita selalu mendapatkan syafa'atnya.

Penulis menyadari dalam proses penulisan ini terdapat banyak kendala dan rintangan yang dating, namun berkat bantuan, dukungan, dan motivasi yang diberikan oleh semua pihak secara moril maupun materil, semua hal yang terasa berat menjadi lebih ringan. Akhirnya dengan penuh kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Joko Kuncoro, S.Psi., M.Si, selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung Semarang atas dedikasinya dalam proses akademik serta apresiasi dan motivasi untuk seluruh mahasiswa agar terus berprestasi.
2. Ibu Dwi Wahyuningsih Choiriyah, S.Psi., M.Psi., Psikolog, selaku dosen pembimbing skripsi yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing penulisan skripsi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Bapak dan Ibu dosen Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung Semarang selaku tenaga pengajar yang telah memberikan segenap ilmu pengetahuan serta pengalaman selama masa menempuh studi.
6. Orang tua saya tercinta, Bapak Kastur dan Ibu Leginah , serta kakak kandung saya sylvi, yang selalu mendoakan, mendukung, dan memberikan semangat kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

7. Teman-teman perkuliahan penulis yang senantiasa memberikan semangat dan dukungan bagi penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
9. Diri sendiri yang sudah bertahan sampai bisa menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.
10. Pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas bantuan dan doa yang diberikan kepada penulis.

*Wassalamu'alaikum warahmatullah wabarakatuh.*



## DAFTAR ISI

PERNYATAAN .....	ii
MOTTO.....	v
PERSEMAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
C. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Definisi <i>Emerging Adulthood</i> (18-25tahun) .....	8
B. Definisi <i>Self-harm</i> .....	12
C. Prevalensi <i>Self-harm</i> .....	18
D. Dampak <i>Self-harm</i> .....	21
E. Aspek-aspek <i>Self-harm</i> .....	22
F. Faktor yang mempengaruhi <i>Self-Harm</i> .....	24
BAB III METODE PENELITIAN .....	30
A. Pendekatan dan Latar Penelitian.....	30
B. Subjek Penelitian.....	30
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	31
D. Teknik Pengumpulan Data.....	31
E. Instrumen Penelitian.....	32
F. Teknik Analisis Data .....	33
G. Keabsahan Data.....	35
H. Etika Penelitian .....	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	34
A. Hasil Penelitian .....	34
1. Hasil Pengambilan Data .....	34

2. Tema-tema Pokok.....	49
B. Analisis Deskriptif.....	51
C. Pembahasan .....	56
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	58
A. Kesimpulan .....	58
B. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA.....	60
LAMPIRAN	



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Perilaku menyakiti diri sendiri atau *self-harm* merupakan salah satu fenomena psikologis yang semakin banyak mendapat perhatian dalam kajian psikologi klinis, kesehatan mental, maupun kesehatan masyarakat secara global. *Self-harm* didefinisikan sebagai tindakan melukai diri secara sengaja tanpa adanya intensi eksplisit untuk mengakhiri hidup (*American Psychiatric Association [APA]*, 2013). Definisi ini membedakan *self-harm* dengan perilaku percobaan bunuh diri, meskipun keduanya memiliki keterkaitan erat dalam hal risiko. Individu yang melakukan *self-harm* umumnya tidak bermaksud untuk mati, melainkan untuk meredakan tekanan emosional yang dirasakan begitu kuat dan sulit ditoleransi. *Self Harm* dalam beberapa kasus, digunakan sebagai cara untuk mengkomunikasikan penderitaan batin yang tidak dapat disampaikan secara verbal kepada orang lain. Oleh karena itu, fenomena ini tidak bisa direduksi hanya pada aspek perilaku fisik, tetapi harus dilihat sebagai ekspresi kompleks dari dinamika psikologis individu.

Bentuk *self-harm* yang dilakukan individu sangat beragam, mencerminkan upaya unik setiap orang dalam menyalurkan tekanan psikologis yang mereka alami. Brown dan Plener (2017) menjelaskan bahwa perilaku ini dapat berupa menggores atau memotong kulit, membakar tubuh, memukul diri sendiri, mencabut rambut, hingga membenturkan kepala pada benda keras. Tindakan tersebut sering dilakukan secara berulang dan dalam jangka panjang meninggalkan luka fisik permanen. Keberagaman bentuk *self-harm* menunjukkan bahwa fenomena ini bersifat multidimensional, di mana latar belakang, motivasi, dan pengalaman individu sangat berperan dalam menentukan bagaimana perilaku itu diwujudkan. Dengan demikian, *self-harm* perlu dipahami bukan hanya sebagai tindakan yang merugikan secara fisik, melainkan juga sebagai simbol atau bahasa tubuh yang merepresentasikan kesulitan emosional yang tidak dapat tersampaikan melalui kata-kata.

Klonsky (2007) menegaskan bahwa terdapat berbagai fungsi yang melatarbelakangi tindakan ini, di antaranya sebagai strategi regulasi emosi, pengalihan dari rasa sakit psikologis, mekanisme untuk memperoleh kembali rasa kontrol diri, hingga sebagai bentuk hukuman terhadap diri sendiri. Nock (2010) menambahkan bahwa *self-harm* juga dapat berfungsi sebagai sarana untuk memengaruhi orang lain dalam relasi interpersonal, misalnya untuk mendapatkan perhatian atau pertolongan. Hal ini memperlihatkan bahwa *self-harm* tidak bisa dipandang sekadar sebagai perilaku impulsif, melainkan sebagai strategi *coping* yang meskipun maladaptif, dianggap efektif oleh pelaku untuk menghadapi tekanan internal maupun eksternal yang dirasakan. Pemahaman akan keragaman fungsi ini penting agar intervensi yang dirancang dapat benar-benar sesuai dengan kebutuhan psikologis individu.

Prevalensi *self-harm* di seluruh dunia menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Swannell, dkk. (2014), melalui sebuah meta-analisis, melaporkan bahwa prevalensi *self-harm* pada remaja dan dewasa muda berada pada kisaran 17–22%. Angka ini menunjukkan bahwa hampir satu dari lima individu dalam kelompok usia tersebut pernah melakukan *self-harm* setidaknya sekali dalam hidup mereka. Penelitian Xiao, dkk. (2022) menegaskan bahwa prevalensi seumur hidup mencapai 22% pada populasi global, dengan metode yang paling sering dilakukan adalah memotong kulit dan membenturkan tubuh ke benda keras. Tingginya prevalensi ini memperlihatkan bahwa *self-harm* bukanlah fenomena langka, melainkan masalah kesehatan mental yang nyata dan membutuhkan perhatian serius dari para peneliti, praktisi, serta pembuat kebijakan.

Fenomena *self-harm* juga semakin nyata di negara berkembang, termasuk Indonesia. Fitriani (2020) menemukan bahwa mahasiswa sebagai bagian dari *emerging adulthood* menunjukkan perilaku *self-harm* sebagai respons terhadap tekanan akademik, konflik interpersonal, kesepian, dan kesulitan dalam mengelola emosi. Penelitian Dewi dan Andayani (2019) mengungkapkan bahwa regulasi emosi yang buruk memiliki hubungan signifikan dengan perilaku menyakiti diri pada mahasiswa. Data tersebut memperlihatkan bahwa meskipun konteks budaya Indonesia berbeda dengan negara Barat, faktor psikologis yang mendorong *self-*

*harm* memiliki kesamaan. Tekanan sosial dan akademik yang kuat, ditambah dengan norma budaya kolektivis yang sering menekan ekspresi emosi, menjadikan mahasiswa rentan menggunakan *self-harm* sebagai jalan keluar dari penderitaan psikologis.

Faktor penyebab *self-harm* dapat dilihat dari sisi internal. Individu dengan kerentanan psikologis tertentu, seperti depresi, kecemasan, dan harga diri rendah, memiliki kemungkinan lebih besar untuk melakukan *self-harm* (Klonsky, 2007). Selain itu, pengalaman trauma masa kecil, seperti pelecehan fisik maupun emosional, menjadi prediktor kuat dari munculnya perilaku ini (Yates, 2004). Trauma yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan luka batin yang dalam, yang kemudian diekspresikan melalui perilaku menyakiti diri. Faktor biologis juga tidak dapat diabaikan, di mana disregulasi neurotransmitter yang berhubungan dengan stres dapat memicu impuls untuk melukai diri (Sher & Stanley, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa *self-harm* merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor psikologis, biologis, dan pengalaman hidup individu.

Selain faktor internal, faktor eksternal juga memainkan peran penting dalam memicu *self-harm*. Konflik keluarga, pola asuh yang otoriter, tuntutan akademik, serta perundungan (*bullying*) seringkali menjadi pemicu perilaku ini (Nock, 2010). *Emerging adulthood* yang menghadapi tuntutan untuk berhasil dalam studi maupun karier, sementara pada saat yang sama harus menyesuaikan diri dengan relasi sosial yang baru, kerap merasa tertekan. Dalam konteks Indonesia, ekspektasi keluarga terhadap keberhasilan akademik dan ekonomi anak sangat tinggi, sehingga kegagalan atau keterlambatan dalam memenuhi ekspektasi tersebut menimbulkan rasa bersalah dan frustrasi. Kondisi ini semakin memperkuat kerentanan individu terhadap *self-harm* sebagai bentuk pelampiasan diri (Susanti, 2021).

Peran media sosial dalam fenomena *self-harm* semakin mendapat perhatian. Marchant, dkk. (2020) menemukan bahwa paparan konten tentang *self-harm* di media sosial dapat meningkatkan kecenderungan perilaku imitasi, terutama pada remaja dan dewasa muda. Media sosial, yang sejatinya dapat menjadi ruang untuk mencari dukungan, justru kadang menjadi sumber normalisasi perilaku menyakiti diri melalui unggahan yang meromantisasi atau memvalidasi perilaku tersebut. Hal

ini menjadi semakin problematik ketika individu *emerging adulthood*, yang masih berada dalam fase pencarian identitas, terpengaruh oleh narasi-narasi di media sosial yang memperlihatkan *self-harm* sebagai cara untuk menghadapi penderitaan emosional.

Dampak *self-harm* tidak hanya terbatas pada luka fisik, tetapi juga meluas ke aspek psikologis. Whitlock dan Knox (2007) menunjukkan bahwa individu yang melakukan *self-harm* cenderung mengalami depresi, kecemasan, rasa bersalah, dan harga diri rendah. Rasa malu terhadap bekas luka serta kekhawatiran akan stigma sosial membuat individu semakin menarik diri dari lingkungan sosial. Isolasi ini memperparah kondisi psikologis, menciptakan siklus berulang di mana *self-harm* menjadi satu-satunya strategi untuk mengatasi perasaan negatif. Dampak psikologis ini seringkali lebih merusak dibandingkan luka fisik itu sendiri karena berpengaruh langsung terhadap kualitas hidup individu.

Selain dampak psikologis, *self-harm* juga memberikan konsekuensi serius pada kehidupan akademik dan profesional individu. Whitlock, Eckenrode, dan Silverman (2011) menemukan bahwa mahasiswa yang melakukan *self-harm* seringkali mengalami penurunan motivasi belajar, kesulitan berkonsentrasi, serta lebih sering absen dari perkuliahan. Kondisi ini secara langsung menurunkan prestasi akademik dan menambah tekanan yang sudah dirasakan. Pada akhirnya, dampak ini menciptakan lingkaran setan, di mana kegagalan akademik memperburuk kondisi emosional, yang kemudian memicu *self-harm* lebih lanjut. Hal ini membuktikan bahwa perilaku menyakiti diri bukan hanya masalah individu, melainkan juga isu yang berdampak luas pada masyarakat.

*Emerging adulthood*, yang berada pada rentang usia 18–25 tahun, merupakan fase perkembangan unik yang diperkenalkan oleh Arnett (2000; 2004). Fase ini tidak sepenuhnya termasuk masa remaja, tetapi juga belum dapat disebut dewasa penuh. Menurut Arnett (2015) *emerging adulthood* memiliki lima karakteristik utama yaitu eksplorasi identitas, ketidakstabilan, fokus pada diri sendiri, perasaan berada “*di antara*” remaja dan dewasa, serta optimisme terhadap masa depan. Karakteristik ini menggambarkan bahwa individu pada fase ini sedang

menghadapi masa transisi yang penuh tantangan, di mana ketidakpastian menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari.

Fitriani (2020) melaporkan bahwa mahasiswa yang merasa tertekan oleh ekspektasi keluarga cenderung lebih rentan melakukan *self-harm*. Susanti (2021) menambahkan bahwa stigma terhadap masalah kesehatan mental di Indonesia membuat individu enggan mencari pertolongan profesional, sehingga mereka lebih memilih menyalurkan penderitaan mereka secara diam-diam melalui tindakan menyakiti diri.

Creswell dan Poth (2018) menekankan bahwa penelitian kualitatif, khususnya fenomenologi, lebih tepat digunakan untuk memahami makna mendalam dari pengalaman individu. Oleh karena itu, penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif dibutuhkan untuk melengkapi kekosongan tersebut dan memberikan perspektif yang lebih baik. Moustakas (1994) menjelaskan bahwa fenomenologi bertujuan untuk menggali esensi dari suatu pengalaman dengan cara memahami bagaimana individu menghayati peristiwa dalam kehidupan mereka. Dalam konteks penelitian ini, fenomenologi memungkinkan peneliti untuk mendalami *lived experiences emerging adulthood* yang melakukan *self-harm*, sehingga dapat ditemukan makna dan dinamika psikologis yang tersembunyi di balik perilaku tersebut. Pendekatan ini memungkinkan suara partisipan didengar secara lebih autentik, yang sering kali terabaikan dalam penelitian kuantitatif.

## B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai fenomena perilaku menyakiti diri sendiri (*self-harm*) pada individu yang berada dalam tahap perkembangan *emerging adulthood* (usia 18–25 tahun). Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk :

1. Menggali pengalaman subjektif (*lived experiences*) *emerging adulthood* yang melakukan perilaku menyakiti diri sendiri.

2. Mengidentifikasi faktor-faktor psikologis, sosial, dan budaya yang melatarbelakangi munculnya perilaku *self-harm* pada kelompok usia *emerging adulthood*.
3. Memahami dinamika emosional dan strategi *coping* yang terkait dengan *self-harm* pada *emerging adulthood*.

### **C. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya literatur psikologi perkembangan dan psikologi klinis dengan menambahkan perspektif baru mengenai dinamika psikologis pada masa *emerging adulthood* yang terkait dengan perilaku menyakiti diri. Selain itu, penelitian ini juga berkontribusi dalam memperluas kajian tentang *self-harm* di Indonesia, yang hingga kini masih terbatas dibandingkan dengan penelitian di negara-negara Barat. Melalui pendekatan fenomenologi, penelitian ini memberikan pemahaman mengenai makna subjektif yang dialami partisipan mengenai alasan, dorongan internal, pengalaman emosional, serta proses kognitif yang melatarbelakangi tindakan menyakiti diri sehingga dapat memperkuat teori tentang regulasi emosi, coping maladaptif, dan perkembangan psikososial pada usia 18–25 tahun.

#### **2. Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan membantu keluarga dan teman dalam memahami kondisi emosional individu pada masa *emerging adulthood* yang melakukan *self-harm*, sehingga mereka dapat memberikan dukungan yang lebih empatik dan tidak menghakimi. Temuan ini juga diharapkan mendorong terciptanya lingkungan yang lebih aman dan suportif bagi individu yang mengalami kesulitan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Definisi *Emerging Adulthood* (18-25tahun)**

Konsep *emerging adulthood* pertama kali diperkenalkan oleh Jeffrey Jensen Arnett (2000) untuk menjelaskan adanya periode perkembangan baru antara masa remaja dan dewasa awal, yang kira-kira mencakup usia 18–25 tahun. Konsep ini muncul dari hasil observasi sosiokultural bahwa di masyarakat modern, khususnya negara-negara maju, individu pada usia ini belum sepenuhnya dianggap dewasa karena masih bergantung secara ekonomi maupun sosial pada orang tua, tetapi mereka juga tidak lagi masuk kategori remaja. Arnett (2004) menegaskan bahwa *emerging adulthood* merupakan tahap unik dalam siklus kehidupan, ditandai dengan eksplorasi intensif terhadap identitas, ketidakstabilan dalam berbagai aspek kehidupan, serta perasaan ambivalen berada di antara masa remaja dan kedewasaan. Berbeda dengan remaja awal dan pertengahan, individu pada usia ini sudah memiliki kapasitas kognitif formal-operasional (Piaget, 1972), tetapi belum mantap secara emosional dan sosial.

Creswell (2007) menegaskan bahwa pengalaman perkembangan pada usia *emerging adulthood* harus dipahami dalam konteks sosial-budaya yang lebih luas. Pendekatan fenomenologis diperlukan untuk mengungkap esensi pengalaman yang unik tetapi memiliki makna universal, seperti pengalaman *self-harm* yang dialami oleh individu di fase ini. Creswell & Poth (2018) menekankan pentingnya memahami *emerging adulthood* melalui narasi pengalaman individu. Masa transisi ini tidak hanya dapat diukur melalui indikator sosial-ekonomi, tetapi juga melalui makna yang diberikan oleh individu terhadap perubahan yang mereka alami. Misalnya, seseorang mungkin mendefinisikan masa *emerging adulthood* sebagai fase penuh kebebasan, sementara individu lain menganggapnya sebagai periode penuh tekanan.

## 1. Karakteristik Utama Emerging Adulthood (Arnett, 2000; 2004)

### A. *Identity Exploration* (Eksplorasi Identitas).

Pada masa ini, individu mengeksplorasi identitas dalam berbagai domain, seperti cinta, pekerjaan, dan nilai-nilai hidup. Eksplorasi ini sering disertai dengan perubahan rencana akademik atau karier, serta pencarian pasangan yang lebih serius.

### B. *Instability* (Ketidakstabilan).

*Emerging adulthood* ditandai dengan ketidakstabilan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk hubungan, pekerjaan, pendidikan, dan tempat tinggal. Misalnya, mahasiswa sering pindah kota atau berpindah-pindah pekerjaan sebelum menemukan karier yang stabil.

### C. *Self-Focus* (Berfokus pada Diri Sendiri).

Individu pada fase ini lebih menekankan otonomi dan pengembangan diri. Mereka berfokus pada pencarian pengalaman baru dan membangun kompetensi sebelum berkomitmen pada tanggung jawab dewasa seperti pernikahan atau keluarga.

### D. *Feeling In-Between* (Merasa “Di Antara”).

Individu merasa berada di posisi ambigu, bukan lagi remaja namun juga belum sepenuhnya dewasa. Banyak yang menyatakan bahwa mereka “sudah cukup dewasa untuk mandiri, tetapi belum cukup mapan untuk memenuhi semua tanggung jawab orang dewasa” (Arnett, 2000).

### E. *Possibilities/Optimism* (Peluang dan Optimisme).

*Emerging adulthood* sering dipandang sebagai masa penuh kemungkinan. Individu merasa masa depan terbuka luas, penuh dengan harapan dan peluang, misalnya terkait pendidikan, pekerjaan, dan hubungan jangka panjang.

## 2. Tahap Perkembangan *Emerging Adulthood*

*Emerging adulthood* menurut beberapa ahli menjelaskan bahwa masa ini merupakan periode transisi unik antara remaja dan dewasa muda yang berlangsung sekitar usia 18–25 tahun

### **A. Usia 18–21 Tahun (Awal *Emerging Adulthood*)**

Pada fase awal *emerging adulthood*, individu berada pada masa transisi dari status remaja menuju dewasa muda. Secara umum, fase ini ditandai oleh eksplorasi identitas yang intensif pada beberapa domain penting kehidupan

#### **1. Akademik dan karier.**

Individu pada usia ini sering berada pada tahap pendidikan tinggi atau baru memulai pekerjaan pertama. Mereka mulai mengeksplorasi jurusan kuliah, minat akademik, atau pekerjaan awal yang sering kali masih bersifat sementara. Eksplorasi ini sering diiringi dengan ketidakpastian arah karier dan perasaan ragu terhadap pilihan yang diambil (Arnett, 2000).

#### **2. Hubungan interpersonal dan intim.**

Pada periode ini, individu sering mulai menjalin hubungan romantis yang lebih serius dibandingkan masa remaja, meskipun komitmen jangka panjang biasanya belum terbentuk. Eksperimen dalam menjalin kedekatan emosional menjadi bagian penting untuk membentuk keterampilan relasional di masa dewasa (Shulman & Connolly, 2013).

#### **3. Kemandirian dari keluarga.**

Usia 18–21 sering dianggap sebagai awal kemandirian emosional, di mana individu mulai hidup terpisah dari orang tua, misalnya dengan tinggal di asrama atau kos. Meski demikian, dukungan finansial dan emosional dari keluarga masih sangat dominan. Perasaan “bebas tetapi belum sepenuhnya mandiri” membuat fase ini sarat dengan ambivalensi (Arnett, 2004).

#### **4. Kerentanan psikologis.**

Karena banyaknya perubahan, fase ini juga dikaitkan dengan meningkatnya risiko gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan *self-harm*. Hal ini disebabkan oleh ketidakmampuan sebagian individu dalam mengelola stres akademik, konflik keluarga, atau kegagalan dalam hubungan (Arnett, dkk. 2014).

## **B. Usia 22–25 Tahun (*Emerging Adulthood lanjut*)**

Fase lanjut *emerging adulthood* ditandai dengan pergeseran menuju stabilisasi identitas dan peningkatan tanggung jawab dewasa.

### **1. Karier dan pendidikan.**

Pada tahap ini, banyak individu telah menyelesaikan pendidikan tinggi atau sedang berada pada fase akhir. Pengambilan keputusan karier menjadi lebih jelas dan stabil, dengan orientasi pada profesi jangka panjang. Penelitian menunjukkan bahwa pada usia ini individu mulai membangun tujuan karier yang lebih realistik dan menetapkan rencana masa depan yang lebih konkret (Arnett, 2015).

### **2. Komitmen dalam hubungan percintaan.**

Hubungan romantis pada fase ini cenderung lebih stabil dan menuju pada komitmen jangka panjang seperti pertunangan atau pernikahan. Hal ini sejalan dengan kebutuhan perkembangan Erikson (1968) pada tahap intimacy vs. isolation, di mana kemampuan menjalin kedekatan emosional menjadi dasar kesehatan psikososial di masa dewasa awal.

### **3. Kemandirian ekonomi.**

Usia 22–25 tahun sering kali merupakan fase di mana individu mulai berupaya mencapai kemandirian finansial, meskipun belum sepenuhnya stabil. Mereka lebih banyak mengambil tanggung jawab ekonomi, seperti membiayai kebutuhan sendiri atau bahkan membantu keluarga.

### **4. Stabilisasi identitas diri.**

Pada fase ini, eksplorasi identitas yang intensif di awal emerging adulthood mulai mengerucut pada pemilihan nilai, gaya hidup, dan tujuan jangka panjang. Meski masih ada kemungkinan perubahan, arah kehidupan menjadi lebih terstruktur.

### **5. Resiko psikologis.**

Walaupun lebih stabil, fase ini tetap rentan terhadap tekanan karier, transisi ke kehidupan dewasa penuh, dan tantangan finansial. Jika individu merasa gagal mencapai ekspektasi sosial (misalnya, kesulitan mendapat pekerjaan atau gagal dalam hubungan percintaan), hal ini dapat

menimbulkan frustasi yang berpotensi memicu distress psikologis atau perilaku maladaptif.

Berdasarkan peran *emerging adulthood* di atas dapat disimpulkan bahwa usia 18–21 tahun adalah fase eksplorasi intensif, penuh ketidakpastian, dengan transisi menuju kemandirian emosional namun belum sepenuhnya stabil secara ekonomi maupun sosial. Usia 22–25 tahun merupakan fase menuju stabilisasi, dengan keputusan karier dan relasi yang lebih jelas, serta usaha kuat menuju kemandirian ekonomi. Kedua fase ini memiliki kerentanan psikologis yang tinggi karena tuntutan identitas, transisi karier, dan relasi interpersonal. Oleh karena itu, *emerging adulthood* merupakan kerangka penting untuk memahami mengapa remaja tahap akhir (18–21) masih rentan terhadap perilaku *self-harm*.

### B. Definisi *Self-harm*

*Self-harm* atau *Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)* adalah tindakan melukai diri sendiri secara sengaja tanpa adanya niat untuk mengakhiri hidup. Klonsky (2007) menjelaskan bahwa bentuk *self-harm* meliputi memotong kulit, membakar, memukul diri sendiri, hingga mencabuti rambut. Perilaku ini biasanya dilakukan untuk meredakan emosi negatif yang intens, seperti marah, cemas, atau rasa hampa. Nock (2009), *self-harm* berfungsi sebagai mekanisme *coping* maladaptif. Ada dua kategori fungsi utama, yaitu fungsi intrapersonal (mengatur emosi, mengurangi ketegangan, dan mengalihkan perhatian dari pikiran negatif) serta fungsi interpersonal (mengomunikasikan penderitaan, mencari perhatian, atau menghindari konflik). Dengan kata lain, *self-harm* tidak hanya berhubungan dengan kondisi internal, tetapi juga terkait dengan interaksi sosial.

*Self-harm* atau *non-suicidal self-injury (NSSI)* adalah tindakan melukai jaringan tubuh sendiri secara sengaja tanpa niat untuk mengakhiri hidup; wujudnya dapat berupa memotong, membakar, mencakar, menabrakkan kepala, mengganggu penyembuhan luka, atau bentuk melukai diri lain yang menghasilkan cedera fisik (APA, 2013). Di dalam kajian empiris modern, *NSSI* diperlakukan bukan sekadar sebagai serangkaian tindakan fisik, tetapi sebagai perilaku berfungsi yaitu tindakan

yang dilakukan karena memenuhi kebutuhan psikologis atau sosial tertentu. Kontribusi (Klonsky & Glenn, 2009) adalah pemetaan fungsi-fungsi tersebut dan pengembangan *instrumen Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*, yang memungkinkan penilaian sistematis tentang mengapa individu melukai diri dan sejauh mana perilaku itu berulang.

*NSSI* didefinisikan tanpa niat bunuh diri, hubungan empiris antara riwayat *NSSI* dan *suicidality* (ideasi/percobaan bunuh diri) kuat. Meta-analisis menunjukkan bahwa riwayat *NSSI* meningkatkan risiko ideasi dan percobaan bunuh diri di masa depan — terutama bila *NSSI* terjadi bersama komorbiditas (seperti depresi, PTSD, gangguan kepribadian) atau bila frekuensi dan keberagaman metode *NSSI* tinggi (Victor & Klonsky, 2014; Wilkinson, dkk. 2011). Dengan demikian, *NSSI* berfungsi sebagai marker risiko klinis yang memerlukan penilaian *suicidality* secara komprehensif, pengelolaan komorbiditas, dan rencana keselamatan yang jelas meskipun motif awalnya bukan niatan bunuh diri.

Klonsky & Glenn (2009) mengelompokkan fungsi *NSSI* ke dalam dua domain utama yaitu *intrapersonal (automatic)* dan *interpersonal (social)*. Domain intrapersonal mencakup fungsi-fungsi yang terjadi di dalam diri pelaku, terutama *affect regulation* (regulasi afek) *NSSI* sering dipakai untuk mengurangi intensitas emosi negatif (misalnya kecemasan, kemarahan, sedih) atau untuk mengakhiri perasaan derealisasi/dissosiasi sebuah strategi yang memberi sensasi “*merasakan*” kembali ketika seseorang merasa mati rasa. Fungsi intrapersonal lain termasuk *self-punishment* (menghukum diri karena harga diri rendah atau rasa bersalah), *marking distress* (memberi tanda fisik pada penderitaan emosional), dan *anti-suicide* (paradoks yaitu beberapa individu melukai diri untuk mengalihkan dorongan bunuh diri dan dengan demikian bertahan). Domain intrapersonal inilah yang konsisten paling sering dilaporkan oleh pelaku *NSSI* di banyak studi lintas budaya, menandakan bahwa *NSSI* utamanya adalah strategi coping emosional jangka pendek yang sangat mudah direplikasi karena efek pengurangan distress yang cepat (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009).

Domain interpersonal meliputi fungsi-fungsi yang terkait hubungan dengan orang lain *interpersonal influence* (mengkomunikasikan penderitaan atau menarik

perhatian/dukungan), *peer bonding* (memperkuat keterikatan pada kelompok sebaya atau subkultur yang memvalidasi perilaku), *revenge* (ekspresi kemarahan terhadap orang lain melalui menyakiti diri), *autonomy* (menegaskan kontrol atas tubuh sendiri) dan interpersonal boundaries (menandai jarak emosional). Meskipun fungsi interpersonal dilaporkan lebih jarang daripada intrapersonal, mereka penting karena mempengaruhi bagaimana lingkungan merespons perilaku respon yang dapat memperkuat atau meredam *NSSI*. Misalnya, perhatian yang diberikan keluarga setelah *NSSI* dapat secara tak sengaja menjadi penguat perilaku pada individu yang fungsi *NSSI*-nya interpersonal (Klonsky & Glenn, 2009).

Pemahaman fungsi-fungsi ini memiliki implikasi klinis langsung. *NSSI* bersifat fungsi-spesifik, intervensi yang efektif harus disesuaikan dengan fungsi dominan perilaku pada individu. *NSSI* berfungsi terutama sebagai regulasi afektif, terapi fokus keterampilan lebih tepat untuk melatih keterampilan menurunkan distress, toleransi terhadap emosi negatif, dan strategi *coping* alternatif. *NSSI* dengan fungsi interpersonal dominan, intervensi yang memperkuat komunikasi, keterampilan interpersonal, dan keterlibatan keluarga/peer support lebih dibutuhkan. *ISAS* menjadi alat klinis berguna karena mengidentifikasi profil fungsi yang spesifik sehingga terapi dapat dipersonalisasi (Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky, 2007).

Manifestasi *NSSI* pada remaja tidak hanya dipengaruhi faktor individual, tetapi juga faktor sosio-kultural yang berlapis. Norma budaya yang menekan ekspresi emosional sering kali membuat individu lebih memilih strategi internal seperti menyakiti diri sendiri untuk meredakan emosi negatif. Hal ini sejalan dengan perspektif *emotion regulation theory* yang menjelaskan bahwa ketika ekspresi emosional eksternal tidak diterima secara sosial, individu beralih pada cara internal yang maladaptif untuk mengurangi ketegangan (Gross, 2015; Chen, dkk. 2021). Stigma sosial terhadap gangguan mental dapat memperkuat isolasi psikologis, menghalangi pencarian bantuan, dan memperpanjang durasi *NSSI*. Teori labeling dalam sosiologi menjelaskan bahwa individu yang merasa distigmatisasi cenderung menyembunyikan masalahnya, yang kemudian memperburuk kondisi mentalnya (Link & Phelan, 2001; Brown, dkk. 2019).

Dinamika hubungan keluarga dan teman sebaya juga berperan penting. Menurut teori *attachment* Bowlby, ikatan emosional yang tidak aman atau hubungan keluarga penuh konflik meningkatkan kerentanan terhadap *NSSI* karena individu mencari regulasi emosional melalui cara lain (Mikulincer & Shaver, 2007; Plener, dkk. 2015). Selain itu, paparan media sosial dan komunitas daring yang menormalkan *NSSI* dapat memicu *social learning* atau *modeling* sebagaimana dijelaskan oleh Bandura, remaja belajar perilaku dari observasi model sebaya atau konten daring, sehingga perilaku ini lebih cepat menyebar (Bandura, 1977; Lewis, dkk. 2011). Oleh karena itu, strategi pencegahan perlu mempertimbangkan dimensi budaya, stigma, pola hubungan, dan ekosistem digital, misalnya melalui intervensi literasi media, penguatan dukungan keluarga, serta kebijakan platform daring (Marchant, dkk. 2020).

Creswell & Poth (2018) menegaskan bahwa definisi fenomena seperti *self-harm* harus dipahami dari perspektif individu yang mengalaminya. Fenomenologi menempatkan suara partisipan sebagai pusat, sehingga makna *self-harm* tidak hanya terbatas pada definisi medis atau psikologis, tetapi juga mencakup alasan personal, emosi, dan interpretasi subjektif dari perilaku tersebut. Dengan demikian, *self-harm* dalam penelitian kualitatif tidak hanya dipandang sebagai diagnosis klinis, melainkan sebagai pengalaman hidup yang ada makna.

Secara ringkas, Klonsky & Glenn (2009) meringkas *NSSI* sebagai perilaku yang dilakukan secara berulang dan disengaja untuk melukai diri tanpa niat bunuh diri, yang berfungsi terutama untuk mengatur emosi, meredakan ketegangan internal, serta memenuhi kebutuhan interpersonal tertentu membawa perubahan paradigma dari melihat *NSSI* sekadar sebagai gejala impulsif menjadi perilaku yang bermakna secara fungsional. *NSSI* adalah strategi *coping* multifungsi dengan implikasi klinis yang spesifik. Oleh karenanya, *assessment* yang komprehensif termasuk *ISAS* (*Inventory of Statements about Self-Injury*), intervensi fungsional spesifik (regulasi emosi, keterampilan interpersonal), serta penilaian risiko *suicidality* dan *komorbiditas* adalah langkah wajib dalam penanganan remaja yang melakukan *self-harm*.

Klonsky & Glenn (2009) mengembangkan beberapa model teoretis untuk menjelaskan *self-harm*, antara lain:

1. *Affect Regulation Model*,

*Affect Regulation Model* menjelaskan bahwa *self-harm* berfungsi sebagai mekanisme untuk menurunkan, mengontrol, atau mengalihkan emosi negatif yang intens. Secara teoretis, model ini berakar pada konsep *negative reinforcement*, yaitu perilaku yang mengurangi ketidaknyamanan emosional akan diperkuat dan berpotensi berulang. Individu yang mengalami emosi seperti kecemasan ekstrem, amarah yang tidak tersalurkan, ketegangan psikologis, atau rasa hampa yang menyakitkan cenderung menggunakan *self-harm* sebagai cara untuk mencapai kelegaan instan. Model ini juga menjelaskan aspek fisiologis seperti rasa sakit fisik dapat memicu perubahan neurobiologis sementara, seperti pelepasan endorfin, yang berkontribusi pada perasaan lega atau numbness.

Selain itu, fokus perhatian pada sensasi fisik luka dapat mengalihkan pikiran individu dari distress emosional yang sulit dikendalikan. *Self-harm* kemudian menjadi sebuah “strategi coping cepat” yang meskipun efektif dalam jangka pendek, bersifat maladaptif secara jangka panjang karena tidak menyelesaikan sumber masalah yang menyebabkan distress. Model ini penting karena menempatkan *self-harm* sebagai respons terhadap *emotion dysregulation* ketidakmampuan mengelola emosi secara efektif. Oleh karena itu, teori ini menekankan perlunya keterampilan regulasi emosi adaptif dalam upaya pencegahan dan intervensi.

2. *Self-Punishment*

*Self-Punishment Hypothesis* menyatakan bahwa *self-harm* dilakukan sebagai bentuk hukuman diri yang timbul dari perasaan bersalah, malu, atau kebencian terhadap diri. Secara teoretis, model ini berhubungan dengan konsep *self-criticism*, di mana individu memiliki

pola pikir negatif yang kronis mengenai dirinya, merasa tidak berharga, dan menganggap bahwa dirinya pantas menerima rasa sakit.

Hipotesis ini didasarkan pada pemahaman bahwa beberapa individu menginternalisasi standar moral atau ekspektasi yang sangat tinggi dari lingkungan.

Ketika individu merasa gagal memenuhi standar tersebut, muncul dorongan untuk menghukum diri sebagai ‘‘kompensasi’’ atas kegagalan tersebut. Luka fisik dipandang sebagai sarana konkret untuk ‘‘menebus’’ kesalahan yang dirasakan atau untuk memvalidasi narasi internal bahwa diri memang buruk. Secara psikodinamik, model ini juga dikaitkan dengan konflik intrapsikis antara superego dan ego, di mana superego yang terlalu keras memicu dorongan menghukum diri. Selain itu, dalam perspektif kognitif-perilaku, *self-harm* dilihat sebagai tindakan yang dikuatkan oleh keyakinan irasional seperti ‘‘aku pantas disakiti’’ atau ‘‘rasa sakit bisa membersihkan kesalahan.’’ Dengan demikian, model ini menekankan bahwa intervensi harus menargetkan aspek *self-worth*, *self-compassion*, dan pola pikir menghukum diri yang maladaptif.

### 3. *Social Signaling Hypothesis*

*Social Signaling Hypothesis* menjelaskan bahwa *self-harm* memiliki fungsi komunikasi interpersonal. Secara teoretis, model ini menyatakan bahwa sebagian individu melakukan *self-harm* bukan hanya karena alasan intrapersonal (seperti regulasi emosi), tetapi juga sebagai bentuk sinyal sosial untuk menyampaikan kebutuhan, distress, atau keinginan kepada lingkungan. Model ini berawal dari konsep bahwa tidak semua individu memiliki kemampuan komunikasi emosi yang baik. Ketika seseorang merasa tidak mampu, tidak aman, atau tidak diperhatikan saat mencoba menyampaikan perasaan secara verbal, *self-harm* menjadi bentuk komunikasi non-verbal yang kuat. Dalam konteks ini, *self-harm* digunakan untuk mengekspresikan penderitaan yang tidak dapat diungkapkan dengan kata-kata, untuk mengubah perilaku orang lain, atau untuk memvalidasi eksistensi diri dalam relasi sosial.

Secara operan, perilaku ini dapat diperkuat melalui *social reinforcement* yang apabila perilaku ini sebelumnya menghasilkan perhatian, empati, atau perubahan respons dari orang lain, maka individu cenderung mengulangnya. Walaupun demikian, model ini tidak menyiratkan manipulasi, melainkan kebutuhan akan koneksi dan pengakuan ketika jalur komunikasi lain tidak tersedia atau tidak efektif. Model ini menyoroti pentingnya faktor interpersonal, seperti dukungan sosial, pola komunikasi dalam keluarga, serta dinamika hubungan dekat. Oleh karena itu, ia menawarkan kerangka bahwa sebagian kasus *self-harm* lebih tepat dipahami melalui konteks relasional, bukan hanya kondisi internal individu.

DSM-5, *self-harm* dikategorikan sebagai kondisi yang memerlukan studi lebih lanjut (*conditions for further study*) (APA, 2013). WHO (2022) juga menegaskan bahwa *self-harm* merupakan indikator kesehatan mental serius pada remaja, karena berkaitan erat dengan risiko bunuh diri di kemudian hari.

*Self-harm* adalah perilaku kompleks dengan berbagai fungsi psikologis dan sosial. Walaupun berbeda dari upaya bunuh diri, perilaku ini merupakan tanda adanya kesulitan regulasi emosi yang serius dan berpotensi berkembang menjadi gangguan psikologis lebih berat.

### C. Prevalensi *Self-harm*

*Self-harm* merupakan fenomena global yang dialami oleh remaja dan dewasa muda, termasuk mereka yang berada pada rentang usia 16–22 tahun. Swannell, dkk. (2014) melaporkan bahwa prevalensi *self-harm* secara global pada remaja non-klinis berada pada kisaran 17–22%. Jika prevalensi ini diterapkan pada populasi global remaja (10–19 tahun) yang mencapai 1,2 miliar jiwa (UNICEF, 2023), maka diperkirakan terdapat 204–264 juta remaja di dunia yang pernah melakukan *self-harm*. Xiao dkk. (2022) menambahkan bahwa prevalensi seumur

hidup mencapai 22% pada remaja, dengan metode paling umum berupa memotong kulit dan membenturkan diri.

Fenomena ini lebih menonjol dikawasan Asia Selatan. Haregu dkk. (2023) melaporkan bahwa prevalensi *self-harm* pada remaja dan dewasa muda mencapai 44%. Dengan jumlah populasi remaja di kawasan ini sekitar 360 juta jiwa, berarti sekitar 158 juta remaja pernah melakukan *self-harm*. Tingginya angka ini dipengaruhi oleh tekanan akademik yang kuat, budaya yang menekan ekspresi emosi, dan keterbatasan layanan kesehatan mental.

Penelitian di China menunjukkan *prevalensi self-harm* pada remaja sekolah dan mahasiswa berada pada kisaran 20–28% (Qu, dkk. 2023). Dengan jumlah populasi remaja sekitar 164 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 32,845,9 juta remaja yang pernah melakukan *self-harm*. Faktor-faktor yang berkontribusi termasuk tekanan akademik, ekspektasi keluarga, dan pengalaman pelecehan atau trauma masa kecil.

Survei nasional dan data rumah sakit di Singapura melaporkan prevalensi sekitar 25% pada remaja dan dewasa muda (Chang, dkk. 2025). Dengan jumlah remaja sekitar 470 ribu jiwa, berarti sekitar 117 ribu remaja pernah melakukan *self-harm*. Sebagian besar kasus tercatat pada remaja perempuan, dan data klinis menunjukkan bahwa banyak kasus yang terlapor merupakan *self-harm* dengan tingkat keparahan tinggi.

Survei nasional di Australia melaporkan prevalensi 12-bulan sekitar 8,7% pada remaja usia 12–17 tahun, dengan *lifetime prevalence* hingga 19% (Hielscher, dkk. 2024). Dengan populasi remaja sekitar 1,5 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 130 ribu remaja mengalami *self-harm* dalam 12 bulan terakhir, sedangkan *lifetime* mencapai hampir 285 ribu remaja. Faktor risiko mencakup isolasi sosial, tekanan akademik, serta tingginya angka depresi dan kecemasan.

Gillies, dkk. (2018) melaporkan bahwa di Inggris *prevalensi lifetime self-harm* sebesar 16,9%. Dengan jumlah remaja sekitar 7,6 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 1,28 juta remaja yang pernah melakukan *self-harm*. Studi juga menemukan bahwa prevalensi lebih tinggi pada remaja perempuan dibandingkan laki-laki.

Data CDC (2023) dari *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)* di Amerika Serikat menunjukkan *prevalensi self-harm* pada remaja berkisar 10–25%. Dengan populasi remaja sekitar 42 juta jiwa, berarti antara 4,2–10,5 juta remaja pernah melakukan *self-harm*. Faktor yang berkontribusi meliputi stigma kesehatan mental, perundungan (*bullying*), serta pengaruh media sosial.

Berbagai penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi *self-harm* sangat bervariasi tergantung populasi dan instrumen yang digunakan misalnya, penelitian pada mahasiswa kedokteran Universitas Andalas menemukan bahwa 17% dari 288 responden pernah melakukan *self-injury* (Aulia & Febrita, 2023). Studi lain pada pelajar SMP–SMA di Lhokseumawe (n = 392) melaporkan 34,2% remaja berada dalam kategori risiko tinggi *self-harm*, sementara 47,4% berada pada risiko rendah (Aina, 2024). Selain itu, beberapa tinjauan literatur nasional menyebutkan bahwa prevalensi *lifetime self-injury* pada remaja di berbagai sampel dapat berkisar di angka 12–40% (Pratiwi, 2023). Namun, data survei nasional Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS, 2022), yang menggunakan sampel representatif remaja usia 10–17 tahun, melaporkan angka yang jauh lebih rendah, yaitu ide bunuh diri 1,4%, rencana bunuh diri 0,5%, percobaan bunuh diri 0,2% dalam 12 bulan terakhir, serta *lifetime attempt* 0,4% (Ministry of Health Indonesia dkk., 2023). Variasi besar ini terutama disebabkan oleh perbedaan definisi (*NSSI*, *suicidal behavior*, atau *self-harm umum*), instrumen yang digunakan, serta populasi penelitian (umum vs. kelompok risiko tinggi), sehingga angka besar dari studi kecil tidak dapat digeneralisasikan ke populasi nasional.

Selain variasi antar negara, terdapat juga perbedaan berdasarkan gender. Baetens, dkk. (2015) menemukan bahwa remaja perempuan lebih banyak melakukan *self-harm* dibandingkan laki-laki. Faktor yang menjelaskan perbedaan ini antara lain tekanan sosial, pengalaman trauma, serta strategi coping emosional yang berbeda antara laki-laki dan perempuan.

Fenomena global menunjukkan bahwa *self-harm* adalah masalah yang serius pada remaja usia 16–22 tahun, dengan *prevalensi* yang bervariasi antara 8–44% tergantung wilayah. Angka ini setara dengan puluhan hingga ratusan juta

remaja di dunia. *Prevalensi* cenderung lebih tinggi di kawasan Asia, termasuk Indonesia, dibandingkan negara-negara Barat. Variasi angka dipengaruhi oleh perbedaan karakteristik responden, metode penelitian, definisi *self-harm*, serta faktor budaya dan sosial.

#### **D. Dampak *Self-harm***

*Self-harm* memiliki dampak yang luas dan kompleks, yang dapat memengaruhi kondisi fisik, psikologis, sosial, maupun akademik seseorang. Dampak ini dapat dilihat dalam jangka pendek maupun jangka panjang, sehingga menempatkan *self-harm* sebagai perilaku yang berbahaya dan perlu mendapatkan perhatian serius.

##### **1. Dampak fisik**

Dampak paling nyata dari *self-harm* adalah luka fisik pada tubuh. Luka ini dapat berupa goresan, luka bakar, atau bekas memar. Menurut Apicella, dkk. (2025), luka fisik akibat *self-harm* tidak jarang menimbulkan komplikasi medis, seperti infeksi atau perdarahan serius. Pada kasus ekstrem, perilaku ini dapat menyebabkan kerusakan jaringan permanen atau disabilitas. Selain itu, bekas luka yang menetap di kulit sering kali menurunkan citra tubuh dan menimbulkan rasa malu, sehingga berdampak pada kepercayaan diri remaja.

##### **2. Dampak Psikologis**

Dari aspek psikologis, *self-harm* justru sering memperburuk kondisi mental individu. Victor & Klonsky (2014) menemukan bahwa perilaku ini meningkatkan risiko depresi, kecemasan, serta perasaan bersalah setelah tindakan dilakukan. Pada sebagian kasus, *self-harm* juga berkaitan dengan munculnya ideasi bunuh diri. Wilkinson, dkk. (2011) dalam studi longitudinal menemukan bahwa remaja yang melakukan *self-harm* berulang kali memiliki risiko lebih tinggi untuk melakukan percobaan bunuh diri di masa depan. Selain itu, perilaku ini juga sering dikaitkan dengan gangguan kepribadian *borderline*, di mana pola pikir dan emosi yang tidak stabil mendorong individu untuk terus melukai diri.

### 3. Dampak Sosial

Dampak sosial tidak kalah serius. O'Connor & Rasmussen (2022) menyatakan bahwa individu yang melakukan *self-harm* kerap menghadapi stigma negatif dari lingkungannya. Stigma ini memunculkan diskriminasi, penolakan sosial, dan menghambat individu untuk mendapatkan dukungan. Akibatnya, remaja yang melakukan *self-harm* sering menarik diri dari lingkungan sosial, merasa terasing, dan kehilangan kesempatan membangun relasi sehat. Dalam konteks keluarga, perilaku ini juga menimbulkan konflik karena anggota keluarga sering tidak memahami alasan di balik tindakan tersebut.

### 4. Dampak Akademis

Dampak akademik juga penting diperhatikan. Kaligis, dkk. (2021) menemukan bahwa mahasiswa yang melakukan *self-harm* mengalami penurunan konsentrasi, absensi meningkat, serta penurunan motivasi belajar. Hal ini disebabkan oleh kelelahan emosional, perasaan hampa, dan energi yang terkuras akibat masalah psikologis yang mendasari *self-harm*. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat menghambat pencapaian akademik dan karier. Dampak *self-harm* tidak hanya sebatas luka fisik, melainkan mencakup aspek psikologis, sosial, dan akademik. Dampak tersebut bersifat multidimensi, saling berkaitan, dan dapat berlanjut hingga masa dewasa jika tidak segera ditangani.



#### E. Aspek-aspek *Self-harm*

Klonsky (2007) menjelaskan bahwa terdapat beberapa aspek yang melatarbelakangi perilaku *self-harm*. Aspek emosional berhubungan dengan usaha regulasi emosi negatif. Aspek kognitif berkaitan dengan pikiran negatif tentang diri sendiri. Aspek interpersonal terkait dengan keinginan untuk berkomunikasi atau mencari perhatian. Sedangkan aspek intrapersonal mengacu pada strategi *coping* individu terhadap stres atau trauma masa lalu. Dalam perspektif kualitatif, aspek-aspek ini hanya dapat dipahami melalui eksplorasi narasi personal (Creswell & Poth, 2018). Untuk memahami fenomena *self-harm*, perlu dianalisis berbagai aspek yang memengaruhi munculnya perilaku ini. Dalam perspektif Creswell (2018),

aspek-aspek tersebut tidak bisa dipahami hanya melalui teori umum, tetapi harus digali dari narasi personal partisipan. Fenomenologi mengajarkan bahwa setiap tindakan memiliki makna subjektif yang unik. Dengan demikian, ketika seorang individu mengatakan bahwa *self-harm* membuatnya merasa “*lega*” atau “*lebih tenang*,” hal ini merupakan bagian dari aspek psikologis yang tidak bisa diabaikan dalam penelitian. Aspek-aspek tersebut meliputi aspek psikologis, sosial, budaya, dan perkembangan.

### **1. Aspek psikologis**

Aspek psikologis merupakan faktor inti dalam perilaku *self-harm*. Individu dengan harga diri rendah, konsep diri negatif, dan kesulitan dalam regulasi emosi lebih rentan untuk melakukan *self-harm* (Oktavia, 2022). *Self-harm* sering digunakan sebagai cara cepat untuk meredakan emosi yang intens, meskipun bersifat sementara. Klonsky (2007) menambahkan bahwa perilaku ini kerap dipicu oleh perasaan marah, frustrasi, atau hampa yang tidak dapat diungkapkan dengan kata-kata. Selain itu, trauma masa kecil seperti kekerasan atau pelecehan juga berkontribusi terhadap meningkatnya risiko perilaku ini.

### **2. Aspek Sosial**

Aspek sosial juga sangat berpengaruh. Dukungan sosial yang rendah dari keluarga dan teman sebaya meningkatkan kerentanan terhadap *self-harm*. Van Geel, dkk. (2015) menunjukkan bahwa perundungan (*bullying*) memiliki hubungan signifikan dengan perilaku melukai diri. Remaja yang merasa terisolasi dari lingkungannya lebih cenderung menggunakan *self-harm* sebagai bentuk pelarian atau ekspresi rasa sakit emosional. Dalam lingkungan akademik yang penuh tekanan, ketidakmampuan memenuhi harapan sosial juga dapat memicu *self-harm*.

### **3. Aspek Budaya**

Aspek budaya turut berperan dalam membentuk perilaku *self-harm*. Markus & Kitayama (1991) menyatakan bahwa budaya kolektivis, seperti di Indonesia, sering menekankan pengendalian diri dan represi emosi. Akibatnya, remaja yang tidak terbiasa mengekspresikan perasaan secara verbal cenderung mencari cara alternatif, salah satunya melalui *self-harm*. Chen, dkk. (2023) menambahkan bahwa norma budaya mengenai stigma kesehatan mental juga memengaruhi remaja

untuk menyembunyikan perasaan mereka, sehingga meningkatkan risiko perilaku ini.

#### 4. Aspek Perkembangan

*Self-harm* juga perlu dilihat dari aspek perkembangan. Perilaku ini umumnya muncul pertama kali pada usia 12–15 tahun, kemudian memuncak pada remaja awal. Namun, masih dapat ditemukan pada remaja akhir (Xiao, dkk. 2022). Transisi dari masa remaja ke dewasa awal merupakan fase penuh tekanan, di mana individu dihadapkan pada tuntutan akademik, sosial, maupun emosional. Ketidakmampuan mengatasi tekanan ini dapat menjadi pemicu *self-harm*. *Self-harm* merupakan fenomena multidimensional yang dipengaruhi oleh aspek psikologis, sosial, budaya, dan perkembangan. Interaksi antara aspek-aspek tersebut menjelaskan kompleksitas perilaku ini pada remaja akhir.

#### F. Faktor yang mempengaruhi *Self-Harm*

Faktor-faktor yang memengaruhi *self-harm* dapat berasal dari dalam diri individu maupun lingkungan. Faktor individu mencakup rendahnya harga diri, kesulitan regulasi emosi, dan pengalaman trauma masa lalu. Faktor lingkungan meliputi konflik keluarga, tekanan akademik, perundungan, dan kurangnya dukungan sosial (Nock, 2010). Creswell (2018) menekankan bahwa penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dapat menggali lebih jauh faktor-faktor ini melalui pemahaman pengalaman subjektif partisipan. Faktor yang memengaruhi *self-harm* bersifat kompleks dan melibatkan berbagai dimensi, mulai dari individu, keluarga, sebaya, hingga budaya dan media.

##### 1. Faktor Individu

Faktor individu mencakup kondisi psikologis internal yang meningkatkan kerentanan terhadap *self-harm*. Klonsky (2007) menjelaskan bahwa depresi, kecemasan, impulsivitas, serta kesulitan regulasi emosi merupakan prediktor utama. Scopelliti, dkk. (2019) juga menemukan bahwa pengalaman trauma masa kecil, seperti kekerasan fisik atau emosional, memiliki hubungan signifikan dengan perilaku *self-harm*. Individu yang memiliki kepribadian neurotik lebih rentan

mengalami tekanan emosional dan menggunakan *self-harm* sebagai mekanisme coping.

## 2. Faktor Keluarga

Keluarga memiliki peran penting dalam perkembangan psikologis remaja. Pola asuh otoriter, konflik dalam rumah tangga, perceraian orang tua, serta kurangnya dukungan emosional menjadi faktor yang memperbesar risiko *self-harm* (Thesalonika & Apsari, 2021). Kelekatan yang tidak aman antara anak dan orang tua mendorong munculnya perilaku menyakiti diri ketika remaja mengalami tekanan emosional (Amanda, 2025). Kekerasan dalam keluarga memperbesar kerentanan remaja terhadap *NSSI* pada situasi konflik berkepanjangan (Yuditha & Soetikno, 2024). Komunikasi keluarga yang tidak hangat membuat remaja kesulitan mengekspresikan emosi dalam aktivitas sehari-hari (Maharani, dkk. 2022). Struktur keluarga yang disfungsional berkontribusi pada meningkatnya risiko *self-harm* ketika remaja tidak menemukan rasa aman di rumah (Wrycza & Susilawati, 2024).

## 3. Faktor Sebaya dan Akademik

Pengaruh teman sebaya juga signifikan. Van Geel, dkk. (2015) menyatakan bahwa perundungan berulang kali meningkatkan kecenderungan individu untuk melukai diri. Selain itu, tekanan akademik yang tinggi, terutama pada remaja akhir yang berada di bangku perguruan tinggi, memperbesar risiko terjadinya *self-harm*. Harapan orang tua yang tinggi, kompetisi akademik, serta ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan tuntutan kampus menjadi stresor tambahan yang mendorong perilaku ini.

## 4. Faktor Budaya dan Media

Budaya kolektivis di Indonesia seringkali menghambat ekspresi emosi secara terbuka. Remaja yang merasa tidak memiliki saluran komunikasi yang sehat, terkadang mencari alternatif melalui perilaku maladaptif. Di sisi lain, media sosial juga menjadi faktor penting. Xiao, dkk. (2022) menegaskan bahwa paparan konten *self-harm* di internet dapat menormalkan perilaku ini, bahkan memicu imitasi di kalangan remaja.

Faktor yang memengaruhi *self-harm* saling terkait dan membentuk jaringan kompleks. Oleh karena itu, intervensi pencegahan dan penanganan perlu mempertimbangkan aspek individu, keluarga, sebaya, serta pengaruh budaya dan media.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan dan Latar Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *fenomenologi*. Pendekatan kualitatif oleh penelitian ini bertujuan memahami makna pengalaman individu yang melakukan *self-harm* dalam konteks perkembangan *emerging adulthood*. Creswell & Poth (2018), *fenomenologi* berfokus pada eksplorasi pengalaman hidup (*lived experiences*) partisipan sehingga penulis dapat menggali esensi fenomena secara mendalam.

Fenomenologi merupakan pendekatan yang digunakan untuk memahami pengalaman manusia sebagaimana yang dialami oleh individu itu sendiri (La Kahija, 2007). Pendekatan ini tidak hanya menggambarkan peristiwa secara objektif, tetapi juga berusaha mengungkapkan makna yang terkandung dalam pengalaman tersebut. Fenomenologi memandang bahwa setiap individu memiliki cara unik dalam memaknai pengalaman hidupnya, dan peneliti bertugas untuk menemukan esensi dari pengalaman tersebut melalui proses refleksi dan reduksi fenomenologis.

Oleh karena itu, penelitian ini berfokus pada upaya untuk memahami dinamika psikologis remaja akhir yang melakukan *self-harm*, dengan menelusuri faktor-faktor yang melatarbelakanginya, emosi yang dialami, serta cara partisipan memaknai pengalaman tersebut. Pendekatan fenomenologis ini diharapkan dapat menggambarkan makna terdalam dari perilaku *self-harm* yang dialami oleh remaja akhir secara utuh.

#### **B. Subjek Penelitian**

Subjek penelitian adalah individu yang berada dalam rentang usia 18–25 tahun sesuai definisi *emerging adulthood*. Pemilihan partisipan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan subjek berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian (Palinkas, dkk. 2015). Kriteria inklusi:

Berusia 18–25 tahun (*emerging adulthood*), pernah melakukan *self-harm (non-suicidal self-injury)* minimal satu kali dalam dua belas bulan terakhir, bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*, dapat berkomunikasi secara verbal dengan baik. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan prinsip saturasi data, yaitu pengumpulan data dihentikan ketika wawancara tidak lagi menghasilkan informasi baru (Guest, dkk. 2020). Partisipan berjumlah 3 orang.

### C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ditentukan berdasarkan lokasi tempat tinggal partisipan, yaitu di Kota S dan Kota K, Provinsi Jawa Tengah. Proses wawancara dilakukan di tempat yang dianggap paling nyaman oleh partisipan, dengan mempertimbangkan faktor privasi dan ketenangan suasana. Beberapa wawancara dilakukan di kamar kost partisipan yang sederhana dan tertata rapi, sementara wawancara lainnya dilakukan di ruang tamu rumah partisipan yang memiliki suasana tenang dan mendukung untuk berbicara secara terbuka.

Sebelum wawancara dimulai, penulis memastikan bahwa partisipan berada dalam kondisi yang siap secara emosional dan memahami tujuan penelitian. Setiap sesi wawancara dilakukan secara tatap muka dengan durasi sekitar 60 hingga 90 menit. Penulis berupaya membangun suasana hangat dan saling percaya agar partisipan dapat menceritakan pengalaman pribadinya dengan bebas tanpa rasa tertekan. Seluruh proses wawancara dijalankan dengan memperhatikan aspek etika penelitian dan menjaga kerahasiaan data partisipan. dengan pertimbangan bahwa lokasi ini memiliki akses partisipan yang sesuai kriteria. Proses pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober hingga November 2025 menyesuaikan dengan ketersediaan partisipan dan situasi penelitian lapangan.

### D. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode wawancara mendalam, observasi nonpartisipan, dan catatan lapangan. Menurut La Kahija (2007), pengumpulan data dalam penelitian fenomenologi dilakukan melalui proses menghadirkan diri peneliti dalam dunia partisipan dan membangun hubungan

empatik agar partisipan merasa aman untuk menceritakan pengalamannya secara jujur dan terbuka.

1. Wawancara Mendalam (*In-Depth Interview*)

Wawancara mendalam dilakukan dengan pedoman semi-terstruktur, di mana peneliti menyiapkan beberapa pertanyaan utama namun tetap memberikan ruang bagi partisipan untuk bercerita bebas. Wawancara berfokus pada pengalaman emosional, faktor pemicu *self-harm*, hubungan dengan keluarga dan teman, serta proses penerimaan diri. Setiap wawancara dilakukan secara langsung dengan menggunakan alat perekam (dengan izin partisipan). Hasil wawancara kemudian ditranskrip secara verbatim untuk keperluan analisis data.

2. Observasi *Nonpartisipan*

Observasi dilakukan bersamaan dengan proses wawancara. Penulis memperhatikan ekspresi wajah, nada bicara, gerak tubuh, dan suasana emosional partisipan. Hal ini dilakukan untuk menangkap makna nonverbal yang muncul selama wawancara berlangsung.

3. Catatan Lapangan (*Field Notes*)

Catatan lapangan digunakan untuk mencatat refleksi penulis mengenai suasana wawancara, situasi lingkungan, serta reaksi emosional peneliti selama proses pengumpulan data. Catatan ini membantu peneliti menjaga keutuhan konteks dan kepekaan terhadap makna data yang diperoleh.

## E. Instrumen Penelitian

Instrumen utama penelitian adalah penulis sendiri sebagai instrumen kunci (*key instrument*). Penulis berperan dalam merencanakan, mengumpulkan, menganalisis, dan menafsirkan data (Creswell & Poth, 2018). Instrumen pendukung antara lain :

1. Pedoman wawancara semi-terstruktur.
2. Alat perekam suara (dengan izin partisipan).
3. Catatan lapangan.

## F. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan pendekatan fenomenologis berdasarkan panduan yang dikembangkan oleh La Kahija (2007). Analisis dilakukan secara bertahap, mendalam, dan reflektif untuk menemukan makna esensial dari pengalaman hidup remaja akhir yang melakukan *self-harm*. Proses ini tidak hanya sekadar mengolah data hasil wawancara, tetapi juga melibatkan kehadiran peneliti secara utuh dalam memahami pengalaman partisipan. Peneliti berusaha menunda segala bentuk prasangka dan asumsi pribadi, agar setiap makna yang muncul benar-benar berasal dari pandangan dan kesadaran partisipan sendiri.

Tahapan pertama dalam analisis adalah proses *epoché* atau *bracketing*, yaitu saat penulis menunda seluruh penilaian dan pemikiran subjektif terhadap perilaku *self-harm*. Pada tahap ini, peneliti berusaha menempatkan diri secara netral dengan mengesampingkan pengetahuan pribadi maupun nilai-nilai moral yang dimiliki. Hal ini dilakukan agar penulis dapat mendengarkan dan memahami cerita partisipan dengan hati terbuka tanpa menghakimi. Sebagai contoh, ketika partisipan menceritakan perasaan lega setelah menyakiti diri, peneliti tidak menilai perasaan tersebut sebagai benar atau salah, melainkan menerima cerita itu sebagai pengalaman hidup yang nyata dan bermakna bagi partisipan.

Setelah proses *epoché* dilakukan, penulis masuk pada tahap membaca dan memahami seluruh transkrip wawancara secara berulang. Dalam tahap ini, penulis melakukan proses yang disebut *horizontalization*, yaitu memandang setiap pernyataan partisipan memiliki nilai yang sama penting. Semua bagian cerita, baik yang panjang maupun singkat, diperlakukan setara karena dapat mengandung makna mendalam mengenai pengalaman *self-harm*. Peneliti memberi tanda pada pernyataan yang menggambarkan pengalaman emosional partisipan, seperti rasa sakit, tekanan batin, perasaan bersalah, hingga harapan untuk berubah.

Selanjutnya, penulis mulai mengelompokkan pernyataan yang memiliki kesamaan makna ke dalam kategori tertentu. Tahapan ini disebut dengan pembentukan unit makna (*meaning units*). Dari hasil pembacaan berulang terhadap transkrip, muncul beberapa kategori besar seperti pemicu emosional, hubungan

dengan keluarga, pengalaman ditolak atau diabaikan, bentuk *self-harm* yang dilakukan, serta dukungan sosial dari lingkungan. Pada tahap ini peneliti mulai melihat pola-pola umum yang muncul dari ketiga partisipan, meskipun setiap individu memiliki pengalaman unik.

Proses berikutnya adalah menyusun deskripsi tekstural, yaitu menggambarkan apa yang dialami partisipan berdasarkan pernyataan mereka. Dalam tahap ini, penulis menulis ulang pengalaman partisipan dengan bahasa yang menggambarkan isi perasaan mereka secara nyata, seperti rasa lega, marah, atau kecewa yang muncul setelah melakukan *self-harm*. Penulis berupaya menampilkan cerita partisipan sebagaimana adanya, tanpa mengurangi atau menambah makna dari apa yang mereka ungkapkan.

Kemudian, penulis melakukan deskripsi struktural, yaitu menjelaskan bagaimana pengalaman tersebut dialami oleh partisipan dalam konteks kehidupan mereka sehari-hari. Misalnya, bagaimana tekanan dari keluarga dan konflik emosional menjadi latar belakang munculnya perilaku *self-harm*, atau bagaimana relasi dengan teman membantu proses penerimaan diri. Dalam tahap ini, peneliti memadukan makna-makna yang muncul dari pengalaman individu ke dalam konteks sosial dan psikologis yang lebih luas.

Tahap akhir dari proses analisis adalah sintesis makna atau esensi pengalaman. Pada tahap ini, penulis menyatukan hasil deskripsi tekstural dan struktural untuk menemukan makna terdalam dari pengalaman partisipan. Melalui refleksi mendalam, peneliti menyimpulkan bahwa perilaku *self-harm* yang dilakukan oleh remaja akhir bukan hanya bentuk pelampiasan emosi, melainkan juga cara mereka untuk mengontrol perasaan yang tidak tertahankan, mencari perhatian, dan mendapatkan rasa diterima oleh lingkungan sosial. Dari hasil analisis ini, peneliti menemukan dinamika psikologis yang kompleks dalam diri remaja akhir, mulai dari dorongan emosional, pengalaman trauma, hingga proses pemulihan diri.

Seluruh proses analisis dilakukan secara berulang, reflektif, dan terus dibandingkan antara data wawancara, hasil observasi, serta catatan lapangan. Peneliti terus membaca ulang setiap transkrip untuk memastikan makna yang muncul benar-benar mewakili pengalaman partisipan. Dengan cara ini, hasil

analisis diharapkan dapat menggambarkan secara mendalam bagaimana remaja akhir memaknai pengalaman *self-harm* dalam kehidupan mereka, serta bagaimana proses tersebut membentuk dinamika psikologis mereka sebagai individu yang sedang berkembang menuju kedewasaan.

### **G. Keabsahan Data**

Dalam penelitian kualitatif, keabsahan data menjadi aspek yang sangat penting karena menyangkut kepercayaan terhadap hasil penelitian. Keabsahan data dalam penelitian ini dijaga dengan menggunakan empat kriteria dari Lincoln dan Guba (1985), yaitu *credibility, transferability, dependability, dan confirmability*. Keempat kriteria ini digunakan untuk memastikan bahwa proses penelitian dilakukan secara benar, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Upaya menjaga kredibilitas (*credibility*) dilakukan dengan cara melakukan member *checking*, yaitu memberikan kesempatan kepada partisipan untuk memeriksa kembali hasil transkrip wawancara maupun penafsiran sementara yang dibuat penulis. Tujuannya agar partisipan dapat memastikan bahwa makna yang dituliskan penulis sesuai dengan pengalaman mereka. Selain itu, peneliti juga melakukan *prolonged engagement* dengan terlibat cukup lama di lapangan sehingga hubungan dengan partisipan terjalin secara terbuka dan penuh kepercayaan. Hal ini penting agar partisipan dapat menceritakan pengalaman hidupnya secara jujur tanpa rasa terpaksa.

Selanjutnya, transferabilitas (*transferability*) dijaga dengan cara memberikan deskripsi mendalam mengenai latar belakang partisipan, situasi wawancara, serta konteks sosial yang melingkupi pengalaman mereka. Dalam hal ini, peneliti berusaha menggambarkan kondisi partisipan secara rinci agar pembaca dapat menilai sejauh mana hasil penelitian ini dapat diterapkan atau dibandingkan dengan konteks lain yang serupa. Deskripsi mendalam ini juga membantu pembaca memahami bahwa setiap makna yang ditemukan berasal dari situasi yang nyata dan bukan hasil generalisasi semata.

Kriteria berikutnya adalah dependabilitas (*dependability*), yang dijaga melalui pencatatan proses penelitian secara sistematis dan terperinci. Setiap

langkah mulai dari perencanaan, pelaksanaan wawancara, proses analisis data, hingga penarikan kesimpulan didokumentasikan dalam bentuk catatan lapangan, jurnal reflektif, dan arsip transkrip wawancara. Catatan tersebut berfungsi sebagai *audit trail* yang dapat menunjukkan konsistensi antara data yang dikumpulkan dan hasil analisis yang diperoleh.

Sedangkan untuk menjaga konfirmabilitas (*confirmability*), penulis melakukan refleksi diri secara berkelanjutan agar hasil penelitian benar-benar bersumber dari data, bukan dari opini atau pengalaman pribadi peneliti. Dalam proses ini, penulis selalu memeriksa kembali kesesuaian antara temuan dengan kutipan langsung dari partisipan, serta melakukan triangulasi data melalui perbandingan antara hasil wawancara, observasi, dan catatan lapangan. Dengan demikian, hasil penelitian yang diperoleh diharapkan bersifat objektif secara ilmiah dan dapat dipercaya secara akademis.

## H. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan unsur yang sangat penting dalam penelitian psikologi, terutama ketika penelitian melibatkan pengalaman pribadi yang sensitif seperti *self-harm*. Penulis menyadari bahwa topik ini memiliki potensi untuk memunculkan kembali emosi yang menyakitkan bagi partisipan, sehingga setiap tahapan penelitian dilakukan dengan penuh kehati-hatian dan memperhatikan prinsip etika penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan dengan berpedoman pada kode etik penelitian dari *American Psychological Association (APA, 2020)*. Prinsip utama yang diterapkan meliputi *respect for persons* (penghormatan terhadap individu), *beneficence* (memberikan manfaat dan mencegah bahaya), serta *justice* (keadilan bagi semua partisipan). Sebelum proses wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara detail mengenai tujuan penelitian, manfaat yang diharapkan, serta hak-hak partisipan untuk berpartisipasi atau menolak tanpa konsekuensi apa pun. Setelah memahami penjelasan tersebut, partisipan menandatangani lembar informed consent sebagai tanda kesediaan berpartisipasi.

Selama proses wawancara berlangsung, peneliti menjaga kerahasiaan data partisipan dengan tidak menyebutkan nama asli, melainkan menggunakan inisial untuk menjaga anonimitas. Penulis juga berusaha menciptakan suasana wawancara yang nyaman dan empatik, sehingga partisipan dapat mengekspresikan emosi dan pengalaman mereka secara bebas tanpa merasa dihakimi. Dalam situasi tertentu, ketika partisipan menunjukkan tanda-tanda kelelahan atau emosi yang terlalu *intens*, penulis menghentikan sementara wawancara dan memberikan waktu istirahat agar kondisi psikologis partisipan tetap stabil.

Selain itu, penulis juga menerapkan prinsip *non-maleficence*, yaitu memastikan bahwa proses penelitian tidak menimbulkan kerugian, baik secara fisik maupun psikologis. Penulis tidak memaksa partisipan untuk menjawab pertanyaan yang dianggap terlalu pribadi, dan selalu menghormati keputusan partisipan apabila ingin menghentikan wawancara. Setelah wawancara selesai, penulis memberikan waktu kepada partisipan untuk melakukan refleksi diri, sekaligus memastikan bahwa mereka merasa aman dan tenang sebelum meninggalkan lokasi.

Untuk menjaga tanggung jawab profesional, penulis senantiasa melakukan refleksi etis terhadap peran dan posisinya di lapangan. Penulis menyadari bahwa pada penelitian fenomenologis, penulis tidak hanya berperan sebagai pengumpul data, tetapi juga menjadi bagian dari proses pemaknaan. Karena hal tersebut, sikap empatik, kepekaan emosional, dan kesadaran diri peneliti menjadi aspek penting dalam menjaga etika penelitian. Penerapan prinsip-prinsip etika tersebut diharapkan dapat memberikan manfaat bagi partisipan maupun bagi pengembangan ilmu psikologi tanpa menimbulkan dampak negatif bagi siapa pun yang terlibat.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Hasil Pengambilan Data**

###### **a. Narasumber 1**

###### **1) Identitas**

Nama : MI  
Usia : 23 tahun  
Status : Mahasiswa  
Hari/Tanggal : Kamis, 6 November 2025  
Waktu : 18.30 – 20.15 WIB  
Tempat : Rumah tinggal narasumber

###### **2) Hasil Observasi**

Proses wawancara dilakukan di rumah tinggal narasumber pada Kamis malam sekitar pukul 18.30 WIB. Saat penulis tiba, suasana lingkungan rumah terasa tenang dan sederhana. Ruang tamu diterangi oleh cahaya lampu berwarna putih yang memberikan suasana hangat dan cukup terang. Udara di sekitar rumah terasa hangat, dan dari luar terdengar suara serangga malam yang menambah kesan alami lingkungan tersebut.

Narasumber, MI, menyambut penulis dengan senyum kecil dan nada bicara yang lembut. MI mengenakan jaket rajut berwarna pink dan celana berwarna kecoklatan dengan kerudung berwarna hitam. Raut wajah MI tampak lelah, namun ia tetap berusaha menunjukkan sikap ramah. Sebelum wawancara dimulai, penulis menjelaskan tujuan penelitian serta memastikan bahwa seluruh data akan dijaga kerahasiaannya. MI membaca dan menandatangani lembar *informed consent* sebagai tanda kesediaan untuk berbagi pengalaman pribadi. Wawancara berlangsung dalam suasana yang empatik, akrab, dan penuh kehati-hatian emosional. Penulis berupaya menjaga kenyamanan MI agar proses wawancara berjalan secara natural dan bermakna.

Wawancara berlangsung di ruang tengah rumah MI. Di ruangan tersebut terdapat kursi kayu panjang dan meja kecil dengan taplak bermotif bunga. Di sisi kanan terlihat foto keluarga yang sudah agak pudar, sedangkan di belakang kursi terdapat jendela terbuka dengan tirai tipis yang bergerak perlahan tertutup angin. Suasana ruangan terasa hangat dan cukup tenang, sehingga mendukung proses wawancara berjalan secara nyaman.

Saat menceritakan awal mula MI merasa takut dan kehilangan kendali pada tahun 2023, MI mulai menundukkan kepala, berbicara dengan intonasi lebih pelan, dan mengusap jari-jarinya. Gerakan ini muncul bersamaan dengan penjelasan mengenai kondisi emosional MI yang tidak stabil pada periode tersebut.

Reaksi emosional makin tampak ketika MI membahas pertama kali MI melakukan *self-harm* pada Agustus 2024. Saat menceritakan bagaimana MI menyayat tangannya dengan *cutter* dan tidak merasa sakit, MI beberapa kali menghela napas panjang, menatap tangannya sendiri, dan mata MI tampak berkaca-kaca. MI memperagakan sedikit gerakan tangan seolah menunjukkan kembali bagaimana MI melakukannya.

Perubahan gestur yang lebih intens muncul ketika MI menceritakan pengalaman ekstrem pada Juli 2025, yaitu saat MI menyiapkan Baygon dengan niat mengonsumsinya. Pada bagian ini, MI menatap kosong ke depan, bahunya sedikit turun, dan suara MI mulai bergetar. Emosi makin terlihat saat MI mengingat momen ketika ibu kos memeluknya. MI menundukkan kepala, bibir MI bergetar, dan air mata mulai tampak mengumpul, menunjukkan peristiwa tersebut sangat bermakna bagi MI.

Gestur penuh emosi juga terlihat ketika MI mulai bercerita tentang keluarganya, terutama mengenai ibunya yang pergi sejak MI kecil. Di bagian ini, MI sering menatap lantai, berbicara dengan suara semakin pelan, dan beberapa kali mengusap jari sebagai bentuk menahan emosi. Ketika menyebut bahwa satu-satunya keluarga yang MI rasakan adalah ayahnya, mata MI kembali berkaca dan suaranya terdengar bergetar.

Saat membahas tekanan dari keluarga besar, MI tampak lelah dan kesal. MI menghela napas dalam, tersenyum pahit, dan beberapa kali mengalihkan pandangan. Pada fase ini, MI bahkan meminta untuk tidak melanjutkan pembahasan tentang keluarga besarnya karena merasa emosinya mulai terkuras.

Secara keseluruhan, MI mau bekerjasama dan terbuka. Meski beberapa kali tampak rapuh, MI tetap berusaha menjelaskan pengalamannya dengan jujur. Gestur non-verbal seperti menunduk, mengusap jari, menghela napas panjang, menatap kosong, dan suara bergetar muncul secara konsisten ketika MI membahas peristiwa yang berat secara emosional.

### 3) Hasil Wawancara

MI adalah seorang mahasiswa berusia 23 tahun yang tinggal bersama keluarganya di Kota K. MI menceritakan bahwa perilaku menyakiti diri sendiri mulai muncul pada tahun 2024, ketika MI mengalami tekanan emosional yang berat dan kesulitan mengendalikan pikiran serta rasa takut yang terus muncul.

Sebelum itu, di awal tahun 2023, MI mengalami masa yang MI gambarkan sebagai “*kosong*,” yaitu perasaan tanpa arah dan sulit mengendalikan diri. MI sering menangis tanpa alasan jelas dan merasa ketakutan setiap kali sendirian. Kondisi tersebut semakin memburuk menjelang akhir tahun, hingga MI meminta dijemput oleh kakaknya karena MI merasa tidak mampu tinggal sendiri di kost.

Setelah dibawa pulang, keluarganya sempat mengira MI mengalami gangguan spiritual dan memanggil ustaz untuk melakukan ruqyah pada malam pergantian tahun baru. MI mengenang momen itu sambil tertawa kecil dan berkata, “*Orang lain pada bakar-bakaran, aku malah diruqyah sampai jam dua belas malam.*”

Namun, hasil ruqyah tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan spiritual. Ustadz yang meruqyah justru mengatakan bahwa permasalahan MI bersifat psikologis, bukan supranatural. Sejak saat itu, MI mulai menyadari bahwa kondisi yang MI alami merupakan tekanan mental dan stres berkepanjangan.

Beberapa bulan setelah kejadian tersebut, MI mencoba menenangkan diri, tetapi tekanan batin dan perasaan hampa terus menghantui MI. Puncaknya terjadi pada bulan Agustus 2024, ketika untuk pertama kalinya MI melukai dirinya sendiri dengan *cutter*. Awalnya MI mencoba menggunakan gunting dan pisau dapur, tetapi akhirnya memilih cutter karena dianggap lebih “*mudah*.” MI memperagakan gerakan menyayat di bagian tangannya sambil berkata lirih, “*Rasane lego banget... kaya beban ilang sakedap.*” (Rasanya lega banget... kayak beban hilang sekejap.)

Pada saat itu, MI tidak merasakan sakit fisik, melainkan perasaan puas dan tenang sesaat. Namun, setelah MI sadar dan melihat luka di tangannya, perasaan bersalah dan takut muncul. MI menutup lukanya dengan hansaplas dan berbohong kepada ayahnya ketika ditanya lewat *video call*. MI mengatakan bahwa tangannya hanya “*kena pisau dapur*.”

Beberapa bulan kemudian, pada Oktober 2024, MI kembali melakukan *self-harm* meskipun hanya berupa goresan ringan. Namun, pada Juli 2025, dorongan tersebut muncul lagi dengan intensitas lebih tinggi. MI bahkan sempat menyiapkan baygon di kamarnya dengan niat untuk meminumnya. MI bercerita dengan suara bergetar, “*Aku wes siapin botole neng meja, tak copot tutupe, tapi aku mung ndelok wae.*” (Aku udah siapin botolnya di meja, aku buka tutupnya, tapi cuma aku pandangi aja.)

Saat itu pikiran MI kacau antara ingin mati dan takut melakukannya. Dalam kepanikan, MI menghubungi temannya lewat chat tengah malam, mengatakan bahwa MI ingin minum racun. Temannya segera menghubungi bapak dan ibu kos, yang datang dan langsung memeluk MI saat menemukan MI menangis di lantai kamar. MI menggambarkan momen itu dengan lirih, “*Aku ora nyangka ono wong sing peluk aku pas aku koyok ngono. Rasane anget neng dada.*” (Aku nggak nyangka ada orang yang mau peluk aku waktu aku lagi kayak gitu. Rasanya hangat di dada.)

Pelukan tersebut membuat MI menangis semakin keras, bukan karena sedih, tetapi karena MI merasa tersentuh dan bersalah setelah menyadari bahwa ternyata masih ada orang yang peduli pada MI. Sejak saat itu, hubungan MI

dengan ibu kos menjadi lebih dekat. Ibu kos sering mengajak MI makan bersama dan membuat MI merasa sedikit lebih aman karena ada seseorang yang mengetahui kondisinya.

Ketika membicarakan latar belakang keluarga, MI menjelaskan bahwa MI tidak terlalu dekat dengan keluarga besar. MI tinggal hanya bersama bapak dan nenek sejak kecil setelah kedua orang tua MI bercerai ketika MI duduk di kelas dua SD. Ibunya kemudian bekerja sebagai TKW di luar negeri dan tidak pernah pulang hingga saat ini. MI berkata dengan suara pelan, “*Ket cilik nganti saiki aku ora tau ketemu maneh.*” (Dari kecil sampai sekarang aku belum pernah ketemu lagi.)

MI juga mengetahui bahwa ibunya menikah lagi di Malaysia, tetapi tidak pernah memberi kabar langsung. Ayahnya menikah lagi saat MI kelas tiga SD, dan MI kemudian dimasukkan ke pesantren hingga lulus sekolah dasar. Hubungan MI dengan ibu tiri terbilang canggung karena mereka tidak dekat dan jarang berbicara meskipun tinggal serumah.

Namun, sosok ayah menjadi figur yang sangat berarti bagi MI. MI menggambarkan ayahnya sebagai satu-satunya orang yang membuat MI merasa aman. Meskipun ayahnya jarang berbicara, perhatian kecil seperti menanyakan apakah MI sudah makan saja sudah membuat MI tenang. “*Aku urip mung mergo bapakku,*” ucap MI pelan. (Aku hidup cuma karena bapakku.)

Sementara itu, hubungan MI dengan keluarga besar tidak begitu baik. MI merasa tidak nyaman karena sering dibanding-bandingkan dengan saudara lain, misalnya soal pendidikan atau pekerjaan. Hal tersebut membuat MI menarik diri dari pertemuan keluarga dan memilih tinggal di kost saat libur. MI berkata dengan getir, “*Aku males nek rono, rasane kaya diadili.*” (Aku males kalau ke sana, rasanya kayak diadili.)

Dalam aspek sosial, MI mengaku sebagai pribadi introvert dan tertutup. MI jarang bergaul dan hanya memiliki sedikit teman dekat. Di kampus, MI lebih sering menghabiskan waktu sendirian di kamar, menulis, mendengarkan musik religi, atau menangis untuk melepaskan tekanan batin.

MI juga pernah memiliki hubungan romantis dengan seseorang dari Malaysia selama enam bulan. Hubungan itu sempat membuat MI merasa hidup kembali, tetapi akhirnya berakhir tanpa kejelasan. Kekasihnya tiba-tiba menghilang tanpa kabar, meninggalkan luka yang dalam bagi MI. MI menangis setiap hari dan kehilangan semangat belajar selama beberapa waktu.

Namun kini, MI mulai belajar menerima keadaan dan menenangkan diri dengan cara yang lebih sehat. MI menulis di buku kecil yang berisi curahan hati dan doa. *“Aku nulis ‘aku pengin waras, aku pengin tenang,’”* kata MI sambil tersenyum kecil. MI juga menyebut bahwa sholawatan dan musik religi menjadi cara efektif untuk menenangkan pikirannya.

Saat ditanya tentang kondisinya sekarang, MI mengatakan bahwa dorongan untuk menyakiti diri masih sesekali muncul, tetapi MI sudah tidak lagi melakukannya. MI mulai bisa berbagi perasaan dengan ayahnya dan merasa lebih tenang setiap kali ayahnya memberi nasihat sederhana.

Menutup wawancara, MI berkata dengan tenang dan tersenyum, *“Aku pengin tenang, pengin waras, ora mung jasmani tapi rohani. Aku pengin nyenengi bapakku, wis cukup aku nggawe dekne kuatir.”* (Aku pengin tenang, pengin sembuh, bukan cuma jasmani tapi rohani. Aku pengin bikin bapakku bahagia, udah cukup aku bikin dia khawatir.)

MI mengakhiri percakapan dengan senyum lega dan berkata, *“Aku sekarang cerita udah nggak nangis lagi, aku udah kuat.”*

## b. Narasumber 2

### 1) Identitas

Nama	:	KYA
Usia	:	22 tahun
Status	:	Mahasiswa
Hari/Tanggal	:	Sabtu, 8 November 2025
Waktu	:	19.33 – 20.15 WIB
Tempat	:	Kamar Kost, narasumber

## 2) Hasil Observasi

Proses wawancara dilakukan pada malam hari, sekitar pukul 19.33 WIB, di kamar kost tempat tinggal narasumber yang berlokasi di kawasan Semarang. Saat tiba di lokasi, penulis mengenakan kemeja garis berwarna hijau putih dan disambut oleh KYA yang mengenakan baju hitam bermotif polkadot.

Kamar kost tempat wawancara berlangsung berukuran tidak terlalu besar namun tertata cukup rapi. Di dalamnya terdapat sebuah tempat tidur dengan seprai berwarna coklat, meja kecil di bagian kepala tempat tidur yang berisi beberapa buku dan alat tulis, serta sebuah lemari berwarna coklat muda. Di samping lemari tergantung tas kecil dan gantungan berisi beberapa pakaian. Di sudut ruangan terdapat kipas angin berdiri, sementara kamar mandi berada di dalam dengan pintu tertutup. Lantai keramik putih tampak bersih dan menjadi tempat penulis dan KYA duduk selama proses wawancara.

Pencahayaan ruangan berasal dari lampu putih kekuningan yang memberikan suasana hangat dan cukup nyaman. Di atas meja kecil terdapat sebuah tanaman hias kecil yang menambah kesan rapi dalam ruangan tersebut. Sebelum wawancara dimulai, penulis menjelaskan tujuan penelitian, memastikan kenyamanan subjek, dan meminta persetujuan melalui lembar *informed consent* yang telah disiapkan. Wawancara berlangsung dalam suasana yang tenang dan penuh keterbukaan, tanpa gangguan dari luar.

Selama wawancara berlangsung, penulis memperhatikan bahwa KYA beberapa kali menundukkan kepala dan menghela napas panjang, terutama saat membicarakan momen-momen paling menyakitkan dalam hidupnya. Misalnya, ketika KYA menceritakan pengalaman kehilangan ibunya karena *COVID-19* sebuah peristiwa yang membuatnya merasa hampa dan ingin menyusul ibunya. Pada bagian itu, KYA menatap lantai cukup lama sebelum melanjutkan ceritanya.

KYA juga tampak berusaha menahan emosi ketika mengingat masa-masa ia melakukan *self-harm*, seperti menjedukkan kepala ke tembok, memukul diri sendiri, hingga menyayat tangan menggunakan *silet (cutter)*. Pada momen

tersebut, KYA bahkan memperagakan gerakan tangannya sambil menatap kosong beberapa detik.

Ketika menceritakan perlakuan keras dari kakaknya misalnya dimarahi sehari-hari hanya karena salah meletakkan baju KYA kembali terlihat menunduk dan menarik napas pelan. Ekspresinya menunjukkan beban emosional yang cukup kuat, namun tetap berusaha mempertahankan ketenangan.

### 3) Hasil Wawancara

KYA adalah seorang mahasiswi berusia 22 tahun yang tinggal di kost selama menempuh pendidikan di Semarang. KYA menceritakan bahwa perilaku menyakiti diri sendiri (*self-harm*) mulai muncul sekitar tahun 2021 hingga 2022, yaitu ketika KYA mengalami masa paling berat dalam hidupnya setelah kehilangan sang ibu akibat *COVID-19*.

Dengan suara lembut namun bergetar, KYA mengungkapkan bahwa kepergian ibunya membuat hidup KYA seolah runtuh. KYA merasa kehilangan arah, kesepian, dan hampa. KYA berkata bahwa setelah ibunya meninggal, rumah terasa sangat sepi, dan hubungan dengan kakaknya menjadi penuh ketegangan. Kakaknya sering memarahi KYA, bahkan untuk hal-hal sepele, sehingga KYA merasa tidak punya tempat bersandar lagi. *“Waktu itu aku ngerasa kayak... semua yang aku punya ikut hilang. Aku udah nggak tahu harus apa. Kadang kepikiran buat nyusul mamah,”* ujar KYA dengan mata berkaca-kaca.

KYA kemudian bercerita bahwa perilaku *self-harm* bermula dari tindakan membenturkan kepala ke tembok dan memukul diri sendiri. Lama-kelamaan, perilaku tersebut berkembang menjadi tindakan menyayat tangan dengan silet. KYA menjelaskan bahwa rasa sakit fisik yang ditimbulkan justru membuat pikiran KYA terasa lega sejenak. *“Rasanya kayak semua beban di kepala tuh keluar lewat darah yang netes,”* kata KYA sambil menatap tangannya dan memperagakan gerakan menyayat.

Namun, di balik semua itu, KYA mengaku pernah berada di titik terendah ketika KYA benar-benar ingin mengakhiri hidupnya. KYA bercerita bahwa KYA pernah menyiapkan tali untuk gantung diri, bahkan sudah

memasangnya di kamar. Namun sebelum melakukannya, KYA tiba-tiba teringat Allah. *“Aku takut, Gin... takut banget kalau mati aku nggak diterima. Jadi aku copot talinya, terus langsung sholat. Aku nggak tahu sholat apa, cuma sholat aja sambil nangis,”* ucap KYA lirih.

Momen tersebut menjadi titik balik kecil bagi KYA. Meskipun masih melukai diri, KYA mulai mencari pertolongan. Awalnya KYA datang sendiri ke puskesmas, lalu dirujuk ke psikiater dan psikolog. KYA kemudian didiagnosis mengalami gangguan kecemasan (*anxiety disorder*) dan mendapat obat penenang serta antidepressan.

Namun, pengobatan itu membawa efek samping. KYA mengalami rambut rontok dan kenaikan berat badan, yang membuat rasa percaya diri KYA menurun drastis. KYA bahkan mengaku selalu memakai masker ke kampus, bukan karena takut *COVID*, tetapi karena malu dengan dirinya sendiri. *“Aku ngerasa jelek banget, Gin. Kadang nangis aja tiap kali ngaca,”* tutur KYA dengan suara pelan.

Selain itu, KYA mengalami kecemasan berlebihan terhadap keselamatan keluarganya. KYA takut jika salah satu anggota keluarga keluar rumah akan terjadi sesuatu yang buruk. Perasaan ini berlangsung hampir dua tahun, hingga akhirnya mulai berkurang ketika KYA tinggal di kost dan memiliki teman-teman baru. *“Pas mulai punya temen, aku ngerasa hidupku berubah. Aku nggak sendirian lagi,”* kata KYA sambil tersenyum tipis.

KYA menyebut bahwa kehadiran teman-teman kuliah menjadi titik terang dalam proses pemulihannya. Mereka mau mendengarkan tanpa menghakimi, bahkan memeluk KYA ketika KYA menangis. *“Aku cuma pengen didengerin aja, nggak usah dinasehatin. Kadang pelukan aja udah cukup,”* ujar KYA sambil tertawa kecil.

Ketika penulis menanyakan tentang hubungan keluarganya saat ini, KYA mengaku bahwa kondisinya mulai membaik. KYA sudah berani menghubungi ayah dan kakaknya lebih dulu, dan mengajak berbicara lewat telepon serta *video call*. Perlahan-lahan, komunikasi yang sempat terputus kembali terjalin. *“Dulu nggak ada yang nanya kabar aku, sekarang malah*

*kakakku yang duluan ngechat. Aku seneng banget, Gin,”* kata KYA dengan wajah berseri.

Selain itu, KYA menceritakan bahwa teman-teman kost seperti L, N, dan A sangat membantu KYA untuk menerima diri dan berdamai dengan masa lalu. Mereka menemani KYA belajar, menenangkan ketika cemas, dan mendorong KYA untuk kembali percaya diri. *“Dari mereka aku belajar kalau aku pantas buat disayang,”* ucap KYA dengan nada lembut.

Saat ini, KYA berusaha mengatasi dorongan *self-harm* dengan cara yang lebih sehat seperti menulis, mendengarkan musik, dan berdoa. KYA mengatakan, *“Dulu aku nyakin diri buat tenang, sekarang aku nangis aja di sajadah. Rasanya lebih lega.”*

Menutup wawancara, KYA mengungkapkan harapan untuk masa depannya. KYA ingin hidup tenang, membahagiakan ibunya dari jauh, dan mampu mencintai dirinya sendiri tanpa menyakiti. Dengan senyum penuh ketulusan, KYA berkata, *“Aku cuma pengen bisa sayang sama diri sendiri terus. Dan aku pengen orang lain tahu... kalau aku udah berusaha sekuat itu buat bertahan.”*

### c. Narasumber 3

#### 1) Identitas

Nama	: LMM
Usia	: 23 tahun
Status	: Mahasiswa

Hari/Tanggal : Selasa, 11 November 2025

Waktu : 18.30 – 19.35 WIB

Tempat : Kamar Kost, narasumber

#### 2) Hasil Observasi

Proses wawancara dilakukan pada siang hari sekitar pukul 13.00 WIB di kamar kost LMM yang berada di lantai dua sebuah bangunan sederhana di kawasan Semarang. Suasana lingkungan kost saat itu cukup tenang, hanya sesekali terdengar suara motor dari jalan depan.

Penulis mengenakan kemeja berwarna pink, sedangkan LMM tampak mengenakan kaos merah dan celana panjang hitam. LMM menyambut penulis dengan senyum kecil, terlihat sopan namun sedikit gugup. Kamar tempat wawancara berlangsung berukuran sedang, berdinding putih, dengan kasur berseprai abu-abu, ada sebuah meja kayu yang diatasnya ada mangkok dan tempat minum. Sebuah laptop terbuka berada di atas kasur, dan di sudut kamar terdapat gantungan pakaian serta kipas angin berdiri yang berputar pelan.

Selama wawancara, LMM duduk bersila di atas kasur sementara penulis duduk di tepi tempat tidur dengan jarak yang nyaman. Penulis telah menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan (*informed consent*) secara lisan dan tertulis sebelum memulai percakapan. Sepanjang proses, LMM cukup terbuka dan mau bekerja sama.

Dalam proses wawancara, LMM beberapa kali membenarkan kacamatanya, memainkan ujung jarinya, dan menatap kosong ke arah dinding ketika mengingat pengalaman emosional. Saat menceritakan pertama kali melakukan *self-harm* di SMP dan meningkat pada masa SMA, LMM tampak menundukkan kepala sambil memandangi tangannya, “*Waktu SMP kelas dua... awalnya cuma pakai bolpoin... Pas SMA, mulai keluar darah.*” Pada bagian ini LMM terlihat berusaha menahan emosi dan mengambil jeda sebelum melanjutkan cerita.

Ketika menjelaskan alasan LMM melakukan *self-harm* karena frustrasi dengan kondisi keluarga sering dimarahi dan tidak memiliki ruang untuk mengekspresikan diri LMM menghela napas panjang. Hal ini terlihat jelas pada momen ketika LMM mengatakan “*Di rumah sering dimarahin... semua aku pendam... kalau udah terlalu penuh aku nyakinin diri.*” Reaksi tersebut menunjukkan beban emosional yang masih melekat terkait pengalaman keluarganya.

Perubahan ekspresi semakin terlihat ketika topik wawancara beralih pada hubungan dengan ibu angkat. Saat mengisahkan perlakuan verbal yang menyakitkan, seperti diejek mengenai fisik dan merasa tidak cukup di mata sang ibu, LMM menundukkan kepala cukup lama, suaranya melemah, dan

matanya mulai berkaca-kaca. Bagian wawancara yang memicu reaksi tersebut adalah ketika LMM berkata *“Dia sering bilang aku gendut, jerawatan, jelek... aku ngerasa nggak pernah cukup.”*

Saat membahas mengenai ibu kandung yang meninggalkannya saat bayi, kondisi emosional LMM semakin terlihat. Ketika mengatakan *“Aku bahkan nggak pernah lihat wajah ibuku,”* LMM menatap lantai cukup lama, bahunya sedikit merosot, dan menarik napas pelan seolah mencoba menahan tangis.

Walaupun banyak momen emosional, LMM tetap berusaha menjaga ketenangan. Sesekali LMM tersenyum kecil, biasanya untuk meredakan suasana yang tegang atau menutupi kegugupan, seperti saat menceritakan pengalaman rambut rontok *“Kadang aku mikir ini rambut setan atau rambutku ya hehehe...”*

Secara keseluruhan, observasi menunjukkan bahwa LMM memiliki kemampuan refleksi diri yang kuat, namun juga menyimpan beban emosional yang besar terutama terkait hubungan keluarga dan pengalaman penolakan sejak kecil. Respons non-verbal seperti menunduk, menghela napas panjang, menatap kosong, dan perubahan nada suara menjadi indikator penting dalam memahami dinamika emosional yang dialami LMM selama wawancara.

### 3) Hasil Wawancara

Narasumber LMM merupakan mahasiswi berusia 23 tahun yang tinggal di kost selama menempuh pendidikan di Semarang. LMM mengaku pertama kali melakukan tindakan menyakiti diri sendiri saat duduk di bangku SMP kelas dua dengan mencoret-coret tangannya menggunakan bolpoin merah. LMM melakukan tindakan tersebut karena rasa kesal dan frustrasi, namun LMM melanjutkan perilaku tersebut hingga SMA dan menjadi lebih serius. Pada masa SMA, LMM mulai menggunakan silet kecil (*“cutter”*) untuk melukai lengannya hingga berdarah.

LMM mengungkapkan bahwa perilaku tersebut muncul sebagai bentuk pelampiasan dari tekanan emosional yang tidak mampu LMM ungkapkan secara verbal. LMM sering mendapat kemarahan dari keluarga, bahkan untuk

hal-hal kecil. Karena tidak dapat berbicara atau membela diri, LMM memilih untuk menyimpan emosinya dan melampiaskannya melalui perilaku menyakiti diri.

Seiring berjalananya waktu, LMM menyadari bahwa perilaku tersebut salah, tetapi LMM tetap mengalami kesulitan untuk mengendalikan dorongan tersebut, terutama ketika sedang mengalami tekanan mental yang berat. Setelah memasuki bangku kuliah dan mempelajari ilmu psikologi, LMM mulai memahami bahwa perilaku tersebut merupakan *coping mechanism maladaptif* untuk mengatasi stres dan perasaan frustrasi. Meskipun demikian, LMM mengakui bahwa dorongan untuk melukai diri masih sesekali muncul, terutama saat LMM merasa kosong, cemas, atau kehilangan energi emosional.

LMM menceritakan bahwa LMM pernah masuk Unit Gawat Darurat (IGD) karena merasakan nyeri dada yang hebat. LMM awalnya mengira mengalami kambuhnya penyakit jantung karena sejak kecil sudah didiagnosis memiliki aritmia. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa kondisi jantung LMM normal. Dokter menduga bahwa keluhan fisik yang LMM rasakan berhubungan dengan tekanan psikologis dan memberikan saran agar LMM berkonsultasi dengan psikolog. Situasi tersebut menjadi momen pertama bagi LMM untuk menyadari bahwa masalah mental dapat memengaruhi kondisi fisik secara langsung.

Meskipun mendapat saran tersebut, LMM belum pernah menemui psikolog secara langsung hingga waktu wawancara dilakukan. LMM mengaku pernah diberikan obat penenang dan hanya meminumnya satu kali karena takut mengalami ketergantungan. Obat tersebut membuat LMM merasa tenang, tetapi menyebabkan rambut LMM rontok parah, sehingga LMM memutuskan untuk berhenti mengonsumsinya.

Ketika penulis menanyakan latar belakang keluarga, LMM mengungkapkan kisah yang cukup menyentuh. LMM merupakan anak angkat dari seorang anggota polisi. Ayah angkat LMM mengadopsi LMM setelah mendengar kabar dari seorang warga bahwa ada bayi yang akan dibuang. Ayah

angkat LMM langsung mendatangi lokasi dan memutuskan untuk mengadopsi LMM. Sejak saat itu, pasangan tersebut membesarkan LMM.

Hubungan LMM dengan ibu angkat tidak berjalan harmonis. Ibu angkat LMM sering memberikan komentar negatif seperti memanggil LMM dengan sebutan “*gendut*”, “*jelek*”, dan “*jerawatan*”. Ibu angkat LMM juga sering marah setiap kali ayah angkat memberikan uang atau perhatian lebih kepada LMM. Situasi tersebut membuat LMM merasa tidak diterima dan tidak berharga di rumah sendiri. Meskipun demikian, LMM tetap menyimpan rasa hormat dan syukur kepada orang tua angkat, terutama kepada ayah angkat yang dianggap sebagai sosok penyelamat dan pelindung.

LMM juga bercerita bahwa ibu kandung LMM meninggalkan LMM sejak LMM baru berusia satu hari. LMM mengetahui hal tersebut saat masih duduk di bangku SMP. Berdasarkan cerita ayah angkatnya, ibu kandung LMM hamil saat masih remaja dan memutuskan untuk menelantarkan LMM karena takut menghadapi konsekuensi sosial. LMM mengaku belum pernah melihat wajah ibu kandungnya dan merasa kosong setiap kali memikirkan hal tersebut. LMM pernah terpikir untuk mencari ibunya, tetapi merasa takut jika suatu hari tidak diakui atau ditolak kembali.

Selain masalah keluarga, LMM juga mengakui bahwa LMM mengalami kesulitan dalam bersosialisasi. LMM menggambarkan dirinya sebagai pribadi yang introvert, pendiam, dan sulit membuka diri kepada orang lain. Akibatnya, banyak orang salah paham dan menganggap LMM sebagai pribadi sombong atau cuek. Meskipun demikian, LMM tetap memiliki beberapa teman dekat yang membuat LMM merasa sedikit lebih diterima.

Saat ini, LMM berusaha untuk tidak mengulangi perilaku menyakiti diri dengan menggunakan cara-cara yang lebih sehat, seperti menonton anime, membaca komik, dan mengalihkan pikiran melalui aktivitas yang menyenangkan. LMM menyadari bahwa *self-harm* bukan merupakan keinginan untuk mengakhiri hidup, melainkan bentuk pelampiasan terhadap emosi yang menumpuk. LMM menyampaikan bahwa LMM hanya ingin merasa tenang.

Pada akhir wawancara, LMM tampak lebih rileks dan mengungkapkan rasa lega karena dapat bercerita tanpa merasa dihakimi. LMM mengatakan bahwa dukungan empatik dari orang lain, terutama ketika seseorang mendengarkan tanpa menghakimi, membuat LMM merasa diterima dan dimengerti. LMM berharap suatu saat dapat sembuh sepenuhnya, memiliki kendali emosi yang stabil, dan mampu mencintai dirinya sendiri tanpa perlu menyakiti diri.



## 2. Tema-tema Pokok

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan terhadap tiga narasumber, diperoleh tema-tema pokok berikut:

Tema	Narasumber 1 (MI)	Narasumber 2 (KYA)	Narasumber 3 (LMM)
Kondisi sebelum <i>self-harm</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sering merasa kosong, linglung, menangis tanpa sebab (2023).</li> <li>– Ketakutan ketika sendirian dan minta dijemput kakak.</li> <li>– Stres saat magang, sulit fokus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kehilangan ibu karena COVID → merasa hidup hampa.</li> <li>– Sering dimarahi kakak → tidak merasa aman di rumah.</li> <li>– Kesepian ekstrem, sering mengurung diri di kamar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sering dimarahi ibu angkat, dikritik fisik.</li> <li>– Merasa tidak diterima dan tidak cukup baik.</li> <li>– Menyimpan emosi sejak lama, sering sendiri di kamar.</li> </ul>
Perilaku <i>Self-harm</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menyayat tangan pakai <i>cutter</i> (2024).</li> <li>– Coba pakai gunting &amp; pisau tapi tidak mempan.</li> <li>– Mengulang di Okt 2024 &amp; Jul 2025 (pikiran ekstrem).</li> <li>– Menyiapkan botol Baygon (nyaris percobaan bunuh diri).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Membenturkan kepala ke tembok.</li> <li>– Memukul diri sendiri.</li> <li>– Menyayat tangan pakai silet.</li> <li>– Menyiapkan tali gantung (nyaris percobaan bunuh diri).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SMP: mencoret tangan pakai bolpoin.</li> <li>– SMA: menyayat tangan dengan <i>silet/cutter</i> hingga berdarah.</li> <li>– Melakukan saat sendirian, sering sambil menangis.</li> </ul>
Proses Kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menjalankan pengobatan <i>alternatif</i></li> <li>– Menyadari pola dorongan <i>self-harm</i> saat panik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Membatalkan percobaan bunuh diri setelah mengingat Allah.</li> <li>– Menyadari bahwa ia masih ingin hidup.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hasil IGD menunjukkan jantung normal → dicurigai masalah psikologis.</li> <li>– Menyadari dirinya sedang sakit secara mental.</li> </ul>

Proses Pemulihan Diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menulis di buku harian.</li> <li>– Dengarkan sholawatan/musik religi</li> <li>– Menangis, tidur, mengalihkan pikiran</li> <li>– Mulai berkomunikasi dengan ayah.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ke psikolog &amp; psikiater.</li> <li>– Mendapat dukungan emosional dari teman.</li> <li>– Menghindari kesendirian terlalu lama.</li> <li>– Menulis puisi/cerita untuk menenangkan diri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menonton <i>anime</i> &amp; membaca komik.</li> <li>– Menyibukkan diri dalam aktivitas kampus.</li> </ul>
Penerimaan Diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menerima kondisi diri dan ingin sembuh.</li> <li>– Menyadari masih ada dorongan tapi bisa dikendalikan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mulai berdamai dengan kehilangan ibu.</li> <li>– Menangis dengan cara yang “lega”.</li> <li>– Belajar mencintai diri pelan-pelan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menerima kalau bukan anak kandung</li> <li>– Mulai memahami emosinya sendiri.</li> </ul>
Dukungan Sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ayah memberi perhatian sederhana namun bermakna.</li> <li>– Ibu kos memeluk &amp; menyelamatkannya saat krisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Teman dekat memberi ruang aman.</li> <li>– Mulai dekat dengan Kakak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ayah angkat sebagai sosok penerima dan penyelamat.</li> </ul>



Berdasarkan analisis antar tema yang penulis lakukan terhadap 3 narasumber, dapat diperoleh tema-tema pokok sebagai berikut:

1. Pemicu Emosi dan Kondisi Psikologis Awal
2. Perilaku *Self-harm* dan Makna yang Dirasakan
3. Proses Kesadaran dan Pemulihan Diri
4. Penerimaan Diri dan Dukungan Sosial
5. Perasaan Kesepian dan Kehilangan Figur Kasih Sayang
6. Tekanan Psikologis dari Keluarga dan Lingkungan Sosial
7. *Self-harm* sebagai Bentuk Pelarian Emosi Negatif
8. Perasaan Lega dan Pengendalian Emosi Setelah *Self-harm*
9. Kesadaran Diri Melalui Dukungan Sosial dan *Alternatif*
10. Pemulihan melalui Penerimaan dan Aktivitas Positif
11. Religiusitas sebagai Sumber Ketenangan dan Makna Baru Hidup

## B. Analisis Deskriptif

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap tiga narasumber (MI, KYA, dan LMM), ditemukan dinamika psikologis yang menunjukkan bahwa perilaku *self-harm* merupakan respons terhadap tekanan emosional yang tidak tersalurkan. Meskipun setiap individu memiliki latar belakang berbeda, keseluruhannya memperlihatkan pola perjalanan yang relatif serupa yang dimulai dari fase pemicu emosi, kemudian muncul perilaku *self-harm*, dilanjutkan dengan kesadaran diri, hingga akhirnya mencapai penerimaan dan proses pemulihan.

### 1. Tema: Kondisi Psikologis Awal

Ketiga narasumber menunjukkan latar belakang emosional yang tidak stabil, ditandai dengan perasaan kesepian, penolakan, dan kehilangan figur kasih sayang. Narasumber MI merasakan takut berlebihan terhadap kesendirian dan tekanan batin yang berkepanjangan. MI menggambarkan kondisinya sebagai berikut :

*“Tahun 2023 awal, aku udah mulai stres, linglung... lebih kayak kosong. Aku sering banget nangis, takut sendirian, aku merasa kayak nggak bisa ngontrol diriku sendiri.” (MI.W1.6–8)*

Kondisi ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan emosional yang disebabkan oleh tekanan batin dari keluarga besar dan kurangnya hubungan yang hangat dalam keluarga inti. MI tumbuh tanpa sosok ibu kandung, karena ibunya bekerja di luar negeri dan tidak pernah kembali sejak MI kecil. Hal ini memperkuat perasaan kehilangan, keterlantaran emosional, serta kebutuhan akan kasih sayang yang tidak terpenuhi.

Sementara itu, KYA mengalami trauma emosional mendalam akibat kehilangan ibu karena *COVID-19*. KYA berkata,

*“Aku ngerasa kayak... tanpa mamah, aku tuh kosong.”* (KYA.W1.9)  
Setelah kehilangan tersebut, KYA menghadapi konflik dengan kakaknya yang keras dan sering membentak. Rasa bersalah karena tidak bisa menolong ibunya semakin memperburuk kondisi psikologisnya. KYA mulai merasa dirinya gagal dan tidak layak dicintai.

Berbeda dengan dua narasumber sebelumnya, LMM tumbuh dalam lingkungan keluarga angkat yang penuh konflik emosional. LMM sering dibanding-bandingkan dengan anak kandung ibu angkatnya.

*“Ibu angkatku sering bilang aku gendut, jrawatan, terus iri kalau ayah kasih aku uang.”* (LMM.W1.14–15)  
Penolakan emosional dari figur ibu angkat menimbulkan luka batin mendalam dan membuatnya merasa tidak berharga. LMM belajar menutup diri sejak kecil, karena tidak pernah mendapatkan validasi emosional dari orang terdekat.

Ketiga narasumber menunjukkan adanya pola kesepian, kehilangan, dan ketegangan emosional kronis yang menjadi faktor utama pemicu perilaku *self-harm*. Perasaan tidak berharga dan tidak dicintai membuat mereka kesulitan mengelola emosi secara sehat.

## 2. Tema: Perilaku *Self-harm*

Perilaku *self-harm* muncul sebagai respons terhadap tekanan emosional yang tidak tersalurkan. Bagi ketiga narasumber, tindakan melukai diri bukan semata-mata untuk mencari perhatian, melainkan sebagai bentuk *coping maladaptif* cara mengubah rasa sakit emosional menjadi rasa sakit fisik yang lebih “terkendali”.

Narasumber MI menggambarkan pengalamannya dengan sangat jelas :

*“Aku nggolek barang sing sekirane iso nglarani tanganku. Entah kenapa, waktu itu rasanya kayak pengin banget aku lukai. Itu pertama kalinya aku nyoba. Kuwi rasane lego banget.”* (MI.W1.27–28)

Rasa lega setelah melukai diri menjadi makna utama bagi MI. MI merasa bahwa rasa sakit fisik justru lebih mudah ditanggung dibanding rasa sakit batin. Bahkan, pada tahap ekstrem, MI sempat menyiapkan racun serangga (baygon) untuk diminum, namun tidak jadi karena rasa takut dan adanya intervensi sosial dari teman serta ibu kos.

KYA juga mengungkapkan hal serupa:

*“Aku ngerasa puas, kayak ada beban yang hilang.”* (KYA.W1.22–24)

*Self-harm* bagi KYA menjadi sarana pelarian dari kehilangan dan rasa bersalah. KYA menyayat tangannya berulang kali karena merasa itu satu-satunya cara agar “*bisa merasakan sesuatu*” setelah kehilangan ibunya.

Sedangkan LMM pertama kali melakukan *self-harm* sejak SMP menggunakan bolpoin. LMM menjelaskan bahwa perilaku itu muncul setiap kali LMM ditekan secara emosional di rumah:

*“Aku nulis pakai bolpoin sampai tanganku luka, tapi rasane malah plong.”* (LMM.W1.10–11)

Luka fisik baginya menjadi simbol perlawanan terhadap situasi yang membuatnya tak berdaya.

Ketiganya memaknai *self-harm* sebagai bentuk pelepasan emosi, bukan untuk mencari simpati. Rasa sakit yang muncul justru menjadi “*pembebasan sementara*” dari penderitaan psikologis yang mereka alami.

### 3. Tema : Proses Kesadaran

Proses kesadaran pada ketiga narasumber diawali oleh kehadiran figur empatik yang memberi dukungan emosional tanpa menghakimi. Pada titik inilah, mereka mulai menyadari bahwa ada cara lain untuk menenangkan diri selain menyakiti tubuh sendiri.

Bagi MI, titik baliknya terjadi saat ibu kos memeluknya setelah MI hampir mencoba bunuh diri.

*“Aku ora nyangka ono wong sing peluk aku pas aku lagi koyok ngono. Aku ngrasakke disayangi, tapi barengan karo kuwi aku malah nangis maneh.”* (MI.W1.78–80)

Pelukan sederhana itu menumbuhkan kesadaran bahwa dirinya masih berarti bagi orang lain. Sejak saat itu, MI mulai belajar menulis untuk menyalurkan emosinya, berdoa, dan menenangkan diri dengan mendengarkan sholawatan.

Sementara KYA mencapai kesadaran melalui proses terapi dan dukungan sosial. KYA mulai memahami bahwa perilaku *self-harm* tidak menyelesaikan masalah, melainkan memperburuk luka batinnya. KYA mengatakan,

*“Temen-temen aku yang ngebantu aku pelan-pelan buat mau pulang lagi, mau nerima keluarga aku lagi.”* (KYA.W1.35–36)

Dukungan teman menjadi jembatan antara rasa kehilangan dan penerimaan. Terapi profesional juga membantu KYA menata kembali pikirannya dan belajar menerima emosi negatif dengan cara yang lebih sehat.

LMM juga menunjukkan kesadaran serupa. LMM mulai membuka diri kepada teman kuliah dan menemukan kenyamanan dalam aktivitas menulis serta mendengarkan musik religi.

*“Sekarang aku lebih ngerti, yen ora kabeh perasaan kudu ditahan, tapi yo ora kudu disakiti dewe.”* (LMM.W1.95–96)

Kalimat ini menandakan perubahan kognitif signifikan dari pola pikir destruktif menuju *self-awareness* dan pengendalian emosi yang lebih adaptif.

#### 4. Tema: Penerimaan Diri

Tahap ini menandai fase di mana ketiga narasumber mulai menerima diri, menyadari nilai hidup, serta menjalin hubungan sosial yang lebih sehat.

MI menggambarkan perasaannya dengan penuh refleksi:

*“Sekarang nangisku ora koyok biyen, nangisku luwih lega, dudu mergo nyerah, tapi mergo aku iso nrimo.”* (MI.W1.131–132)

MI tidak lagi melihat tangis sebagai tanda kelemahan, melainkan sebagai bentuk penerimaan diri. Dukungan dari bapak dan ibu kos menjadi faktor protektif yang membantunya pulih secara emosional.

Pada KYA, penerimaan diri tumbuh setelah ia memahami bahwa kehilangan bukan akhir dari segalanya. KYA mulai memaknai kehidupan dengan lebih positif dan menjalin hubungan yang lebih terbuka dengan keluarganya.

LMM juga menunjukkan pemulihan yang serupa. LMM menegaskan bahwa kini LMM tidak lagi menyakiti diri karena telah belajar mengelola emosi dengan cara yang sehat, seperti membaca komik dan menonton *anime*.

Kesamaan pada ketiga narasumber menunjukkan bahwa proses pemulihan tidak selalu *linier*, melainkan penuh naik-turun emosional. Namun, dukungan sosial yang empatik dan keterlibatan spiritual terbukti menjadi aspek kunci dalam membangun penerimaan diri dan mencegah kekambuhan perilaku *self-harm*.

#### 5. Tema : Penerimaan Diri

Pada tahap ini, ketiga narasumber mulai menerima kondisi emosional mereka dan menyadari nilai hidup yang masih mereka miliki.

MI berkata: “*Nangisku saiki luwih lega... aku iso nrimo.*”  
(MI.W1.131–132)

KYA mulai berdamai dengan kehilangan ibunya dan memahami bahwa proses kesedihan membutuhkan waktu.

LMM menerima bahwa LMM bukan anak kandung keluarga angkatnya, namun tetap layak dicintai dan dihargai.

Penerimaan diri ini menjadi bekal penting untuk mencegah kekambuhan *self-harm*.

#### 6. Tema : Dukungan Sosial

Dukungan sosial menjadi faktor protektif paling kuat dalam proses pemulihan ketiganya.

MI mendapat kehangatan dari ayah dan ibu kos yang memeluknya saat masa kritis pelukan yang menjadi turning point emosional.

KYA menemukan “*rumah emosional*” melalui dukungan teman-temannya yang membuatnya merasa aman dan diterima kembali.

LMM mendapatkan rasa diterima dari ayah angkatnya yang selalu melindungi dan mendukungnya, meski konflik dengan ibu angkat masih terjadi.

Dukungan sosial terbukti menjadi penentu utama pembentukan kembali harga diri, rasa aman emosional, serta motivasi untuk terus bertahan.

### C. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis tematik, dapat disimpulkan bahwa perilaku *self-harm* pada ketiga narasumber (MI, KYA, dan LMM) merupakan bentuk ekspresi dari penderitaan emosional yang tidak terucapkan. Ketiganya menunjukkan pola yang sama, yaitu adanya kebutuhan untuk mengendalikan rasa sakit batin melalui luka fisik sebagai cara untuk meredakan tekanan emosi yang tidak mampu mereka verbal-isasikan. Luka yang dibuat bukan hanya sekadar manifestasi rasa sakit, melainkan simbol perlawanan terhadap rasa tidak berdaya dan upaya mengalihkan penderitaan emosional yang lebih dalam. Perilaku ini muncul ketika individu merasa tidak memiliki ruang aman untuk melepaskan atau mengomunikasikan perasaan mereka, sehingga rasa sakit fisik menjadi sensasi yang lebih bisa dikontrol dibandingkan dengan kekacauan emosi yang terjadi di dalam diri.

Secara psikologis, perilaku *self-harm* pada ketiga narasumber menggambarkan adanya gangguan pada regulasi emosi, terutama ketika stres, marah, kecewa, atau putus asa tidak dapat dikelola secara adaptif. Mereka tidak memiliki keterampilan emosional yang cukup untuk menenangkan diri, sehingga tindakan menyakiti diri menjadi respons cepat yang dianggap efektif untuk meredakan tekanan batin. Dinamika ini sejalan dengan pandangan Linehan (1993) dalam teori *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*, yang menjelaskan bahwa *self-harm* sering kali dilakukan sebagai strategi maladaptif untuk mengatur emosi negatif secara instan. Pada narasumber MI, tekanan akademik dan relasi keluarga yang kaku membentuk pola ketidakmampuan mengelola tekanan internal. Pada narasumber KYA, pengalaman penolakan, konflik dalam keluarga besar, dan perasaan ditinggalkan menjadi pemicu utama munculnya dorongan melukai diri. Sementara pada narasumber LMM, rasa tidak cukup dan pengalaman invalidasi membentuk akumulasi emosi yang sulit ditangani tanpa melukai diri.

Selain faktor internal, dinamika sosial juga berperan besar dalam membentuk pola perilaku *self-harm*. Ketiga narasumber mengalami pengalaman sosial yang tidak stabil, seperti konflik dengan teman, tidak adanya dukungan emosional, serta lingkungan yang kurang responsif terhadap kebutuhan psikologis mereka. Ketika lingkungan sekitar tidak menyediakan ruang aman untuk berkeluh kesah,

narasumber memilih untuk memendam emosi, dan pemendaman inilah yang kemudian memunculkan dorongan untuk melukai diri sebagai bentuk pelarian. Namun demikian, temuan penelitian juga menunjukkan bahwa penerimaan sosial dan dukungan emosional memiliki kontribusi signifikan dalam proses pemulihan. Ketika ketiga narasumber mulai merasakan adanya kehadiran orang lain yang mau mendengarkan tanpa menghakimi baik teman, orang tua, maupun pengasuh muncul kesadaran baru mengenai pola emosi mereka sendiri dan harapan untuk berubah. Hal ini memperkuat temuan Gratz (2006), yang menegaskan bahwa dukungan sosial yang empatik dapat menurunkan intensitas tindakan menyakiti diri.

Selain dukungan interpersonal, kehadiran aktivitas bermakna seperti menulis, berdoa, mendengarkan musik, dan refleksi spiritual menjadi mekanisme *coping* positif yang membantu ketiga narasumber mengalihkan dorongan untuk melukai diri. Aktivitas-aktivitas tersebut tidak hanya berfungsi sebagai distraksi, tetapi juga sebagai sarana untuk mengekspresikan emosi secara aman dan memperkuat konsep diri. Menulis memberikan ruang bagi narasumber untuk menuangkan perasaan tanpa takut dihakimi. Musik menjadi saluran pelampiasan emosional yang menenangkan. Sementara refleksi spiritual membantu mereka menemukan makna baru terhadap pengalaman hidup yang sebelumnya dianggap penuh tekanan dan kekacauan.

Dari perspektif psikologi keluarga, perilaku *self-harm* pada ketiga narasumber tidak dapat dipahami hanya sebagai masalah individu semata, tetapi juga sebagai cerminan dari dinamika relasi keluarga yang disfungsional. Kurangnya komunikasi terbuka, minimnya validasi emosional, tingginya tuntutan, serta pola asuh yang cenderung menekan menciptakan jarak emosional antara anak dan orang tua. Dalam kondisi tersebut, narasumber tidak merasa memiliki tempat aman untuk mencerahkan isi hati, sehingga tekanan emosional berkembang menjadi stres kronis yang akhirnya memicu munculnya *self-harm*. Namun sebaliknya, perubahan mulai tampak ketika keluarga atau figur signifikan memberikan kehangatan dan dukungan yang lebih terbuka. Kehadiran pelukan, perhatian tulus, atau kesediaan untuk mendengarkan menjadi titik balik yang menguatkan narasumber dan membantu mereka mengurangi dorongan menyakiti diri. Hubungan keluarga yang lebih

hangat, terbuka, dan suportif terbukti mampu menjadi faktor protektif kuat terhadap perilaku destruktif.

Secara keseluruhan, dinamika psikologis ketiga narasumber menunjukkan bahwa *self-harm* dipengaruhi oleh interaksi antara faktor internal (regulasi emosi, konsep diri, trauma masa lalu), faktor sosial (dukungan teman, lingkungan pertemanan), dan faktor keluarga (komunikasi, validasi emosi, kelekatan). Ketika ketiga faktor tersebut saling berkaitan dan membentuk tekanan yang bertumpuk, individu berada dalam kondisi emosional yang rentan dan kehilangan kemampuan untuk menenangkan diri secara sehat. *Self-harm* kemudian muncul sebagai jalan pintas untuk memperoleh kendali atas emosi yang overwhelming. Namun ketika dukungan sosial hadir, aktivitas positif dikembangkan, dan pola relasi keluarga mulai membaik, individu mampu membangun keterampilan regulasi emosi yang lebih adaptif dan perlahan meninggalkan perilaku menyakiti diri.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap tiga narasumber (MI, KYA, dan LMM), dapat disimpulkan bahwa perilaku *self-harm* merupakan bentuk ekspresi emosional akibat tekanan psikologis yang tidak tersalurkan dan lemahnya kemampuan regulasi emosi. Ketiga narasumber menunjukkan dinamika yang relatif serupa, yaitu diawali oleh pengalaman emosional yang penuh tekanan seperti kehilangan figur kasih sayang, konflik dalam keluarga, serta perasaan kesepian yang mendalam. Dalam kondisi tersebut, perilaku *self-harm* muncul sebagai cara untuk menyalurkan rasa sakit batin melalui rasa sakit fisik yang dianggap lebih mudah dikendalikan. Rasa lega sesaat setelah melukai diri menjadi makna utama yang mereka rasakan, walaupun diikuti dengan perasaan bersalah dan penyesalan. Hal ini menunjukkan bahwa *self-harm* bukanlah bentuk keinginan untuk mati, melainkan usaha untuk bertahan di tengah tekanan emosional yang berat.

Selanjutnya, proses pemulihan pada ketiga narasumber menunjukkan pentingnya dukungan sosial dan spiritual sebagai faktor protektif utama. Kehadiran figur empatik seperti teman, orang tua, atau pengasuh yang mau mendengarkan tanpa menghakimi menjadi titik balik dalam perjalanan kesadaran diri. Dukungan sosial tersebut membantu narasumber mengembangkan cara coping yang lebih sehat seperti menulis, berdoa, dan melibatkan diri dalam aktivitas bermakna. Selain itu, aspek religiusitas juga berperan penting dalam proses penerimaan diri dan pemaknaan ulang terhadap kehidupan. Dengan demikian, dinamika psikologis remaja akhir yang melakukan *self-harm* tidak hanya mencerminkan penderitaan emosional, tetapi juga memperlihatkan potensi untuk pulih ketika individu mendapatkan validasi, penerimaan, dan kasih sayang dari lingkungan sosialnya.

## B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan bagi individu yang pernah atau sedang melakukan *self-harm* untuk mulai mencari bantuan profesional seperti psikolog atau konselor guna memperoleh dukungan dalam mengelola emosi secara adaptif. Selain itu, penting bagi mereka untuk membangun koneksi sosial yang positif dengan orang-orang yang dapat dipercaya agar memiliki ruang aman untuk mengekspresikan perasaan tanpa takut dihakimi. Bagi keluarga, diharapkan dapat lebih peka terhadap kebutuhan emosional anak dan menciptakan komunikasi yang terbuka, hangat, serta penuh empati. Lingkungan sosial seperti teman, dosen, dan pengasuh juga diharapkan mampu menjadi sistem pendukung yang tidak hanya memberikan nasihat, tetapi juga kehadiran dan penerimaan yang tulus.

Untuk peneliti selanjutnya, diharapkan dapat memperluas fokus penelitian dengan melibatkan partisipan yang lebih beragam dari segi latar belakang sosial maupun budaya, agar diperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai faktor psikologis dan sosial yang memengaruhi perilaku *self-harm*. Selain itu, penelitian selanjutnya juga dapat mengkaji lebih dalam mengenai strategi coping positif yang digunakan oleh penyintas *self-harm* dalam jangka panjang, serta peran spiritualitas dalam proses pemulihan emosional remaja.



## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Apicella, F., Panetta, V., Scardigno, R., & Guidetti, V. (2025). The physical consequences of nonsuicidal self-injury in adolescents: A clinical perspective. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(1), 14–22. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00789-1>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Arnett, J. J. (2015). Emerging adulthood: The challenges and promise of a new developmental stage. In *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences* (pp. 1–16). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0021>
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2015). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research*, 19(1), 140–153. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957451>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0770-1>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwich, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2019). Social factors associated with non-suicidal self-injury (NSSI): Findings from a population-based survey of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0500-0>

*Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 23.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0284-1>

CDC. (2023). *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report: 2011–2021*. Centers for Disease Control and Prevention.  
<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs>

Chang, S., Ong, Q., & Lim, C. (2025). Prevalence and correlates of nonsuicidal self-injury among youths in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 54(2), 65–73.

Chen, X., Yuan, J., Zhang, H., Zhang, J., & Zhao, Y. (2021). Influential factors of non-suicidal self-injury in an Eastern context: A review. *Frontiers in Psychology*, 12, 759047. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.759047>

Chen, X., Li, D., & Cao, R. (2023). Cultural perspectives on adolescent self-injury: Understanding risks and resilience in collectivist societies. *Journal of Adolescence*, 95, 10–19.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2023.102642>

Creswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry & research design: *Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W. (2014). Research design: *Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). Qualitative inquiry and research design: *Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dewi, A. K., & Andayani, B. (2019). Hubungan antara regulasi emosi dan self-harm pada mahasiswa. *Jurnal Psikologi*, 18(2), 101–110.  
<https://doi.org/10.14710/jp.18.2.101-110>

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.

Fernandez, J. A., Mohd Jaladin, R. A., & Lau, P. L. (2024). Nonsuicidal self-injury in Southeast Asia: A systematic literature review. *Journal of Psychosocial Research*, 18(1), 57–71.  
<https://doi.org/10.1177/09763996221095146>

Fitriani, A. (2020). Perilaku menyakiti diri pada mahasiswa: Tinjauan psikologis. *Psikoborneo*, 8(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.30872/psikoborneo.v8i1.5154>

- Iskandar, S., dkk. (2014). Self-injurious behavior and suicide attempts among Indonesian college students. *Asian Journal of Psychiatry*, 7(1), 52–59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24563942/>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., ... & Christou, P. A. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies. *EClinicalMedicine*, 4–5, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2018.10.009>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Haregu, T. N., Nguyen, H., & Islam, M. S. (2023). Prevalence of self-harm among adolescents in South Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 88–97. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04677-4>
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental Tasks and Education*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York: McKay.
- Hidayati, E., & Hargiana, G. (2021). Nonsuicidal self-injury and its relation to depression among Indonesian nursing students. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 203–211. <https://doi.org/10.33546/bnj.1361>
- Hielscher, E., et al. (2024). Spatial epidemiology of self-harm in Australian youth: The Australian Youth Self-Harm Atlas. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 39, 100888. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.100888>
- Hurlock, E. B. (1980). *Developmental psychology: A lifespan approach* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kaligis, F., Indriawati, F., & Iskandar, L. (2021). Non-suicidal self-injury among Indonesian adolescents during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 718530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718530>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2011). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-13>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2020). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm, and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS ONE*, 15(8), e0238600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238600>
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, E., Rosario-Williams, B., Yeshchenko, I., & Miranda, R. (2023). Cognitive emotion regulation strategies among emerging adults with different self-harm histories. *Journal of Affective Disorders Reports*, 11, 100459. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100459>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

- Nock, M. K. (2010). *Self-injury*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- O'Connor, R. C., & Rasmussen, S. (2022). The social context of self-harm: Relationships, stigma, and barriers to help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 307, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.056>
- Oktavia, S. (2022). Self-esteem and emotion regulation as predictors of non-suicidal self-injury among Indonesian adolescents. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 7(1), 67–80. <https://doi.org/10.21580/pjpp.v7i1.10827>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2014). *Experience human development* (13th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Piaget, J. (1972). *Intellectual evolution from adolescence to adulthood*. Human Development, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1159/000271225>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Putri, D. E., et al. (2022). Predicting self-harm and suicide ideation during the COVID-19 pandemic in Indonesia: A nationwide survey. *Asian Journal of Psychiatry*, 70, 102987. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35488326/>
- Qu, D., et al. (2023). Non-suicidal self-injury in the Chinese population: A scoping review of prevalence, methods, risk factors, and preventive interventions. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 33, 100700. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100700>
- Santrock, J. W. (2018). *Adolescence* (16th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Scopelliti, M., Pacilli, M. G., & Aquino, A. (2019). Childhood trauma and nonsuicidal self-injury: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Adolescence*, 73, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.007>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>

- Sher, L., & Stanley, B. H. (2009). Biological models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury* (pp. 29–43). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-002>
- Susanti, R. (2021). Stigma kesehatan mental di Indonesia: Implikasi terhadap pencarian bantuan psikologis. *Jurnal Psikologi Sosial*, 19(1), 45–56. <https://doi.org/10.7454/jps.2021.19>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Thesalonika, A., & Apsari, N. C. (2021). Family factors and adolescent self-injury behavior: A study in Bandung, Indonesia. *Jurnal Psikologi*, 48(2), 150–164. <https://doi.org/10.22146/jpsi.66511>
- UNICEF. (2023). Adolescent demographics. United Nations International Children's Emergency Fund. <https://data.unicef.org>
- Van Geel, M., Goemans, A., Zwaanswijk, W., Gini, G., & Vedder, P. (2015). Does peer victimization predict self-harm in adolescents? A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 27(2), 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000117>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634–640. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2011). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>

World Health Organization. (2022). *Adolescent mental health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Xiao, Q., Xu, X., & Wang, Y. (2022). Global prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 327–339. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00025-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00025-3)

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>

