

Safety Planning Intervention (SPI) Pada Pasien Dengan Risiko Bunuh Diri: Case Report

Annisa Novita Hayutami¹, Hendrawati Hendrawati², Aat Sriati³

^{1,2,3} Universitas Padjadjaran

Email: annisa21003@mail.unpad.ac.id

Abstrak

Skizofrenia paranoid merupakan gangguan jiwa berat yang dapat disertai halusinasi pendengaran, kecurigaan, gangguan tilikan diri, dan penurunan kemampuan menilai realitas. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko bunuh diri, terutama ketika pasien mengalami keputusasaan, tekanan psikologis, dan koping maladaptif. Laporan kasus ini bertujuan menganalisis penerapan *Safety Planning Intervention* (SPI) pada pasien skizofrenia paranoid dengan risiko bunuh diri di rumah sakit jiwa. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif. Data diperoleh melalui observasi, wawancara terapeutik, pengkajian status mental, rekam medis, catatan keperawatan, dan informasi keluarga. Intervensi dilakukan melalui Strategi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan risiko bunuh diri yang diintegrasikan dengan komponen SPI dalam delapan pertemuan. Tn. J, laki-laki 41 tahun, dirawat karena marah-marah, mengancam keluarga, dan memiliki riwayat perilaku membahayakan diri. Pengkajian menunjukkan halusinasi pendengaran, afek datar, mudah tersinggung, kurang kooperatif, gangguan konsentrasi, penilaian terganggu, dan tilikan diri kurang baik. Setelah intervensi, pasien mampu mengenali tanda bahaya, memahami pemicu, menggunakan koping adaptif, menyebutkan sumber dukungan, dan menjelaskan langkah keselamatan saat pikiran negatif muncul. SPI dapat menjadi intervensi pendukung dalam asuhan keperawatan jiwa yang menekankan hubungan terapeutik, dukungan keluarga, dan strategi koping sesuai nilai spiritual pasien. Diharapkan perawat dapat menggunakan SPI sebagai intervensi pendukung dalam asuhan keperawatan jiwa, terutama pada pasien skizofrenia paranoid dengan risiko bunuh diri, serta melibatkan keluarga dalam pengawasan, dukungan emosional, kepatuhan pengobatan, dan pembatasan akses terhadap benda berbahaya.

Kata kunci: Risiko Bunuh Diri, *Safety Planning Intervention*, Skizofrenia Paranoid.

Abstract

Paranoid schizophrenia is a severe mental disorder that may be accompanied by auditory hallucinations, suspiciousness, impaired insight, and reduced ability to assess reality. This condition may increase the risk of suicide, especially when patients experience hopelessness, psychological distress, and maladaptive coping. This case report aimed to analyze the implementation of Safety Planning Intervention (SPI) in a patient with paranoid schizophrenia at risk of suicide in a psychiatric hospital. This study used a descriptive case study design. Data were obtained through observation, therapeutic interviews, mental status assessment, medical records, nursing notes, and family information. The intervention was carried out through the Nursing Care Implementation Strategy for suicide risk integrated with SPI components in eight sessions. Mr. J, a 41-year-old male, was admitted due to anger outbursts, threats toward family members, and a history of self-harming behavior. Assessment showed auditory hallucinations, flat affect, irritability, poor cooperation, impaired concentration, impaired judgment, and poor insight. After the intervention, the patient was able to recognize warning signs, understand triggers, use adaptive coping strategies, identify support sources, and explain safety steps when negative thoughts emerged. SPI can be used as a supportive intervention in psychiatric nursing care that emphasizes therapeutic relationships, family support, and coping strategies aligned with the patient's spiritual values. It is recommended that nurses use Safety Planning Intervention (SPI) as a supportive intervention in psychiatric nursing care, particularly for patients with paranoid schizophrenia at risk of suicide. Family involvement is also important in providing supervision, emotional support, medication adherence, and restriction of access to harmful objects.

Keywords: Safety Planning Intervention, Suicide Risk, Paranoid Schizophrenia

1. PENDAHULUAN

Bunuh diri merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang serius dan menjadi prioritas global karena kontribusinya terhadap mortalitas prematur. World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa lebih dari 727.000 orang meninggal akibat bunuh diri

setiap tahun, yang berarti satu dari setiap 100 kematian di dunia disebabkan oleh tindakan ini, dengan 73% kasus terjadi di negara berpenghasilan rendah hingga menengah [1]. Tingginya beban global ini menunjukkan bahwa bunuh diri bukan sekadar persoalan individu, melainkan fenomena multidimensional yang memerlukan respons kesehatan masyarakat berbasis bukti.

Di Indonesia, tren kasus bunuh diri menunjukkan peningkatan yang konsisten dalam lima tahun terakhir dan menjadi sinyal urgensi penanganan klinis yang lebih sistematis. Data Pusat Informasi Kriminal Nasional POLRI mencatat lonjakan dari 826 kasus pada tahun 2022 menjadi 1.350 kasus pada tahun 2023, dan kembali meningkat sekitar 100 kasus sepanjang tahun 2024 [2]. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 juga mengungkap bahwa prevalensi kasus bunuh diri di Indonesia mencapai 2,55%, sementara 61% anak muda yang mengalami depresi memiliki risiko 36 kali lebih besar untuk berpikir mengakhiri hidupnya [3]. Data tersebut menegaskan bahwa risiko bunuh diri di Indonesia bukan hanya persoalan epidemiologis, tetapi juga cerminan rendahnya keterjangkauan dan kapasitas layanan kesehatan jiwa.

Pada tingkat provinsi, Jawa Barat tercatat sebagai salah satu wilayah dengan beban kesehatan jiwa tertinggi di Indonesia. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan bahwa Jawa Barat menempati posisi tertinggi secara nasional dalam jumlah absolut anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa, yaitu sebanyak 156.561 jiwa, jauh melampaui Jawa Timur (130.527 jiwa) dan Jawa Tengah (118.016 jiwa), sekaligus menjadi provinsi dengan prevalensi depresi terbesar pada penduduk berusia 15 tahun ke atas, yaitu sebesar 3,3% [4]. Tingginya angka depresi tersebut menjadi perhatian khusus mengingat depresi merupakan salah satu faktor risiko utama munculnya ide maupun perilaku bunuh diri. Beban ini tercermin pula pada layanan kesehatan jiwa di tatanan rumah sakit, termasuk di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat yang menjadi rujukan utama penanganan pasien gangguan jiwa berat disertai risiko bunuh diri. Kondisi tersebut menegaskan bahwa urgensi pencegahan bunuh diri tidak berhenti pada tataran nasional, melainkan harus diterjemahkan ke dalam praktik klinis yang konkret di tingkat provinsi dan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Risiko bunuh diri pada populasi dewasa bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks antara aspek biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan, sehingga sulit diprediksi melalui asesmen tunggal. Riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya dikenali sebagai prediktor terkuat untuk perilaku bunuh diri berulang, sementara krisis impulsif yang muncul akibat stres ekonomi, konflik interpersonal, atau penyakit kronis sering kali menjadi pemicu utama [5]. Sebagian besar krisis bunuh diri bersifat akut dan berdurasi pendek, sehingga keberhasilan pencegahan sangat bergantung pada kemampuan tenaga kesehatan—khususnya perawat—untuk mengenali tanda peringatan sejak dini dan menyediakan strategi mitigasi yang segera dapat diakses oleh pasien [6]. Realita ini menempatkan perawat sebagai tenaga lini depan dalam upaya pencegahan, sekaligus menuntut adanya instrumen intervensi yang ringkas, praktis, dan berbasis bukti.

Berbagai pendekatan klinis telah dikembangkan untuk menurunkan risiko bunuh diri, dan salah satu intervensi yang memperoleh pengakuan luas adalah *Safety Planning Intervention* (SPI) yang dikembangkan oleh Stanley dan Brown. SPI merupakan intervensi singkat berbasis kolaboratif yang terdiri atas enam komponen utama, yaitu identifikasi tanda peringatan, strategi koping internal, pemanfaatan dukungan sosial untuk distraksi, kontak orang terdekat, akses ke layanan profesional, serta pembatasan akses terhadap alat-alat mematikan [7]. Hasil uji klinik Stanley et al. menunjukkan bahwa pasien yang menerima SPI disertai *follow-up* memiliki penurunan perilaku bunuh diri sebesar 45% [7]. Meskipun bukti efektivitas SPI pada populasi dewasa cukup kuat, terdapat sejumlah celah yang justru menjadi alasan urgensi penelitian ini. Pertama, sebagian besar studi terdahulu dilakukan di

emergency department di negara berpendapatan tinggi, sementara penerapan SPI yang dipimpin perawat (*nurse-led SPI*) masih berada pada tahap uji klinik di Eropa dan belum banyak diteliti pada konteks pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia [8]. Ketiga, praktik keperawatan jiwa di Indonesia hingga saat ini masih dominan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) berbasis Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang meskipun terstruktur, belum sepenuhnya menginternalisasi komponen pembatasan akses *lethal means* dan rencana keselamatan tertulis yang menjadi keunggulan SPI [9]. Ketimpangan antara kuatnya rekomendasi internasional dan minimnya implementasi lokal inilah yang membentuk *research gap* utama penelitian ini.

Berdasarkan paparan tersebut, penerapan SPI pada pasien dewasa dengan risiko bunuh diri di Indonesia menjadi relevan untuk diteliti, baik sebagai pelengkap maupun penguat intervensi keperawatan jiwa yang telah ada. Studi kualitatif terbaru oleh Connor et al. [10], menegaskan bahwa keberhasilan SPI tidak hanya bergantung pada kelengkapan komponen, melainkan juga pada kualitas hubungan terapeutik perawat-pasien, sehingga penelitian mengenai penerapan langsung di tatanan klinik dapat memberikan kontribusi praktis yang bermakna. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan *Safety Planning Intervention* pada pasien dewasa dengan risiko bunuh diri, sekaligus mengevaluasi sejauh mana intervensi ini dapat diintegrasikan ke dalam praktik asuhan keperawatan jiwa di Indonesia. Hasil penelitian diharapkan mampu memperkaya bukti empiris bagi perawat dalam menjalankan peran preventif sekaligus menjadi landasan adaptasi SPI yang kontekstual pada layanan kesehatan jiwa di Indonesia.

2. METODE PENELITIAN

Studi kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif untuk menggambarkan penerapan *Safety Planning Intervention* (SPI) pada pasien skizofrenia paranoid dengan risiko bunuh diri. Subjek studi kasus adalah Tn. J, laki-laki berusia 41 tahun, yang dirawat di ruang rawat inap RSJ Provinsi Jawa Barat. Data diperoleh melalui observasi, wawancara terapeutik, pengkajian status mental, rekam medis, catatan keperawatan, dan informasi keluarga. Intervensi dilakukan dalam delapan pertemuan melalui intervensi keperawatan risiko bunuh diri yang diintegrasikan dengan komponen SPI. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan setelah intervensi, terutama pada kemampuan mengenali tanda bahaya, memahami pemicu, menggunakan koping adaptif, mencari bantuan, dan menyusun langkah keselamatan diri.

Intervensi yang diberikan berfokus pada *Safety Planning Intervention* (SPI). Intervensi ini membantu pasien mengenali tanda awal pikiran bunuh diri, mengidentifikasi pemicu, memilih koping aman, menentukan kontak yang dapat dihubungi saat krisis, serta membatasi akses terhadap alat yang berpotensi membahayakan diri. Selama intervensi, pasien dilatih mengungkapkan perasaan sedih dan putus asa secara verbal, menggunakan koping seperti napas dalam, berdoa, menulis perasaan, berbicara dengan perawat, dan mencari bantuan dari orang yang dipercaya. Keluarga turut dilibatkan untuk memberikan dukungan emosional dan mengamankan benda yang berisiko digunakan pasien untuk menyakiti diri.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Kasus

Seorang laki-laki berusia 41 tahun, sudah menikah, pendidikan terakhir sekolah dasar, dan sebelumnya bekerja sebagai wiraswasta, dirawat di ruang rawat inap RSJ Provinsi Jawa Barat pada September 2025. Berdasarkan rekam medis dan keterangan keluarga, pasien dibawa ke RSJ karena mengamuk, marah-marah, menodong keluarga dengan pisau, serta sempat

berupaya melukai diri sendiri menggunakan pisau. Saat pengkajian awal, pasien belum mampu menjelaskan alasan dirinya dirawat dan belum memiliki kesadaran penuh terhadap masalah yang dialaminya. Kondisi ini menunjukkan adanya gangguan tilikan diri dan perlu pengkajian risiko bunuh diri secara terarah.

Faktor predisposisi pada kasus ini adalah kehilangan ibu sekitar satu tahun sebelum pasien dirawat. Kehilangan tersebut menjadi faktor yang membuat pasien rentan secara emosional, karena pasien masih menunjukkan kesedihan mendalam, rasa kehilangan, dan kesulitan menerima kepergian ibunya. Faktor presipitasi pada kasus ini adalah tekanan psikologis akibat kebangkrutan usaha sekitar tiga bulan sebelum dirawat. Kondisi tersebut menjadi pencetus perburukan keadaan pasien karena pasien merasa gagal menjalankan peran sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah.

Hasil pengkajian diperoleh dari pernyataan pasien yang mengatakan, “Saya sangat sedih ibu saya pergi, Saya ingin menyusul ibu saya.” Pasien juga mengatakan, “Saya merasa gak berguna,” “Saya gak punya harapan lagi, saya sudah gagal,” dan “Keluarga saya pasti sedih karena saya tidak bisa mencari uang.”. Data objektif menunjukkan pasien tampak murung, afek datar, kontak mata minimal, postur tubuh menunduk, kurang memperhatikan penampilan, menarik diri dari interaksi, lebih sering diam, menyendiri, mudah tersinggung saat membahas kondisi ekonomi, dan komunikasi dengan keluarga menjadi kurang efektif. Kondisi tersebut memperkuat rasa tidak berharga dan meningkatkan risiko bunuh diri pada pasien.

Pada pemeriksaan status mental, pasien tampak kurang rapi, gelisah, tegang, mudah tersinggung, defensif, curiga, dan kurang kooperatif. Pembicaraan terdengar keras dan tidak terarah. Alam perasaan didominasi oleh kesedihan, kekhawatiran, dan keputusan, dengan afek datar. Pasien juga mengalami halusinasi pendengaran, gangguan konsentrasi, gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan penilaian, serta tilikan diri kurang baik. Diagnosa medis pasien adalah skizofrenia paranoid.

Catatan farmakoterapi pada rekam medis menunjukkan pasien mendapatkan terapi antipsikotik oral berupa risperidone 2 mg dengan aturan 1-0-1 dan clozapine 25 mg dengan aturan 0-0-1. Risperidone merupakan antipsikotik atipikal yang bekerja terutama melalui antagonisme reseptor dopamin D2 dan serotonin 5-HT₂, sehingga relevan untuk membantu mengendalikan gejala psikotik seperti halusinasi, kecurigaan, perilaku tidak terarah, dan risiko agitasi [11]. Clozapine merupakan antipsikotik atipikal yang dapat digunakan pada skizofrenia resisten terhadap terapi dan memiliki indikasi untuk menurunkan risiko perilaku bunuh diri berulang pada pasien skizofrenia atau skizoafektif yang berisiko kronis [12]. Namun, clozapine memerlukan perhatian khusus karena berkaitan dengan risiko neutropenia berat, hipotensi ortostatik, bradikardia, sinkop, kejang, miokarditis/kardiomiopati, sedasi, hipersalivasi, konstipasi, dan peningkatan berat badan. Oleh karena itu, catatan farmako yang perlu dipantau oleh perawat meliputi kepatuhan minum obat, perubahan perilaku dan halusinasi, tanda vital, sedasi, risiko jatuh, gejala ekstrapiramidal, keluhan konstipasi, efek antikolinergik, serta pemantauan leukosit/absolute neutrophil count (ANC) sesuai advis medis, terutama selama penggunaan clozapine.

Berdasarkan hasil pengkajian, masalah keperawatan utama pada pasien adalah risiko bunuh diri. Masalah ini didukung oleh data subjektif berupa perasaan gagal, tidak berguna, tidak memiliki harapan, dan keinginan untuk menyusul ibunya. Data objektif yang mendukung yaitu riwayat perilaku membahayakan diri dengan pisau, afek datar, kontak mata kurang, tampak murung, menarik diri, serta gangguan tilikan diri. Masalah keperawatan penyerta meliputi risiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran, dan harga diri rendah kronis.

Hasil

Penerapan intervensi pada Tn. J dilakukan melalui asuhan keperawatan risiko bunuh diri yang diintegrasikan dengan komponen *Safety Planning Intervention* (SPI). Intervensi dilakukan dalam delapan pertemuan selama pasien menjalani perawatan di ruang rawat inap. Berdasarkan pengkajian awal, pasien menunjukkan masalah utama risiko bunuh diri yang ditandai dengan perasaan sedih, putus asa, merasa tidak berguna, riwayat perilaku membahayakan diri menggunakan pisau, serta koping maladaptif berupa menarik diri dan menyendiri. Pasien juga memiliki faktor predisposisi berupa kehilangan ibu satu tahun sebelumnya dan faktor presipitasi berupa kebangkrutan usaha sekitar tiga bulan sebelum dirawat. Kondisi tersebut menimbulkan frustrasi, keputusasaan, dan niat mengakhiri hidup.

Intervensi keperawatan dilakukan secara bertahap, dimulai dari membina hubungan saling percaya, mengobservasi tanda risiko bunuh diri, menjaga keamanan lingkungan, membantu pasien mengungkapkan perasaan, mengenali pikiran negatif, melatih koping adaptif, memperkuat dukungan sosial, menyusun rencana keselamatan, hingga mengevaluasi kesiapan pulang. Pelaksanaan intervensi keperawatan risiko bunuh diri yang diintegrasikan dengan SPI pada Tn. J disajikan pada tabel berikut.

Tabel 1. Pelaksanaan Intervensi Keperawatan Risiko Bunuh Diri Terintegrasi SPI pada Tn. J

Pertemuan	Fokus Risiko Bunuh Diri	Komponen SPI yang Terintegrasi	Hasil Evaluasi Pasien
Pertemuan 1, 30 September 2025	Membina hubungan saling percaya, observasi tanda risiko bunuh diri, dan menjaga keamanan lingkungan	Identifikasi tanda bahaya dan pembatasan akses alat berbahaya	Pasien masih sedih dan kecewa, tetapi mulai menatap perawat saat diajak bicara. Risiko bunuh diri masih ada, tetapi mulai terkontrol
Pertemuan 2, 1 Oktober 2025	Membantu pasien mengungkapkan perasaan sedih dan kehilangan secara verbal	Identifikasi tanda bahaya	Pasien mengatakan mulai lebih tenang, tetapi masih sedih ketika mengingat ibunya. Pasien mulai mempercayai perawat
Pertemuan 3, 2 Oktober 2025	Mengeksplorasi perasaan gagal, tidak berguna, dan pikiran negatif	Identifikasi pemicu	Pasien mulai mampu mengidentifikasi perasaan sedih, kehilangan, dan pikiran negatif yang muncul
Pertemuan 4, 3 Oktober 2025	Mengidentifikasi situasi yang memicu keinginan menyakiti diri dan mengenalkan koping sederhana	Identifikasi pemicu dan strategi koping internal	Pasien menyadari bahwa pikiran untuk mati muncul saat mengingat kegagalan usaha dan ibunya. Pasien mulai mampu menunda dorongan melukai diri

Pertemuan	Fokus Risiko Bunuh Diri	Komponen SPI yang Terintegrasi	Hasil Evaluasi Pasien
Pertemuan 5, 4 Oktober 2025	Melatih koping internal untuk menenangkan diri saat pikiran negatif muncul	Strategi koping internal	Pasien mampu mengenali tanda awal seperti gelisah, sesak, ingin sendiri, sedih, dan pikiran negatif. Pasien mulai menggunakan napas dalam dan berdoa
Pertemuan 6, 5 Oktober 2025	Memperkuat dukungan sosial dan mendorong pasien mencari bantuan saat krisis	Dukungan sosial dan kontak aman	Pasien mulai memahami bahwa ia tidak perlu menghadapi krisis sendirian dan dapat mencari bantuan kepada orang yang dipercaya
Pertemuan 7, 6 Oktober 2025	Menyusun rencana keselamatan untuk persiapan pulang	Safety plan, kontak aman, bantuan profesional, dan pembatasan akses alat berbahaya	Pasien mampu menjelaskan langkah yang akan dilakukan saat merasa tertekan, seperti memberi tahu perawat, berbicara dengan keluarga, dan menjauh dari benda berbahaya
Pertemuan 8, 8 Oktober 2025	Evaluasi akhir, penguatan safety plan, dan terminasi hubungan terapeutik	Evaluasi safety plan	Pasien mengatakan lebih tenang dan mengetahui tindakan yang harus dilakukan saat pikiran buruk muncul. Pasien mampu menggunakan koping adaptif dan mencari bantuan

Berdasarkan tabel tersebut, intervensi keperawatan risiko bunuh diri dilakukan secara bertahap dan dipadukan dengan komponen SPI. Pada pertemuan awal, intervensi berfokus pada pembentukan hubungan saling percaya, observasi risiko bunuh diri, serta pengamanan lingkungan. Pada tahap berikutnya, pasien diarahkan untuk mengenali tanda bahaya, memahami pemicu, dan melatih koping internal. Pada tahap akhir, intervensi difokuskan pada penyusunan safety plan, pemilihan kontak aman, pencarian bantuan profesional, pembatasan akses terhadap benda berbahaya, serta evaluasi kesiapan pasien menghadapi kondisi krisis.

Pada awal intervensi, pasien belum mampu mengenali tanda bahaya secara jelas dan belum memiliki strategi yang aman ketika pikiran negatif muncul. Setelah intervensi dilakukan, pasien mulai mampu menyebutkan tanda bahaya, seperti sedih mendalam, gelisah, sesak, ingin sendiri, putus asa, dan muncul pikiran negatif. Pasien juga mampu mengenali pemicu utama, yaitu kehilangan ibu dan tekanan akibat kebangkrutan usaha. Selain itu, pasien mulai

menggunakan strategi koping yang lebih adaptif, seperti napas dalam, berdoa, membaca Al-Qur'an, berbicara dengan perawat, dan melakukan aktivitas ringan.

Pasien kemudian dibantu menyusun daftar dukungan sosial dan kontak aman. Dukungan yang dipilih meliputi perawat, keluarga, teman sekamar, dan tenaga profesional. Pasien juga diberikan edukasi tentang langkah mencari bantuan ketika pikiran negatif muncul. Pada tahap akhir, pasien mampu menjelaskan kembali isi safety plan, menyimpan rencana keselamatan, serta menunjukkan komitmen untuk menjaga keselamatan diri.

Tabel 2. Perbandingan Kondisi Awal dan Akhir Setelah Intervensi

Aspek yang Dinilai	Kondisi Awal	Kondisi Akhir
Risiko Bunuh Diri	Pasien memiliki riwayat perilaku membahayakan diri dan menyatakan putus asa	Pasien tidak menunjukkan tanda risiko bunuh diri aktif dan mampu menyebutkan langkah keselamatan diri
Kesadaran terhadap masalah	Pasien belum memahami alasan dirawat dan belum menyadari masalahnya	Pasien mulai memahami kondisi dirinya dan mampu mengikuti rencana keselamatan
Tanda bahaya	Pasien belum mampu mengenali tanda awal munculnya pikiran bunuh diri	Pasien mampu mengenali tanda seperti sedih, gelisah, sesak, ingin sendiri, putus asa, dan pikiran negatif
Pemicu	Pasien belum menghubungkan masalah hidup dengan pikiran bunuh diri	Pasien mampu mengenali kehilangan ibu dan kebangkrutan usaha sebagai pemicu utama
Strategi koping	Pasien cenderung menarik diri, memendam masalah, dan menyendiri	Pasien mulai menggunakan napas dalam, berdoa, membaca Al-Qur'an, berbicara dengan perawat, dan melakukan aktivitas positif
Dukungan sosial	Pasien belum memiliki kontak yang jelas saat krisis	Pasien mampu menyebutkan orang yang dapat dihubungi, seperti perawat, keluarga, dan orang yang dipercaya
Bantuan profesional	Pasien belum mengetahui langkah mencari bantuan saat kondisi memburuk	Pasien memahami bahwa ia perlu menghubungi perawat, psikiater, atau layanan kesehatan saat pikiran negatif muncul
Keamanan lingkungan	Pasien memiliki riwayat menggunakan benda berbahaya saat krisis	Pasien dan keluarga diarahkan untuk membatasi akses terhadap benda yang dapat membahayakan diri

Aspek yang Dinilai	Kondisi Awal	Kondisi Akhir
Interaksi sosial	Pasien defensif, curiga, kurang kooperatif, dan menarik diri	Pasien tampak lebih tenang, tersenyum, berinteraksi dengan pasien lain, dan mengikuti kegiatan kelompok
Kesiapan pulang	Pasien belum stabil secara emosional dan belum memiliki rencana keselamatan	Pasien menunjukkan peningkatan kontrol diri, memahami safety plan, dan bersedia melanjutkan pengobatan serta kontrol rutin

Berdasarkan hasil tersebut, pelaksanaan risiko bunuh diri yang dipadukan dengan SPI menunjukkan perubahan positif pada aspek emosional, kognitif, perilaku, dan sosial pasien. Pasien menjadi lebih mampu mengenali tanda bahaya, memahami pemicu, memilih strategi koping yang aman, menentukan sumber bantuan, serta menjelaskan langkah keselamatan ketika pikiran negatif muncul. Pada akhir intervensi, pasien tampak lebih tenang, aktif berinteraksi, mengikuti kegiatan kelompok, dan tidak menunjukkan tanda risiko bunuh diri aktif selama observasi akhir. Dengan demikian, intervensi keperawatan risiko bunuh diri yang terintegrasi dengan SPI dapat membantu pasien menyusun langkah keselamatan yang konkret, sederhana, dan sesuai dengan kondisi klinis pasien.

Pembahasan

Penerapan *Safety Planning Intervention* (SPI) pada Tn. J menjadi penting untuk didiskusikan karena pasien tidak menghadirkan gambaran klinis risiko bunuh diri yang tunggal, melainkan kombinasi gejala psikotik aktif, halusinasi pendengaran, harga diri rendah kronis, dan risiko perilaku kekerasan, sehingga kerumitan kasus ini berbeda dari populasi yang umumnya dibahas dalam sebagian besar penelitian SPI [10]. Sebagian besar bukti klinis mengenai efektivitas SPI berasal dari penelitian pada pasien dewasa di emergency department dengan ideasi atau percobaan bunuh diri sebagai keluhan utama. Sementara itu, bukti pada pasien rawat inap dengan skizofrenia paranoid aktif masih belum banyak ditemukan [6], [13]. Padahal, pasien skizofrenia memiliki risiko bunuh diri seumur hidup yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum, terutama ketika halusinasi perintah dan keputusan muncul bersamaan dengan kehilangan signifikan [14]. Oleh sebab itu, penerapan SPI pada Tn. J memberikan perspektif yang masih jarang dibahas, khususnya mengenai penggunaan intervensi singkat berbasis perilaku pada pasien dengan psikopatologi kompleks dalam konteks rumah sakit jiwa di Indonesia.

Keunikan kasus ini juga terletak pada kombinasi faktor predisposisi berupa duka berkepanjangan akibat kehilangan ibu dan faktor presipitasi berupa kebangkrutan usaha yang muncul nyaris bersamaan. Kondisi ini penting diperhatikan karena penelitian menegaskan bahwa *prolonged grief disorder* merupakan prediktor independen terhadap ideasi bunuh diri bahkan setelah depresi dan gangguan stres pascatrauma dikontrol [15], [16]. Pada saat yang sama, stres ekonomi akut dengan persepsi kegagalan peran sebagai pencari nafkah telah teridentifikasi sebagai pemicu krisis bunuh diri yang impulsif di negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk Indonesia [17]. Kombinasi keduanya menciptakan *perfect storm* psikologis: rasa tidak berharga yang sudah tertanam sejak kehilangan ibu diperberat oleh keruntuhan identitas peran ekonomi, sehingga pasien tidak hanya kehilangan figur attachment,

melainkan juga rasa kebermaknaan diri. Kondisi semacam inilah yang secara teoretis dijelaskan oleh *interpersonal theory of suicide*, di mana *thwarted belongingness* dan *perceived burdensomeness* bertemu dalam satu individu [18].

Hal yang penting untuk dianalisis adalah bagaimana SPI membantu perawat memecah krisis yang dialami Tn. J menjadi langkah-langkah kecil yang bisa dilakukan pasien. Pada pertemuan awal, Tn. J kesulitan mengartikulasikan tanda peringatan yang ia alami; gejala psikotiknya membuat pikiran intrusif terasa seperti suara eksternal, bukan sinyal internal yang bisa dikenali. Literatur menunjukkan bahwa pasien dengan halusinasi perintah cenderung kehilangan kemampuan metakognitif untuk membedakan antara pikiran bunuh diri dan dorongan eksternal, sehingga komponen pertama SPI yaitu identifikasi *warning signs* memerlukan modifikasi [10], [19]. Dalam penerapannya, perawat menggunakan pertanyaan yang konkret dan berbasis pengalaman pasien. Misalnya, pasien diminta menggambarkan kondisi tubuh dan situasi yang muncul ketika ia ingin menyusul ibunya. Cara ini lebih mudah dipahami dibandingkan dengan pertanyaan abstrak tentang pikiran bunuh diri. Pendekatan tersebut sejalan dengan Gay [20], yang menganjurkan penggunaan narasi untuk membantu pasien mengungkap tanda krisis secara lebih jelas.

Temuan menarik berikutnya terlihat pada respons pasien terhadap strategi koping internal. Pada awalnya, Tn. J menolak teknik napas dalam karena merasa teknik tersebut “tidak ada gunanya”. Namun, pasien kemudian lebih dapat menerima strategi lain, yaitu berdoa dan menulis perasaan. Strategi ini terasa lebih sesuai dengan latar belakang spiritual dan kebiasaan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa SPI perlu diterapkan secara fleksibel. SPI yang terlalu kaku dapat menurunkan kepatuhan pasien [21]. Strategi koping yang efektif sebaiknya tidak hanya ditentukan oleh klinisi, tetapi juga disesuaikan dengan pengalaman, kebiasaan, dan sumber kekuatan pribadi pasien.

Dalam konteks Indonesia, aspek spiritual dan keluarga menjadi hal yang penting. Nilai keagamaan dan dukungan keluarga merupakan faktor protektif yang kuat dalam pencegahan bunuh diri di masyarakat [17]. Oleh karena itu, SPI tidak hanya berfungsi sebagai alat klinis, tetapi juga sebagai ruang untuk menyesuaikan intervensi berbasis bukti dengan nilai budaya dan cara koping yang sudah dikenal oleh pasien.

Komponen ketiga dan keempat dalam SPI, yaitu distraksi sosial dan kontak dengan orang terdekat, perlu disesuaikan dengan kondisi Tn. J. Pasien memiliki riwayat menarik diri setelah kehilangan ibunya. Selain itu, saat krisis muncul, pasien juga pernah mengancam keluarganya. Karena itu, peran perawat tidak cukup hanya mencatat nomor kontak keluarga. Perawat perlu membantu pasien memilih orang yang benar-benar aman, dapat dipercaya, dan tidak memperburuk kondisi emosional pasien. Hal ini sejalan dengan tinjauan sistematis Connor et al. [10], yang menjelaskan bahwa keberhasilan komponen ini sangat bergantung pada percakapan yang kolaboratif antara perawat dan pasien, bukan sekadar membuat daftar nama kontak.

Keluarga memang sering menjadi sumber dukungan utama. Namun, keluarga juga dapat menjadi sumber tekanan jika hubungan di dalamnya sedang bermasalah. Syamsiyatun et al. [22], menjelaskan bahwa dukungan keluarga dapat bersifat ambivalen, yaitu dapat melindungi pasien, tetapi juga dapat memicu stres. Pada kasus Tn. J, istri dan adik kandung dipilih sebagai kontak yang aman karena dinilai lebih mampu memberikan dukungan. Sebaliknya, orang tua dari pihak istri tidak dilibatkan dalam rencana keselamatan karena keberadaan mereka dapat memicu rasa malu pasien terkait kebangkrutan usahanya. Dengan demikian, pemilihan kontak dalam SPI perlu dilakukan secara hati-hati, bukan hanya berdasarkan kedekatan keluarga, tetapi juga berdasarkan keamanan emosional bagi pasien.

Komponen pembatasan akses terhadap *lethal means* merupakan elemen yang paling membedakan SPI dari Strategi Pelaksanaan (SP) berbasis SIKI yang umum digunakan di Indonesia. Penelitian Onie et al. [17], yang menganalisis data nasional Indonesia menunjukkan bahwa gantung diri dan keracunan pestisida merupakan metode bunuh diri paling umum di Indonesia, sehingga konseling pembatasan akses semestinya menjadi standar minimal dalam perawatan pasien risiko bunuh diri. Sayangnya, praktik keperawatan jiwa Indonesia hingga kini masih jarang memasukkan diskusi eksplisit mengenai pengamanan alat-alat tertentu, baik karena keterbatasan pelatihan maupun karena stigma untuk membicarakan metode secara langsung (Ayu & Sundari, 2024). Pada kasus Tn. J, istri pasien, dipandu untuk mengamankan tali, ikat pinggang, dan obat-obatan rumah tangga sebelum pasien direncanakan pulang. Tindakan kecil ini, menurut penelitian Onie et al. [17], terbukti menurunkan mortalitas akibat bunuh diri lebih besar dibandingkan dengan banyak intervensi farmakologis maupun psikoterapi panjang.

Pembahasan ini juga perlu menyinggung temuan yang berbeda dari beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian oleh Albaum et al. [24], menemukan bahwa SPI sebagai intervensi mandiri belum secara konsisten menurunkan ideasi maupun perilaku bunuh diri pada anak dan remaja. Walaupun populasi penelitian tersebut berbeda dengan kasus Tn. J, temuan ini tetap penting karena menunjukkan bahwa SPI tidak dapat dipandang sebagai satu-satunya intervensi yang cukup untuk semua pasien. Pada kasus Tn. J, SPI digunakan sebagai bagian dari asuhan keperawatan jiwa yang lebih luas. Intervensi yang diberikan tidak hanya berfokus pada rencana keselamatan, tetapi juga mencakup pengelolaan halusinasi, latihan kontrol perilaku kekerasan, dan psikoedukasi keluarga. Oleh karena itu, perubahan kondisi klinis pasien tidak dapat dikatakan sepenuhnya berasal dari SPI saja. Hal ini sejalan dengan Ferguson et al. [6], yang menjelaskan bahwa efektivitas SPI akan lebih kuat jika dikombinasikan dengan tindak lanjut terstruktur dan komponen psikoterapi lain. Dengan demikian, SPI sebaiknya diposisikan sebagai intervensi pendukung yang melengkapi standar prosedur keperawatan jiwa berbasis SIKI, bukan sebagai pengganti intervensi utama.

Aspek pengetahuan baru yang muncul dari kasus ini adalah bahwa kualitas hubungan terapeutik perawat-pasien tampak menjadi faktor moderasi paling kuat dalam keberhasilan SPI di setting rawat inap psikiatri. Pada hari pertama, pasien menolak berbicara dan memandang perawat dengan curiga, namun setelah perawat secara konsisten menggunakan komunikasi terapeutik dan tidak memaksa pasien menjawab seluruh komponen SPI dalam satu sesi, pasien mulai mengungkapkan rasa bersalahnya terhadap ibunya. Pola ini sesuai dengan temuan Melzer et al. [25], yang menunjukkan bahwa aliansi terapeutik yang dibangun pada empat sesi pertama secara signifikan memprediksi penurunan ideasi bunuh diri, bahkan setelah keparahan depresi awal dikontrol. Perawat memiliki peran penting dalam pencegahan bunuh diri, terutama melalui keterampilan relasional [26]. Keterampilan tersebut meliputi mendengarkan secara aktif, memvalidasi emosi pasien, dan hadir secara stabil selama proses perawatan. Dalam praktiknya, kemampuan membangun hubungan yang aman dengan pasien sering kali lebih berdampak dibandingkan dengan keterampilan teknis semata. Implikasinya, pelatihan SPI bagi perawat jiwa di Indonesia tidak cukup hanya berfokus pada hafalan enam komponen utama. Pelatihan juga perlu memasukkan latihan membangun aliansi terapeutik melalui contoh kasus nyata, agar perawat mampu menyesuaikan SPI dengan kondisi pasien di lapangan.

Kekuatan penelitian ini terletak pada tiga aspek utama. Pertama, laporan ini mendokumentasikan penerapan SPI pada populasi yang masih jarang dibahas, yaitu pasien dewasa dengan skizofrenia paranoid yang memiliki risiko bunuh diri di rumah sakit jiwa Indonesia. Kedua, integrasi antara SPI dan SP-SIKI menunjukkan model praktik yang lebih sesuai dengan kebutuhan perawat di Indonesia dibandingkan dengan penerapan SPI versi

Stanley-Brown secara langsung. Ketiga, adanya adaptasi kultural, terutama pada strategi koping internal dan pemilihan kontak sosial, memberikan gambaran praktis tentang bagaimana SPI dapat disesuaikan dengan nilai spiritual, keluarga, dan budaya pasien. Temuan ini dapat menambah bukti praktik SPI di negara berpendapatan menengah. Namun, terdapat sejumlah keterbatasan yang harus diakui secara jujur. Pertama, sebagai penelitian tunggal, hasil tidak dapat digeneralisasi dan tidak memungkinkan penarikan inferensi kausal mengenai efektivitas SPI. Kedua, *follow-up* pascarawatan tidak terdokumentasi sehingga keberlanjutan efek SPI pada Tn. J di komunitas tidak diketahui, padahal literatur menekankan bahwa *follow-up call* merupakan komponen kritis keberhasilan SPI [27]. Ketiga, peran istri sebagai dukungan sosial belum dievaluasi secara mendalam, sementara penelitian terbaru menunjukkan kualitas dukungan keluarga sangat menentukan keberlanjutan *safety plan* pascapulang [28].

Berdasarkan pembahasan di atas, terdapat beberapa rekomendasi untuk penelitian selanjutnya. Pertama, dibutuhkan uji klinis acak terkontrol skala kecil yang membandingkan SP-SIKI tunggal dengan kombinasi SP-SIKI dan SPI yang teradaptasi pada pasien dewasa berisiko bunuh diri di rumah sakit jiwa Indonesia, sebagaimana telah dirintis dalam konteks Eropa oleh [29]. Kedua, dibutuhkan studi adaptasi kultural sistematis menggunakan kerangka kerja seperti *Ecological Validity Model* agar SPI tidak sekadar diterjemahkan, melainkan benar-benar disesuaikan dengan struktur keluarga, nilai religius, dan ketersediaan layanan komunitas di Indonesia [30]. Ketiga, penelitian tindak lanjut jangka panjang (6–12 bulan) dengan *follow-up call* terstruktur perlu menguji keberlanjutan efek SPI pasca-pulang, mengingat krisis bunuh diri bersifat dinamis dan dapat muncul kembali pada periode rentan pascarawatan. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan tidak hanya menjadi catatan klinis individual, tetapi juga menjadi pijakan empiris bagi penguatan kapasitas keperawatan jiwa Indonesia dalam menjawab tantangan global pencegahan bunuh diri.

4. KESIMPULAN

Kesimpulan dari studi kasus ini menunjukkan bahwa penerapan *Safety Planning Intervention* (SPI) yang diintegrasikan dalam asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia paranoid dengan risiko bunuh diri membantu pasien mengenali tanda bahaya, memahami pemicu, menggunakan strategi koping adaptif, serta menentukan langkah mencari bantuan saat pikiran negatif muncul. Pada Tn. J, intervensi dilakukan secara bertahap melalui pembentukan hubungan terapeutik, eksplorasi perasaan, identifikasi pemicu, latihan koping, penyusunan rencana keselamatan, pemilihan kontak aman, pelibatan keluarga, dan pembatasan akses terhadap benda berbahaya. Hasil penerapan menunjukkan adanya perubahan positif, yaitu pasien tampak lebih tenang, mampu mengungkapkan perasaan, mulai menggunakan koping adaptif, serta memahami langkah keselamatan saat menghadapi krisis.

Nilai pengajaran dari kasus ini adalah bahwa hubungan terapeutik, penggunaan bahasa yang konkret, penyesuaian strategi koping dengan nilai spiritual, serta dukungan keluarga menjadi aspek penting dalam penerapan SPI pada pasien dengan risiko bunuh diri dan kondisi klinis kompleks. Oleh karena itu, perawat disarankan menggunakan SPI sebagai intervensi pendukung dalam asuhan keperawatan jiwa, terutama pada pasien skizofrenia paranoid dengan risiko bunuh diri, serta melibatkan keluarga dalam pengawasan, dukungan emosional, kepatuhan pengobatan, dan pembatasan akses terhadap benda berbahaya.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] World Health Organization, "Suicide," 2024. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide> (accessed Mar. 14, 2026).

- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Cegah bunuh diri, Kemenkes ajak remaja bicara soal kesehatan mental,” 2024. <https://www.kemkes.go.id/id/cegah-bunuh-diri-kemenkes-ajak-remaja-bicara-soal-kesehatan-mental> (accessed Mar. 14, 2026).
- [3] Komnas Perempuan, “Siaran pers Komnas Perempuan tentang Hari Pencegahan Bunuh Diri,” 2024. <https://komnasperempuan.go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-tentang-hari-pencegahan-bunuh-diri> (accessed Mar. 14, 2026).
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Tematik: Kesehatan Jiwa,” 2024. Accessed: Mar. 14, 2026. [Online]. Available: [https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/repositori/id/eprint/5537/1/SKI TEMATIK 2023 - SEPTEMBER.pdf](https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/repositori/id/eprint/5537/1/SKI_TEMATIK_2023_-_SEPTEMBER.pdf)
- [5] World Health Organization, “Suicide,” 2025. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (accessed Mar. 14, 2026).
- [6] M. Ferguson *et al.*, “Archives of Suicide Research The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide- Related Distress : A Systematic Review The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress,” *Arch. Suicide Res.*, vol. 0, no. 0, p. 1, 2021, doi: 10.1080/13811118.2021.1915217.
- [7] B. Stanley and G. K. Brown, “Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk,” *Cogn. Behav. Pract.*, vol. 19, no. 2, pp. 256–264, 2012, doi: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001.
- [8] B. Chalancon *et al.*, “Implementing a nurse-led safety planning intervention in emergency departments to prevent suicide reattempts : a stepped- wedge randomized controlled trial protocol (French multicentre randomized controlled trial with a stepped-wedge design),” 2025.
- [9] I. Maulana, T. Eriyani, and I. Shalahuddin, “Intervensi Keperawatan untuk Pencegahan Klien Risiko Bunuh Diri: Telaahan Literature,” *J. Keperawatan Jiwa*, vol. 9, no. 3, p. 569, Aug. 2021, doi: 10.26714/jkj.9.3.2021.569-578.
- [10] E. O. Connor *et al.*, “The experiences of consumers , clinicians and support persons involved in the safety planning intervention for suicide prevention : a qualitative systematic review and meta-synthesis,” no. December, 2024, doi: 10.3389/fpsyt.2024.1482924.
- [11] National Library of Medicine, “Risperidone tablet, for oral use,” *DailyMed*, 2024. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/lookup.cfm?setid=79648a52-1364-c25b-e053-2a91aa0a8ea4&version=4> (accessed Mar. 14, 2026).
- [12] National Library of Medicine, “Clozapine tablet, for oral use,” 2026. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=883b5d43-0339-7dc1-f775-93791fb9b978> (accessed Jun. 14, 2026).
- [13] C. A. Marshall *et al.*, “Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy,” vol. 90, no. 2, pp. 208–236, 2023, doi: 10.1177/00084174221132097.
- [14] A. Neyra, C. Parro-Torres, E. Ros-Cucurull, I. Carrera, E. Echarri, and M. Torrens, “Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance,” *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 23, no. 1, p. 40, Oct. 2024, doi: 10.1186/s12991-024-00529-7.
- [15] M. C. Eisma, “Co-occurrence of approach and avoidance in prolonged grief : a latent class analysis,” vol. 14, no. 2, pp. 1–12, 2023.
- [16] J. Treml, M. Nagl, K. Linde, C. Kündiger, C. Peterhänsel, and A. Kersting, “Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide : a

- randomized controlled trial,” *Eur. J. Psychotraumatol.*, vol. 12, no. 1, 2021, doi: 10.1080/20008198.2021.1926650.
- [17] S. Onie, J. Abraham, A. S. Ariani, J. Ardian, N. F. Praherso, and B. J. Good, “Letter to the Editor Advancing suicide prevention through legislative action in Indonesia : The 2024 Presidential,” *Asian J. Psychiatr.*, vol. 103, no. December 2024, p. 104353, 2025, doi: 10.1016/j.ajp.2024.104353.
- [18] C. Chu *et al.*, “The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research,” *Psychol. Bull.*, vol. 143, no. 12, pp. 1313–1345, Dec. 2017, doi: 10.1037/bul0000123.
- [19] S. Ben Aissa *et al.*, “EPV1822 Exploring Suicide Risk Factors in Schizophrenia : A Retrospective Study EPV1821 Gender differences in clinical presentation and therapeutic response in schizophrenia EPV1823 Main indications of clozapine in clinical practice : A literature review,” p. 1823, 2025, doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.2256.
- [20] M. Gay, “Enhancing Person-Centred Care in Suicide Prevention: A Nursing Perspective,” *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, Mar. 2025, doi: 10.1111/jpm.13168.
- [21] C. Rainbow, R. Tatnell, G. Blashki, and G. A. Melvin, “Recognizing and coping with suicidal thoughts : A mixed- methods investigation of digital safety plan content,” no. February, pp. 362–377, 2024, doi: 10.1111/bjc.12460.
- [22] S. Syamsiyatun, A. Suprianto, S. K. Yogyakarta, and U. G. Kidul, “Community-Based Support System in Suicide Prevention : Experiences from Indonesian Grassroots,” vol. 13, no. 1, pp. 47–62, 2024, doi: 10.14421/welfare.2023.131-03.
- [23] R. I. Ayu, K. R., & Sundari, “PENERAPAN STRATEGI PELAKSANAAN DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA SKIZOFRENIA PARANOID DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN Kamanda,” vol. 6, no. 2021, pp. 2353–2358, 2024.
- [24] C. Albaum *et al.*, “Safety Planning Interventions for Suicide Prevention in Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-Analysis,” vol. 179, no. 8, pp. 886–895, 2025, doi: 10.1001/jamapediatrics.2025.1012.
- [25] L. Melzer, T. Forkmann, S. Friedrich, and T. Teismann, “Therapeutic alliance and suicidal ideation in brief cognitive behavioral therapy for outpatients,” *BMC Psychiatry*, vol. 24, no. 1, p. 755, Oct. 2024, doi: 10.1186/s12888-024-06205-0.
- [26] A. Riedel, S. Feinauer, E. Jacob, P. M. Haug, K. Klotz, and T. Heidenreich, “Nurses ’ roles and responsibilities in suicide prevention : a scoping review,” 2025.
- [27] C. Nuij *et al.*, “Safety planning-type interventions for suicide prevention : meta-analysis,” no. 419, pp. 419–426, 2021, doi: 10.1192/bjp.2021.50.
- [28] M. Gay, “Enhancing youth suicide prevention: The critical role of family involvement in screening, intervention, and postvention,” *Fam. Syst. Heal.*, vol. 43, no. 2, pp. 342–356, Jun. 2025, doi: 10.1037/fsh0000994.
- [29] B. Chalancon *et al.*, “Implementing a nurse-led safety planning intervention in emergency departments to prevent suicide reattempts: a stepped-wedge randomized controlled trial protocol (French multicentre randomized controlled trial with a stepped-wedge design),” *BMC Nurs.*, vol. 24, no. 1, p. 558, May 2025, doi: 10.1186/s12912-025-03121-w.
- [30] M. Abid, A. Iqbal, W. Mansell, A. Khaliq, W. Shehzad, and S. Shahzad, “Suicide prevention psychosocial interventions for youth in low- and middle-income countries : systematic review,” pp. 1–8, 2025, doi: 10.1192/bjo.2025.10902.