

# **PENCEGAHAN PERCOBAAN BUNUH DIRI PADA ANAK DAN REMAJA DENGAN GANGGUAN DEPRESI**

WE Supyanti\* , AAS Wahyuni\*\*

\*Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unud

\*\*Bagian/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unud/RSUP Sanglah Denpasar

## **ABSTRAK**

Gangguan depresi merupakan salah satu bentuk gangguan *mood* yang dapat terjadi pada semua umur. Insiden gangguan depresi dikatakan meningkat seiring pertambahan usia.<sup>2</sup> Prevalensi kumulatif terhadap kejadian depresi pada remaja akhir (*older adolescents*) berkisar antara 14% sampai 25%.<sup>1</sup> Depresi menjadi penyebab utama kejadian bunuh diri. Berdasarkan data yang terkumpul di Kepolisian Daerah Bali bekerjasama dengan Yayasan Putra Sesana Bali, angka kejadian bunuh diri di Bali pada tahun 2008 mencapai 150 orang (106 laki-laki dan 48 perempuan) dan tahun 2009 mencapai 147 orang (86 laki-laki dan 61 perempuan). Pencegahan yang efektif diperlukan untuk meminimalisasi angka kejadian percobaan atau tindakan bunuh diri. Pencegahan keinginan bunuh diri terdiri dari pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk mereduksi jumlah kasus baru.<sup>2,11</sup> Pencegahan sekunder merujuk pada deteksi dini dan memberi penanganan yang tepat pada individu yang memiliki keinginan bunuh diri.<sup>2,9</sup> Pencegahan tersier dilakukan dengan cara memberikan edukasi pada tenaga profesional dalam menilai adanya risiko bunuh diri pada seorang pasien.<sup>9,11</sup>

**Kata kunci :** depresi, anak dan remaja bunuh diri, pencegahan

## **SUICIDE ATTEMPTS PREVENTION IN CHILDREN & ADOLESCENT WITH DEPRESSIVE DISORDERS**

WE Supyanti\* , AAS Wahyuni\*\*

\*Student of The Medical Faculty Udayana University

\*\*Department of Psychiatry, Medical Faculty of Udayana University,  
Sanglah Hospital, Denpasar

## **ABSTRACT**

Depressive disorder is one kind of mood disorders which can affected anyone. Morbidity rate of depressive disorder was increased along with rised age.<sup>2</sup> Cumulative rate of depression in older adolescents about 14 percents to 25 percents.<sup>1</sup> Depression is one of major causes of suicide incidence in the world. Data from Police Force of Bali Province which had teamworking with Putra Sesana Foundation noted suicide incidence in Bali are 150 cases (106 male cases and 48 female cases) in 2008 and in 2009, this incidence reached up to 147 cases (86 male cases and 61 female cases). The effective prevention are needed for minimalize suicide or suicide attempts incidence. We can do three ways for preventing of suicide attempts. There are primary, secondary, and tertiary prevention. The aims of primary prevention are reduction of new suicide attempts cases.<sup>2,11</sup> Secondary prevention refers to early detection or screening and gived the appropriate treatment for someone who had suicide feelings.<sup>2,9</sup> Tertiary prevention refers to give education to health professional personnel about evaluation of risk factor of suicide action in patients.<sup>9,11</sup>

**Keywords :** *depressive, children and adolescent, suicide, prevention*

## PENDAHULUAN

Gangguan depresi merupakan salah satu bentuk gangguan *mood* dapat terjadi pada semua umur. Pada anak-anak, dikatakan insidennya semakin meningkat seiring dengan penambahan umur.<sup>1</sup> Depresi berat (*severe depression*) atau depresi mayor, angka kejadiannya 9 dari 1000 anak pada umur prasekolah, 20 kejadian setiap 1000 anak umur sekolah (6-11 tahun), hampir 50 kejadian dari 1000 remaja (12-18 tahun).<sup>2</sup> Angka kejadian depresi pada remaja perempuan dua kali lipat lebih tinggi bila dibandingkan pada remaja laki-laki.<sup>1,2</sup> Prevalensi kumulatif terhadap kejadian depresi pada remaja akhir (*older adolescents*) berkisar antara 14% sampai 25%.<sup>1</sup>

Penyebab dari gangguan depresi pada anak dan remaja merupakan interaksi dari beberapa faktor, termasuk faktor genetika dan faktor lingkungan.<sup>1,3</sup> Mekanisme psikologis dan biologis yang berhubungan dengan terjadinya depresi masih belum begitu diketahui. Dua teori yang berpengaruh pada terjadi depresi, yakni teori biologis dan teori kognitif. Teori biologis (*amine hypothesis*) mengatakan bahwa depresi disebabkan oleh sistem amine serebral yang bekerja di bawah aktivitas normal. Teori kognitif pertama kali dikembangkan berdasarkan kasus depresi pada orang dewasa. Ide yang mendampingi teori ini adalah berkembangnya suatu persepsi yang berubah pada seseorang, seperti ekspektasi terhadap setiap hal yang selalu salah. Hal ini akan menjadi kesulitan awal dan bila menetap, maka pengertian negatif ini akan bermanifestasi dan selanjutnya akan menjadi depresi.<sup>3</sup>

Depresi menjadi faktor utama pada penyebab bunuh diri.<sup>2,4</sup> Keinginan bunuh diri terjadi pada semua kelompok umur dengan frekuensi terbesar pada anak dan remaja dengan gangguan *mood* yang berat. Lebih dari 12.000 anak dan remaja dirawat di rumah sakit di Amerika Serikat setiap tahunnya akibat ancaman atau tindakan bunuh diri, namun bunuh diri yang berhasil dilakukan jarang terjadi pada anak-anak dibawah umur 12 tahun.<sup>1</sup> Di Bali, berdasarkan data yang terkumpul di Kepolisian Daerah Bali bekerjasama dengan Yayasan Putra Sesana Bali, angka kejadian bunuh diri pada tahun 2008 mencapai 150 orang (106 laki-laki dan 48 perempuan) dan tahun 2009 mencapai 147 orang (86 laki-laki dan 61 perempuan). Angka kejadian ancaman atau tindakan bunuh diri terkait depresi pada anak dan remaja yang cukup tinggi ini memerlukan tindakan pencegahan sebagai tindakan awal untuk meminimalisasi kejadian bunuh diri.

## **PENEGAKAN DIAGNOSIS DEPRESI**

Depresi berat dan depresi mayor termasuk gangguan *mood* pada anak dan remaja semua umur dan kejadiannya meningkat seiring penambahan umur.<sup>1,2</sup> Depresi menjadi faktor utama penyebab bunuh diri.<sup>2</sup> Diagnosis depresi ditegakkan sedini mungkin sehingga dapat melakukan penanganan dan percobaan bunuh diri dapat dicegah. Diagnosis depresi mayor dapat ditegakkan dengan kriteria diagnosa *Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition Text Revision (DSM-IV TR)* dan depresi berat dapat ditegakkan dengan kriteria diagnosa Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi III (PPDGJ III).<sup>1,5</sup>

Berdasarkan kriteria diagnosa DSM-IV TR untuk depresi mayor, sekurang-kurangnya harus ada lima gejala selama dua minggu dan ada perubahan kemampuan dari yang sebelumnya. Gejala yang penting ada adalah keadaan depresi atau perasaan mudah marah atau kehilangan kegemaran terhadap suatu hal. Gejala lain untuk melengkapi empat kriteria gejala, diantaranya kegagalan anak untuk mencapai berat badan ideal, insomnia atau hipersomnia harian, retardasi atau agitasi psikomotorik, lemah harian atau kehilangan energinya, merasakan bahwa dirinya tidak berharga lagi atau merasakan perasaan bersalah, kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi menurun, dan adanya pemikiran untuk mati yang berulang. Gejala-gejala ini harus menyebabkan kesulitan sosial atau akademik. Untuk dapat menegakkan diagnosis depresi mayor, maka gejala-gejala tersebut bukan merupakan efek dari suatu substansi, misalnya alkohol, atau akibat kondisi pengobatan secara umum.<sup>1</sup>

Depresi berat tanpa gejala psikotik yang cenderung disertai dengan tanda-tanda percobaan bunuh diri, diagnosanya dapat ditegakkan dengan kriteria diagnosa PPDGJ III yang disusun berdasarkan ICD-10. Pada episode depresi berat, penderita biasanya menunjukkan ketegangan atau kegelisahan yang amat nyata, kecuali apabila retardasi merupakan gejala utama. Kehilangan harga diri dan memiliki perasaan bahwa dirinya tak berguna lagi mungkin tampak dominan. Pada beberapa kasus yang berat, bunuh diri menjadi bahaya yang nyata.<sup>5</sup>

Pedoman diagnostik PPDGJ III untuk episode depresi berat adalah tiga gejala khas untuk episode depresi ringan dan sedang harus ada, ditambah sekurang-kurangnya empat gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat. Tiga gejala khas tersebut adalah suasana perasaan (*mood*) yang depresif, kehilangan minat dan kesenangan, dan mudah lelah. Gejala lainnya yang lazim terjadi, yakni konsentrasi dan

perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu berkurang. Apabila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi) yang dominan, maka pasien mungkin tidak mampu untuk melaporkan gejalanya secara rinci. Bila demikian, penentuan secara menyeluruh dalam subkategori episode depresi berat masih dibenarkan. Episode depresi seharusnya berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu. Jika ada gejala yang sangat berat dan beronset sangat cepat, maka diperbolehkan untuk menegakkan diagnosis dalam waktu kurang dari dua minggu.<sup>5</sup>

### **PENILAIAN RISIKO KEINGINAN DAN PERCOBAAN BUNUH DIRI**

Dokter harus mampu menilai risiko bunuh diri pada pasiennya secara individual.<sup>4</sup> Faktor risiko bunuh diri sering muncul, tetapi bunuh diri tidak selalu terjadi. Faktor risiko yang pasti, yakni adanya riwayat bunuh diri atau percobaan bunuh diri pada keluarga, jenis kelamin laki-laki, masalah kesehatan mental pada orang tua, orientasi biseksual atau *gay*, riwayat kekerasan fisik atau seksual, dan pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Faktor risiko lainnya adalah faktor sosial dan lingkungan, yakni ada tidaknya senjata tajam di rumah, hubungan anak dan orang tua yang tidak baik, kehidupan di luar rumah yang tidak baik, kesulitan di sekolah, isolasi sosial, dan ada atau tidaknya peristiwa dalam hidup yang menimbulkan tekanan, seperti kesulitan asmara atau pertengkaran dengan orang tua. Masalah kesehatan mental seseorang juga menjadi faktor predisposisi untuk melakukan bunuh diri, diantaranya depresi, gangguan bipolar, psikosis, *posttraumatic stress disorders* (PTSD), dan adanya riwayat agresi atau impulsif.<sup>6</sup>

Solomon membagi besarnya risiko bunuh diri dengan melihat adanya tanda-tanda tertentu menjadi tanda-tanda risiko berat dan tanda-tanda bahaya. Tanda-tanda risiko berat meliputi<sup>7</sup> :

1. Keinginan mati yang sungguh-sungguh dan pernyataan yang berulang-ulang bahwa ia ingin mati (anggapan bahwa orang yang mengatakan demikian tidak akan berbuat hal tersebut ternyata keliru).
2. Adanya depresi dengan gejala rasa bersalah dan berdosa terutama terhadap orang-orang yang sudah meninggal, rasa putus asa, ingin dihukum berat, rasa cemas yang

hebat, rasa tidak berharga lagi, sangat berkurang nafsu makan, seks dan kegiatan, serta adanya gangguan tidur yang berat.

3. Adanya psikosis, terutama penderita psikosis yang impulsif, serta adanya perasaan curiga, ketakutan dan panik. Keadaan semakin berbahaya bila penderita mendengar suara yang memerintahkan membunuh dirinya.<sup>7</sup>

Tanda-tanda bahaya meliputi<sup>7</sup> :

1. Pernah melakukan percobaan bunuh diri (jadi anggapan bahwa orang yang pernah mencoba bunuh diri tidak akan berbuat demikian lagi juga keliru).
2. Penyakit yang menahun. Penderita dengan penyakit kronis yang berat dapat melakukan bunuh diri karena mengalami depresi yang disebabkan oleh penyakit yang dideritanya.
3. Ketergantungan obat dan alkohol. Alkohol dan beberapa obat mempunyai efek melemahkan kontrol dan mengubah dorongan (impuls) sehingga memudahkan bunuh diri.
4. Hipokhondriasis. Keluhan fisik yang konstan dan bermacam-macam tanpa sebab organik dapat menimbulkan depresi yang berbahaya.
5. Bertambahnya umur. Bertambahnya umur, terutama pria, tanpa pekerjaan atau kesibukan yang berarti, dapat menambah perasaan bahwa hidupnya tidak berguna lagi. Tetapi dari beberapa artikel, di Indonesia paling banyak terjadi bunuh diri antara umur 20-40 tahun.
6. Pengasingan diri. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak dapat lagi menolong dan mengatasi depresi yang berat.
7. Kebangkrutan kekayaan. Individu tanpa uang, pekerjaan, teman atau harapan masa depan, mengalami kekurangan gairah untuk hidup dibandingkan dengan individu yang memiliki keluarga dan kedudukan sosial yang lebih berhasil.
8. Catatan bunuh diri. Setiap catatan bunuh diri harus ditanggapi sebagai tanda bahaya.
9. Kesulitan penyesuaian diri yang berlangsung lama. Individu dengan riwayat permasalahan yang lama atau hubungan antar individu yang tidak baik mempunyai kemungkinan lebih besar untuk melakukan bunuh diri.
10. Tidak jelas adanya keuntungan sekunder. Jika ancaman pasien tertuju pada orang tertentu di sekitarnya, mungkin percobaan bunuh diri bertujuan untuk memanipulasi dan mengharapkan pertolongan, maka risikonya lebih kecil. Jika tidak terdapat

keuntungan sekunder yang jelas dan ancamannya betul-betul ditujukan pada dirinya, maka risikonya jauh lebih besar.<sup>7</sup>

Tanda-tanda di atas ini tentu masih harus disesuaikan dengan situasi setempat, tetapi setidaknya dokter sudah mempunyai pegangan.<sup>7</sup>

Cara terbaik untuk menilai adanya ide-ide bunuh diri adalah dengan wawancara secara langsung atau melakukan skrining via *self-report*.<sup>6</sup> Tanyakan kepada pasien dengan depresi, apakah pasien pernah memiliki keinginan untuk membunuh dirinya sendiri. Di sisi lain, hal ini bisa menjadi kesempatan pertama bagi pasien untuk mengungkapkan tentang ide-ide bunuh diri yang mungkin kadang-kadang muncul.<sup>4</sup> Bila melakukan wawancara dengan pasien remaja, sebaiknya dilakukan secara terpisah dari orang tua karena pasien sering menolak memberikan informasi apabila orang tua ada didekatnya. Pada saat melakukan wawancara, perhatian penuh harus diberikan karena munculnya pertanyaan yang mengganggu secara tiba-tiba, dapat mengurangi rasa simpati yang telah terjalin sebelumnya dan kemungkinan akan menurunkan perhatian remaja untuk melakukan *sharing* tentang kesehatan mentalnya.<sup>6</sup> *American Psychiatric Association* (APA) mengembangkan panduan untuk menangani pasien dengan tindakan-tindakan bunuh diri dan daftar pertanyaan yang dapat membantu dokter dalam menilai ada tidaknya risiko bunuh diri terdapat pada lampiran (tabel 1).<sup>4</sup>

Instrumen skrining untuk menilai risiko bunuh diri digunakan pada kondisi klinis yang khusus dan *mental health settings*. Penggunaan *scales* menjadi bermanfaat untuk skrining pada remaja karena remaja dapat menutupi informasi tentang keinginannya bunuh diri dan tidak dilaporkan dalam *self-report*.<sup>6</sup> Karakteristik tes yang sering digunakan adalah *Scale for Suicide Ideation* (SSI), *Scale for Suicide Ideation-Worst* (SSI-W), dan *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ).<sup>8</sup> Penggunaan *scales* cenderung *oversensitive* dan *underspecific* serta tidak mempunyai *predictive value*.<sup>6</sup> Demikian pula dengan prediktor biokimia yang tersedia terlalu invasif untuk dilakukan, seperti level CSF 5-HIAA.<sup>9</sup> Pokorny melakukan penelitian dengan menggunakan metode memprediksi bunuh diri berdasarkan faktor risiko dan memeriksa 4.800 pasien yang berada di *Veterans Administration Hospital*.<sup>9,10</sup> Bunuh diri terprediksi sangat tinggi pada 803 pasien, tetapi hanya 30 (3,7%) dari 803 pasien yang berhasil melakukan bunuh diri selama 5 tahun *follow-up*. Selain itu, 37 kematian terjadi terjadi tanpa prediksi. Jadi, pada penelitian ini nilai prediksi yang *false-negative* lebih besar dibandingkan dengan nilai prediksi *true-positive*. Meskipun banyak diketahui

adanya faktor risiko untuk bunuh diri, sangat sulit untuk memprediksi apakah seorang pasien akan melakukan percobaan bunuh diri tersebut.<sup>10,11</sup>

## **PENCEGAHAN PERCOBAAN BUNUH DIRI PADA ANAK DAN REMAJA DENGAN DEPRESI**

Hingga saat ini, belum ada cara yang terbukti dapat mencegah tindakan bunuh diri secara total dan memberikan perlindungan pada pasien dari kemungkinan bunuh diri. Ada beberapa langkah yang bisa dilakukan, yakni pencegahan primer, sekunder, dan tersier.<sup>2,9,11</sup>

Pencegahan primer merupakan metode pencegahan yang ideal untuk melawan keinginan bunuh diri dan dapat melindungi masyarakat dari hal tersebut.<sup>2,9,11</sup> Pencegahan tahap ini sangat penting dilakukan untuk mengurangi munculnya kasus-kasus baru, misalnya dengan mengurangi faktor risiko melakukan bunuh diri.<sup>2,11</sup> Penanganan yang efektif terhadap gangguan psikiatri, terutama gangguan *mood* sangat dibutuhkan. Memodifikasi kondisi sosial, ekonomi dan biologis, seperti menurunkan angka kemiskinan, kekerasan, perceraian, dan promosi pola hidup yang sehat dapat secara signifikan berkontribusi terhadap pencegahan primer.<sup>11</sup> Dokter dapat mempromosikan faktor-faktor protektif, seperti kesehatan fisik, latihan yang tepat, pola makan yang tepat dan tidur yang cukup.<sup>2</sup>

Pencegahan sekunder merujuk pada deteksi dini dan memberi penanganan yang tepat pada individu yang memiliki keinginan bunuh diri.<sup>2,9</sup> Tujuan dari pencegahan sekunder ini adalah menurunkan kemungkinan percobaan bunuh diri pada pasien dengan risiko tinggi.<sup>11</sup> Rangkaian dari tindakan bunuh diri ini berawal dari ide untuk menunjukkan gerakan-gerakan isyarat, pola hidup yang cenderung berisiko, rencana untuk bunuh diri, percobaan bunuh diri, dan pada akhirnya bunuh diri tersebut terlaksana sepenuhnya. Tidak semua tindakan yang menghancurkan diri harus diinterpretasikan ke dalam tindakan bunuh diri.<sup>11</sup>

Manajemen terhadap pasien bunuh diri meliputi diagnosis dan penanganan terhadap gangguan psikiatri yang sedang dideritanya, menilai risiko untuk melakukan bunuh diri, dan mengurangi akses terhadap hal-hal yang membahayakan untuk terlaksananya bunuh diri tersebut, seperti misalnya tersedianya pistol, pisau, tali, dan sebagainya.<sup>2,11</sup> Penelitian yang dilakukan di Hungaria Barat Daya menunjukkan bahwa intervensi oleh dokter umum dan perawat yang telah diberikan pendidikan manajemen

depresi, dapat menurunkan angka kejadian bunuh diri di daerah tersebut dibandingkan dengan daerah sekitarnya dan angka kejadian nasional.<sup>12</sup> Melakukan wawancara dengan menanyakan beberapa hal dapat dilakukan dalam evaluasi risiko bunuh diri.<sup>11</sup>

Prediktor terbaik dari tindakan bunuh diri adalah adanya riwayat percobaan bunuh diri dan masih ada pikiran untuk melakukannya lagi. Dokter harus secara teratur meminta keterangan pada pasien yang mengalami depresi menetap, kehilangan harapan, dan memiliki ide untuk melakukan bunuh diri.<sup>11</sup> Dalam memprediksikan tindakan bunuh diri, sangat sulit untuk menentukan pasien dengan risiko tinggi manakah yang akan benar-benar mewujudkan keinginan bunuh diri tersebut, kecuali pasien mengaku bahwa dirinya memiliki rencana untuk bunuh diri.<sup>10,11</sup>

Pencegahan tersier dilakukan untuk mengurangi konsekuensi dari percobaan bunuh diri.<sup>9</sup> Peningkatan edukasi terhadap tenaga kesehatan profesional tentang cara menilai dan menangani pasien dengan risiko bunuh diri dapat membantu deteksi secara cepat dan membatasi kerusakan yang ditimbulkan. Intervensi yang dapat dilakukan pada tahap ini adalah menilai anggota keluarga siapa sajakah yang mungkin terpengaruh tindakan bunuh diri tersebut sehingga diapun ingin membunuh dirinya sendiri.<sup>11</sup>

Cara pencegahan lainnya adalah *hospitalization* atau rawat inap di rumah sakit.<sup>9</sup> Anak dan remaja yang mengalami depresi dan menunjukkan keinginan bunuh diri membutuhkan evaluasi secara luas di rumah sakit untuk menyediakan perlindungan maksimal sebagai untuk melawan tindakan dari pasien untuk bunuh diri.<sup>1</sup> Indikasi untuk rawat inap pasien remaja yang memiliki keinginan untuk bunuh diri terdapat dalam tabel 2 (dikutip dari *Suicide in Adolescents: A Worldwide Preventable Tragedy*. Greydanus DE, 2009, *with permission*).

Tabel 2. Alasan merawat inap pasien remaja dengan ide bunuh diri

Psikosis
Kejang-kejang yang berulang dan berat
Sedang dalam fase mania
Mengalami intoksikasi (kelebihan dosis obat)
Pasien laki-laki (risiko meningkat 10 kali)
Ada anggota keluarga yang meninggal bunuh diri
Gagal dengan terapi rawat jalan yang intensif
Riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya (risiko meningkat 15 kali)
Gangguan penyalahgunaan zat yang berat
Keterbatasan perhatian dan perawatan di rumah
Masalah medis lainnya



Rawat inap tidak hanya dapat melindungi pasien tetapi juga menyediakan waktu aman untuk memulai penanganan, menurunkan risiko, mobilisasi dukungan, dan merencanakan keamanan pasien setelah perawan di rumah sakit.<sup>9</sup> Meski demikian, rawat inap tidak dapat mencegah secara penuh tindakan bunuh diri sampai masalah pencetusnya terselesaikan.

## **RINGKASAN**

Pencegahan merupakan tindakan yang tepat dan efektif untuk meminimalisasi angka kejadian percobaan atau tindakan bunuh diri yang dipicu oleh depresi. Depresi mayor dan depresi yang berat merupakan salah satu kondisi yang sering berhubungan dengan bunuh diri. Penting untuk mengetahui kriteria diagnosa untuk depresi mayor dan depresi yang berat. Diagnosa depresi mayor ditegakkan dengan kriteria diagnosa DSM-IV TR dan depresi berat (*severe depression*) ditegakkan dengan kriteria diagnosa PPDGJ III.

Penilaian risiko keinginan bunuh diri pada seorang pasien dapat membantu dokter untuk memprediksikan suatu tindakan bunuh diri. Beberapa faktor risiko bunuh diri, meliputi faktor-faktor yang pasti (riwayat bunuh diri atau percobaan bunuh diri dari keluarga, orientasi biseksual atau *gay*, dll), faktor sosial dan lingkungan, dan faktor kesehatan mental seseorang. Melakukan wawancara dengan pasien dan memberikan perhatian penuh dapat memberi kesempatan pada pasien untuk bercerita. Penggunaan *scales* sebagai instrumen skrining dapat dilakukan pada beberapa kondisi, tetapi hasilnya *oversensitive* dan *underspecific* serta tidak mempunyai *predictive value*.

Pencegahan keinginan bunuh diri dapat dilakukan melalui tiga tahapan, yakni pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk mereduksi jumlah kasus baru. Pencegahan sekunder merujuk pada deteksi dini dan memberi penanganan yang tepat pada individu yang memiliki keinginan bunuh diri. Tujuan dari pencegahan sekunder ini adalah menurunkan kemungkinan percobaan bunuh diri pada pasien dengan risiko tinggi. Pencegahan tersier ditujukan untuk mnegurangi konsekuensi dari percobaan bunuh diri dengan cara memberikan edukasi pada tenaga profesional dalam menilai adanya risiko bunuh diri pada seorang pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sadock BJ, Sadock VA. Mood Disorders and Suicide in Children and Adolescents. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry . 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia. 2007. p. 1258-66.
2. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamaniotis E. Suicide in Adolescents: A Worldwide Preventable Tragedy. Keio J Med. 2009;58 (2):95-102.
3. Harrington R. Depression, suicide, and deliberate self-harm in adolescence. British Medical Bulletin. 2001;57:47-60.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Emergency Psychiatric Medicine. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia. 2007. p. 897-907.
5. Departemen Kesehatan RI. Gangguan Suasana Perasaan (Mood [Afektif]). Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa. Edisi pertama. Jakarta. 1993. p. 137-67
6. Shain BN, et al. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2007;120:669-76.
7. Maramis WF, Maramis AA. Kegawatdaruratan Jiwa. Dalam Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi Kedua. Surabaya. p. 415-38.
8. U.S Preventive Service Task Force. Screening for Suicide Risk: Recommendation and Rationale. Ann Intern Med. 2004;140:820-1.
9. Sudak BS. Psychiatric Emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia. 2009. p. 2717-32.
10. Muzina DJ. What physicians can do to prevent suicide. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2004;71:242-50.
11. Sher L. Preventing suicide. Q J Med. 2004;97:677-80.
12. Szanto K, Kalmar S, et al. A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:914-20.