



Jurnal PRAGATI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa
<https://ejournal-sttikat.id/index.php/jtm/id/index>
E-ISSN: 3090-8795
Halaman 302-314, Vol. 02, No. 02, Mei 2026
Sekolah Tinggi Teologi IKAT, Jakarta

Pendekatan Klinis Terstruktur Dalam Penanganan Ide Bunuh Diri Berbasis Model Intervensi Krisis Roberts

Wahyu Juli Suryaningsih
Sekolah Tinggi Teologi IKAT Jakarta
wahyujuli60@gmail.com

Abstrak

Penanganan individu dengan ide bunuh diri merupakan tantangan klinis yang membutuhkan pendekatan terstruktur, responsif, dan berbasis bukti. Artikel ini membahas penerapan model intervensi krisis 7-tahap yang dikembangkan oleh Roberts dalam menangani kasus ide bunuh diri (*suicidal ideation*) di layanan kesehatan mental. Model ini menekankan pada penilaian lethality secara sistematis, pembangunan hubungan terapeutik yang kuat, serta pengembangan rencana tindakan yang realistis untuk pencegahan bunuh diri. Kajian ini mengadopsi pendekatan kualitatif dengan mengkaji literatur serta studi kasus berbasis praktik klinis. Hasil menunjukkan bahwa pendekatan ini mampu meningkatkan efektivitas intervensi melalui identifikasi risiko secara dini, penguatan coping mechanism, dan peningkatan keterhubungan sosial. Model Roberts juga terbukti adaptif dalam berbagai setting layanan, seperti rumah sakit, pusat krisis, dan layanan konseling kampus. Artikel ini merekomendasikan integrasi pelatihan model ini ke dalam kurikulum profesi psikologi klinis dan keperawatan jiwa, guna memperkuat kapasitas respon krisis di lapangan.

Kata kunci: Ide Bunuh Diri, Intervensi Krisis, Model Roberts, Penilaian Lethality, Kesehatan Mental.

Abstract

Managing individuals with suicidal ideation presents a clinical challenge that demands a structured, responsive, and evidence-based approach. This article explores the application of the Seven-Stage Crisis Intervention Model developed by Roberts in addressing suicidal ideation within mental health services. The model emphasizes systematic lethality assessment, the establishment of strong therapeutic alliances, and the formulation of realistic action plans for suicide prevention. This study adopts a qualitative approach by reviewing literature and practice-based case studies from clinical settings. Findings indicate that this approach enhances the effectiveness of interventions through early risk identification, reinforcement of coping mechanisms, and the strengthening of social connectedness. The Roberts Model has also demonstrated adaptability across various service settings, including hospitals, crisis centers, and campus counseling services. The article recommends integrating training in this model into clinical psychology and psychiatric nursing curricula to strengthen crisis response capacities in the field.

Keywords: Suicidal Ideation, Crisis Intervention, Roberts Model, Lethality Assessment, Mental Health.



PENDAHULUAN

Ide bunuh diri (*suicidal ideation*) bukan sekadar gangguan psikis dalam kerangka diagnostik klinis, melainkan sinyal multidimensi dari tekanan eksistensial yang akut. Ia merefleksikan konflik mendalam antara keinginan untuk hidup dan dorongan untuk mengakhiri penderitaan yang tak tertahankan, sering kali muncul dalam spektrum yang kompleks: dari pikiran pasif hingga perencanaan eksplisit untuk mengakhiri hidup. Data dari *World Health Organization* mencatat lebih dari 700.000 kematian akibat bunuh diri setiap tahun, sementara jutaan individu lainnya berada dalam bayang-bayang ide bunuh diri yang tak tercatat secara statistik, sebuah realitas yang menunjukkan kedalaman krisis yang tersembunyi.¹

Lebih dari sekadar fenomena personal, *suicidal ideation* adalah krisis sistemik yang menguji kesiapan dan sensitivitas respons dari sistem layanan kesehatan jiwa. Individu dalam kondisi ini kerap mengalami disorganisasi kognitif, ketidakseimbangan afektif, serta degradasi kemampuan pengambilan keputusan, yang semuanya mempercepat risiko terhadap tindakan fatal.² Dalam kondisi akut semacam itu, intervensi tidak bisa lagi mengandalkan intuisi atau pendekatan normatif yang bersifat generalis. Kebutuhan akan pendekatan yang metodologis, terstruktur, dan berbasis bukti menjadi semakin mendesak. Salah satu pendekatan yang menandai transformasi dalam praktik intervensi krisis adalah Model Intervensi Krisis 7-Tahap dari Albert R. Roberts.³ Model ini tidak hanya menyediakan kerangka untuk asesmen risiko dan pembentukan hubungan terapeutik, tetapi juga menekankan pentingnya rencana tindakan yang realistis dan kontekstual. Relevansi model ini terletak pada fleksibilitasnya untuk diadaptasi di berbagai situasi baik dalam layanan rawat jalan maupun unit gawat darurat, sekaligus konsistensinya dalam memperkuat resiliensi psikologis klien.⁴

Efektivitas model tersebut diperkuat oleh temuan empiris yang menunjukkan kontribusinya dalam menurunkan risiko bunuh diri dan meningkatkan keberdayaan pasien

¹ World Health Organization, *Preventing Suicide: A Global Imperative* (Geneva: World Health Organization, 2014), <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.

² Kristi Kanel, *A Guide to Crisis Intervention*, 4th ed. (Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2010).

³ Albert R Roberts and Kenneth R Yeager, "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation," in *Crisis Intervention Handbook*, ed. Albert R Roberts (New York: Oxford University Press, 2005), 35–63.

⁴ David A Jobes, *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach* (New York: Guilford Press, 2006).

dalam menghadapi krisis.⁵ Oleh karena itu, artikel ini hadir untuk memberikan kajian kritis terhadap pentingnya asesmen lethality dalam merespons suicidal ideation secara profesional. Fokus khusus diarahkan pada Zero Suicide Framework, sebagai strategi klinis terintegrasi yang menyatukan pemetaan risiko dan intervensi terapeutik secara sistematis dan dapat direplikasi.

Artikel ini bertujuan untuk membuka ruang baru dalam pengembangan wacana dan praktik intervensi krisis melalui pendekatan yang tidak hanya konseptual, tetapi juga aplikatif. Dengan merujuk pada model-model berbasis bukti yang telah teruji, artikel ini berusaha mendorong terwujudnya sistem penanganan krisis yang lebih presisi dalam mengidentifikasi tingkat keterancaman (lethality), serta lebih tanggap terhadap kompleksitas pengalaman psikis individu yang menghadapi ide bunuh diri. Upaya ini mencakup integrasi antara asesmen klinis yang tajam, intervensi yang terstandarisasi, dan pemahaman kontekstual terhadap latar sosial kultural pasien, sehingga keputusan klinis tidak terlepas dari realitas tempat pasien berada. Kontribusi yang ditawarkan tidak bersifat abstrak, melainkan diarahkan pada peningkatan kapasitas layanan di berbagai lini: dari unit layanan primer seperti puskesmas dan praktik mandiri psikologi, hingga rumah sakit dan sistem rujukan komunitas yang lebih luas. Dengan mengedepankan pendekatan yang adaptif terhadap dinamika kasus, responsif terhadap kondisi darurat, serta berorientasi kuat pada keselamatan dan martabat manusia, artikel ini diharapkan dapat menjadi referensi kritis sekaligus inspiratif bagi pengambil kebijakan, praktisi kesehatan mental, dan peneliti yang berkomitmen membangun ekosistem pelayanan yang lebih manusiawi dan berbasis bukti.

METODE PENELITIAN

Penulisan artikel ini menggunakan pendekatan kualitatif berbasis kajian literatur, tanpa melibatkan pengumpulan data primer dari lapangan. Fokus utama diarahkan pada penelusuran mendalam dan penafsiran kritis terhadap karya-karya ilmiah yang relevan, guna menggambarkan dinamika teoritis dan praktis dalam intervensi krisis terhadap individu yang mengalami ide bunuh diri. Strategi ini dipilih karena memberikan ruang untuk menjelaskan dan mengevaluasi pemikiran konseptual serta bukti-bukti empirik yang telah dikembangkan sebelumnya dalam ranah kesehatan jiwa.⁶ Literatur yang dikaji dipilih secara selektif dengan

⁵ Barbara Stanley and Gregory K Brown, "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk," *Cognitive and Behavioral Practice* 19, no. 2 (2012): 256– 64, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.

⁶ Kanel, *A Guide to Crisis Intervention*.

kriteria tertentu, antara lain berasal dari rentang waktu terbit 2010 hingga 2025, memiliki relevansi langsung terhadap topik *suicidal ideation*, *asesmen lethality*, dan intervensi krisis, serta diterbitkan oleh lembaga akademik, jurnal ilmiah bereputasi, atau badan kesehatan mental internasional. Artikel ini secara khusus menelaah keterpaduan Model Intervensi Krisis Roberts dan *Zero Suicide Framework* dalam praktik klinis⁷ serta tantangan penerapannya di lapangan.¹⁴

Data sekunder dari literatur dianalisis dengan teknik tematik konseptual, yaitu dengan mengidentifikasi gagasan-gagasan utama yang muncul dari masing-masing sumber, kemudian mengelompokkannya berdasarkan kesamaan isu, arah pendekatan, dan implikasi praktik. Validasi terhadap analisis dilakukan melalui perbandingan lintas sumber, baik dari pendekatan teoritis maupun hasil studi empiris, guna menjaga akurasi interpretasi serta memperkuat posisi argumen yang disusun. Dengan demikian, artikel ini berfungsi sebagai konstruksi naratif ilmiah yang tidak hanya memetakan teori dan praktik, tetapi juga menyuarakan kritik dan refleksi atas pendekatan intervensi yang dominan digunakan saat ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Model Roberts di Konteks Klinis

Model Intervensi Krisis 7-Tahap yang dirancang oleh Albert R. Roberts merupakan tonggak penting dalam penanganan profesional terhadap individu yang mengalami *suicidal ideation*. Berangkat dari asumsi bahwa krisis adalah kondisi gangguan psikologis sementara namun signifikan, model ini mengadopsi pendekatan yang bersifat multidimensional, menggabungkan penilaian risiko, pemulihan emosi, dan rekonstruksi keberfungsian sosial dalam satu alur intervensi.⁸ Dalam praktiknya, model ini tidak sekadar menyediakan urutan teknis, melainkan mengusung nilai-nilai empati, responsivitas, dan pemulihan martabat individu dalam situasi sangat rentan.

Secara struktural, model ini terdiri dari tujuh tahap yang saling terhubung, mulai dari *asesmen lethality*, pembentukan aliansi terapeutik, identifikasi masalah utama, eksplorasi emosi, penilaian sumber daya sosial, formulasi rencana tindakan, hingga tindak lanjut jangka pendek.⁹ Hal ini membedakannya dari intervensi krisis konvensional yang

⁷ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact." ¹⁴ Chung et al.

⁸ Roberts and Yeager, "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation."

⁹ Kanel, *A Guide to Crisis Intervention*.

sering kali hanya fokus pada stabilisasi gejala tanpa menyentuh akar krisis dan keberlanjutan pemulihan. Pada banyak konteks, seperti unit gawat darurat rumah sakit jiwa, klinik konseling rawat jalan, pusat rehabilitasi adiksi, hingga sistem rujukan komunitas, model ini dapat diadaptasi tanpa kehilangan esensinya.¹⁰

Tahap awal model ini menempatkan asesmen risiko dan lethality sebagai titik sentral. Bukan sekadar menilai ide bunuh diri secara dangkal, asesmen ini mencakup intensi eksplisit, perencanaan tindakan, akses terhadap metode mematikan, serta riwayat upaya sebelumnya.¹¹ Dalam hal ini, Roberts menekankan bahwa asesmen bukan hanya aktivitas teknis, tetapi bentuk tanggung jawab etis dan profesional terhadap kemungkinan kehilangan nyawa. Evaluasi risiko dalam konteks ini sangat mirip dengan kerangka yang ditawarkan oleh Berman dan Silverman, yang menyoroti pentingnya formulasi risiko klinis yang spesifik dan berbasis bukti.¹⁹ Setelah tahap asesmen, intervensor diarahkan untuk membentuk hubungan terapeutik yang kokoh. Relasi yang terbuka dan suportif menjadi kunci, terutama karena banyak individu yang mengalami suicidal ideation merasa terputus dari dukungan sosial atau tidak percaya pada sistem layanan kesehatan. Dalam pendekatan Roberts, empati aktif, komunikasi reflektif, dan kehadiran emosional dianggap sebagai modal utama untuk membuka ruang pemulihan psikologis.²⁰ Strategi ini juga selaras dengan pendekatan collaborative risk management yang ditawarkan oleh Jobes, di mana pasien dilibatkan secara aktif dalam seluruh proses perencanaan dan evaluasi.¹²

Langkah ketiga dan keempat dari model ini menekankan pada eksplorasi masalah inti dan dinamika emosional yang menyertainya. Banyak klien yang datang dalam keadaan krisis tidak dapat langsung mengartikulasikan tekanan utama yang mereka alami. Di sinilah peran intervensor untuk membantu klien membedah beban psikologis menjadi bagian-bagian yang dapat diurai dan ditangani. Selanjutnya, pada tahap kelima, intervensor dan klien bersama-sama memetakan sumber daya sosial, baik yang bersifat formal maupun informal. Dukungan dari keluarga, teman, komunitas spiritual, atau jaringan kesehatan mental sering kali menjadi faktor protektif yang tidak disadari oleh klien itu sendiri.

Tahap keenam menandai transisi menuju formulasi dan implementasi rencana tindakan, seperti penyusunan *safety plan*, komitmen keselamatan, dan penghapusan akses terhadap sarana mematikan. Pendekatan ini didukung pula oleh Stanley dan Brown melalui

¹⁰ Jobes, *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*.

¹¹ Berman and Silverman, "Suicide Risk Assessment and Risk Formulation: An Update." ¹⁹ Berman and Silverman.

²⁰

¹² Jobes, *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*.

Safety Planning Intervention, yang terbukti efektif dalam konteks layanan krisis dan rawat jalan.¹³ Rencana tindakan yang konkret dan kolaboratif ini berfungsi mengembalikan *sense of control* kepada klien dan menurunkan impulsivitas dalam fase krisis akut.

Tahap terakhir dari model ini, yakni evaluasi dan tindak lanjut, sering diabaikan dalam banyak pendekatan intervensi krisis. Roberts menegaskan pentingnya membangun kesinambungan dukungan, mengingat krisis sering kali bersifat siklikal dan bisa muncul kembali dalam bentuk yang lebih tersembunyi. Oleh karena itu, model ini mengakomodasi pendekatan jangka pendek yang tidak berakhir saat krisis diredakan, tetapi terus memantau progres psikologis klien pasca-intervensi. Efektivitas model ini telah ditunjukkan melalui berbagai studi kasus dan aplikasi lintas setting. Salah satu studi yang mengadopsi pendekatan terintegrasi adalah penelitian implementasi *Zero Suicide Framework* oleh Chung et al., yang menunjukkan bahwa asesmen lethality dan konseling pengurangan akses sarana mematikan berhasil menurunkan skor risiko dalam waktu relatif singkat.¹⁴ Ketika model Roberts diadaptasi ke dalam kerangka kerja yang lebih sistemik seperti *Zero Suicide*, sinergi antara pendekatan klinis dan kebijakan institusional memperkuat dampak intervensi secara signifikan.

Model Intervensi Krisis 7-Tahap bukan hanya menjadi alat prosedural, tetapi juga fondasi konseptual dan etis dalam menghadapi situasi krisis psikologis. Kekuatan model ini terletak pada keseimbangannya antara struktur dan fleksibilitas, antara ketegasan prosedural dan kepekaan manusiawi. Di tangan profesional yang terlatih, model ini mampu mentransformasi momen paling rentan dalam hidup seseorang menjadi titik awal pemulihan yang bermakna.

Efektivitas dan Tantangan dalam Penerapan

Efektivitas suatu pendekatan intervensi krisis tidak hanya diukur dari kerangka kerja yang ditawarkannya, tetapi juga dari sejauh mana model tersebut mampu menjawab kebutuhan kontekstual individu yang mengalami disorganisasi psikologis akut. Dalam hal ini, Model Intervensi Krisis 7-Tahap yang dikembangkan oleh Albert R. Roberts telah terbukti menjadi salah satu pendekatan yang paling aplikatif dalam berbagai konteks klinis berisiko tinggi. Model ini secara konsisten menyediakan kerangka kerja sistematis yang memandu intervensor untuk bergerak secara terstruktur, mulai dari asesmen awal hingga

¹³ Stanley and Brown, "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk."

¹⁴ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

tindak lanjut pasca krisis tanpa kehilangan nuansa humanistik dalam pelaksanaannya.¹⁵

Di berbagai studi dan praktik lapangan, model ini terbukti efektif dalam membantu klien yang mengalami suicidal ideation untuk mengelola emosinya, menurunkan impulsivitas, serta memfasilitasi pemulihan psikososial yang stabil. Pendekatan yang terukur dalam menilai *lethality*, dikombinasikan dengan eksplorasi mendalam terhadap emosi klien, memberikan dasar kuat bagi intervensi yang tidak hanya bersifat reaktif, tetapi juga preventif.¹⁶ Salah satu keunggulan signifikan dari model ini adalah penekanannya pada kolaborasi terapeutik dan partisipasi aktif klien dalam proses pemulihan, sehingga meningkatkan rasa memiliki (*sense of agency*) dan kontrol diri dalam situasi yang sebelumnya dianggap tidak terkendali. Lebih jauh, efektivitas model ini meningkat secara signifikan ketika dipadukan dengan pendekatan seperti *Safety Planning Intervention* (SPI) yang dikembangkan oleh Stanley dan Brown.¹⁷ SPI menyediakan alat bantu praktis berupa rencana keselamatan individual yang dirancang bersama klien untuk digunakan saat risiko krisis meningkat. Ketika SPI diintegrasikan ke dalam struktur Model Roberts, klien tidak hanya diberikan ruang untuk memahami krisisnya, tetapi juga dibekali strategi konkret untuk mengelola dan menavigasi situasi krisis di luar ruang praktik. Pendekatan ini terbukti mampu menurunkan angka rawat inap dan mengurangi tindakan bunuh diri berulang, sebagaimana tercermin dalam studi implementasi pada layanan rawat jalan.¹⁸

Dalam praktik klinis, struktur tujuh tahap yang ditawarkan Roberts, mulai dari asesmen, aliansi terapeutik, identifikasi masalah utama, eksplorasi emosi, pemetaan dukungan sosial, formulasi rencana aksi, hingga tindak lanjut, mampu menciptakan kerangka kerja yang koheren dan terfokus. Tahapan ini memberikan kejelasan bagi profesional dalam mengelola intervensi di bawah tekanan waktu yang ketat, seperti dalam layanan darurat rumah sakit, klinik krisis, atau pusat rehabilitasi adiksi. Di saat bersamaan, struktur ini juga memberikan fleksibilitas untuk diadaptasi ke dalam berbagai jenis layanan, baik berbasis institusi maupun kelompok, tanpa kehilangan prinsip-prinsip fundamental intervensi krisis.²⁸ Namun demikian, efektivitas yang ditawarkan oleh model ini tidak dapat dilepaskan dari berbagai tantangan dalam implementasinya, baik pada level

¹⁵ Roberts and Yeager, "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation."

¹⁶ Berman and Silverman, "Suicide Risk Assessment and Risk Formulation: An Update."

¹⁷ Stanley and Brown, "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk."

¹⁸ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

individual maupun sistemik. Salah satu tantangan utama adalah kurangnya pelatihan terstandar bagi tenaga profesional di bidang kesehatan mental mengenai penerapan model Roberts secara konsisten. Banyak praktisi, terutama di level layanan primer dan komunitas, belum mengenal secara menyeluruh prinsip-prinsip intervensi berbasis model ini. Akibatnya, pendekatan intervensi sering kali bersifat sporadis, tidak sistematis, dan berisiko gagal mendeteksi atau merespons risiko bunuh diri secara optimal.

Selain itu, beban administratif yang tinggi dalam sistem layanan kesehatan jiwa sering kali menghambat pelaksanaan intervensi yang ideal. Prosedur birokratis yang kompleks, keterbatasan waktu sesi, serta kurangnya koordinasi antar lini layanan menjadi hambatan nyata dalam memastikan kesinambungan proses intervensi dari asesmen awal hingga tindak lanjut.¹⁹ Intervensi krisis yang seharusnya responsif dan cepat justru tertahan oleh sistem yang lamban dan tidak adaptif terhadap situasi mendesak. Untuk memperjelas posisi konseptual dan aplikatif model ini dalam praktik, berikut disajikan ringkasan analisis SWOT yang merangkum kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dari penerapan Model Intervensi Krisis 7-Tahap Roberts di berbagai konteks layanan, sebagai berikut:

Tabel SWOT: Model Intervensi Krisis 7-Tahap Roberts

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)
Struktur 7-tahap yang sistematis dan mudah diikuti oleh profesional.	Memerlukan pelatihan khusus agar diterapkan secara konsisten.
Fleksibel dan dapat diadaptasi ke berbagai konteks (rumah sakit, komunitas, rehabilitasi).	Implementasi rentan terhadap keterbatasan waktu dalam setting layanan darurat.
Berbasis nilai humanistik dan responsif terhadap kebutuhan emosional klien.	Kurangnya panduan spesifik untuk populasi khusus (misalnya anak-anak, neurodivergen).
Memungkinkan partisipasi aktif pasien dalam proses pemulihan.	Bergantung pada kapasitas interpersonal tinggi dari praktisi.
Terintegrasi baik dengan model lain seperti Safety Planning Intervention (SPI).	Belum banyak didukung oleh protokol standar nasional di banyak negara.
Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
Dapat diintegrasikan ke dalam sistem Zero Suicide Framework.	Keterbatasan sumber daya dan beban kerja tinggi dapat menghambat penerapan.
Relevan untuk pelatihan profesi lintas bidang: psikologi, keperawatan, dan pekerja sosial.	Resistensi institusi terhadap perubahan prosedur lama.
Mendukung pendekatan preventif dalam program kesehatan mental komunitas.	Fragmentasi layanan menyebabkan intervensi tidak berkesinambungan.
Mudah dikembangkan ke dalam modul intervensi berbasis digital.	Kurangnya kebijakan pendukung dari level regulator atau institusi pemerintah.
Menjadi kerangka acuan untuk reformasi layanan krisis nasional.	Stigma sosial terhadap bunuh diri masih tinggi, menghambat keterbukaan klien.

¹⁹ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

Fragmentasi antarunit layanan, terutama dalam proses rujukan dan pengawasan pasca-intervensi, juga menjadi titik lemah dalam implementasi model ini. Dalam banyak kasus, pasien yang telah menjalani intervensi krisis tidak mendapat tindak lanjut yang memadai karena lemahnya integrasi antara layanan krisis, layanan rawat jalan, dan dukungan masyarakat. Ketika sistem tidak mendukung kesinambungan perawatan, keberhasilan intervensi awal bisa tereduksi secara signifikan.²⁰ Model ini juga menuntut tingkat fleksibilitas tinggi dalam pelaksanaannya, karena setiap institusi memiliki kapasitas sumber daya manusia, kultur organisasi, dan prosedur operasional yang berbeda. Roberts sendiri mengakui bahwa struktur tujuh tahap tidak bersifat kaku, tetapi membutuhkan adaptasi kontekstual untuk memastikan efektivitasnya di lapangan. Oleh karena itu, intervensor dituntut tidak hanya memahami model ini secara teoritis, tetapi juga memiliki kecakapan klinis dan kultural untuk mengaplikasikannya secara reflektif.

Keberhasilan penerapan Model Intervensi Krisis Roberts bukan hanya ditentukan oleh validitas strukturnya, melainkan juga oleh kesiapan institusional dan kapasitas praktisi dalam mengoperasionalkannya secara adaptif. Ketika model ini diterapkan dengan pelatihan yang memadai, dukungan sistemik, dan keterlibatan pasien yang aktif, hasil intervensi tidak hanya mampu menurunkan risiko tindakan bunuh diri, tetapi juga memperkuat ketahanan psikologis klien di masa depan. Dalam konteks layanan kesehatan mental modern yang semakin kompleks dan multidisipliner, integrasi model ini dengan pendekatan lain seperti *Zero Suicide Framework* atau SPI membuka peluang besar untuk membangun sistem intervensi krisis yang lebih utuh, responsif, dan berbasis empati.

Sinergi Asesmen Lethality dan Intervensi Krisis Berbasis Model Roberts

Penerapan intervensi krisis yang efektif dalam menangani *suicidal ideation* tidak hanya membutuhkan kepekaan klinis, tetapi juga kerangka kerja yang terstruktur, berbasis bukti, dan dapat diadaptasi ke dalam sistem layanan kesehatan jiwa. Salah satu bukti paling relevan mengenai hal ini ditemukan dalam studi implementasi *Zero Suicide Framework* pada layanan rawat jalan di Amerika Serikat.²¹ Studi tersebut menyoroti pentingnya integrasi antara asesmen *lethality* yang ketat dengan model intervensi krisis yang terstruktur seperti Model Intervensi Krisis 7-Tahap yang dikembangkan oleh Albert R. Roberts.³²

²⁰ Roberts and Yeager, "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation."

²¹ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

Dalam studi tersebut, tim klinis mengadopsi protokol asesmen risiko bunuh diri yang terstandarisasi di seluruh titik kontak layanan rawat jalan. Pasien yang menunjukkan tanda-tanda suicidal ideation dievaluasi menggunakan kerangka lethality yang mempertimbangkan intensi, rencana spesifik, sarana yang tersedia, dan riwayat percobaan sebelumnya. Hasil asesmen ini kemudian digunakan sebagai dasar untuk menentukan level risiko dan merancang respons intervensi segera dengan pendekatan yang bersifat terapeutik dan kolaboratif. Yang menonjol dari implementasi ini adalah bahwa 88 persen dari pasien yang diklasifikasikan berisiko tinggi menerima sesi konseling spesifik terkait pengurangan akses terhadap sarana mematikan (*means restriction counseling*). Pendekatan ini dijalankan dengan sensitivitas etis dan keterlibatan aktif dari pasien serta keluarganya. Hasilnya sangat signifikan: dalam kurun waktu empat minggu, sebagian besar pasien mengalami penurunan skor risiko secara klinis, serta menunjukkan peningkatan partisipasi dalam rencana tindak lanjut dan perawatan lanjutan.²²

Efektivitas pendekatan ini tidak semata-mata berasal dari asesmen awal, tetapi dari struktur intervensi yang diterapkan setelah asesmen, di mana Model Intervensi Krisis 7-Tahap memainkan peran penting. Mulai dari pembentukan hubungan terapeutik yang suportif, eksplorasi faktor pemicu emosional, hingga formulasi rencana keselamatan dan rujukan pasca krisis, setiap langkah dilakukan secara konsisten dan terukur.²³ Studi ini menyoroti bagaimana integrasi antara model Roberts dan Zero Suicide Framework menciptakan jalur intervensi yang utuh dan berkelanjutan, di mana asesmen tidak berakhir sebagai instrumen administratif, tetapi menjadi dasar dari hubungan terapeutik yang bermakna. Respons intervensi yang dirancang tidak hanya menanggulangi risiko bunuh diri, tetapi juga meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem layanan kesehatan, memperkuat motivasi internal untuk pulih, dan memperluas jangkauan dukungan sosial yang tersedia.

Secara operasional, kasus ini juga membuktikan bahwa keberhasilan model intervensi tidak terletak pada satu tahap tertentu, tetapi pada sinergi antar tahap, mulai dari asesmen hingga tindak lanjut. Dalam konteks studi ini, pendekatan seperti *Safety Planning Intervention* (SPI) digunakan sebagai bagian dari tahap formulasi rencana tindakan, di mana klien dan terapis menyusun bersama daftar strategi perlindungan diri yang dapat diakses

²² Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

²³ Stanley and Brown, "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk." ³⁵ Stanley and Brown.

kan pun gejala krisis muncul.³⁵ Keberhasilan studi ini juga menunjukkan bahwa ketika institusi menerapkan protokol intervensi yang konsisten, dilengkapi pelatihan terstruktur bagi tenaga profesional, dan didukung oleh sistem pencatatan serta rujukan yang terintegrasi, maka hasil klinis yang dicapai dapat sangat optimal. Hal ini penting karena pendekatan sistemik semacam ini menjawab tantangan klasik dalam layanan kesehatan jiwa: inkonsistensi intervensi, keterputusan antara asesmen dan tindakan, serta lemahnya tindak lanjut pascakrisis.

Dari sudut pandang reflektif, studi ini memperkuat pentingnya memahami asesmen lethality bukan sebagai aktivitas yang terpisah dari proses terapi, melainkan sebagai awal dari kerja intervensi krisis yang etis, kontekstual, dan kolaboratif. Integrasi dengan model Roberts memastikan bahwa respons terhadap hasil asesmen tidak hanya bersifat klinis, tetapi juga memerhatikan kondisi psikososial, relasional, dan eksistensial dari pasien. Secara konseptual, Studi Kasus Ilustratif ini menjadi cerminan dari idealisasi praktik intervensi krisis modern yang mengutamakan kecepatan, empati, dan struktur. Pendekatan berbasis risiko yang dipadukan dengan model yang fleksibel namun sistematis menghasilkan hasil intervensi yang tidak hanya menyelamatkan hidup, tetapi juga memulihkan martabat dan koneksi sosial individu yang sedang dalam titik terendah hidupnya.

Implikasi Klinis dan Praktis

Temuan dari implementasi intervensi krisis berbasis Model Roberts, khususnya ketika dikombinasikan dengan asesmen lethality dan kerangka sistemik seperti *Zero Suicide Framework*, memberikan sejumlah implikasi penting bagi pembaruan praktik layanan kesehatan jiwa. Implikasi ini tidak hanya menyentuh aspek teknis intervensi, tetapi juga menyangkut reformulasi kebijakan, pengembangan kapasitas profesional, serta integrasi lintas sektor yang lebih sinergis dan berkelanjutan.

Pertama, perlu ditegaskan bahwa *asesmen lethality* harus dimasukkan sebagai kompetensi inti dalam pelatihan profesi psikologi klinis, keperawatan jiwa, dan tenaga kedaruratan psikososial. Pengetahuan mengenai dinamika risiko bunuh diri, ditambah keterampilan dalam melakukan asesmen secara empatik dan berbasis bukti, merupakan elemen fundamental dalam merespons krisis secara tepat waktu dan etis. Roberts sendiri menekankan bahwa asesmen bukan hanya alat skrining, melainkan landasan etis dan klinis

untuk semua bentuk intervensi krisis.²⁴ Tanpa keterampilan ini, profesional dapat melewatkan sinyal-sinyal penting yang berujung pada kegagalan deteksi dini.

Kedua, penerapan Model Intervensi Krisis 7-Tahap tidak dapat bergantung pada semangat individu klinisi semata. Diperlukan dukungan institusional dalam bentuk kebijakan tertulis, protokol standar, serta supervisi yang berkelanjutan agar model ini dapat dijalankan secara konsisten dan terintegrasi ke dalam sistem layanan. Hal ini melibatkan peran manajemen rumah sakit, dinas kesehatan, serta lembaga pendidikan dalam mengarusutamakan intervensi krisis sebagai bagian integral dari layanan kesehatan jiwa. Seperti ditunjukkan oleh studi Chung et al., keberhasilan implementasi Zero Suicide Framework sangat dipengaruhi oleh kohesi sistemik antar unit dan level organisasi.²⁵

Ketiga, pendekatan ini memiliki potensi besar untuk diadaptasi dalam layanan primer, termasuk puskesmas, klinik universitas, dan pos layanan krisis berbasis komunitas. Untuk menjembatani keterbatasan sumber daya, dapat digunakan teknologi asesmen cepat berbasis digital, dikombinasikan dengan pelatihan singkat (*short course*) yang aplikatif bagi tenaga non-spesialis. Pendekatan ini tidak hanya memperluas jangkauan intervensi, tetapi juga mempercepat deteksi dini dan penanganan pertama pada individu yang sedang mengalami krisis psikologis akut.

Keempat, intervensi krisis tidak boleh berhenti setelah stabilisasi awal tercapai. Banyak layanan saat ini yang terfokus hanya pada fase akut dan mengabaikan periode rentan pasca-krisis.²⁶ Padahal, risiko tindakan bunuh diri berulang justru meningkat pada fase ini apabila tidak ada kesinambungan perawatan. Oleh karena itu, perlu dikembangkan sistem pendampingan lanjutan dan dukungan komunitas yang berbasis relasi, seperti peer support, home visit terstruktur, atau konseling digital yang bersifat preventif.

Implikasi praktis dari keseluruhan kajian ini mendorong penguatan sistem layanan krisis dalam empat level, yaitu: (1) penguatan kurikulum pelatihan klinis, (2) reformasi kebijakan institusional, (3) inovasi intervensi di layanan primer, dan (4) integrasi perawatan jangka panjang berbasis komunitas. Setiap level saling berkaitan dan perlu dibangun dalam kerangka kolaboratif lintas sektor, termasuk pendidikan tinggi, rumah sakit, organisasi profesi, dan masyarakat sipil. Keberhasilan penanganan *suicidal ideation* melalui pendekatan berbasis model tidak hanya diukur dari berkurangnya angka kejadian, tetapi juga

²⁴ Roberts and Yeager, "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation."

²⁵ Chung et al., "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact."

²⁶ Stanley and Brown, "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk."

dari peningkatan kualitas kehidupan klien secara holistik. Model Roberts memberi landasan yang kuat untuk membangun sistem intervensi yang bukan hanya menyelamatkan hidup, tetapi juga mengembalikan martabat, harapan, dan koneksi sosial bagi individu yang mengalami krisis eksistensial paling dalam.

KESIMPULAN

Penanganan *suicidal ideation* tidak dapat diserahkan pada intuisi klinis semata atau pendekatan yang bersifat fragmentaris. Temuan dalam kajian ini menegaskan bahwa intervensi krisis yang efektif memerlukan kerangka kerja yang terstruktur, berbasis bukti, dan adaptif terhadap dinamika psikososial individu. Dalam hal ini, Model Intervensi Krisis 7-Tahap yang dikembangkan oleh Albert R. Roberts terbukti memberikan kontribusi substansial sebagai pendekatan yang mampu menjembatani asesmen risiko, respons terapeutik, dan perencanaan pemulihan secara sistemik dan etis. Integrasi antara *asesmen lethality* dan tahapan intervensi krisis yang menyeluruh terbukti tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien, tetapi juga memperkuat hubungan terapeutik dan memperbesar kemungkinan keterlibatan pasien dalam layanan jangka panjang. Studi implementatif pada kerangka Zero Suicide Framework memberikan bukti konkret bahwa pendekatan berbasis model dapat menurunkan risiko tindakan fatal secara signifikan, khususnya ketika didukung oleh sistem pelayanan yang kolaboratif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, Alan L, and Morton M Silverman. "Suicide Risk Assessment and Risk Formulation: An Update." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 47, no. 3 (2017): 315–28. <https://doi.org/10.1111/sltb.12327>.
- Chung, T H, K R Hanley, Y Xie, and I M Castillo. "Implementation of the Zero Suicide Framework with Suicide Prevention and Intimate Partner Violence at Outpatient Clinics: Implementation & Clinical Impact." *Mental Health & Prevention*, 2025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657024000710>.
- Jobes, David A. *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. New York: Guilford Press, 2006.
- Kanel, Kristi. *A Guide to Crisis Intervention*. 4th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2010.
- Roberts, Albert R, and Kenneth R Yeager. "Lethality Assessment and Crisis Intervention with Persons Presenting with Suicidal Ideation." In *Crisis Intervention Handbook*, edited by Albert R Roberts, 35–63. New York: Oxford University Press, 2005.

Stanley, Barbara, and Gregory K Brown. "Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk." *Cognitive and Behavioral Practice* 19, no. 2 (2012): 256–64. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.

World Health Organization. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.