

# DEPRESI BERAT TANPA GEJALA PSIKOTIK DENGAN TENTAMEN SUICIDE DAN GANGGUAN KEPRIBADIAN EMOSIONAL TIPE BORDERLINE

**Arianti Mutiara Ilsa<sup>1\*</sup>, Ananditya Sukma Dewi Utami<sup>2</sup>, Anastasia Ratnawati Biromo<sup>3</sup>**

Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia<sup>1,3</sup>, Rumah Sakit Soeharto

Heerdjan, Jakarta, Indonesia<sup>2</sup>

\*Corresponding Author : mutiarailsaarianti@gmail.com

## ABSTRAK

Perilaku bunuh diri pada remaja merupakan masalah kesehatan mental yang serius dan terus meningkat. Depresi berat dan gangguan kepribadian emosional tidak stabil tipe borderline berperan besar dalam munculnya ide serta percobaan bunuh diri berulang. Trauma masa kanak-kanak, konflik keluarga, dan rendahnya dukungan sosial sering memperburuk kondisi klinis. Laporan kasus ini menggambarkan seorang remaja perempuan berusia 14 tahun 8 bulan dengan riwayat percobaan bunuh diri berulang dengan konsumsi obat, self-harm, dan perilaku membahayakan diri lainnya, disertai penolakan pengobatan psikiatri. Pemeriksaan status mental menunjukkan suasana hati depresif, afek depresif serasi dengan isi pembicaraan, ide bunuh diri, kontrol impuls buruk, serta gangguan hubungan interpersonal. Pada pemeriksaan fisik ditemukan jaringan parut pada kedua lengan dan tungkai atas akibat self-harm. Diagnosis ditegakkan sebagai Episode Depresif Berat tanpa gejala psikotik (F32.2) dengan komorbid Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil tipe borderline (F60.3), disertai gangguan fungsi sosial berat. Penanganan melibatkan kombinasi farmakoterapi, termasuk antidepresan SSRI, mood stabilizer, dan antipsikotik atipikal, serta pendekatan non-farmakologis yang dapat disarankan pada pasien ialah Dialectical Behavior Therapy, terapi keluarga dan intervensi sosial-pendidikan. Pendekatan multidisipliner ini bertujuan menurunkan risiko kekambuhan, meningkatkan regulasi emosi, serta memperbaiki fungsi sosial pasien. Kasus ini menegaskan bahwa perilaku bunuh diri berulang pada remaja merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial, dan menekankan perlunya intervensi holistik untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

**Kata kunci** : depresi berat, gangguan kepribadian borderline, kesehatan mental, perilaku bunuh diri, remaja

## ABSTRACT

*Suicidal behavior in adolescents is a serious and increasing mental health problem. Major depressive disorder and borderline-type emotionally unstable personality disorder play a significant role in the development of persistent suicidal ideation and repeated suicide attempts. Childhood trauma, family conflicts, and low social support often exacerbate clinical conditions. This case report describes a 14-year-8-month-old female adolescent with a history of repeated suicide attempts through medication overdose, self-harm, and other extreme behaviors, accompanied by refusal of psychiatric treatment. The patient was diagnosed with Major Depressive Episode without psychotic features (F32.2) comorbid with borderline-type Emotionally Unstable Personality Disorder (F60.3), with severe social dysfunction. Management included pharmacotherapy—such as SSRIs, mood stabilizers, atypical antipsychotics, and stimulants if indicated—as well as non-pharmacological approaches, including Dialectical Behavior Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, family therapy, safety planning, and social-educational interventions. A multidisciplinary approach aimed to reduce recurrence risk, improve emotional regulation, and enhance social functioning. This case highlights that repeated suicidal behavior in adolescents results from complex interactions among biological, psychological, and social factors and underscores the need for holistic interventions to prevent recurrence and improve quality of life.*

**Keywords** : major depression, borderline personality disorder, suicidal behavior, adolescent, mental health

## PENDAHULUAN

Perilaku bunuh diri pada remaja merupakan masalah kesehatan mental yang serius dan menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada kelompok usia tersebut secara global (Sadock et al., 2015; World Health Organization [WHO], 2014). Masa remaja merupakan periode perkembangan yang ditandai oleh perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang kompleks, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap stres psikososial dan gangguan mental, terutama gangguan mood dan gangguan kepribadian (Sadock et al., 2017). Kondisi tersebut dapat memicu munculnya ide bunuh diri, perilaku menyakiti diri, serta percobaan bunuh diri berulang apabila tidak ditangani secara komprehensif (APA, 2022). Gangguan Depresi Berat pada remaja ditandai oleh suasana hati depresif, kehilangan minat dan motivasi, perasaan tidak berharga, keputusasaan, serta penurunan fungsi sosial dan akademik yang bermakna (WHO, 2019). Remaja dengan depresi berat memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami ide bunuh diri dan melakukan percobaan bunuh diri dibandingkan dengan populasi umum, terutama bila disertai gangguan psikiatri komorbid (Sadock et al., 2015). WHO menyatakan bahwa depresi merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya bunuh diri pada remaja, khususnya ketika dikombinasikan dengan faktor psikososial yang merugikan (WHO, 2014).

Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil tipe borderline merupakan gangguan kepribadian yang ditandai oleh ketidakstabilan emosi, impulsivitas, gangguan identitas diri, hubungan interpersonal yang tidak stabil, serta perilaku self-harm dan percobaan bunuh diri berulang (APA, 2022). Kombinasi antara gangguan depresi dan gangguan kepribadian borderline secara signifikan meningkatkan risiko bunuh diri, terutama pada remaja perempuan, akibat buruknya regulasi emosi dan kontrol impuls (Sadock et al., 2017). Riwayat trauma masa kanak-kanak, termasuk pelecehan fisik maupun psikologis, merupakan faktor predisposisi penting dalam perkembangan gangguan depresi dan gangguan kepribadian pada masa remaja (Zanarini & Frankenburg, 2008). Trauma tersebut dapat mengganggu perkembangan emosi, konsep diri, serta kemampuan membangun hubungan interpersonal yang sehat (Sadock et al., 2017). Selain itu, konflik keluarga, kurangnya dukungan sosial, dan pola pengasuhan yang tidak adaptif dapat memperberat gejala klinis serta meningkatkan risiko kekambuhan perilaku bunuh diri (WHO, 2014).

Permasalahan utama dalam kasus ini adalah adanya percobaan bunuh diri berulang pada seorang remaja perempuan dengan gangguan depresi berat dan gangguan kepribadian emosional tidak stabil tipe borderline yang berdampak signifikan terhadap fungsi sosial dan kualitas hidup. Oleh karena itu, penulisan laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik klinis, faktor risiko, serta penegakan diagnosis psikiatri berdasarkan kriteria PPDGJ-III dan DSM-5-TR pada remaja dengan perilaku bunuh diri berulang sebagai dasar pemahaman dan penatalaksanaan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.

## ILUSTRASI KASUS

Seorang remaja perempuan berusia 14 tahun 8 bulan dibawa oleh orang tuanya ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Soeharto Heerdjan, setelah mengaku melakukan tindakan membahayakan diri dengan mengkonsumsi 20 tablet obat yang tidak diketahui untuk mengakhiri hidupnya. Setelah kejadian tersebut, pasien mengeluhkan nyeri kepala, mual dan meminta untuk dibawa ke rumah sakit guna mendapatkan perawatan. Berdasarkan alloanamnesis dengan ibu pasien, tidak ditemukan bukti objektif yang mendukung adanya penggunaan obat dalam jumlah banyak. Namun, dari autoanamnesis didapatkan bahwa pasien telah mengalami dorongan bunuh diri sejak enam bulan yang lalu dan semakin sering dalam dua minggu terakhir dengan berbagai macam cara salah satunya dengan mengkonsumsi obat

dalam jumlah yang banyak. Pasien mengungkapkan bahwa keinginan bunuh diri muncul hampir setiap hari, terutama saat berada di rumah, dan dipicu oleh perasaan kesepian, merasa tidak memiliki teman, serta pengalaman dijauhi oleh lingkungan sekolah. Pasien juga mengungkapkan perasaan tidak berguna, merasa tidak diperhatikan oleh orang tua, serta kemarahan yang menetap terhadap ayah dan ibunya akibat konflik keluarga di masa lalu. Pasien memiliki riwayat pengalaman traumatis pada masa sekolah dasar yang tidak mendapatkan penanganan lebih lanjut karena keterbatasan ekonomi keluarga. Sejak peristiwa tersebut, pasien sempat menunjukkan perubahan perilaku namun hal ini tidak berlarut – larut membuat pasien terganggu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari hari.

Sejak awal masa remaja, pasien memiliki riwayat perilaku menyakiti diri yang dilakukan berulang, terutama ketika berada di rumah, tanpa tujuan yang jelas. Selain itu, pasien juga memiliki riwayat percobaan bunuh diri berulang sejak beberapa bulan terakhir yang menyebabkan pasien beberapa kali menjalani rawat inap di rumah sakit. Pasien telah mendapatkan terapi farmakologis psikiatri secara rutin, namun tidak patuh terhadap pengobatan dimana pasien sempat tidak mau mengkonsumsi obat, berharap agar kondisinya semakin memburuk. Pada pemeriksaan status mental, pasien tampak sesuai usia, kooperatif, dan mampu menjalin kontak mata dengan baik. Aktivitas psikomotor dalam batas normal, dengan pembicaraan spontan dan terarah. Suasana hati tampak disforik dengan afek depresif yang serasi dengan isi pembicaraan. Proses pikir teratur dan logis, namun isi pikir didominasi oleh ide bunuh diri. Tidak ditemukan gangguan persepsi, waham, maupun gejala psikotik. Daya nilai realitas baik, orientasi dan fungsi kognitif dalam batas normal, namun kontrol impuls dinilai buruk.

Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal, namun ditemukan bekas luka lama pada kedua lengan dan kedua tungkai atas sebagai upaya perilaku menyakiti diri. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan status mental, dan evaluasi klinis menyeluruh, pasien didiagnos is mengalami Episode Depresif Berat tanpa gejala psikotik dengan komorbid Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil tipe borderline. Kondisi ini disertai gangguan fungsi sosial dan akademik yang bermakna, sehingga pasien memerlukan penanganan psikiatri komprehensif dan berkelanjutan.



Gambar 1. Tampak Jaringan Parut pada Kedua Lengan Pasien Sebagai Upaya Self Harm yang Dilakukan Olehnya

## PEMBAHASAN

Kasus ini menggambarkan perilaku bunuh diri berulang pada remaja perempuan dengan komorbid Episode Depresif Berat tanpa gejala psikotik dan Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil tipe borderline. Kombinasi kedua gangguan ini meningkatkan risiko munculnya ide serta percobaan bunuh diri secara persisten dan perilaku self-harm terutama pada remaja perempuan (Sadock et al., 2017; American Psychiatric Association [APA], 2022). Gangguan

Depresi Berat berperan dalam munculnya perasaan putus asa, tidak berharga, serta penurunan fungsi sosial dan akademik (WHO, 2019). Pada pasien ini, gejala tersebut tampak dari suasana hati depresif, perasaan hidup tidak berguna, dan penurunan fungsi sosial yang signifikan. Kombinasi dengan gangguan kepribadian borderline memperburuk kemampuan pasien dalam mengatur emosi negatif dan mengendalikan impuls, sehingga self-harm dan percobaan bunuh diri menjadi cara untuk meredakan distres emosional pasien (Linehan, 2015; APA, 2022).

Riwayat trauma masa kanak-kanak yang dialami pasien menjadi faktor predisposisi penting. Trauma tersebut dapat mengganggu perkembangan regulasi emosi, meningkatkan risiko gangguan mood, dan memengaruhi pola hubungan interpersonal di masa remaja (Zanarini & Frankenburg, 2008; Sadock et al., 2017). Tidak adanya intervensi psikologis dini pada pasien ini kemungkinan memperkuat kronisitas gejala dan frekuensi perilaku bunuh diri. Selain itu, adanya faktor psikososial yaitu konflik keluarga dan persepsi kurangnya dukungan dari orang tua. Dukungan keluarga yang rendah menjadi prediktor utama kekambuhan perilaku bunuh diri, sementara pola komunikasi yang maladaptif dapat memperberat gejala depresi dan menghambat proses pemulihan (WHO, 2014). Pada pasien ini, ketegangan interpersonal dengan orang tua dan perasaan diabaikan memperkuat distres emosional yang dirasakan.

Tatalaksana farmakologi pada kasus ini bertujuan mengatasi gejala depresi berat, menstabilkan mood, dan mengurangi risiko bunuh diri. Terapi farmakologi yang diberikan meliputi antidepresan golongan SSRI yaitu sertraline  $1\times50$  mg untuk mengurangi gejala depresi seperti suasana perasaan depresif, perasaan tidak berharga, serta ide bunuh diri. SSRI dipilih sebagai lini pertama karena efektivitasnya yang baik dan profil keamanan yang relatif lebih baik pada remaja dengan risiko bunuh diri. Selain itu, diberikan quetiapin  $1\times200$  mg sebagai antipsikotik atipikal yang berperan dalam menstabilkan mood, menurunkan impulsivitas dan reaktivitas emosional, serta untuk mengurangi gejala ansietas dan gangguan tidur yang seringkali menyertai depresi berat dengan komorbid gangguan kepribadian borderline. Quetiapin juga digunakan sebagai terapi augmentasi antidepresan pada depresi berat, terutama pada pasien dengan disregulasi emosi dan perilaku self-harm berulang (Sadock et al., 2017; Stahl, 2021; APA, 2022). Penggunaan quetiapin pada pasien ini diharapkan dapat membantu mengendalikan impuls bunuh diri dan perilaku melukai diri yang berkaitan dengan gangguan kepribadian emosional tidak stabil, serta memperbaiki kualitas tidur dan toleransi terhadap distres emosional. Kombinasi farmakoterapi ini perlu disertai pemantauan ketat terhadap respons klinis dan efek samping, serta dikombinasikan dengan intervensi psikoterapi dan dukungan keluarga untuk mencapai hasil terapi yang optimal.

Adapun pendekatan non-farmakologi sangat penting untuk mengatasi perilaku bunuh diri berulang dan gangguan kepribadian borderline. Psikoterapi berbasis bukti seperti Dialectical Behavior Therapy (DBT) terbukti efektif mengurangi self-harm, impulsivitas, dan ide bunuh diri (Linehan, 2015; Sadock et al., 2017). Terapi keluarga juga menjadi komponen penting dengan tujuan memperbaiki komunikasi, meningkatkan dukungan emosional, dan menciptakan lingkungan rumah yang aman bagi pasien (WHO, 2014). Selain itu, intervensi sosial dan pendidikan juga penting untuk meningkatkan keterlibatan sosial, dukungan teman sebaya, dan integrasi sekolah, sehingga mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan fungsi adaptif pasien (WHO, 2014). Secara keseluruhan, kasus ini menegaskan bahwa perilaku bunuh diri berulang pada remaja merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Penatalaksanaan yang efektif memerlukan kombinasi farmakoterapi untuk stabilisasi mood dan pengendalian impuls, serta psikoterapi dan intervensi keluarga untuk membangun keterampilan regulasi emosi, meningkatkan dukungan sosial, dan mencegah kekambuhan. Pendekatan multidisipliner yang melibatkan pemantauan ketat dan dukungan keluarga menjadi kunci keberhasilan terapi pada remaja dengan risiko bunuh diri tinggi.

## KESIMPULAN

Kasus remaja perempuan dengan perilaku bunuh diri berulang ini menegaskan bahwa kombinasi Episode Depresif Berat tanpa gejala psikotik dan Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil tipe borderline meningkatkan risiko ide dan percobaan bunuh diri secara signifikan. Faktor-faktor predisposisi, seperti trauma masa kanak-kanak, konflik keluarga, dan rendahnya dukungan sosial, berperan penting dalam memperburuk gejala serta memicu self-harm berulang. Penemuan ini menegaskan bahwa perilaku bunuh diri pada remaja bukanlah fenomena tunggal, melainkan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Penatalaksanaan yang efektif memerlukan pendekatan multidisipliner yang mengombinasikan terapi farmakologis untuk stabilisasi mood dan pengendalian impuls, psikoterapi berbasis bukti, intervensi keluarga, serta strategi manajemen risiko yang sistematis. Pendekatan ini tidak hanya menurunkan risiko kekambuhan perilaku bunuh diri, tetapi juga meningkatkan kemampuan regulasi emosi dan fungsi adaptif pasien di lingkungan sosial dan pendidikan.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak Rumah Sakit Soeharto Heerdjan atas izin dan fasilitas yang diberikan selama pengumpulan data. Penulis juga berterimakasih kepada pasien dan keluarga yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

*American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Pajak, R., Gulliver, S. B., Cammarata, C., & Barlow, D. H. (2020). *A single-case experimental design of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in adolescents with nonsuicidal self-injury. Behavior Modification*, 44(4), 512–541. <https://doi.org/10.1177/0145445519833010>

Edmondson, A. J., Brennan, C., & House, A. O. (2016). *Non-suicidal self-injury and professional care: A systematic review of health and social care professionals' attitudes. Journal of Affective Disorders*, 191, 184–195.

Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Schulenberg, J. E. (2021). *Adolescent non-suicidal self-injury: Longitudinal trajectories and associations with psychological distress. Journal of Abnormal Child Psychology*, 49, 115–129.

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2017). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*(12th ed.). Wolters Kluwer.

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). *Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

McManus, S., Gunnell, D., Cooper, C., Bebbington, P. E., Howard, L. M., Brugha, T., ... & Jenkins, R. (2019). *Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: Repeated cross-sectional surveys of the general population. The Lancet Psychiatry*, 6(7), 573–581.

Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). *The psychology of suicidal behaviour*. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). *The epidemiology of non-suicidal self-injury (NSSI): A review of current data and the influence of gender and age*. *Journal of Mental Health*, 24(4), 185–193.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2017). *Nonsuicidal self-injury and suicidality among sexual minority youth: Risk factors and protective factors*. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 1–11.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Schlarb, A., Smith, G. P., & Knox, K. L. (2011). *Nonsuicidal self-injury in a college population: The role of engagement in online communities*. *Journal of American College Health*, 59(4), 253–260.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO Press.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev.). WHO.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). *Pathways to the development of borderline personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 5–17. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.5>