



Deteksi Dini dan Pencegahan Risiko Bunuh Diri pada Remaja

Wenly Susanto

Rumah Sakit Umum Daerah Sumberglagah, Mojokerto, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Kasus bunuh diri di kalangan remaja menjadi perhatian World Health Organization (WHO) untuk segera dilakukan deteksi dini, pencegahan, dan tata laksana. Petugas kesehatan diharapkan peka terhadap faktor risiko, tanda dan gejala, dan memberikan solusi terhadap masalah ini. Terdapat faktor internal dan eksternal yang mendasari perilaku bunuh diri. Tingkatan perilaku bunuh diri berbeda-beda setiap orang sehingga deteksi dini diperlukan. Deteksi dini dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining yang menilai pemikiran dan upaya bunuh diri. Peran penting keluarga sebagai tempat awal tumbuh kembang juga sangat dibutuhkan. Keluarga akan menjadi sistem pendukung dalam pencegahan perilaku bunuh diri. Kolaborasi lintas sektoral diperlukan untuk menekan kejadian bunuh diri pada remaja. Petugas kesehatan perlu memiliki pengetahuan dan pemahaman komprehensif mengenai perilaku bunuh diri. Gangguan perilaku bunuh diri perlu diketahui segera untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Terapi nonfarmakologis dan farmakologis diperlukan dalam mencegah perilaku bunuh diri. Tindak lanjut setelah terapi perlu diperhatikan dalam hal mencegah perilaku bunuh diri agar tidak berulang.

Kata Kunci: Bunuh diri, deteksi dini, pencegahan, remaja.

ABSTRACT

Suicide cases in adolescents are a concern to the World Health Organization (WHO) for immediate early detection, prevention, and management. Medical personnel should be more aware of risk factors, signs, and symptoms, and provide solutions. There are internal and external factors that underlie suicidal behavior. The level of suicidal behavior varies from person to person, early detection is needed. Early detection can be done by using screening tools that assess suicidal thoughts and attempts. The important role of the family as the first place to grow is also very much needed. The family will be a support system in the prevention of suicidal behavior. Cross-sectoral collaboration was needed to reduce the incidence of suicide in adolescents. Health workers need to have comprehensive knowledge and understanding of suicidal behavior. Suicidal behavior disorders need to be identified immediately to determine interventions that are appropriate to the patient's condition. Non-pharmacological and pharmacological therapies are needed to prevent suicidal behavior. Follow-up after therapy needs to be considered in terms of preventing recurrent suicidal behavior. **Wenly Susanto. Early Detection and Prevention of Suicide Risk in Adolescent.**

Keywords: Suicide, early detection, prevention, adolescents.



Cermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Bunuh diri adalah tindakan fatal yang merugikan diri sendiri disertai niat dan keinginan untuk mati.¹ Masalah bunuh diri pada generasi muda meningkat signifikan.¹ Menurut data WHO 2019, diperkirakan setiap tahun sekitar 700.000 orang di dunia melakukan bunuh diri.^{1,2} Bunuh diri merupakan penyebab kematian nomor dua terbanyak pada kelompok usia 15-29 tahun setelah kecelakaan lalu lintas.^{1,2} WHO memperkirakan kejadian bunuh diri pada remaja di Indonesia sekitar 2,6 setiap 100.000 populasi. Di Amerika Serikat, kejadian bunuh diri sebesar 14,2 setiap

100.000 populasi telah menjadi penyebab kematian nomor dua terbesar pada remaja serta dewasa muda berusia 15 sampai 24 tahun.^{1,2}

Pengetahuan tentang faktor risiko bunuh diri dapat membantu dokter dan tenaga kesehatan lain memahami keinginan bunuh diri.³ Deteksi dini faktor-faktor proteksi risiko bunuh diri dapat mencegah serta mengurangi kejadian bunuh diri dengan lebih efektif.³

Deteksi awal dan pencegahan tindakan bunuh diri berupa strategi efektif yang

mencakup kebijakan kesehatan masyarakat untuk mengurangi akses terhadap obat-obatan yang mematikan, mendorong pemberitaan media yang bertanggung jawab mengenai bunuh diri, inisiatif pendidikan masyarakat, peningkatan deteksi bunuh diri, dan memfasilitasi akses untuk perawatan individu berisiko melakukan bunuh diri.⁴ Strategi pencegahan dapat disesuaikan dengan kebutuhan kelompok tertentu dan dapat diterapkan di tingkat masyarakat atau di lingkungan tertentu seperti sekolah atau tempat kerja.⁴

Alamat Korespondensi email: wenly2206@gmail.com

TINJAUAN PUSTAKA

Kerjasama lintas sektor dengan memanfaatkan keahlian dan menerapkan berbagai strategi serta pendekatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan budaya setempat dapat mengatasi berbagai faktor terkait bunuh diri.^{5,6} Komitmen, kerja sama, dan kepemimpinan dari sektor layanan kesehatan masyarakat, kesehatan mental, pendidikan, hukum, layanan sosial, bisnis, dan pemerintah, dapat mendorong peningkatan signifikan dalam pencegahan bunuh diri.^{5,6}

EPIDEMIOLOGI

Bunuh diri dan upaya bunuh diri merupakan masalah kesehatan masyarakat. Sebesar 79% kejadian bunuh diri terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bunuh diri disebut sebagai penyebab utama ketiga kematian remaja usia 15-19 tahun. Pada tahun 2018, bunuh diri merupakan penyebab kematian ketiga pada usia 10-24 tahun. Diperkirakan di Indonesia terdapat sekitar 4,3 kasus bunuh diri per 100.000 populasi. Sekitar 20% kasus bunuh diri secara global disebabkan oleh pestisida, metode lain adalah gantung diri dan menggunakan senjata api.^{7,8}

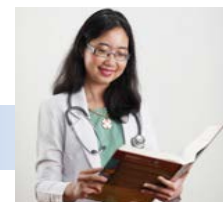
Menurut WHO (2019), sekitar 700.000 orang meninggal akibat bunuh diri per tahun di dunia. Angka bunuh diri rerata dunia pada laki-laki (12,6 per 100.000), 2,3 kali lebih tinggi dibandingkan pada perempuan (5,4 per 100.000).⁷ Angka bunuh diri di wilayah Afrika (11,2 per 100.000), Eropa (10,5 per 100.000),

dan Asia Tenggara (10,2 per 100.000) lebih tinggi dibandingkan rata-rata global (9,0 per 100.000) pada tahun 2019. Tingkat bunuh diri terendah berada di wilayah Mediterania Timur (6,4 per 100.000). Wilayah Asia Tenggara memiliki angka bunuh diri perempuan lebih tinggi (8,1 per 100.000) dibandingkan dengan rata-rata perempuan global (5,4 per 100.000). Di lain sisi, tingkat bunuh diri pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan rata-rata laki-laki global (12,6 per 100.000), yaitu wilayah Afrika (18,0 per 100.000), Amerika (14,2 per 100.000) dan Eropa (17,1 per 100.000).⁹

Angka bunuh diri lebih tinggi pada usia muda di Asia Tenggara tahun 2022, tertinggi di Thailand (12,9 per 100.000 populasi), Singapura (7,9 per 100.000 populasi), Vietnam (7 per 100.000 populasi), Malaysia (6,2 per 100.000 populasi), Indonesia (3,7 per 100.000 populasi), dan Filipina (3,7 per 100.000 populasi).^{7,8}

Angka kematian akibat bunuh diri di kalangan remaja dan dewasa muda telah meningkat dalam dua dekade terakhir. Pada tahun 2018, angka kematian akibat bunuh diri pada remaja dan dewasa muda adalah 2,85 per 100.000 pada usia 10 hingga 14 tahun, 11,39 per 100.000 pada usia 15 hingga 19 tahun, dan 17,4 per 100.000 pada usia 20 hingga 24 tahun.^{10,11}

Menyambut Hari Pencegahan Bunuh Diri



Sedunia (*World Suicide Prevention Day 2022*) pada 10 September 2022, WHO mengambil tema *Creating Hope Through Action*. Dalam upaya mencegah bunuh diri perlu dipahami penyebab utama bunuh diri yaitu salah satunya kondisi depresi.⁷

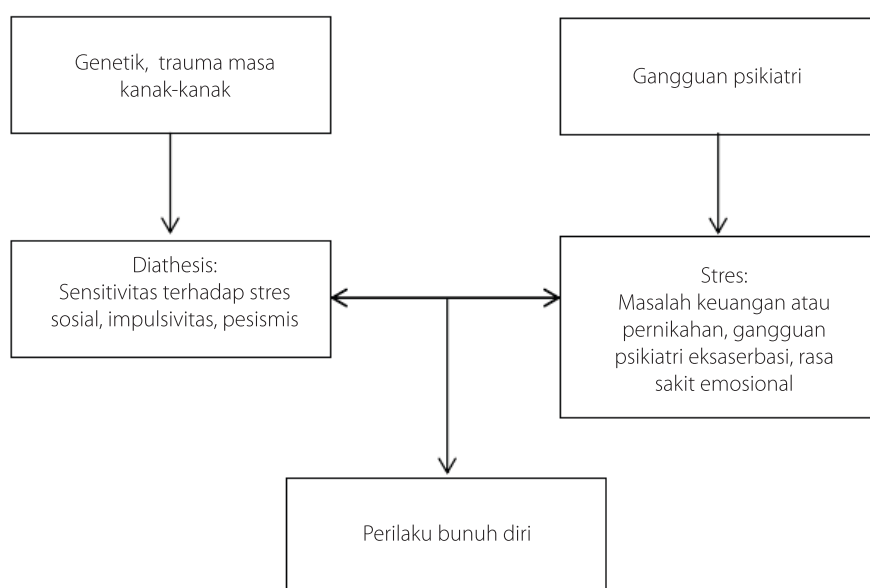
Depresi merupakan problem kesehatan masyarakat yang cukup serius. WHO menyatakan bahwa depresi berada pada urutan nomor 4 penyakit di dunia, dan diprediksi akan menjadi masalah gangguan kesehatan yang utama.⁷

ETIOPATOFISIOLOGI

Teori *stress-diathesis model* Lenz, *et al*, (2019) menjelaskan bahwa terdapat pemicu langsung seperti stresor (misalnya peristiwa kehidupan) yang kemudian berhubungan dengan neurobiologi dan kerentanan psikologis, sehingga terjadi perilaku bunuh diri.¹² Lenz (2019) menyatakan bahwa stres, termasuk pada awal kehidupan seperti pelecehan pada masa kanak-kanak, menyebabkan modifikasi epigenetik neuron yang bertahan lama sehingga terjadi gangguan ekspresi dan fungsi gen. Hal ini dianggap berkontribusi terhadap kerentanan bunuh diri seseorang.¹² Faktor-faktor risiko perilaku bunuh diri, yaitu genetik, kondisi psikologis yang dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang kurang baik seperti pada penelitian Lee, *et al*, (2022). Asupan nutrisi yang kurang baik yaitu konsumsi *fast food* sebanyak 3 kali atau lebih dalam seminggu, konsumsi buah dan sayur kurang dari 1 kali dalam seminggu, dan tidak sarapan pagi lebih besar kemungkinannya untuk memikirkan, merencanakan, dan melakukan tindakan bunuh diri.¹³ Paparan trauma fisik ataupun psikis, kesulitan masa kanak-kanak, dan perubahan epigenetik juga ikut berperan. Perubahan epigenetik yang dimaksud adalah perilaku dan lingkungan yang dapat mengubah gen.^{12,13}

Gambaran teori *stress-diathesis* terdapat pada Gambar 1.¹⁴

DiBlasi, *et al*, menunjukkan bahwa perilaku bunuh diri diwariskan dan dipengaruhi kombinasi varian genetik. Risiko anak melakukan percobaan bunuh diri meningkat 5 kali lipat pada anak yang orang tuanya memiliki riwayat melakukan percobaan bunuh diri.¹⁴ Terdapat hubungan perilaku bunuh diri dengan variasi polimorfisme gen



Gambar 1. *Stress-diathesis model* pada perilaku bunuh diri.¹



transporter serotonin (5HTT atau SLC6A4), gen reseptor serotonin (dari 5-HT1 sampai 5-HT7 beserta subtipenya) dan gen triptofan hidroksilase 1 (TPH1).¹⁵ Terdapat polimorfisme genetik pada reseptor dopaminergik D2 berperan dalam perilaku percobaan bunuh diri; dopamin dikaitkan dengan perilaku impulsif, yang berkaitan dengan perilaku bunuh diri.¹⁶ Aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) merupakan komponen penting dalam merespons suatu stresor; polimorfisme aksis HPA dikaitkan dengan perilaku bunuh diri. Terdapat 2 faktor dalam aksis HPA, yaitu mekanisme *feedback* reseptor *glucocorticoid* dan sistem pelepasan hormon *corticotropin* (CRH). Polimorfisme CRHR1 berperan terhadap risiko percobaan bunuh diri.¹⁷ Genetik lain yang terlibat dalam terjadinya perilaku bunuh diri, yaitu *brain derived neurotrophic factor*/BDNF, khususnya *single nucleotide polymorphism* (SNP) pada gen BDNF.^{17,18} Perilaku bunuh diri diawali dengan adanya motivasi dan niat yang kemudian berkembang menjadi suatu gagasan untuk melakukan bunuh diri

(Gambar 2).^{19,20} Rentang respons protektif diri merupakan tahap respons diri terhadap suatu stresor, terdapat rentang respons adaptif hingga maladaptif yang dapat dilihat pada Gambar 3.

Pengelompokan Bunuh Diri

Bunuh diri didefinisikan sebagai pikiran, usaha, dan tindakan yang bertujuan untuk mengakhiri hidup.²¹ Bunuh diri merupakan rangkaian kesatuan dari ide bunuh diri ke upaya bunuh diri dan lebih jauh ke penyelesaian bunuh diri. Setidaknya 95% pelaku bunuh diri melaporkan ide bunuh diri sebelumnya dan setiap bunuh diri yang telah berhasil dilaksanakan merupakan upaya bunuh diri yang mematikan.²²

Tingkatan perilaku bunuh diri dibedakan menjadi 4 macam:²¹⁻²³

1. Ide Bunuh Diri (*Suicidal Ideation*)

Ide bunuh diri adalah pikiran tentang atau berencana untuk terlibat dalam perilaku dengan tujuan mengakhiri kehidupan,

meliputi pemikiran atau fantasi langsung maupun tidak langsung untuk bunuh diri, atau perilaku melukai diri sendiri yang diekspresikan secara verbal, disalurkan melalui tulisan, atau pekerjaan seni dengan maksud tertentu.²³

2. Ancaman Bunuh Diri (*Suicide Threats*)

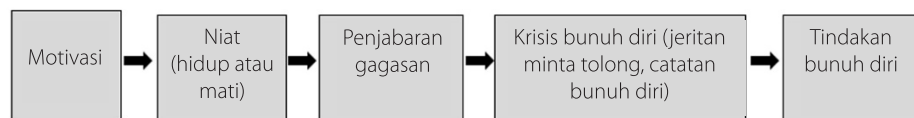
Ancaman bunuh diri dapat berupa ungkapan langsung atau tulisan sebagai ekspresi dari niat melakukan bunuh diri namun tanpa ada tindakan nyata.²³ Ancaman bunuh diri mungkin menunjukkan upaya untuk mendapat pertolongan agar dapat mengatasi masalah. Bunuh diri merupakan kegagalan koping dan mekanisme adaptif.²⁴

3. Isyarat Bunuh Diri (*Suicide Gesture*)

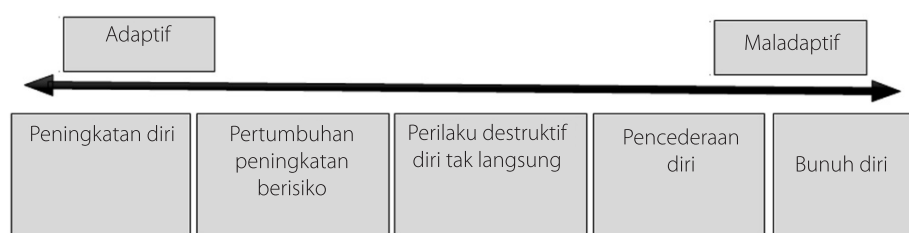
Hal ini terjadi karena individu ambivalen antara mati dan hidup, serta tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin diselamatkan, dan sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering dinamakan "*crying for help*" sebab individu ini sedang berjuang mengatasi stres yang tidak mampu diselesaikan.²³ Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan pesan berupa niat untuk bunuh diri, tanpa melakukan tindakan bunuh diri, ataupun melakukan tindakan yang menyebabkan sedikit cedera.²⁴

4. Percobaan Bunuh Diri (*Suicide Attempts*)

Percobaan bunuh diri merupakan tindakan serius melukai diri secara langsung, terkadang menyebabkan luka kecil atau besar pada seseorang yang mencoba mengakhiri hidup atau dengan serius mencederai dirinya.²³



Gambar 2. Psikodinamika upaya percobaan bunuh diri.^{19,20}



Gambar 3. Rentang respons protektif diri.^{19,20}

Keterangan gambar :

1. Tahap peningkatan diri adalah fase individu mempunyai pengharapan, keyakinan, serta kesadaran diri meningkat.
2. Tahap pertumbuhan-peningkatan berisiko, merupakan fase mulai ada perilaku berisiko.
3. Perilaku destruktif diri tak langsung adalah setiap usaha untuk merusak fisik dan dapat mengarah kepada kematian, seperti: perilaku merusak, mengebut, berjudi, tindakan kriminal, terlibat dalam aktivitas yang berisiko tinggi, penyalahgunaan zat, perilaku menyimpang secara sosial, dan perilaku yang menyebabkan stres.
4. Pencederaan diri, adalah tindakan yang membahayakan diri sendiri dan dilakukan dengan sengaja, tanpa bantuan orang lain, serta menyebabkan cedera cukup parah pada tubuh. Perilaku pencederaan diri seperti melukai dan membakar kulit, membenturkan kepala, atau anggota tubuh, melukai tubuhnya sedikit demi sedikit, dan menggigit jari.
5. Bunuh diri, yaitu tindakan agresif secara langsung dilakukan pada diri sendiri yang bertujuan untuk mengakhiri kehidupan.

FAKTOR RISIKO

Faktor risiko dapat dilihat pada Tabel 1.

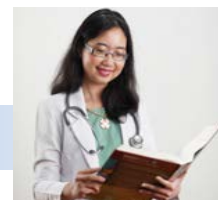
DIAGNOSIS

Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Tahap ini merupakan tahap penting dalam asesmen atau penilaian psikiatri yang komprehensif. Tahap ini bertujuan mencari faktor yang terlibat dalam bunuh diri dan menentukan intervensi yang tepat.²⁵

Skrining Ide Bunuh Diri

Penilaian ada tidaknya ide bunuh diri serta risiko bunuh diri merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan mental umum. Skrining kesehatan mental dapat dilakukan dengan kuesioner seperti PHQ-A (*Public Health Questionnaire for Adolescents*) untuk



menilai potensi masalah seperti kecemasan, penyalahgunaan zat, gangguan *mood*, dan gangguan makan, PHQ-9 (*the Patient Health Questionnaire*) untuk menskrining khususnya gejala depresi, dan CES-DC (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*) yang berisi 20 buah pertanyaan untuk skrining khususnya depresi.^{25,26}

Skrining Bunuh Diri pada Remaja

Skrining bunuh diri, khususnya pada remaja perlu menilai hal terkait psikososial, dapat menggunakan alat skrining yaitu HEEADSSS, merupakan kepanjangan dari *Home environment, Education and employment, Eating habits, Interest in Activities, Drug use, Sexuality, Symptoms of suicide risk factors and depression* dan *Safety practice*.^{26,27} Kuesioner ini fokus terhadap penilaian psikososial remaja dan disertai pertanyaan "Pernahkan Anda merasa bahwa hidup ini tidak layak untuk dijalani?" serta "Pernahkah Anda merasa ingin bunuh diri?".²⁶

Alat skrining lain yang dapat digunakan di UGD ataupun di fasilitas kesehatan primer, yaitu *Columbia Suicide Severity Scale* (C-SSRS), skrining tentang ide bunuh diri, intensitas ide, dan perilaku bunuh diri.²⁸ *Ask Suicide Screening Questions* (ASQ), terdiri dari 4 pertanyaan yang berfokus pada pemikiran dan upaya bunuh diri. Kuesioner ASQ (**Gambar 4**) lebih sering digunakan karena lebih sederhana dan mudah, terdiri dari 4 pertanyaan yang memiliki sensitivitas (96,9%) dan spesifisitas (87,6%) tinggi.^{25,26}

Faktor Risiko Bunuh Diri

Peningkatan angka bunuh diri terjadi pada demografi tertentu, seperti pada populasi lanjut usia, laki-laki, dan komunitas LGBTQ (lesbian, gay, biseksual, transgender, dan *queer*).²⁵ Faktor risiko bunuh diri dibedakan menjadi faktor predisposisi dan faktor pencetus. Faktor predisposisi antara lain riwayat gangguan neuropsikiatri, riwayat bunuh diri dalam keluarga, riwayat melakukan tindakan

bunuh diri di masa lalu, pengalaman masa kanak-kanak yang kurang menyenangkan, dan faktor sosial ekonomi. Faktor pencetus antara lain penyalahgunaan zat terlarang, stresor berat, dan diagnosis penyakit terminal. Faktor-faktor ini menyebabkan perasaan terisolasi dan putus asa, yang kemudian menyebabkan bunuh diri.^{25,33}

Menurut DSM-V, terdapat 5 kriteria gejala gangguan perilaku bunuh diri, yaitu:³⁴

1. Individu telah melakukan upaya bunuh diri dalam 24 bulan terakhir
2. Tindakan tersebut tidak memenuhi kriteria *non-suicidal self injury* (NSSI)
3. Diagnosis tidak ditetapkan pada ide bunuh diri, upaya persiapan bunuh diri
4. Tindakan tersebut tidak dilakukan saat kondisi mental berubah, seperti delirium
5. Tindakan tersebut tidak dilakukan untuk tujuan politik maupun agama

Tabel 1. Faktor yang berhubungan dengan penyebab bunuh diri remaja.²⁹

Faktor Internal	
Faktor biologi	Individu dengan riwayat keluarga bunuh diri lebih mungkin memiliki penyakit mental dan pernah mencoba bunuh diri atau pernah bunuh diri daripada individu tanpa riwayat keluarga bunuh diri. ²⁹
Gangguan jiwa	Sekitar 90% kasus bunuh diri mengalami gangguan jiwa. Bunuh diri disebabkan depresi atau episode depresi dari gangguan bipolar merupakan setidaknya setengah dari total kejadian dan merupakan gangguan mental paling umum penyebab bunuh diri. ²⁹
Karakteristik kepribadian	Karakteristik kepribadian dapat dilihat dari <i>openness</i> (keterbukaan terhadap sesuatu yang baru), <i>agreeableness</i> (menggambarkan cara orang memperlakukan orang lain), <i>neuroticism</i> (mengacu pada stabilitas emosi, makin tinggi nilainya biasanya lebih mudah stres dan cemas) yang tinggi berkaitan dengan melukai diri, <i>extraversion</i> (cara berinteraksi dengan orang lain), dan <i>conscientiousness</i> (kewaspadaan dalam bertindak) yang rendah dikaitkan dengan perilaku bunuh diri. ^{29,31}
Faktor kognitif	Penelitian menyatakan bahwa individu yang pernah mencoba bunuh diri memiliki tingkat mekanisme <i>coping</i> lebih rendah daripada individu yang tidak pernah mencoba bunuh diri. Terdapat gangguan kognitif, khususnya fungsi eksekutif pada orang yang melakukan percobaan bunuh diri. Fungsi eksekutif otak berperan dalam mengatur dan mengendalikan perilaku. ^{29,32}
Faktor perilaku	Sikap seseorang yang makin tegas setuju dengan perilaku bunuh diri, makin kuat pula keinginan untuk bunuh diri. ²⁹
Faktor Eksternal	
Pengalaman hidup yang negatif	Model teori stres menunjukkan bahwa stres adalah salah satu penyebab munculnya keinginan untuk bunuh diri. ²⁹
Faktor keluarga	Faktor keluarga berdampak besar pada bunuh diri. Pertama-tama, pengalaman pelecehan masa kanak-kanak atau pengalaman terabaikan, stabilitas keluarga, dan gaya pengasuhan keluarga juga dapat memengaruhi ide bunuh diri individu. ^{29,30}
Faktor sosial dan lingkungan	Internet dan forum sosial memiliki potensi besar dalam mempopulerkan pengetahuan tentang bunuh diri. ²⁹
Faktor kebudayaan	Suasana budaya yang kuat dapat memengaruhi ide bunuh diri dengan memengaruhi sikap individu terhadap bunuh diri. ²⁹



Ketentuan lain:

Current/saat ini: tidak lebih dari 12 bulan sejak upaya bunuh diri terakhir *In early remission*: 12 sampai 24 bulan sejak upaya bunuh diri terakhir.

Gangguan psikiatri, khususnya gangguan *mood* yaitu depresi, gangguan bipolar, riwayat keluarga, dan riwayat perilaku bunuh diri sebelumnya merupakan pemicu perilaku bunuh diri. Gangguan perilaku bunuh diri perlu diketahui untuk menentukan intervensi pencegahan perilaku bunuh diri.³⁴

TATA LAKSANA

Tata laksana perilaku bunuh diri terdiri dari 2 cara, yaitu non-farmakoterapi dan

farmakoterapi. Cara non-farmakoterapi terdiri dari:

- **Cognitive behavioral therapy (CBT)**
Intervensi CBT ini sangat direkomendasikan untuk pasien yang pernah melakukan upaya bunuh diri, agar mengurangi risikokejadian dimasa datang. Dengan CBT, pasien dapat mengidentifikasi dan mengubah pemikiran dan pola perilaku.²⁵
- **Dialectical behavior therapy (DBT)**, merupakan modifikasi CBT. DBT dikhususkan untuk individu yang memiliki gangguan kepribadian ambang/ *borderline personality disorder*. Tujuan DBT adalah melatih regulasi emosi yang mengarah pada perilaku impulsif dan

perilaku maladaptif seperti melukai diri sendiri. Penelitian McCauley, *et al*, menunjukkan bahwa DBT efektif untuk mengurangi percobaan bunuh diri berulang dan tindakan melukai diri sendiri pada remaja.³³

Farmakoterapi diberikan menyesuaikan dengan klinis pasien, bunuh diri, yaitu:

- Antidepresan dapat menurunkan keinginan bunuh diri. Antidepresan jenis *inhibitor reuptake* serotonin selektif atau SSRI menurunkan risiko bunuh diri pada remaja dan orang dewasa.³
- *Ketamine* dapat menurunkan ide bunuh diri dengan cepat dan efektif dengan dosis tunggal 0,5 mg/kgBB intravena.²⁵ Pada bulan Agustus 2020, FDA menyetujui *esketaminenasal spray* untuk terapi gejala depresi dengan gangguan depresi mayor yang menunjukkan keinginan dan perilaku bunuh diri.³
- *Lithium* disarankan untuk pasien dengan gangguan *mood*, khususnya gangguan bipolar, untuk menurunkan risiko kematian akibat bunuh diri.²⁵
- *Clozapine* disarankan untuk pasien skizofrenia, gangguan skizoafektif yang memiliki ide bunuh diri atau riwayat percobaan bunuh diri.²⁵

Rekomendasi penggunaan golongan obat untuk remaja dapat dilihat pada **Tabel 2**.

PENCEGAHAN

Bunuh diri remaja bisa dicegah dengan intervensi yang efektif dan dapat diterapkan pada tingkat populasi, subpopulasi, dan individu untuk mencegah upaya bunuh diri dan bunuh diri.^{6,9} Pencegahan universal dapat berupa mengurangi akses terhadap pestisida, senjata api, dan obat-obatan tertentu, serta pemberitaan tentang bunuh diri oleh media, karena metode bunuh diri yang diberitakan dapat dicontoh oleh masyarakat, menerapkan kebijakan untuk mengurangi penggunaan alkohol dan meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental dapat mengurangi stigma gangguan jiwa dan stigma mencari bantuan ke fasilitas kesehatan.⁵

Pencegahan selektif atau khusus untuk suatu komunitas atau individu rentan, seperti pada individu yang mengalami kekerasan, trauma masa kanak-kanak, dapat dilakukan intervensi *community based* atau *family focused* untuk

asQ Suicide Risk Screening Tool

Ask the patient:

- In the past few weeks, have you wished you were dead? ☐ Yes ☐ No
- In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? ☐ Yes ☐ No
- In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? ☐ Yes ☐ No
- Have you ever tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No
If yes, how? _____
When? _____

If the patient answers **Yes** to any of the above, ask the following acuity question:

5. Are you having thoughts of killing yourself right now? ☐ Yes ☐ No
If yes, please describe: _____

Next steps:

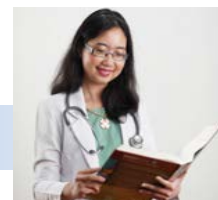
- If patient answers "No" to all questions 1 through 4, screening is complete (not necessary to ask question #5). No intervention is necessary. (*Note: Clinical judgment can always override a negative screen).
- If patient answers "Yes" to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. Ask question #5 to assess acuity:
 - ☐ **"Yes" to question #5 = acute positive screen** (imminent risk identified)
 - Patient requires a STAT safety/full mental health evaluation.
 - Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Keep patient in sight. Remove all dangerous objects from room. Alert physician or clinician responsible for patient's care.
 - ☐ **"No" to question #5 = non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - Patient requires a brief suicide safety assessment to determine if a full mental health evaluation is needed. Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Alert physician or clinician responsible for patient's care.

Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text "HOME" to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)

Gambar 4. Ask suicide screening question (ASQ) untuk remaja.³



Tabel 2. Rekomendasi penggunaan golongan obat untuk remaja.³

Terapi	Rekomendasi Usia	Diagnosis
<i>Clomipramine</i>	>10 tahun	Gangguan obsesif-kompulsif
<i>Duloxetine</i>	>7 tahun	Gangguan kecemasan umum
<i>Escitalopram</i>	>12 tahun	Gangguan depresi mayor
<i>Fluoxetine</i>	>8 tahun	Gangguan depresi mayor, gangguan obsesif-kompulsif
<i>Fluvoxamine</i>	>8 tahun	Gangguan obsesif-kompulsif
<i>Olanzapine</i> dan <i>fluoxetine</i> (kombinasi)	>10 tahun	Bipolar tipe depresi
<i>Sertraline</i>	>6 tahun	Gangguan obsesif-kompulsif

mencari dukungan agar mengurangi tekanan emosional. Selain itu, pencegahan selektif dapat dilakukan dengan pelatihan *gatekeeper* atau orang yang mampu mengidentifikasi ide dan perilaku bunuh diri.^{5,6,9}

Pencegahan secara individual, dapat berupa identifikasi dini, pengobatan, dan perawatan orang-orang dengan gangguan mental dan penggunaan narkoba, nyeri kronis, dan tekanan emosional akut. *Follow up* atau tindak lanjut dan dukungan dari komunitas (keluarga, teman dekat) penting untuk mengurangi perilaku bunuh diri.⁵ Pelatihan bagi tenaga kesehatan non-spesialis untuk menilai dan mengelola perilaku bunuh diri juga merupakan upaya pencegahan terhadap perilaku bunuh diri.^{6,9}

Intervensi untuk keamanan pasien yang melakukan bunuh diri ataupun *self harm*

dengan melakukan kontak dengan pasien, keluarga pasien, atau orang yang merawat pasien, bertujuan untuk pengawasan lanjutan, menanyakan motivasi pasien, dan mendiskusikan solusi atas masalah yang dihadapi pasien. Selain itu, juga melakukan konseling terhadap pasien dan orang yang merawat pasien mengenai upaya menurunkan akses terhadap sumber berbahaya seperti menjauhkan benda tajam.³⁵

Perilaku bunuh diri merupakan hal kompleks dan perlu pendekatan komprehensif untuk mengatasi berbagai aspek, agar bunuh diri dapat dicegah. Perawatan untuk mengatasi ide bunuh diri, menyakiti diri sendiri, dan upaya bunuh diri merupakan salah satu aspek kunci dari serangkaian program dan kebijakan yang bertujuan mengurangi risiko bunuh diri remaja.

Hal yang penting dilakukan untuk pencegahan dan intervensi:

- Skrining, penilaian, dan risiko bunuh diri yang efektif
- Peningkatan pendidikan dan pelatihan profesional dalam perawatan kesehatan mental
- Peningkatan kemampuan diagnosis dan pengobatan gangguan mental dan perilaku bunuh diri

SIMPULAN

Bunuh diri di kalangan remaja membutuhkan perhatian serius. Pengetahuan dan pemahaman yang baik terhadap faktor risiko bunuh diri pada remaja serta tindakan pencegahan yang komprehensif dan tepat sasaran diharapkan dapat menurunkan angka bunuh diri.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Suicide. [Internet]. 2023 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. First WHO report on suicide prevention [Internet]. 2014 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Treatment for suicidal ideation, self-harm, and suicide attempts among youth [Internet]. 2020 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/treatment-suicidal-ideation-self-harm-suicide-attempts-among-youth>.
4. Research on suicide and its prevention: What the current evidence reveals and topics for future research [Internet]. 2018 [cited 2023 August 17]. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-12/Research_on_suicide_prevention_dec_2018_eng.pdf.
5. World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. 2014 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
6. Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2012 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503570>.
7. World suicide prevention day 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2022>.
8. Chee KY, Muhdi N, Ali NH, Amir N, Bernardo C, Chan LF, et al. A Southeast Asian expert consensus on the management of major depressive disorder with suicidal behavior in adults under 65 years of age. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):489. DOI: 10.1186/s12888-022-04140-6. PMID: 35864465.
9. World Health Organization. Suicide worldwide [Internet]. 2019 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.



10. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza. Kementerian Kesehatan RI tahun 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 August 17]. Available from: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>.
11. CDC. Suicide prevention resource for action: A compilation of the best available evidence. atlanta, ga: national center for injury prevention and control, centers for disease control and prevention. [Internet] 2022. [cited 2023 August 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>.
12. Lenz B, Röther M, Bouna-Pyrrou P, Mühle C, Tektas OY, Kornhuber J. The androgen model of suicide completion. *Progr Neurobiology* 2019;172:84-103. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2018.06.003.
13. Lee Y, Jeon YJ, Shim JS, Jung SJ. Association between dietary and suicidal behaviors in adolescents in Korea based on the youth risk behavior survey (2015-2020). *Epidemiol Health* 2022;44:e2022033. DOI: 10.4178/epih.e2022033.
14. DiBlasi E, Kang J, Docherty AR. Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychol Med*. 2021;51(13):2148-55. DOI: 10.1017/S0033291721001720.
15. Arnau-Soler A, Adams MJ, Clarke TK, MacIntyre DJ, Milburn K, Navrady L, et al. A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):25. DOI: 10.1038/s41398-018-0356-7. PMID: 30659167.
16. Zai CC, de Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kennedy JL. Genetic factors and suicidal behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012. Ch. 11.
17. Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatr*. 2014;1(1):63-72. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2.
18. Mirkovic B, Laurent C, Podlipski MA, Frebourg T, Cohen D, Gerardin P. Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Front Psychiatr*. 2016;7:158. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00158.
19. Ludwig B, Roy B, Wang Q, Birur B, Dwivedi Y. The life span model of suicide and its neurobiological foundation. *Front Neurosci*. 2017;11:74. DOI: 10.3389/fnins.2017.00074. PMID: 28261051.
20. Yusuf A, Fitriyastari R, Nihayati NE. *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
21. Chan CH, Wong HK, Yip PSF. Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: A Hong Kong experience. *J Affect Disord*. 2018;236:75-7. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.093
22. Zulaikha, Afrina, Febriyana, Nining. Bunuh diri pada anak dan remaja. *J Psikiatri Surabaya*. 2018;7:62. DOI: 10.20473/jps.v7i2.19466.
23. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204. PMID: 26772209.
24. Palmo AJ. *Foundations of mental health counseling*. USA : Charles C. Thomas; 2011.
25. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Abdolreza Saadabadi. Suicidal ideation [Internet]. [Updated 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
26. Gordon M, Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Aust Fam Physician*. 2014;43(6):367-72. PMID: 24897985.
27. Gray BP, Dihigo SK. Suicide risk assessment in high-risk adolescents. *The Nurse Practitioner* 2015;40(9):30-7. DOI: 10.1097/01.NPR.0000470353.93213.61.
28. Heise B, York A, Thatcher B. Child suicide screening methods : Are we asking the right questions? *J Nurse Pract*. 2016;12(6):410-7. DOI: 10.1016/j.nurpra.2016.01.003.
29. Aulia Nur, Yulastri, Sasmita, Heppi. Faktor psikologi sebagai risiko utama ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat kabupaten Indragiri Hulu. *J Penelit Kes Suara Forikes* 2020;11:48. DOI: 10.33846/sf11nk110.
30. Guo Mi, Zhu T. Research on social media user suicide influencing factors, active recognition and intervention [Internet]. 2019. [cited 2023 August 17]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331933919_Research_on_Social_Media_User_Suicide_Influencing_Factors_Active_Recognition_and_Intervention. DOI: 10.1007/978-3-030-15127-0_38.
31. Mota MSSD, Ulguim HB, Jansen K, Cardoso TA, Souza LDM. Are big five personality traits associated to suicidal behaviour in adolescents? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;347:115-23. DOI: 10.1016/j.jad.2023.11.002.
32. Fernandez-Sevillano J, Alberich S, Zorrilla I, Gonzalez-Ortega I, López MP, Perez V, et al. Cognition in recent suicide attempts: Altered executive function. *Front Psychiatr*. 2021;12:701140. DOI: 10.3389/fpsy.2021.701140.
33. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatr*. 2018;75(8):777-85. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.
34. Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Front Psychiatry* 2021;11:499980. DOI: 10.3389/fpsy.2020.499980.
35. Asarnow JR, Babeva K, Horstmann E. The emergency department: Challenges and opportunities for suicide prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;26(4):771-83. DOI: 10.1016/j.chc.2017.05.002