
Agama Sebagai Pilar Kekuatan Individu Melawan Bunuh Diri

Brigitha Prizelia Nanga

Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Sam Ratulangi Manado

Email: brigithananga@unsrat.ac.id

Diterima	05	Mei	2025
Disetujui	30	Juni	2025
Dipublish	30	Juni	2025

Abstract

Religion plays a protective role in shielding individuals from the risk of suicidal behavior. This study aims to demonstrate how religion helps prevent suicidal behavior at the individual, community, and institutional levels. It also explains how the protective effects of religion operate through an integrated conceptual framework, as proposed by Berkman et al. (2000), which is rooted in the sociological perspective of Émile Durkheim. Key concepts from this framework discussed include social networks, psychosocial mechanisms, and their influence on individual mental health. A systematic literature review (SLR) was conducted to achieve the research objectives. The review systematically examined 14 research articles published between 2020 and 2025. This research found that the protective role of religion in preventing suicide is reflected in its contribution to developing internal strength at the individual level and providing external support at the community and institutional levels. This external support helps sustain the individual's internal strength. Based on the conceptual framework proposed by Berkman et al. (2000), religion provides a social network that facilitates the occurrence of psychosocial mechanisms. These mechanisms manifest in three forms: social support, social influence, and access to resources. Collectively, these mechanisms contribute to shaping positive health and psychological behaviors, thereby protecting individuals from entering the continuum of suicidal behaviors, which ranges from ideation and planning to attempts and completed suicide (Poorolajal et al., 2022).

Keywords: *Mental Health, Suicide Prevention, The Protective Role of Religion*

Abstrak

Agama memiliki peran pelindung atau protektif bagi individu dari risiko perilaku bunuh diri. Penelitian ini bertujuan untuk menunjukkan peran protektif agama dalam pencegahan perilaku bunuh diri di level individu, komunitas dan institusi. Penelitian ini juga menjelaskan bagaimana peran protektif agama bekerja dengan kerangka konseptual terintegrasi dari Berkman et al. (2000), yang berpijak pada teori sosiologi dari Émile Durkheim. Beberapa konsep dari kerangka ini yang muncul dalam pembahasan antara lain jaringan sosial, mekanisme psikososial dan dampak mekanisme tersebut terhadap kesehatan mental individu (aspek perilaku dan psikologi). *Systematic literature review* (SLR) diterapkan untuk mencapai tujuan penelitian. Kajian dilakukan secara sistematis terhadap 14 artikel penelitian yang diterbitkan dalam rentang waktu tahun 2020-2025. Penelitian ini menemukan bahwa peran protektif agama dalam pencegahan bunuh diri dapat dilihat dari kontribusinya dalam membangun kekuatan internal di level individu dan menyediakan dukungan eksternal di level komunitas dan institusi. Dukungan eksternal ini menopang kekuatan internal individu. Berdasarkan kerangka konseptual Berkman et al. (2000), agama menyediakan jaringan sosial yang



memungkinkan mekanisme psikososial terjadi. Mekanisme ini hadir dalam tiga bentuk yaitu dukungan sosial, pengaruh sosial dan akses ke sumber daya. Ketiga bentuk mekanisme tersebut memengaruhi perilaku kesehatan dan psikologis seseorang ke arah yang positif sehingga dirinya terhindar dari risiko kontinum perilaku bunuh diri (*ideasi/suicidal ideation*, rencana/*suicidal plan*, percobaan/*suicide attempt* hingga bunuh diri selesai/*suicide death*) (Poorolajal et al., 2022).

Kata kunci: Kesehatan Mental, Pencegahan Bunuh Diri, Peran Protektif Agama

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) dalam laporannya berjudul *Suicide Worldwide in 2021: Global Health Estimates* memperkirakan kasus kematian akibat bunuh diri sebanyak 727.000 jiwa pada tahun 2021. Angka ini menunjukkan bahwa bunuh diri menimbulkan lebih banyak kematian dibandingkan dengan kanker payudara, HIV/AIDS, perang, pembunuhan maupun malaria.

Bunuh diri adalah fenomena yang dapat dicegah melalui penguatan *protective factor* atau faktor protektif/pelindung. Faktor protektif dapat mengurangi risiko seseorang terhadap perilaku bunuh diri. Identifikasi dan pemahaman yang mendalam tentang faktor pelindung menjadi langkah penting dalam pencegahan bunuh diri.

Hasil penelitian dari Ati et al. (2020) dan Abdu et al. (2020) mengidentifikasi agama sebagai salah satu faktor yang dapat memengaruhi risiko individu terhadap perilaku bunuh diri. Beberapa peneliti lainnya telah menunjukkan hasil yang konsisten terkait peran agama sebagai faktor pelindung terhadap perilaku bunuh diri (Amit et al., 2014; Burshtein et al., 2016; Caribé et al., 2012, 2015; Poorolajal et al., 2022). Meskipun begitu, studi terdahulu tidak didasarkan pada literatur terbaru dalam rentang waktu lima tahun terakhir yaitu tahun 2020-2025. Selain itu, kajian-kajian ini didominasi oleh metode kuantitatif, tidak menunjukkan level analisis peran protektif agama yang berbeda-beda, serta didominasi oleh perspektif epidemiologi, psikologi dan psikiatri. Oleh

sebab itu, belum terlihat pemaparan yang memadai mengenai peran pelindung agama dalam pencegahan perilaku bunuh diri dari penelitian sebelumnya.

Artikel ini menawarkan penjelasan tentang peran protektif agama dalam pencegahan perilaku bunuh diri di level individu, komunitas dan institusi. Penjelasan tersebut menyajikan temuan tentang beragam bentuk peran protektif agama serta identifikasi level-level di mana kontribusi agama paling signifikan dan yang memerlukan intervensi penguatan.

Kerangka konseptual terintegrasi dari Berkman et al. (2000) diterapkan untuk memperkuat analisis. Pengembangan kerangka ini didasarkan pada perspektif sosiologi, antropologi dan psikiatri. Meskipun begitu, teori sosiologi dari Émile Durkheim tentang integrasi sosial dan bunuh diri dijadikan sebagai landasan teoritis utama.

Beberapa konsep kunci dari kerangka konseptual Berkman et al. (2000) yang digunakan dalam penelitian ini antara lain jaringan sosial, mekanisme psikososial dan dampak mekanisme tersebut terhadap perilaku dan psikologi individu. Kerangka konseptual ini menggambarkan bagaimana peran protektif agama terhadap perilaku bunuh diri terwujud melalui keberadaan jaringan sosial. Jaringan tersebut memungkinkan mekanisme psikososial bekerja untuk memperkuat individu dari aspek perilaku dan psikologis.



Data penelitian bersumber dari kumpulan literatur yang terbit dalam lima tahun terakhir yaitu tahun 2020-2025. Metode *systematic literature review* (SLR) digunakan untuk mengidentifikasi, menyeleksi, mengevaluasi dan mensintesis data hingga layak untuk tujuan penelitian. Dengan metode ini, peneliti dapat mengidentifikasi pola umum terkait peran pelindung agama dalam pencegahan bunuh diri dengan lebih baik karena didasarkan pada temuan di beberapa negara.

Artikel ini diharapkan dapat menunjukkan kontribusi positif agama beserta mekanismenya dalam isu kesehatan mental secara umum maupun bunuh diri secara khusus. Selain itu, artikel ini dapat menunjukkan pentingnya upaya penguatan peran agama dalam kedua isu tersebut.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *systematic literature review* (SLR). Pengumpulan literatur yang relevan dengan penelitian ini dilakukan dengan kata kunci sebagai berikut: *religio** OR

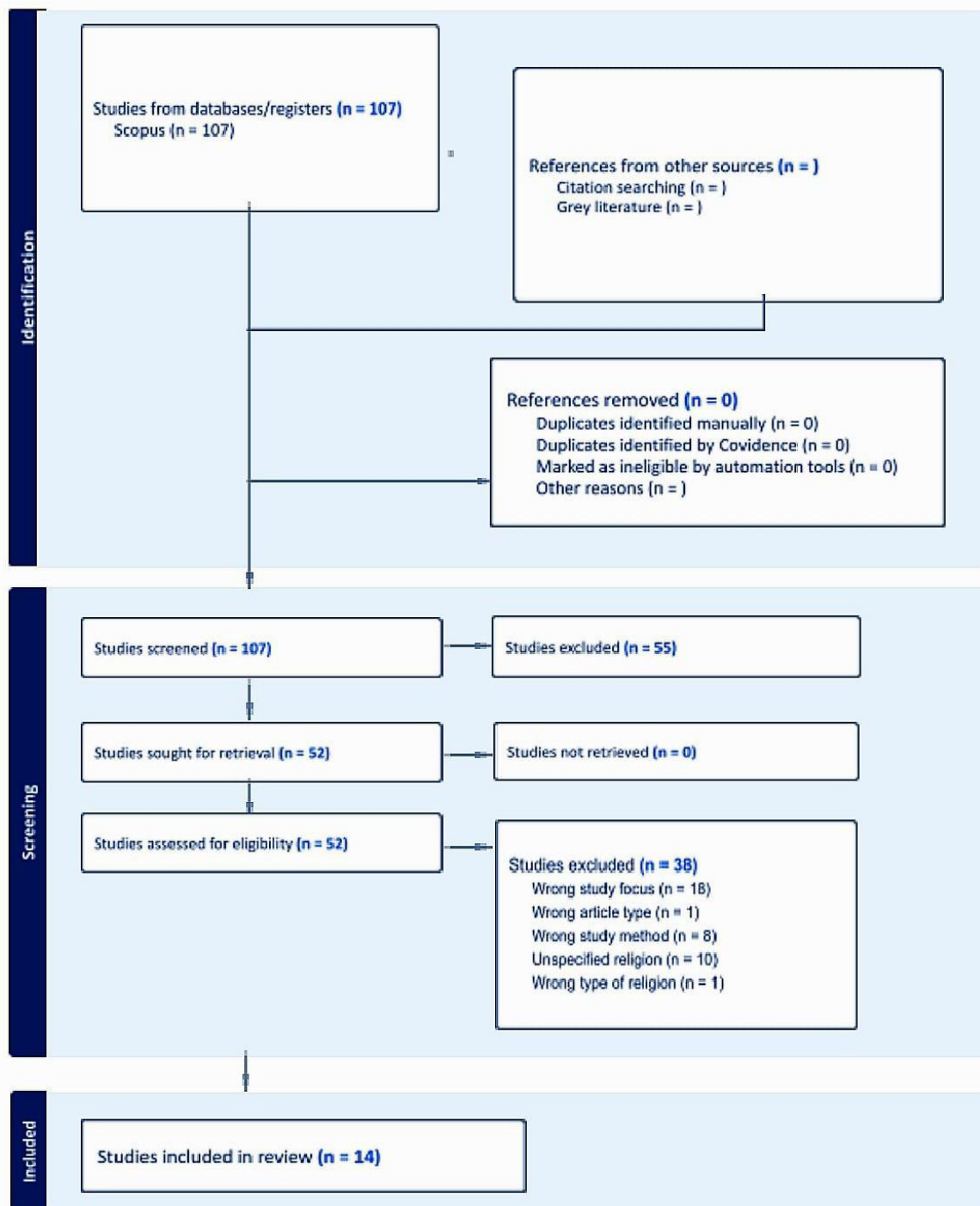
faith AND institutions OR communities AND suicide AND prevention OR intervention. Hasil pencarian menghasilkan 107 teks dari jurnal bereputasi internasional berdasarkan Scopus.

Pengolahan dan analisis literatur lebih lanjut dilakukan dengan bantuan Covidence. Pada tahap pertama penyisihan literatur, 52 teks dipilih berdasarkan beberapa kriteria yaitu tahun publikasi di atas 2019 (2020-2025), jenis artikel penelitian, berbahasa Inggris, *full-text* tersedia, tipe agama yang dibahas hanya agama *mainstream* di Indonesia dan dunia seperti Kristen, Islam, Hindu dan Buddha. 55 teks dikecualikan karena tidak memenuhi salah satu atau beberapa kriteria tersebut.

Pada tahap kedua penyisihan literatur, 38 teks disisihkan karena alasan ketidaksesuaian fokus penelitian, tipe artikel, metode penelitian dan tipe agama yang dibahas. Proses ini menghasilkan 14 teks akhir yang paling relevan. Temuan literatur kemudian dikategorisasikan berdasarkan tema. Hasil analisis dinarasikan sesuai dengan tujuan penelitian.



Gambar 1. Proses *Literature Review* dengan Covidence



Hasil dan Pembahasan

A. Distribusi Artikel

Total awal artikel yang ditemukan adalah 107 teks. Proses pemeriksaan abstrak mengecualikan 55 teks sehingga total teks yang tersisa adalah sebanyak 52 teks. Proses berikutnya adalah penilaian kelayakan berdasarkan hasil bacaan keseluruhan isi teks (*full-text*) yang mengecualikan 38 teks sehingga tersisa 14 teks yang paling relevan dan dapat menjawab pertanyaan penelitian ini.

14 artikel yang digunakan terdistribusi berdasarkan reputasi jurnal, lokasi penelitian dan level analisis. Tabel 1 menunjukkan distribusi artikel berdasarkan peringkat jurnal di Scimago. Berdasarkan tabel tersebut terlihat

bahwa mayoritas artikel dipublikasi di jurnal-jurnal peringkat Q1 dengan total 8 artikel, peringkat Q2 dengan total 4 artikel dan peringkat Q3 dengan total 2 artikel. Tabel 2 menunjukkan distribusi artikel berdasarkan lokasi penelitian. Terdapat 10 lokasi penelitian yang berbeda-beda, namun beberapa artikel melakukan penelitian di lokasi yang sama yaitu United States sebanyak 3 artikel, Ghana sebanyak 2 artikel dan India sebanyak 2 artikel. Tabel 3 menunjukkan distribusi artikel berdasarkan level analisis terkait peran agama dalam pencegahan risiko bunuh diri dengan 11 artikel di level individu, 2 artikel di level komunitas dan 1 artikel di level institusi. Data tersebut menunjukkan bahwa fokus pembahasan mayoritas artikel terletak di level individu.

Tabel 1. Distribusi artikel berdasarkan peringkat jurnal (Scimago)

No	Nama Jurnal	Quartile (2024)	Jumlah artikel
1	Psychology Research and Behavior Management	Q2	1
2	BMC Public Health	Q1	2
3	Pastoral Psychology	Q1	1
4	BMJ Open	Q1	1
5	Religions (MDPI)	Q1	2
6	Frontiers of Nursing	Q3	1
7	Journal of Neurosciences in Rural Practice	Q3	1
8	Clinical Psychology and Psychotherapy	Q1	1
9	Illness, Crisis and Loss	Q2	1
10	Cadernos de Saúde Pública	Q2	1
11	Archives of Psychiatric Nursing	Q2	1
12	BMC Psychiatry	Q1	1



Tabel 2. Distribusi artikel berdasarkan lokasi penelitian

Lokasi Penelitian	Jumlah Artikel	Persentase (%)
United States	3	20.00%
Ghana	2	13.33%
India	2	13.33%
Ethiopia	1	6.67%
Iran	1	6.67%
Kenya	1	6.67%
Indonesia	1	6.67%
United Kingdom	1	6.67%
Brazil	1	6.67%
Uganda	1	6.67%
Total	14	100%

Tabel 3. Distribusi artikel berdasarkan level analisis

Level Analisis	Jumlah artikel	Persentase (%)
Level Individu	11	78.57%
Level Komunitas	2	14.29%
Level Institusi	1	7.14%
Total	14	100%

B. Peran protektif multilevel agama dalam pencegahan perilaku bunuh diri

Dalam diskusi ilmiah tentang bunuh diri, beberapa peneliti mengidentifikasi agama sebagai *protective factor* (Caribé et al., 2012; Amit et al., 2014; Caribé et al., 2015; Burshtein et al., 2016; Poorolajal et al., 2022). Konsep faktor pelindung dapat diartikan sebagai faktor yang mengurangi atau menghindari potensi bahaya atau dampak negatif dari risiko atau

masalah kesehatan mental tertentu (Masten & Garmezy, 1985). Agama dikategorikan sebagai *protective factor* karena dapat menghindari atau meminimalisir individu dari risiko negatif berupa perilaku bunuh diri (*suicidal behavior*).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa agama berperan sebagai faktor pelindung terhadap risiko bunuh diri di tiga jenjang level yang berbeda yaitu level individu, komunitas dan institusi. Setiap level memberikan penguatan



dengan pendekatan yang beragam kepada individu. Bentuk penguatan tidak hanya terpaku pada pendekatan spiritual saja tetapi juga non-spiritual seperti ekonomi, pendidikan, kesehatan, sosial dan psikologis.

Level Individu

Di level individu, peran pelindung agama dalam pencegahan bunuh diri dapat dilihat dari dua dimensi. Dimensi pertama yaitu keyakinan personal dan praktik keagamaan. Beberapa literatur menunjukkan bahwa kepercayaan (iman) dan kedekatan dengan Tuhan, kesadaran atas kehadiran dan pertolongan Tuhan beserta aktivitas keagamaan seperti berdoa, berpuasa dan membaca kitab suci, dapat membantu individu dalam mengurangi dan mengatasi kesulitan internal seperti stres, kekhawatiran, penyembuhan dari trauma hingga mencegah tindakan menyakiti diri sendiri (*self-harm*). Individu merasa dirinya memperoleh penguatan, peningkatan kepercayaan diri sekaligus tekad untuk terus melanjutkan hidup (Nurtanti et al., 2020; Fakhari et al., 2021; Onger et al., 2022; Özen-Dursun et al., 2023; Saju et al., 2024; Wilson et al., 2024).

Dimensi kedua yaitu penafsiran spiritual atas bunuh diri. Agama memiliki seperangkat ajaran dan makna tentang kehidupan dan kematian yang memberi pedoman moral bagi individu. Pedoman ini memengaruhi pandangan dan tindakan individu terhadap bunuh diri. Misalnya, pandangan bahwa hidup adalah pemberian dari Tuhan dan harus dipertahankan (Nalavade et al., 2024). Agama menjaga individu untuk tetap berpandangan positif tentang kehidupan di tengah krisis yang dialaminya.

Penafsiran spiritual lainnya berkaitan dengan kematian. Individu berkeyakinan bahwa tindakan mengakhiri diri sendiri adalah dosa yang tidak dapat diampuni. Mengingat ajaran

agama menekankan pada kuasa Tuhan atas maut atau nyawa seseorang. Ketakutan atas dosa ini juga diikuti oleh kekhawatiran atas konsekuensi dari bunuh diri. Bunuh diri dipercaya akan mendatangkan hukuman kekal seperti tidak memperoleh keselamatan dan masuk neraka. Selain tentang dosa dan penghakiman abadi, individu memandang ideasi bunuh diri sebagai sebuah cobaan atau godaan. Kemampuan untuk mengatasi godaan atau penderitaan ini dapat menunjukkan keterhubungan seseorang dengan Tuhan (Mason, 2021; Özen-Dursun et al., 2023; Silva Filho et al., 2024).

Penafsiran spiritual dari agama membentuk sikap negatif individu terhadap bunuh diri. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian dari (Lawrence et al., 2016). Studi ini menunjukkan bahwa agama dapat membentuk keberatan moral terhadap bunuh diri (*Moral Objections to Suicide*). Keberatan terhadap bunuh diri yang dimaksud seperti pandangan bahwa hanya Tuhan yang dapat mengakhiri hidup seseorang, larangan agama terhadap bunuh diri, bunuh diri adalah perbuatan yang salah secara moral, serta bunuh diri yang dapat menyebabkan seseorang masuk neraka. Penafsiran-penafsiran spiritual di atas membantu individu untuk menjaga pola pikir positif dan optimis tentang hidup, sebaliknya juga pandangan negatif dan penolakan terhadap perilaku bunuh diri.

Pemaparan sebelumnya menunjukkan peran pelindung agama baik dari dimensi praktik (keyakinan dan kegiatan keagamaan) maupun kognitif (penafsiran spiritual). Kedua dimensi ini memberi kekuatan spiritual bagi individu untuk terhindar dari risiko perilaku bunuh diri.

Argumen di atas diperkuat oleh Nurtanti et al. (2020) dan Wilson et al. (2024) yang menunjukkan bahwa ketidakdekatan individu dengan Tuhan dan keterlibatan kegiatan keagamaan yang kurang dapat menyebabkan



seseorang lebih berisiko mengalami perilaku bunuh diri karena kehilangan harapan dan kemampuan untuk menjalani hidup. Hasil penelitian lainnya datang dari Abdu et al. (2020) yang menunjukkan adanya hubungan antara kegiatan keagamaan yang dijalankan individu dan risiko bunuh diri. Kurangnya keterlibatan individu dalam kegiatan keagamaan berkaitan dengan peningkatan risiko bunuh diri sebesar 2,49 kali lipat. Singkatnya, semakin terpisah atau jauh seseorang dari agama sebagai sumber spiritualitasnya, akan semakin besar pula risiko individu untuk masuk ke dalam kontinum perilaku bunuh diri.

Level Komunitas

Peran pelindung agama di level komunitas terhadap pencegahan risiko bunuh diri dapat dilihat dari studi yang dilakukan oleh Mason et al. (2024). Mason et al. (2024) menyoroti apa yang disebut sebagai *equipping help* di sebuah komunitas agama di Amerika Serikat. *Equipping help* merupakan bantuan yang bersifat *empowering* atau memberdayakan yang diberikan oleh komunitas agama kepada individu imigran seperti bantuan dalam memperoleh pekerjaan, rumah dan pendidikan.

Equipping help dapat mengurangi kerentanan individu terhadap risiko bunuh diri. Tipe bantuan ini memberikan akses yang dapat memperkuat individu dengan berbagai sumber daya seperti keterampilan dan pengetahuan, sumber pendapatan dan stabilitas ekonomi, serta keamanan dan stabilitas tempat tinggal yang dibutuhkan untuk mandiri dan berkembang. Dengan penguatan ini, individu menjadi lebih tangguh untuk menghadapi dan melewati tekanan hidup. Tipe bantuan ini dipandang lebih baik dibanding tipe lainnya seperti *charity* atau amal yang sifatnya hanya meringankan beban sesaat.

Dukungan komunitas agama terhadap individu tidak hanya tentang akses ke pekerjaan, rumah dan pendidikan tetapi juga akses ke layanan kesehatan mental serta empati/perhatian sosial. Rutakumwa et al. (2024) menunjukkan kasus seorang informan yang mengalami masalah kesehatan mental namun tidak memperoleh perhatian dan pertolongan yang memadai dari keluarga. Dukungan sosial berupa respons positif dan intervensi justru diperoleh dari jaringan berbasis keagamaan yang dimiliki informan. Komunitas berbasis agama, yang dalam konteks ini yaitu teman-teman informan, memahami masalah mental yang diderita dan menghubungkan individu tersebut ke pelayanan kesehatan yang sesuai untuk mencegah kondisi yang lebih parah. Hal ini menunjukkan keterlibatan komunitas agama dalam mengisi kekosongan peran dalam isu kesehatan mental yang gagal dilakukan oleh anggota keluarga.

Level Institusi

Agama sebagai faktor pelindung dalam pencegahan bunuh diri di level institusi dapat dilihat dari penelitian yang dilakukan oleh Osafo et al. (2021). Peran di level ini dimainkan oleh pemimpin agama. Osafo et al. (2021) menunjukkan bagaimana pemimpin agama dapat memberikan dukungan multidimensional (religius, sosial dan psikososial) pada individu yang membutuhkan dengan menjalankan dua peran antara lain sebagai *frontliners* (garis depan) dan *religio-psychosocial support* (dukungan religio-psikososial).

Peran pertama yaitu peran *frontliner*. Menyangkut peran ini, pemimpin agama melakukan deteksi awal dan memberi rujukan. Individu memiliki kecenderungan untuk datang ke pemimpin agama ketika menghadapi masalah ketimbang ke pihak profesional seperti psikolog atau psikiater. Ketika proses konsultasi berlangsung, pemimpin agama melakukan deteksi awal dengan observasi dan



intuisi. Tanda-tanda awal seseorang memiliki kecenderungan untuk perilaku bunuh diri dapat dideteksi, misalnya dengan memperhatikan dengan seksama apa yang disampaikan dan mengamati penampilan individu tersebut. Untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang masalah yang dihadapi klien, pemimpin agama menggunakan *probing questions*. Berdasarkan pemahaman atas masalah, pemimpin agama memberikan anjuran atau arahan selanjutnya misalnya saran untuk berdoa dan rujukan untuk menemui pihak lain yang dapat membantu. Peran ini dapat dilihat sebagai penanganan awal kepada individu dengan krisis kesehatan mental.

Pemberian rujukan dilakukan dengan mempertimbangkan seberapa serius kasus yang ditangani dan kesesuaian dengan kemampuan pemimpin agama. Dalam kasus-kasus tertentu, pemimpin agama merujuk ataupun membantu individu untuk mengakses pihak profesional seperti psikolog atau psikiater agar memperoleh perawatan yang lebih sesuai. Rujukan seperti ini diberikan kepada individu dengan kasus ekstrem dan dirasa sudah di luar ranah dan kemampuan pemimpin agama. Misalnya kasus yang tidak hanya membutuhkan afirmasi dan reorientasi.

Peran kedua yaitu peran *religio-psychosocial support*. Dalam menjalankan peran ini, pemimpin agama menyediakan beberapa layanan untuk menangani risiko bunuh diri seperti *counseling*, *creating healing communities* dan *social support*, *spiritual healing*, serta *hope induction*.

Layanan *counseling* dapat berfungsi sebagai alat diagnostik dan terapi. Pemimpin agama mengajak individu untuk bercerita tentang masalahnya sekaligus berbagi kisah dari individu lain dengan pengalaman yang sama. Sebagai alat diagnostik, layanan ini dapat membantu pemimpin agama untuk memahami

masalah yang dihadapi dan mempertimbangkan tindakan selanjutnya yang diperlukan. Misalnya, jika persoalan menyangkut pernikahan maka individu akan diarahkan ke komite pernikahan. Sebagai alat terapi, layanan ini dapat membantu meredakan stres. Selain kedua fungsi tersebut, layanan ini dapat menjadi kesempatan untuk memperkuat kembali hubungan individu dengan Tuhan. Seperti pemimpin agama yang menyarankan untuk percaya atau lebih mendekatkan diri pada Tuhan ketika menghadapi kesulitan.

Layanan *creating healing communities* dan *social support* terlihat dari upaya pemimpin agama untuk berteman dan menindaklanjuti kondisi individu yang sedang menghadapi masalah hingga mencapai titik pemulihan. Pemimpin agama juga mengajak orang terdekat seperti teman dan keluarga untuk peduli dan membantu individu dalam melewati masa krisis. Dengan demikian, pemimpin agama menunjukkan sekaligus mengajak orang lain untuk berempati dan mendukung individu dengan masalah kesehatan mental.

Layanan *spiritual healing* dilakukan dalam rupa doa. *Spiritual healing* dianggap perlu dilakukan ketika kecenderungan bunuh diri diturunkan dari generasi sebelumnya atau disebabkan oleh kekuatan jahat. Kecenderungan bunuh diri yang memiliki kaitan dengan garis keturunan dianggap dapat berulang dan tidak cukup hanya ditangani oleh pihak profesional seperti psikolog. Sedangkan untuk layanan terakhir yaitu *hope induction* dilakukan dengan pemberian dorongan dan makna atau tujuan hidup pada individu.

Pemaparan di atas memperlihatkan peran protektif agama terhadap risiko perilaku bunuh diri baik di level individu, komunitas maupun institusi. Level individu adalah level yang paling banyak dibahas oleh literatur terdahulu. Diikuti oleh level komunitas dan institusi.



Di level individu, peran pelindung agama dapat dilihat dari dimensi keyakinan dan kegiatan keagamaan serta dimensi penafsiran spiritual. Di level komunitas, agama menyediakan relasi sosial yang membantu individu untuk mengakses berbagai sumber daya seperti empati/perhatian sosial, pekerjaan, rumah, pendidikan dan layanan kesehatan mental. Di level institusi, agama menyediakan akses ke berbagai pelayanan yang dijalankan oleh pemimpin agama seperti layanan *frontliners* (garis depan) yang mendeteksi risiko bunuh diri awal dan memberikan rujukan bagi individu dalam krisis dan *religio-psychosocial support* dengan beragam layanan seperti *counseling*, *creating healing communities* dan *social support*, *spiritual healing*, serta *hope induction*.

Berbagai penjelasan sebelumnya semakin memperkuat pernyataan tentang agama sebagai faktor pelindung individu terhadap perilaku bunuh diri. Kuatnya pengaruh agama terhadap individu dapat memperkecil risiko perilaku bunuh diri. Namun, perlu dipertimbangkan juga bahwa agama bukanlah satu-satunya faktor yang berpengaruh. Misalnya, menurut Abdu et al. (2020) terdapat faktor-faktor independen lainnya yang dapat memprediksi perilaku bunuh diri seperti jenis kelamin perempuan, dukungan sosial yang lemah, riwayat keluarga terkait perilaku bunuh diri, tempat tinggal di pedesaan dan penggunaan alkohol. Efek faktor-faktor tersebut dapat berbeda tergantung dari konteks masyarakat.

C. Jaringan sosial dan mekanisme psikososial dari peran protektif agama dalam pencegahan perilaku bunuh diri

Berkman et al. (2000) dalam artikelnya berjudul *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*, menunjukkan bagaimana integrasi sosial dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental individu. Analisis diarahkan ke tiga level yang berbeda tapi saling berkaitan

yaitu kondisi sosial-struktural di level makro, jaringan sosial di level meso dan mekanisme psikososial di level mikro. Dalam mengembangkan analisis yang kompleks ini, Berkman et al. (2000) menggunakan beberapa teori klasik dari sosiologi, antropologi dan psikiatri. Meskipun begitu, teori dari Émile Durkheim tentang integrasi sosial dan bunuh diri dalam sosiologi merupakan dasar teoritis utama. Dengan pengaruh sosiologi yang kuat, pada intinya kerangka konseptual ini ingin menunjukkan bagaimana masyarakat dapat memengaruhi individu tidak hanya di tataran permukaan seperti perilaku tetapi juga tataran yang lebih dalam seperti psikologis dan biologis.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini selaras dengan gagasan utama Berkman et al. (2000). Meskipun begitu, temuan studi ini lebih relevan dengan konsep jaringan sosial dan mekanisme psikososial yang berada di level meso dan mikro dibandingkan dengan konsep kondisi sosial-kultural di level makro. Pemaparan kedua konsep di level meso dan mikro ini setidaknya dapat dilihat sebagai manifestasi konkret dari integrasi sosial yang berada di level makro.

Sebagai catatan penting, penerapan konsep jaringan sosial telah dimodifikasi untuk disesuaikan dengan temuan studi literatur ini. Konsep jaringan sosial dijelaskan secara kualitatif, tidak mengambil detail penjelasan kuantitatif seperti yang dijabarkan oleh Berkman et al. (2000) dalam naskahnya.

Jaringan sosial dapat dimaknai sebagai jaringan hubungan sosial yang berada di sekitar individu beserta karakteristiknya. Jaringan sosial berkontribusi dalam menentukan sikap dan perilaku individu. Jaringan ini dapat membentuk aliran sumber daya yang menentukan akses individu ke peluang dan



hambatan terhadap perilaku (Berkman et al., 2000).

Pengaruh jaringan sosial terhadap individu di atas dapat dijelaskan dengan konsep mekanisme psikososial. Jaringan sosial memungkinkan mekanisme psikososial eksis dan beroperasi. Mekanisme ini terdiri dari lima komponen yaitu dukungan sosial, pengaruh sosial, keterlibatan sosial, kontak antar pribadi serta akses ke sumber daya. Komponen-komponen ini memengaruhi kondisi kesehatan seseorang dalam tiga aspek yaitu perilaku, psikologis dan fisiologis (Berkman et al., 2000).

Dalam konteks penelitian ini, agama dapat dilihat sebagai wadah yang menyediakan beragam jaringan hubungan sosial yang khas miliknya. Agama memungkinkan individu berinteraksi, memengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain dengan cara tertentu. Seperti interaksi individu dengan orang tua atau saudara yang terafiliasi dengan agama tertentu, interaksi individu dengan pemimpin agama serta interaksi individu dengan teman dari komunitas agama tertentu merupakan elemen hubungan sosial yang ditemukan dalam penelitian ini.

Eksistensi berbagai individu lain dalam jaringan sosial agama memungkinkan terjadinya mekanisme psikososial. Mekanisme psikososial yang ditemukan dalam penelitian ini terdiri dari tiga bentuk yaitu dukungan sosial, pengaruh sosial dan akses terhadap sumber daya. Jaringan sosial beserta tiga bentuk mekanisme psikososialnya ini yang secara kolektif bertindak sebagai faktor pelindung agama terhadap bunuh diri di level individu, komunitas dan institusi. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai tiga bentuk mekanisme psikososial yang dimaksud.

Bentuk pertama yaitu dukungan sosial. Dukungan sosial beroperasi dalam empat

elemen: 1) *informational support* (pemberian saran dan pemberian rujukan ke pihak-pihak yang dapat membantu oleh pemimpin agama dan kenalan dari komunitas agama), 2) *appraisal support* (pemimpin agama yang memberikan umpan balik, memberikan saran untuk tindakan selanjutnya berdasarkan masalah yang diceritakan), 3) *emotional support* (pemimpin agama dan kenalan di komunitas yang berempati, berupaya memahami dan membuat individu merasa penting dan dipedulikan), 4) *social engagement and attachment* (pemimpin agama yang membangun rasa empati di komunitas, melibatkan orang sekitar untuk membantu individu dalam krisis, serta menghubungkan individu dengan berbagai pihak yang dapat membantunya).

Bentuk kedua yaitu pengaruh sosial. Pengaruh sosial beroperasi dalam tiga elemen. Elemen pertama adalah *constraining or enabling influence on health behaviors*. Hal ini berkaitan dengan keberadaan norma-norma agama yang menghambat perilaku bunuh diri. Individu yang meyakini dan menjalankan norma agama tidak terlepas dari pengaruh orang sekitar yang menginternalisasi berbagai norma tersebut kepadanya baik itu orang tua, pemuka agama maupun komunitas agama. Adapun norma agama yang dimaksud yaitu keyakinan bahwa bunuh diri adalah dosa serta hukuman yang diperoleh setelah kematian. Terlebih lagi, norma agama mendukung sikap dan perilaku yang positif terhadap hidup serta melawan keras tindakan mengakhiri diri sendiri. Elemen kedua yaitu *norms toward help-seeking/adherence* yang masih berkaitan dengan norma pertama. Agama memiliki norma yang menekankan pada pengharapan dan penghargaan atas hidup. Pengaruh norma ini terlihat dari individu yang proaktif meminta dan mencari pertolongan pada Tuhan, pemimpin agama maupun pihak lainnya. Tindakan tersebut menunjukkan bahwa



individu tersebut memiliki harapan untuk hidup, merasa tidak sendirian, serta yakin akan ada pihak lain yang membantu. Elemen kedua ini juga dapat dilihat dari peran pemimpin agama dalam mengembangkan komunitas yang berempati dan siap menolong individu dalam krisis. Hal ini dapat membangun iklim yang kondusif bagi individu yang bermasalah untuk membuka diri pada pertolongan. Individu merasa lebih yakin untuk mencari seseorang ketika menghadapi krisis karena merasa akan memperoleh bantuan dari lingkungan yang suportif, bukan malah sebaliknya dihindari atau dihakimi. Elemen ketiga yaitu *social comparison processes*. Pemimpin agama menyampaikan cerita tentang pengalaman orang lain dengan kisah yang sama untuk membuat individu tidak merasa sendiri dan dapat belajar dari kisah tersebut.

Bentuk ketiga yaitu akses ke sumber daya dan barang-barang material yang terlihat di level komunitas dan institusi. Komunitas maupun institusi memberikan bantuan akses ke pelayanan kesehatan, pekerjaan, pendidikan dan perumahan serta kontak kepada pihak lain yang dapat membantu individu ketika dalam krisis.

Berbagai komponen mekanisme psikososial di atas memengaruhi kesehatan mental individu agar terhindar dari perilaku bunuh diri dalam dua hal yaitu kondisi perilaku kesehatan dan psikologis.

Pada kondisi perilaku kesehatan, mekanisme psikososial memengaruhi *help-seeking behavior* dan *adherence to medical treatments*. Hal ini terlihat dari keputusan dan tindakan individu untuk mencari pertolongan dengan pendekatan spiritual maupun non-spiritual seperti: 1) pertolongan kepada Tuhan dengan berdoa, berpuasa dan membaca kitab suci. Kegiatan keagamaan tersebut merupakan upaya untuk mendekatkan diri dan memohon bantuan

kepada Tuhan, 2) meminta pertolongan kepada teman di komunitas keagamaan, 3) berkonsultasi dengan pemimpin agama, 4) menemui komite yang menangani isu spesifik yang sedang dihadapi dan 5) menemui pihak profesional seperti psikolog atau psikiater. Sikap terbuka individu untuk mengakses dan menerima bantuan dari pendekatan non-spiritual tidak terlepas dari peran pemimpin agama dan komunitasnya.

Dari segi psikologis, mekanisme psikososial berdampak positif pada *coping effectiveness*, meningkatkan *self-efficacy*, *self-esteem*, serta *sense of well-being*. *Coping effectiveness* dapat terjadi dari berbagai bentuk dukungan yang disediakan agama yang secara efektif membantu individu untuk mengurangi atau mengatasi stres, depresi, trauma dan kekhawatiran. Dukungan sosial juga membantu dalam hal yang bersifat memberdayakan dan jangka panjang. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan diri (*self-esteem*) dan keyakinan diri (*self-efficacy*) individu untuk keluar dari masalah karena memiliki harapan, dorongan, motivasi dan berbagai bentuk penguatan internal lainnya. Peningkatan *self-esteem*, *self-efficacy* dan *coping effectiveness* meningkatkan juga *sense of well-being* yang terlihat dari kondisi mental yang membaik. Dengan kondisi kesehatan mental seperti ini, seseorang dapat terhindar dari kontinum perilaku bunuh diri.

Kesimpulan

Hasil kajian sistematis pada 14 literatur mendukung temuan penelitian terdahulu dari (Caribé et al., 2012; Amit et al., 2014; Caribé et al., 2015; Burshtein et al., 2016; Poorolajal et al., 2022). Agama memiliki peran protektif bagi individu untuk melawan perilaku bunuh diri ketika berada dalam keadaan krisis. Peran ini beroperasi di level individu, komunitas dan institusi dalam beragam bentuk penguatan



dengan pendekatan spiritual maupun non-spiritual.

Di level individu, agama menjadi kekuatan internal yang dapat dilihat dari dimensi keyakinan dan kegiatan keagamaan serta dimensi penafsiran spiritual. Sedangkan di level komunitas dan institusi, agama memberikan dukungan eksternal dalam bentuk relasi sosial yang membantu individu untuk mengakses berbagai sumber daya penting bagi dirinya untuk berjuang seperti perhatian/empati, pekerjaan, rumah, pendidikan, layanan kesehatan, hingga layanan yang disediakan pemimpin agama sebagai *frontliners* sekaligus penyedia *religio-psychosocial support*. Berbagai dukungan eksternal tersebut menyokong kekuatan internal di level individu. Penguatan internal dan eksternal dari agama ini meningkatkan daya tahan individu dari risiko perilaku bunuh diri.

Studi ini mendukung argumen dari Berkman et al. (2000) bahwa masyarakat memengaruhi kesehatan mental individu. Hal ini terlihat dari agama yang menyediakan jaringan sosial dengan mekanisme psikososialnya yang memengaruhi kesehatan individu. Dalam menjalankan peran protektifnya, jaringan sosial agama memungkinkan terjadinya tiga elemen mekanisme psikososial seperti dukungan sosial, pengaruh sosial dan akses terhadap sumber daya. Tiga elemen ini berdampak positif pada dimensi perilaku dan psikologis individu sehingga masalah kesehatan mental yang dialaminya dapat tertangani sekaligus menghindarinya dari perilaku bunuh diri.

Pemaparan sebelumnya menunjukkan bahwa agama memiliki potensi untuk dikembangkan sebagai salah satu pilar kekuatan individu dalam pencegahan risiko bunuh diri di masyarakat. Untuk langkah praktis maupun teoritis selanjutnya dapat lebih mendalami peran protektif agama di level komunitas dan

institusi mengingat masih minimnya literatur yang fokus pada kedua level ini. Masih minimnya studi di kedua level ini pula dapat menjadi pertanda masih kurangnya keterlibatan komunitas maupun institusi agama dalam menyediakan layanan khusus baik formal maupun informal yang secara terstruktur, tersistematis dan profesional diadakan untuk menangani isu kesehatan mental di kalangan umat maupun masyarakat umum. Dengan demikian, ke depannya perlu dilakukan penguatan peran agama di level komunitas dan institusi dalam penanganan masalah kesehatan mental agar risiko bunuh diri individu dapat diminimalisir. Terakhir, literatur yang membahas peran protektif agama dalam pencegahan risiko bunuh diri di Indonesia masih sangat minim. Sehingga, penelitian selanjutnya dalam konteks Indonesia masih perlu dilakukan.

Daftar Pustaka

- Abdu, Z., Hajure, M., & Desalegn, D. (2020). Suicidal Behavior and Associated Factors Among Students in Mettu University, South West Ethiopia, 2019: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 233–243. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S240827>
- Amit, B. H., Krivoy, A., Mansbach-Kleinfeld, I., Zalsman, G., Ponizovsky, A. M., Hoshen, M., Farbstein, I., Apter, A., Weizman, A., & Shoval, G. (2014). Religiosity is a protective factor against self-injurious thoughts and behaviors in Jewish adolescents: Findings from a nationally representative survey. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 509–513. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.005>



- Astuti, T., Hidayati, N., Tsanifiandi, F., & Tristiana, R. D. (2024). Risk and Protective Factors of Self-Harm and Suicide in Adolescents in The Era of Society 5.0: A Systematic Review. *Fundamental and Management Nursing Journal*, 7, 77–88. <https://doi.org/10.20473/fmnj.v7i2.55677>
- Ati, N., Paraswati, M., & Windarwati, H. (2020). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Bakken, V., Lydersen, S., Skokauskas, N., Sund, A. M., & Kaasbøll, J. (2024). Protective factors for suicidal ideation: A prospective study from adolescence to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 3079–3089. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02379-w>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* (1982), 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Burshtein, S., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Werbeloff, N., Davidson, M., & Weiser, M. (2016). Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 481–488. <https://doi.org/10.1111/acps.12555>
- Caribé, A. C., Nunez, R., Montal, D., Ribeiro, L., Sarmiento, S., Quarantini, L. C., & Miranda-Scippa, A. (2012). Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: A case-control study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 863–867. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6d05>
- Caribé, A. C., Studart, P., Bezerra-Filho, S., Brietzke, E., Nunes Noto, M., Vianna-Sulzbach, M., Kapczinski, F., Silva Neves, F., Correa, H., & Miranda-Scippa, Â. (2015). Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *Journal of Affective Disorders*, 186, 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.024>
- Fakhari, A., Farahbakhsh, M., Esmaeili, E. D., & Azizi, H. (2021). A longitudinal study of suicide and suicide attempt in northwest of Iran: Incidence, predictors, and socioeconomic status and the role of sociocultural status. *BMC Public Health*, 21(1), 1486. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11527-9>
- Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 8(11), e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- Kwon, H., Lee, J.-S., Kim, A. R., Hong, H. J., & Kweon, Y.-S. (2018). Risk Factors for Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. *Soa--Ch'ongsonyon Chongsin Uihak = Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 114–121.



- <https://doi.org/10.5765/jkacap.170010>
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Mason, K. (2021). Suicide stigma in christian faith communities: A qualitative study. *Religions (Basel)*, 12(7). <http://dx.doi.org/10.3390/rel12070540>
- Mason, K., Rando, A., Im, S., De Souza, V. F., Rynbrandt, B., O'Shell, D., & Oliveira, B. F. (2024). An Exploratory Study of the Moderating Effect of Religious Service Attendance on the Relationship Between Discrimination and Suicidal Behaviors in an Immigrant Sample. *Religions*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/rel15111404>
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1–52). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9820-2_1
- Nalavade, M. T., Zachariah, B., Takawale, P., Komesaroff, P., de Wit, E. E., & Bunders-Aelen, J. (2024). Individual and Sociocultural Determinants of Suicide in an Indian Community: A Qualitative Study. *Illness, Crisis & Loss*, 10541373241293914. <https://doi.org/10.1177/10541373241293914>
- Nurtanti, S., Handayani, S., Ratnasari, N. Y., Husna, P. H., & Susanto, T. (2020). Characteristics, causality, and suicidal behavior: A qualitative study of family members with suicide history in Wonogiri, Indonesia. *Frontiers of Nursing*, 7(2), 169–178. <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0016>
- Ongeri, L., Nyawira, M., Kariuki, S. M., Theuri, C., Bitta, M., Penninx, B., Newton, C. R., & Tijdink, J. (2022). Sociocultural perspectives on suicidal behaviour at the Coast Region of Kenya: An exploratory qualitative study. *BMJ Open*, 12(4), e056640. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056640>
- Osafo, J., Akotia, C. S., Andoh-Arthur, J., & Puplampu, B. M. (2021). The Role of Religious Leaders in Suicide Prevention in Ghana. A Qualitative Analysis. *Pastoral Psychology*, 70(5), 525–539. <https://doi.org/10.1007/s11089-021-00955-4>
- Özen-Dursun, B., Panagioti, M., Alharbi, R., Giles, S., & Husain, N. (2023). A qualitative study on lived experience of self-harm in South Asians in the UK: From reasons to recovery. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1179–1189. <https://doi.org/10.1002/cpp.2875>
- Poorolajal, J., Goudarzi, M., Gohari-Ensaf, F., & Darvishi, N. (2022). Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: A meta-analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 22(1), e00537. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.72>
- Rutakumwa, R., Knizek, B. L., Tusiime, C., Mpango, R. S., Birungi, C., & Kinyanda, E. (2024). Victimization in the life of persons with severe mental illness in Uganda: A pluralistic qualitative study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 329. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05720-4>
- Saju, S., Reddy, S. K., Bijjal, S., & Annapally,



- S. R. (2024). Farmer's mental health and well-being: Qualitative findings on protective factors. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 15(2), 307–312.
https://doi.org/10.25259/JNRP_403_2023
- Silva Filho, O. C. da, Avanci, J. Q., & Assis, S. G. de. (2024). On the margins of suicide: Everyday horizons, turning points and trajectories of protection in peripheral young women. *Cadernos de saude publica*, 40(10), e00055824.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XEN055824>
- Wilson, D. H., Sarche, M., Ricker, A., Krienke, L. K., & Brockie N, T. (2024). Engagement with reservation-based Head Start teachers to explore their stress and coping: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 246–258.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.06.008>
- World Health Organization. (2021). Suicide Worldwide in 2021: Global Health Estimates. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

