

Masih ada harapan: Eksplorasi pengalaman pemuda yang menanggukkan bunuh diri

FA Nurdiyanto

Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Jl. Sosio Humaniora Bulaksumur, Yogyakarta
E-mail: nurdiyanto@mail.ugm.ac.id

Abstract

Suicide is a global crisis that cannot be resolved. Trends show that suicide began mostly by adolescents and more than 51% were committed by age <45 years. Previous research found that individuals who have experienced suicide attempts have a negative and pessimistic view of life. The purpose of this study is to illustrate the meaning of individual experiences in deferring suicide. Five survivors (3 women) participated through snowball sampling. Data collection was done by phenomenological interviews and observations of participants. Data were analyzed using the descriptive phenomenological analysis to bring out the essence of suicidal experiences. This study derives 4 themes that can facilitate reducing suicidal ideation: connectedness, spirituality, hope, and shame. This study implies that suicide prevention can consider this finding as a protective factor for individuals at risk of suicide and build a support network for suicide survivors.

Keywords: Suicide attempt; protective factors; phenomenology.

Abstrak

Bunuh diri merupakan krisis global yang belum dapat diselesaikan. Tren menunjukkan bahwa bunuh diri mulai banyak dilakukan oleh remaja dan lebih dari 51% dilakukan oleh kelompok usia kurang dari 45 tahun. Penelitian terdahulu mencatat individu yang memiliki pengalaman percobaan bunuh diri memiliki pandangan yang negatif sekaligus pesimis terhadap kehidupan. Penelitian ini dimaksudkan untuk menggambarkan makna pengalaman individu dalam menanggukkan bunuh diri. Lima penyintas bunuh diri (3 wanita) berpartisipasi melalui snowball sampling. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara fenomenologi dan observasi terhadap partisipan. Analisis data yang digunakan berupa analisis fenomenologis deskriptif untuk memunculkan esensi pengalaman bunuh diri ke dalam bentuk tema-tema fenomenologis. Studi ini memperoleh 4 tema yang dapat memfasilitasi dalam mengurungkan keinginan bunuh diri: keterhubungan, spiritualitas, harapan, dan malu. Implikasi penelitian ini adalah upaya pencegahan bunuh diri dapat mempertimbangkan temuan ini sebagai faktor protektif bagi individu yang memiliki risiko bunuh diri dan membangun jaringan pendukung bagi penyintas bunuh diri.

Kata kunci: bunuh diri; faktor protektif; fenomenologi.

Pendahuluan

Prevalensi bunuh diri di Indonesia mencapai 3,4 persen dan diperkirakan mencapai lebih dari 8.900 kasus setiap tahunnya (WHO, 2014, 2019). Kasus bunuh diri di Indonesia menurut WHO (2019) lebih banyak terjadi pada pria (5,2) dibandingkan wanita (2,2). Tingkat bunuh diri diperkirakan lebih tinggi dari berbagai penyakit kronis lainnya, seperti TB (0,4), hepatitis (0,4), dan kanker (1,8; Kementerian Kesehatan RI, 2018). Meski demikian, Indonesia tidak memiliki laporan komprehensif mengenai bunuh diri dan hanya sedikit laporan yang menunjukkannya (Lie & Liou, 2012). Hal ini ditengarai dengan ketiadaan sistem registri bunuh diri secara nasional, sehingga dikhawatirkan banyak insiden yang tidak dilaporkan (*underestimated*).

Prevalensi bunuh diri mulai menunjukkan adanya kecenderungan terjadi pada usia muda. Beberapa penelitian (Goldston dkk., 2015; Sinyor dkk., 2017; WHO, 2019) melaporkan bahwa lebih dari 52% kasus bunuh diri global dilakukan pada usia remaja sampai dewasa paruh baya (15-45 tahun). Berdasarkan laporan WHO (2014, 2019), bunuh diri adalah pembunuh tersembunyi sekaligus penyebab kematian kedua bagi kalangan muda usia 15-25 tahun setelah kecelakaan lalu lintas. Investigasi UNICEF (2016) menemukan bahwa tindakan menyakiti diri sendiri (*self-harm*) telah muncul pada usia remaja awal (10-14 tahun). Laporan yang sama juga menyatakan bahwa bunuh diri merupakan penyebab kematian ketiga bagi remaja (10-19 tahun) setelah kecelakaan lalu lintas dan penyakit-penyakit akibat AIDS.

Kondisi orang muda di Indonesia pun ternyata tidak seindah yang dibayangkan. Sebagian orang muda memiliki masalah kesehatan mental yang memprihatinkan dan rentan terhadap perilaku bunuh diri. Mubasyiroh dkk. (2017) memperkirakan 60,17% pelajar sekolah menengah mengalami gangguan mental emosional dan lebih banyak terjadi pada pelajar perempuan. Penelitian tersebut juga menemukan adanya korelasi positif antara tingkat usia remaja dengan munculnya gejala mental emosional. Kemudian Survei Kesehatan berbasis Sekolah (GSHS) pada tingkat SMP-SMA menemukan 44,54% pelajar mengalami kesepian dan 40,75% memiliki masalah kecemasan yang dilaporkan memengaruhi ritme tidur mereka (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Penelitian tersebut juga melaporkan sebanyak 5,14% pelajar benar-benar memiliki ide atau keinginan bunuh diri dalam satu tahun terakhir. Padahal dalam studi GSHS sebelumnya (Kementerian Kesehatan RI, 2007), keinginan bunuh diri pada siswa sebesar 4,2%. Laporan tersebut memiliki kesesuaian dengan investigasi Yusuf (2019) yang menemukan 13,8% pelajar SMA memiliki risiko bunuh diri dan 5,4% memiliki ide bunuh diri yang serius.

Ide dan percobaan bunuh diri merupakan prediktor kuat terhadap tindakan bunuh diri yang fatal. Faktor risiko lain yang telah diketahui konsisten memprediksi tindakan bunuh diri, di antaranya beberapa diagnosis gangguan mental (depresi, bipolar, BPD, gangguan kecemasan, skizofrenia, dan *conduct disorder*), adiksi alkohol dan narkoba, penyakit kronis, konflik keluarga, isolasi sosial, pengalaman traumatis, dan aksesibilitas pada alat-alat yang dapat digunakan melakukan bunuh diri (Irigoyen dkk., 2019). Selain



itu, hambatan pada akses layanan kesehatan mental juga dapat menempatkan kelompok yang rentan ke dalam risiko yang lebih berbahaya (Bachmann, 2018; Sinyor dkk., 2017). Meskipun pola bunuh diri dapat disusun secara umum, namun motif dan tindakannya perlu dilihat secara individual serta mempertimbangkan karakteristik dan konteks yang menyertai. Bunuh diri tidak sebatas ditandai dengan adanya kematian atau dampak yang fatal, namun telah merentang sejak adanya ide ataupun percobaan-percobaan yang mendahului (Giner dkk., 2016).

Faktor protektif adalah berbagai hal yang dipercaya dapat mengurangi risiko perilaku bunuh diri dan yang dapat meningkatkan koping stres ataupun kemampuan dalam menghadapi tantangan hidup (Kutcher & Chehil, 2012). Di sisi lain, King dkk. (2013) tidak membedakan faktor protektif dengan kesehatan mental atau kesejahteraan psikologis, sejauh hal tersebut dapat membentengi individu dari kecenderungan bunuh diri atau munculnya gangguan patologis lainnya. Penelitian lampau telah menyebutkan beberapa faktor protektif, seperti kepuasan hidup dan kehidupan yang bermakna (Kleiman & Beaver, 2013), koping adaptif (Mirkovic dkk., 2015), aktivitas keagamaan dan religiositas (Wu dkk., 2015), serta ikatan kekerabatan dan dukungan sosial (Eisenberg dkk., 2007). Dukungan sosial yang berkualitas, baik dalam keluarga maupun komunitas dapat membantu individu menciptakan sumber dukungan dan resiliensi dari berbagai tekanan hidup (Bazrafshan dkk., 2017; Miller dkk., 2015). Individu yang memiliki kepuasan hidup, koping positif, penilaian diri yang positif, dan dukungan sosial yang cukup dilaporkan memiliki tingkat depresi dan risiko bunuh diri yang rendah (Yao dkk., 2014).

Investigasi tentang faktor-faktor yang dapat mencegah bunuh diri di Indonesia masih terbatas dan sedikit laporan yang mengulasnya. Perkembangan penelitian bunuh diri sejauh ini didominasi studi epidemiologi dan identifikasi risiko, sedikit yang memfokuskan pada faktor-faktor protektif. Di samping itu, belum banyak penelitian kualitatif yang menggali faktor-faktor protektif yang dapat meningkatkan kesejahteraan penyintas sekaligus meminimalkan potensi bunuh diri di kemudian hari. Begitu pula intervensi bunuh diri perlu dijalankan secara seimbang antara faktor protektif dan risiko, dengan mempertimbangkan relevansi dan konteks yang menyertai. Diperlukan studi yang didasarkan pada elaborasi pengalaman bunuh diri menurut perspektif penyintas bunuh diri dan mendengarkan suara-suara mereka. Peluang intervensi pencegahan dapat secara efektif apabila mempertimbangkan faktor-faktor protektif di dalamnya. Penelitian ini diharapkan dapat menemukan berbagai informasi mengenai faktor protektif apa yang diketahui dapat mencegah tindakan bunuh diri. Atas dasar itu, penelitian ini dimaksudkan untuk mengeksplorasi bagaimana makna pengalaman percobaan bunuh diri. Kemudian dikerucutkan dengan pertanyaan penelitian berupa “*Bagaimana penyintas bunuh diri mengurungkan tindakannya?*”

Metode

Partisipan

Penelitian ini dilakukan menggunakan pendekatan kualitatif dan mengadopsi inkuiri fenomenologi deskriptif, dengan maksud dapat menyelami pengalaman percobaan bunuh diri yang pernah dilakukan. Kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini berupa: 1) usia 18-30 tahun, 2) memiliki pengalaman percobaan bunuh diri, dan 3) tidak dalam kondisi depresi atau memiliki keinginan bunuh diri selama 6 bulan terakhir. Rekrutmen partisipan dilakukan dengan cara *snowball sampling* yang diperoleh melalui referensi. Peneliti menggali berbagai informasi mengenai kemungkinan calon partisipan (*eligibility*) melalui kerabat atau teman dekat bahwa kandidat memenuhi kriteria dan sudi terlibat dalam penelitian ini. Pengambilan data dilakukan dalam kurun waktu Oktober 2019 sampai dengan Januari 2020 di Yogyakarta.

Enam partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini, namun 1 di antaranya mengundurkan diri setelah wawancara pertama. Partisipan tersebut mengundurkan diri karena merasa *isin* (malu) menceritakan pengalaman bunuh dirinya, khususnya tentang konteks peristiwa yang melingkupi masalah keluarga. Lima partisipan berpartisipasi dalam proses penelitian hingga saturasi data tercapai. Partisipan dalam penelitian ini adalah orang muda (22-28 tahun). Seluruh partisipan pernah mengakses layanan kesehatan mental (psikiater atau psikolog); tiga di antaranya memperoleh diagnosis psikiatri (gangguan kecemasan umum dan bipolar). Nama partisipan yang dilaporkan dalam penelitian ini menggunakan pseudonim yang diberikan oleh partisipan. Tabel 1 menunjukkan informasi umum partisipan penelitian.

Tabel 1
Partisipan Penelitian

Nama	Seks	Diagnosis psikiatri	Usia	Usia percobaan pertama	Percobaan berulang
Pras	Pria	Bipolar	22	20	Ya
Tony	Pria	n/a*	28	20	Tidak
Vale	Wanita	GAD	23	19	Ya
Hana	Wanita	n/a*	25	19	Tidak
Anggun	Wanita	GAD	23	20	Ya

*informasi tidak tersedia

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara fenomenologi dan observasi. Setiap partisipan diwawancara 60-90 menit selama 3-5 pertemuan. Panduan wawancara disusun dengan memfokuskan pada pengalaman bunuh diri partisipan, misalnya “Ceritakan kepada saya bagaimana percobaan bunuh diri itu terjadi?”, “Apa yang Anda rasakan ketika melakukan percobaan bunuh diri itu?”.

Informed consent tertulis diberikan kepada partisipan setelah mereka mendapatkan dan memahami informasi, sekaligus menyetujui partisipasi mereka dalam penelitian. Partisipan menerima *informed consent* tertulis yang berisi: identitas dan afiliasi peneliti, maksud penelitian, apa saja yang akan dilakukan partisipan selama



pengambilan data, keuntungan dan manfaat keikutsertaan, potensi risiko, kerahasiaan, dan kemungkinan untuk membatalkan atau menarik diri dari penelitian. Seluruh respon informan dan catatan penelitian diinput ke dalam *spreadsheet* untuk analisis lebih lanjut.

Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan *phenomenological descriptive analysis* (Giorgi, 2009) dan lebih memfokuskan pada deskripsi dan identifikasi makna pengalaman bunuh diri. Analisis data dilakukan dengan 1) membaca transkrip wawancara dan catatan peneliti berulang-ulang secara *epoche* hingga memunculkan unit-unit makna, 2) membuat deskripsi psikologis dan struktural, 3) merefleksikan tema yang muncul, 4) membuat sintesis tema, dan 5) membangun esensi pengalaman seluruh partisipan. Kredibilitas data dilakukan dengan mempertimbangkan pendapat Moleong (2012), yakni 1) penetapan kriteria partisipan yang sesuai dengan tujuan penelitian, 2) melakukan triangulasi dan konfirmasi wawancara kepada partisipan, 3) melibatkan pihak lain yang dinilai dapat mengonfirmasi kedalaman data, dan 4) melakukan penelusuran informasi berdasarkan catatan pelaksanaan penelitian.

Hasil

Penelitian ini memperoleh 4 tema utama yang berkaitan dengan dinamika partisipan dalam menanggukkan bunuh diri. Tema-tema tersebut merupakan bagian dari penggambaran dan ekspresi yang disadari partisipan dalam mengurungkan keinginan bunuh diri. Keempat tema tersebut antara lain (1) keterhubungan, (2) spiritualitas, (3) harapan, dan (4) malu.

Keterhubungan

Informasi yang diperoleh menunjukkan bahwa pada masa awal partisipan menghadapi dorongan-dorongan bunuh diri, mereka tidak memiliki keberanian untuk membuka diri dengan orang-orang terdekat. Malu, takut, tidak percaya dengan kemampuan orang lain, dan merasa bisa mengatasi masalah sendiri adalah alasan umum yang muncul mengapa partisipan tidak meminta bantuan. Namun, partisipan dapat menjadi terbuka manakala orang-orang terdekat terus menerus memberikan perhatian dan menunjukkan kesediaan membantu. Kontak secara terus menerus ini membuat partisipan menjadi lebih aman untuk membuka suara. Misalnya Vale menyatakan “Rosa dan teman-teman yang dekat sangat perhatian, mereka sering ngaruhke (bertegur kabar) dan menanyakan kondisiku, pekerjaan, sampai keluarga juga. Mereka membuat saya semakin bertahan. Saya berpikir ternyata tidak sendirian.” Demikian juga dengan ungkapan Tony “Terharu, ternyata ada yang begitu perhatian denganku. Perhatian mereka sangat membesarkan hati untuk tidak berhenti di sini.”

Keterhubungan merupakan hubungan yang saling-terhubung antara penyintas dengan orang-orang di sekitarnya yang ditandai dengan adanya ikatan emosional,

kepercayaan, dan kelekatan. Misalnya Pras yang memiliki *clique* dengan teman-teman kuliah, melalui kelompok ini Pras dapat secara terbuka mengungkapkan pikiran-pikiran negatif dan suasana hati yang depresif. Partisipan Hana memiliki teman asrama yang hubungan mereka sudah seperti saudara. *“Kami sudah seperti gadis kembar, dia tahu moodku sedang buruk.”* Keterhubungan menunjukkan adanya *support system* yang apik dalam lingkungan penyintas. Partisipan mendapatkan berbagai bantuan yang bersumber dari keluarga, *peer*, atau relasi sesama penyintas. Tony misalnya, ia berkenalan dengan sesama penyintas melalui forum kesehatan mental yang justru mendorongnya untuk saling membantu.

Keterhubungan menumbuhkan perasaan yang lebih positif, mampu menerima diri sendiri, dan menjadi lebih realistis dengan situasi saat ini. Perasaan yang lebih positif ditandai dengan rasa lega, nyaman, dan aman. Penerimaan terhadap diri sendiri ditandai dengan adanya penilaian yang lebih positif terhadap diri sendiri, merasa lebih berguna, dan mampu berdaya. *Support system* membantu partisipan untuk melawan berbagai pikiran dan perasaan negatif yang membuat dirinya tidak berguna. Keterhubungan juga merupakan tanda bahwa partisipan tidak merasakan kesendirian sekaligus mampu untuk membangun jaringan sosial.

Spiritualitas

Spiritualitas ini muncul seiring dengan sikap keterbukaan partisipan dalam menghadapi beban yang dialami. Mereka menjadi lebih aktif dalam kegiatan spiritual, seperti mendengarkan ceramah-ceramah (Anggun, Hana, Pras, Tony, Vale), membaca buku-buku spiritual (Hana, Tony), menghadiri pertemuan-pertemuan religius (Anggun, Hana, Pras, Tony, Vale), dan praktik-praktik spiritual (Anggun, Hana, Tony), seperti kelompok meditasi, yoga, dan olah loka batin. Aktivitas tersebut dapat memberikan perspektif baru dalam melihat kehidupan dan pengalaman mereka, sehingga membuat partisipan memiliki pemahaman spiritual dan ketenangan batin (tenteram).

Partisipan menyadari keberadaan mereka saat ini sebagai sebuah garis kehidupan yang pantas untuk dijalani. Partisipan meyakini adanya hidup pascakematian; dan menilai bunuh diri dapat menimbulkan beban yang lebih besar di kehidupan selanjutnya. Tony menceritakan *“Ini sudah seperti di neraka, bagaimana nanti kalau di neraka yang sebenarnya?”* Vale mengungkapkan *“Aku tidak mau hidup menderita di dua kehidupanku.”* Begitu juga dengan tuturan Hana *“Ada keinginan kuat untuk mati, lalu semua beban itu hilang. Tetapi apa yang harus kubawa nanti di pengadilan Allah?”*

Berdasarkan pengalaman partisipan, spiritualitas merupakan kesadaran diri yang terhubung dengan kekuatan di luar diri mereka. Partisipan juga menilai bahwa kegagalan di beberapa kali percobaan bunuh diri merupakan pengalaman yang tidak dapat mereka perkirakan. Menurut cerita Pras, *“Aku tidak paham kenapa, seperti ada tangan Tuhan untuk mencegahku mati saat itu.”* Partisipan mengidentifikasi diri bukan sebagai orang-orang yang religius; namun, melalui refleksinya mereka mengungkapkan dapat memaknai



pengalaman bunuh diri dan beban-beban mereka sebagai proses hidup itu sendiri. Dalam merefleksikan kesadaran itu, partisipan memiliki tujuan-tujuan hidup yang lebih bermakna dari sebelumnya dan mengandaikan bunuh diri sebagai sebuah perlawanan atas cita-cita hidup itu sendiri. Anggun lebih jauh mengungkapkan *“Aku merasa ini adalah perjalanan spiritualku. Memang tidak mudah, tetapi aku seperti memetik hikmah-hikmah dari kondisi sulitku.”*

Spiritualitas juga menjadi bentuk strategi koping dalam menghadapi beban-beban yang dirasakan. Koping spiritual ini misalnya berupa menerima kenyataan, mensyukuri pengalaman-pengalaman hidup, atau silih atas dosa. Partisipan meyakini bahwa Tuhan memiliki rencana di balik berbagai peristiwa yang mereka alami. Misalnya Hana, wanita yang memiliki diagnosis meningitis sekaligus reumatoid arthritis pada awal-awal kuliah, menceritakan *“Saya mendapatkan penyakit ini di saat saya begitu bersemangat membangun cita-cita dan orang tua pun bertumpu pada masa depan saya. Saya frustrasi dan mengutuk hidup saya. Lambat laun saya menyadari kalau kesedihan hanya memperburuk keadaan. Sudah, sekarang saya jalani dengan ikhlas dan biarlah menjadi jalan untuk membersihkan diri dari dosa-dosa.”* Atau pengakuan Tony *“Tuhan memiliki rencana rahasia, meskipun jalan yang dilalui pelik. Tapi yang saya yakini ini adalah cara Tuhan mengajarkan sesuatu untuk mengangkat derajat saya.”*

Harapan

Harapan dalam penelitian ini merupakan kesadaran partisipan bahwa beban yang mereka alami akan berkurang dan menaruh keyakinan bahwa hari esok akan lebih baik. Tony mengungkapkan *“Depresi ini akan selesai, tidak tahu kapan. Tetapi hidupku lebih panjang dari sakitku.”* Harapan juga berarti motivasi untuk memperjuangkan keinginan-keinginan yang belum terwujud. Anggun menjelaskan *“Kalau mengingat cita-citaku yang terdalam bisa menangis. Dan tidak mungkin juga aku memilih mati begitu saja tanpa mimpi.”* Harapan yang umum muncul dari partisipan adalah memiliki keterkaitan orang lain, misalnya keinginan untuk melakukan atau memberikan sesuatu yang berharga bagi orang lain dan tidak ingin merepotkan orang lain. Di sisi yang lain, perasaan terputus dengan orang lain juga dapat memunculkan perasaan tidak berdaya dan penuh kegagalan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa partisipan juga memiliki harapan-harapan pribadi yang berkaitan dengan kebahagiaan personal, seperti pencapaian akademik, relasi romantis, kemandirian, dan kematangan emosional. Keberhasilan melewati masa krisis merupakan sebuah harapan untuk mendapatkan pencapaian yang bermakna. Partisipan menilai pengalaman krisis justru memberikan sisi positif, seperti menjadi lebih peka terhadap emosi atau kondisi diri sendiri dan berempati dengan orang lain.

Malu

Malu ditemukan sebagai faktor yang secara tidak langsung dapat menggagalkan bunuh diri. Rasa malu ini tidak begitu saja muncul secara spontan, tetapi dirasakan manakala percobaan bunuh diri mereka kepergok oleh orang lain. Meskipun tidak secara

langsung memergoki, namun partisipan merasa malu dengan berbagai momen kepergok. Pras menceritakan dia hendak loncat dari lantai 6. Dalam suasana yang kalut itu, tiba-tiba ada seorang petugas gedung yang bertanya “*Apa yang kamu lakukan sendirian di sini?*” Seketika saja rencana meloncat berubah malu. “*Jika bapak itu tidak bertanya, barangkali nyawaku sudah melayang.*”

Malu juga dipersepsikan partisipan dengan membayangkan bagaimana orang-orang akan menilai kematiannya. Bunuh diri sebagai tindakan yang tidak dapat diterima secara sosial memiliki implikasi dalam membentuk kesadaran nilai terhadap pro-hidup. Rasa malu dapat menjadi tanda bagi penyintas memiliki tilik diri yang lebih stabil. Seluruh partisipan menyatakan malu mengapa mereka memiliki pengalaman bunuh diri. Anggun mengungkapkan “*Rasanya benar-benar malu, kenapa dulu bisa sebegitunya*” atau dari Vale “*Kalau ingat peristiwa itu memang malu sih.*” Dalam hal ini rasa malu merupakan kemampuan untuk menilai tindakan berdasarkan implikasi norma, untung rugi, dan situasi yang menyertai.

Pembahasan

Studi fenomenologi ini dilakukan untuk menggambarkan bagaimana pengalaman orang muda menangguk percobaan bunuh diri. Penelitian ini menemukan tema-tema: (1) keterhubungan, (2) spiritualitas, (3) harapan, dan (4) malu dapat memfasilitasi penanggukan bunuh diri. Bertolote (2014) mengungkapkan bahwa percobaan bunuh diri yang ditangguk memiliki durasi yang pendek dan merupakan waktu krusial dalam mencegah timbulnya berbagai dampak yang lebih fatal.

Sejauh ini telah diketahui bahwa masalah kesehatan mental merupakan penyebab bunuh diri (Bachmann, 2018; Verrocchio dkk., 2016), namun bunuh diri tidak disebabkan oleh faktor tunggal dan perlu didekati dari berbagai segi (Pridmore & Pridmore, 2016). Berdasarkan data penelitian ini, tiga partisipan mendapatkan diagnosis psikiatri, namun 2 lainnya tidak memenuhi kriteria diagnosis apapun. Melalui wawancara mendalam, seluruh partisipan melaporkan bahwa tindakan bunuh diri didorong oleh adanya beban psikologis yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan, relasi interpersonal, pengalaman traumatis, karier, dan finansial.

Penelitian ini mengafirmasi bahwa *support system* dapat membantu penyintas bunuh diri mencapai resiliensi. Jaringan sosial juga diketahui berperan sebagai faktor protektif bunuh diri dan gangguan mental dengan memberikan dukungan emosional yang cukup (Klonsky & May, 2015). Temuan ini juga menegaskan bahwa keterbukaan penyintas pada orang-orang terdekat sangat berkontribusi dalam mencegah tindakan bunuh diri. Penyintas yang mendapatkan dukungan dan penguatan dari orang-orang terdekat dapat menghadirkan refleksi diri yang lebih positif. Di sisi lain, penelitian ini juga mengungkap bahwa penyintas yang membuka diri pada orang yang tidak tepat justru dapat menimbulkan frustrasi dan tidak memberikan nilai manfaat apapun. Penyintas rentan mendapatkan stigma, respon reaktif, dan ancaman terhadap privasinya.



Keterhubungan memiliki peranan yang krusial dalam mencegah tindakan bunuh diri. Individu yang rentan melakukan bunuh diri memiliki kecenderungan bertindak impulsif, lemah dalam mengambil keputusan, dan memiliki keterampilan sosial yang buruk (Large dkk., 2011). Hal ini ditandai dengan adanya masalah dalam regulasi emosi dan hipersensitif pada penolakan sosial. Whitlock dkk. (2014) mendefinisikan keterhubungan sebagai kedekatan interpersonal, baik dengan individu maupun sosial yang ditandai dengan adanya ikatan emosional, berupa saling memiliki, hormat, percaya, peduli, dan menghargai. Keterhubungan juga memiliki keterkaitan erat dengan keterampilan emosi dan sosial (Fässberg dkk., 2012). Keterhubungan sering kali dipertukarkan dengan konsep lain, misalnya kelekatan, ikatan emosional, integrasi sosial, atau dukungan sosial. Saling tukar ini tidak menimbulkan masalah, sejauh pengertian tersebut memiliki makna bahwa individu merasa didukung, diterima, ditemani, dan tidak merasakan kesendirian. Keterhubungan yang rendah dapat menimbulkan perasaan kesepian dan cenderung memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi (Leigh-Hunt dkk., 2017). Sebaliknya, penyintas yang memiliki dukungan psikologis dan sosial dari orang-orang sekitar (keluarga, teman) tidak lagi menunjukkan adanya ide atau perilaku bunuh diri (Kostenuik & Ratnapalan, 2010).

Berdasarkan penelitian lampau, spiritualitas secara umum diakui sebagai faktor protektif perilaku bunuh diri (Hatala, 2011). Penelitian dan bukti klinis menunjukkan bahwa spiritualitas dapat dikaitkan dengan risiko ide dan upaya bunuh diri yang lebih rendah (Bryan dkk., 2015; Kyle, 2013). Sejumlah teori juga telah diajukan untuk menjelaskan manfaat dari aktivitas keagamaan dan spiritual. Keterlibatan dalam kegiatan keagamaan juga diketahui dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, jejaring sosial, dan harapan-harapan yang positif (Lawrence dkk., 2016). Harapan ini dibangun melalui ajaran dan keyakinan keagamaan, misalnya kasih sayang Tuhan, pahala, atau kehidupan kembali setelah kematian. Studi sebelumnya mengungkapkan bahwa hasrat untuk melanjutkan hidup diketahui memiliki kontribusi dalam menurunkan kecenderungan bunuh diri dan depresi (Luo dkk., 2016; Malone dkk., 2000). Konselor ataupun terapis dapat menerapkan intervensi berdasarkan potensi atau alasan-alasan untuk hidup.

Literatur menunjukkan bahwa agama dan risiko bunuh diri ternyata memiliki hubungan yang kompleks. Penelitian menggarisbawahi bahwa religiositas memiliki keterkaitan dengan rendahnya tingkat depresi dan bunuh diri (Stack & Laubepin, 2019). Perilaku keagamaan sering digunakan sebagai ukuran religiositas, namun menurut Lester, (2017) hal tersebut dinilai kurang relevan sebagai faktor protektif bunuh diri. Afiliasi keagamaan yang berbeda dapat menimbulkan tingkat protektif yang berbeda. Dalam hal ini, afiliasi keagamaan memiliki peranan dalam menghubungkan penyintas bunuh diri ke dalam komunitas sosial sebagai *support system*. Di sisi lain, penyintas yang memiliki afiliasi keagamaan minoritas justru memiliki perasaan keterasingan (Lawrence dkk., 2016). Perasaan bersalah dan jauh dari Tuhan, atau dikeluarkan dari komunitas agama juga dapat meningkatkan risiko bunuh diri. Dinamika religiositas dan bunuh diri di Indonesia perlu dielaborasi lebih lanjut.

Harapan merupakan domain psikologi positif yang dapat menjadi tameng munculnya berbagai gejala patologis dan bunuh diri. Harapan dan optimisme merepresentasikan pandangan yang positif terhadap masa depan. Studi mengenai harapan telah dianjurkan untuk diterapkan dalam meningkatkan faktor protektif bagi orang-orang yang rentan terhadap masalah klinis dan bunuh diri (Marco dkk., 2016). Sebagaimana pendapat King dkk. (2013) faktor protektif dapat menghilangkan jarak pemisah antara penyintas bunuh diri dengan keselamatannya. Teori-teori yang mengulas harapan (*hope theories*) telah menerima banyak temuan dan dukungan empiris dalam meningkatkan resiliensi penyintas bunuh diri (Selby dkk., 2014). Harapan dapat menciptakan motivasi dan daya juang untuk mengubah dan mengendalikan berbagai situasi yang mendesak. Harapan juga memiliki kesesuaian dengan Logoterapi Viktor Frankl (Luo dkk., 2016) bahwa di setiap relung derita dan pengalaman tragis masih dapat ditimba makna hidup yang dapat melampaui sekat-sekat duka.

Penelitian lampau telah menunjukkan bahwa individu dengan harapan yang tinggi cenderung memiliki kesehatan fisik dan mental (Gooding dkk., 2015), kepuasan relasi interpersonal (Miller dkk., 2014), dan citra diri secara positif (Anestis dkk., 2014). Penelitian ini juga menunjukkan bahwa penyintas yang memiliki harapan-harapan cenderung memiliki suasana depresi yang rendah. Jika mencermati pendapat Cheavens (2000) bunuh diri merupakan ungkapan terakhir atas pengharapan-pengharapan. Dalam konteks ini, harapan dapat digambarkan sebagai hasrat untuk keluar dari sakit, kesedihan, penderitaan, dan keputusasaan yang sering dikaitkan dengan ide bunuh diri. Ketika seseorang secara terus menerus dihadapkan pada kegagalan cenderung mengalami frustrasi dan ketiadaan harapan; yang dapat mengarah pada gejala-gejala depresi ataupun keinginan bunuh diri.

Ketidakterdayaan tidak jarang diasosiasikan sebagai adanya kesenjangan antara apa yang diharapkan dengan kenyataan yang terjadi. Hilangnya harapan dapat menjadi petunjuk awal terhadap risiko bunuh diri (Gooding dkk., 2015; Valentina & Helmi, 2016). Davidson dkk. (2009) menemukan bahwa harapan memiliki pengaruh secara negatif terhadap beban psikologis dan keinginan untuk menarik diri dari pergaulan sosial. Meskipun ketiadaan harapan tidak memprediksi bunuh diri secara langsung, namun ia memiliki dampak negatif terhadap kemampuan interpersonal penyintas dalam rupa isolasi sosial. Ketidakterdayaan memiliki dampak sebagai pembunuh senyap yang menculik penyintas ke dalam lorong-lorong kesepian. Dalam hal ini, Klonsky & May (2015) menjelaskan bahwa bunuh diri dapat terjadi melalui dinamika 1) pengalaman sakit, 2) ketidakterdayaan, dan 3) kapasitas bunuh diri. Jika seseorang mengalami rasa sakit secara terus menerus (baik fisik maupun psikologis), maka penyintas akan mempertanyakan apakah hidupnya berarti atau sebaliknya, penuh dengan penderitaan. Namun, sakit yang dirasakan tidak akan membawa pada ide atau dorongan bunuh diri apabila penyintas memiliki persepsi secara positif terhadap kehidupannya.

Peranan rasa malu dalam perilaku bunuh diri masih menimbulkan pertanyaan. Ia memiliki dua sisi berlainan, sebagai faktor protektif dan risiko bunuh diri. Dalam hal ini,



malu memiliki corak yang beragam dalam berbagai konteks dan budaya. Masyarakat Jawa misalnya, mengenal malu dengan berbagai bentuk yang dibedakan menurut situasi sosial dan keadaan emosi (Geertz, 1983), seperti *isin* (malu yang berkaitan dengan etiket pergaulan), *pekewuh* (sungkan), *wedi* (takut), dan *wirang* (malu dalam konteks moral). Dalam hal ini pendapat Subandi & Good (2018) memiliki relevansi dalam mendudukan malu sebagai indikator kesehatan mental pada kultur Jawa. Malu merupakan salah satu pengendali sosial dengan mengatur perilaku individu agar sesuai dengan harapan-harapan sosial. Penelitian ini menegaskan bahwa malu (*isin*, *wedi*, *pekewuh*) memiliki sumbangsih dalam mencegah tindakan bunuh diri, seiring dengan meningkatnya kesadaran diri dalam melihat realita.

Penelitian lampau oleh Breed (1972) menjelaskan bahwa rasa malu merupakan salah satu dari komponen dasar tanda-tanda bunuh diri, bersama-sama dengan perasaan gagal, pikiran yang tertutup, dan isolasi sosial. Rasa malu timbul dari adanya kegagalan dalam menyesuaikan dengan harapan-harapan sosial. Uraian Breed ini justru memiliki kesamaan dengan *wirang* dalam kultur Jawa. *Wirang* timbul akibat individu melanggar ketentuan-ketentuan moral atau merasa gagal dalam menjalankan harapan-harapan sosial. Seseorang yang di-*wirang*-kan tidak jauh berbeda dengan dihina atau direndahkan. Bunuh diri dianggap sebagai mekanisme penegakkan harga diri atas rasa malu (Crowder & Kimmelmeier, 2018). *Wirang* inilah yang oleh beberapa kalangan disebut sebagai faktor risiko tindakan bunuh diri di Jawa (Darmaningtyas, 2002; Nurdianto & Jaroah, 2020). Meski demikian, perlu dilakukan kajian lebih lanjut untuk menggali makna *wirang* dalam kaitannya dengan bunuh diri.

Malu juga ditengarai sebagai bentuk stigma yang menghambat pencarian bantuan krisis bunuh diri (Reynders dkk., 2014). Alih-alih menolerir sifat kelemahan, harapan-harapan sosial lebih menghargai ekspresi kekuatan dan ketegaran. Realita ini membuat penyintas merasa malu (*isin*, *wedi*) untuk mengungkapkan perasaan frustrasi, kelemahan, atau kesedihan yang tengah dialami kepada orang lain. Dalam hal ini, malu justru menciptakan stigma diri (Reynders dkk., 2014) dan menempatkan penyintas ke dalam beban ganda dengan tidak mencari bantuan, baik secara formal maupun informal.

Penelitian ini memiliki keterbatasan dan menganjurkan beberapa saran kepada peneliti selanjutnya. Penelitian eksploratif menggunakan asesmen psikologis dapat digunakan untuk memperoleh kekayaan data sekaligus dinamika psikologi penyintas bunuh diri secara lebih komprehensif. Partisipan dalam penelitian ini merupakan usia muda usia 22-28 tahun, investigasi selanjutnya dapat mempertimbangkan dilakukan pada kategori usia lainnya.

Kesimpulan

Penelitian ini dilakukan untuk menemukan gambaran pengalaman menanggukkan bunuh diri. Penelitian ini menemukan 4 tema pokok dalam menanggukkan bunuh diri: (1) keterhubungan, (2) spiritualitas, (3) harapan, dan (4) malu. Keempat tema ini memberikan gambaran mengenai faktor protektif yang dapat dikembangkan dalam berbagai upaya pencegahan bunuh diri pada pemuda. Bunuh diri merupakan fenomena multifaktor yang tidak hanya didekati dengan penjelasan tunggal. Penyusunan protokol pencegahan bunuh diri hendaknya turut melibatkan penyintas dan mendengarkan suara mereka. Intervensi pencegahan atau konseling bunuh diri dapat mempertimbangkan aspek-aspek berdasarkan temuan penelitian ini, misalnya dengan memperkuat jejaring sosial penyintas (e.g., keluarga, pertemanan, lingkungan sekolah atau pekerjaan, keagamaan) atau dengan meningkatkan strategi koping dan resiliensi dalam menghadapi beban-beban psikologis.

Ucapan Terima Kasih

Penghargaan setinggi-tingginya ditujukan kepada seluruh partisipan atas kerelaan mereka membagikan pengalamannya. Terima kasih disampaikan kepada Profesor Tina Afiatin (Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada) dan Safura Intan Herlusia yang telah memberikan umpan balik dan diskusi yang konstruktif dalam penelitian ini. Terima kasih juga disampaikan kepada Arka Nareswara (*Center for Indigenous and Cultural Psychology*, Universitas Gadjah Mada) atas bantuan analisis data.

Referensi

- Anestis, M. D., Moberg, F. B., & Arnau, R. C. (2014). Hope and the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Replication and extension of prior findings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 175–187. <https://doi.org/10.1111/sltb.12060>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1425), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., & Shokrpour, N. (2017). What protects adolescents from suicidal attempt: A qualitative study. *Shiraz E Medical Journal*, 18(9), e57574. <https://doi.org/10.5812/semj.57574>
- Bertolote, J. M. (2014). Prevention of suicidal behaviors. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 355–366). Oxford University Press.
- Breed, W. (1972). Five components of a basic suicide syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2(1), 3–18. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1972.tb00451.x>
- Bryan, C. J., Graham, E., & Roberge, E. (2015). Living a life worth living: Spirituality and suicide risk in military personnel. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 74–78. <https://doi.org/10.1037/scp0000056>
- Cheavens, J. (2000). Hope and depression: Light through the shadows. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures & applications* (pp. 321–340). Academic



- Press.
- Crowder, M. K., & Kimmelmeier, M. (2018). Cultural differences in shame and guilt as understandable reasons for suicide. *Psychological Reports*, 121(3), 396–429. <https://doi.org/10.1177/0033294117728288>
- Darmaningtyas. (2002). *Pulung Gantung: Menyingkap tragedi bunuh diri di Gunungkidul*. Salwa Press.
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 482–487. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.033>
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., de Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722–745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>
- Geertz, H. (1983). *Keluarga Jawa*. Grafiti Press.
- Giner, L., Guija, J. A., Root, C. W., & Baca-Garcia, E. (2016). Nomenclature and definition of suicidal Behavior. In P. Courtet (Ed.), *Understanding suicide from diagnosis to personalized treatment* (pp. 3–17). Springer International Publishing Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6_1
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Heilbron, N., Doyle, O., Weller, B., Sapyta, J., Mayfield, A., & Faulkner, M. (2015). Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 253–264.
- Gooding, P., TARRIER, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F., & Pratt, D. (2015). Effect of hopelessness on the links between psychiatric symptoms and suicidality in a vulnerable population at risk of suicide. *Psychiatry Research*, 230(2), 464–471. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.037>
- Hatala, A. R. (2011). Resilience and healing amidst depressive experiences: An emerging four-factor model from emic/etic perspectives. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13, 27–51. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.547135>
- Irigoyen, M., Segovia, A. P., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>
- Kementerian Kesehatan RI. (2007). *Global School-based Student Health Survey (GSHS) Indonesia 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Country_Report_Indonesia_2007.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Perilaku berisiko kesehatan pada pelajar SMP dan SMA di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_2015_Indonesia_Report_Bahasa.pdf?ua=1
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset kesehatan dasar 2018*. Badan Penelitian dan

- Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
http://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98foo/files/Hasil-riskasdas-2018_1274.pdf
- King, C. A., Foster, C. E., & Rogalski, K. M. (2013). *Teen suicide risk: A practitioner guide to screening, assessment, and management*. The Guilford Press.
- Kleiman, E. M., & Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.
- Kostenuik, M., & Ratnapalan, M. (2010). Approach to adolescent suicide prevention. *Canadian Family Physician*, 56, 755–760.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(1), 47–67. <https://doi.org/10.1080/19349637.2012.744620>
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 619–628. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.590465>
- Lawrence, R. E., Brent, D., Mann, J. J., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., & Oquendo, M. A. (2016). Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 845–850. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000484>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lester, D. (2017). Does religiosity predict suicidal behavior? *Religions*, 8(11), 238. <https://doi.org/10.3390/rel8110238>
- Lie, H., & Liou, J.-C. (2012). Suicide behavior among junior high school students in Philippines and Indonesia associated with the social factors. *GSTF International Journal of BioSciences*, 2(1), 92–97. https://doi.org/10.5176/2251-3140_2.1.28
- Luo, X., Wang, Q., Wang, X., & Cai, T. (2016). Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0960-0>
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., & Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084–1088. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1084>
- Marco, J. H., Pérez, S., & García-Alandete, J. (2016). Meaning in life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 689–700. <https://doi.org/10.1002/jclp.22285>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3),



- 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>
- Miller, C. W., Roloff, M. E., & Reznik, R. M. (2014). Hopelessness and Interpersonal Conflict: Antecedents and Consequences of Losing Hope. *Western Journal of Communication*, 78(5), 563–585. <https://doi.org/10.1080/10570314.2014.896026>
- Mirkovic, B., Labelle, R., Guilé, J. M., Belloncle, V., Bodeau, N., Knafo, A., Condat, A., Bapt-Cazalets, N., Marguet, C., Breton, J. J., Cohen, D., & Gérardin, P. (2015). Coping skills among adolescent suicide attempters: Results of a multisite study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2 supp 1), S37–S45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345847/>
- Moleong, L. J. (2012). *Metodologi penelitian kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya.
- Mubasyiroh, R., Putri, I. Y. S., & Tjandrarini, D. H. (2017). Determinan gejala mental emosional pelajar SMP-SMA di Indonesia tahun 2015. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(2), 103–112. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i2.5820.103-112>
- Nurdiyanto, F. A., & Jaroah, S. (2020). The characteristics of suicide in Gunungkidul Indonesia. *Disease Prevention and Public Health Journal*, 14(2), 12–18. <https://doi.org/10.12928/dpphj.v14i2.2027>
- Pridmore, W., & Pridmore, S. (2016). Suicide is not the exclusive domain of medicine. *American Journal of Medical Research*, 3(1), 174–187. <https://doi.org/10.22381/ajmr3120166>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Selby, E., Joiner, T. E., & Ribeiro, J. D. (2014). Comprehensive theories of suicidal behaviors. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 286–307). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0016>
- Sinyor, M., Tse, R., & Pirkis, J. (2017). Global trends in suicide epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000296>
- Stack, S., & Laubepin, F. (2019). Religiousness as a predictor of suicide: An analysis of 162 European regions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 371–381. <https://doi.org/10.1111/sltb.12435>
- Subandi, M. A., & Good, B. J. (2018). Shame as a cultural index of illness and recovery from psychotic illness in Java. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.04.005>
- UNICEF. (2016). *Patterns of mortality change as children enter adolescence*. data.unicef.org/topic/adolescents/mortality/
- Valentina, T. D., & Helmi, A. F. (2016). Ketidakberdayaan dan perilaku bunuh diri: Meta-Analysis. *Buletin Psikologi*, 24(2), 123–135. <https://doi.org/10.22146/buletinpsikologi.18175>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7(108), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Whitlock, J., Wyman, P. A., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: Pathways and implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 246–272. <https://doi.org/10.1111/sltb.12071>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

-
- WHO. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- Wu, A., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2015). Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *10*(6), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>
- Yao, Y. S., Chang, W. W., Jin, Y. L., Chen, Y., He, L. P., & Zhang, L. (2014). Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: A school-based study. *Child: Care, Health and Development*, *40*(5), 747–752. <https://doi.org/10.1111/cch.12142>
- Yusuf, N. R. (2019). *Deteksi dini faktor risiko ide bunuh diri remaja di Sekolah Lanjutan Tingkat Atas/Sederajat di DKI Jakarta*. (Unpublished doctoral dissertation). Universitas Indonesia, Depok.