

KONSEP DAN STRATEGI INOVASI LAYANAN KESEHATAN MENTAL INDONESIA



PENULIS :

- Herda Ariyani
- Dewi Nurhanifah
- Yoessy Etna Werdini
- Merly Erlina
- Rizma Adlia Syakurah
- Dearly
- Monika Ginting



KONSEP DAN STRATEGI INOVASI LAYANAN KESEHATAN MENTAL INDONESIA

**Herda Ariyani
Dewi Nurhanifah
Yoessy Etna Werdini
Merly Erlina
Rizma Adlia Syakurah
Dearly
Monika Ginting**



GET PRESS INDONESIA

KONSEP DAN STRATEGI INOVASI LAYANAN KESEHATAN MENTAL INDONESIA

Penulis :

Herda Ariyani
Dewi Nurhanifah
Yoessy Etna Werdini
Merly Erlina
Rizma Adlia Syakurah
Dearly
Monika Ginting

ISBN : 978-634-255-143-1

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa., Amd.Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tengah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Konsep Dan Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Mental Indonesia ini.

Buku Ini Membahas : Definisi dan Pentingnya Kesehatan Mental, Konsep Sehat dan Sakit dalam Kesehatan Mental, Sejarah dan Tokoh Gerakan Kesehatan Mental, Penyesuaian Diri dan Kesehatan Mental, Teknologi Digital dan Layanan Kesehatan Mental, Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial dan Budaya.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Oktober 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 DEFINISI DAN PENTINGNYA KESEHATAN	
MENTAL	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Terminologi Kesehatan Mental	2
1.3 Dimensi Kesehatan Mental.....	5
1.4 Pentingnya Kesehatan Mental.....	6
1.5 Konsekuensi Jika Kesehatan Mental Terabaikan	7
1.6 Implikasi dalam Konteks Remaja dan Perkawinan	
Anak	8
1.7 Konsep Layanan Kesehatan Mental	8
1.8 Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Mental	9
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 KONSEP SEHAT DAN SAKIT DALAM	
KESEHATAN MENTAL	19
2.1 Pengertian Sehat dan Sakit.....	19
2.2 Konsep Sehat dan Sakit	22
2.3 Kesehatan Mental	27
2.4 Konsep Sehat dan Sakit dalam Kesehatan Mental	28
DAFTAR PUSTAKA.....	35
BAB 3 SEJARAH DAN TOKOH GERAKAN	
KESEHATAN MENTAL	37
3.1 Sejarah Lahirnya Kesehatan Mental	37
3.1.1 Periode Pertama	41
3.1.2 Periode Kedua	42
3.1.3 Periode Ketiga	43
3.1.4 Periode Keempat	44
3.2 Perkembangan Kesehatan Mental	46
3.2.1 Zaman Pra Sejarah	49
3.2.2 Zaman Roma Kuno dan Yunani Kuno	50
3.2.3 Zaman Kegelapan	51
3.2.4 Zaman Pertengahan	52

3.2.5 Zaman Renaissance	53
3.3 Penutup	57
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB 4 PENYESUAIAN DIRI DAN KESEHATAN MENTAL..	61
4.1 Penyesuaian Diri	61
4.1.1 Tujuan Penyesuaian Diri bagi Individu	62
4.1.2 Proses Penyesuaian Diri	63
4.1.3 Penyesuaian Diri yang Normal dan Penyimpang....	64
4.1.4 Aplikatif	67
4.1.5 Penelitian Terkait	68
4.2 Kesehatan Mental.....	69
4.2.1 Kesehatan Mental Menurut WHO	70
4.2.2 Tujuan dan Fungsi Kesehatan Mental.....	71
4.2.3 Ruang Lingkup.....	72
4.2.4 Karakteristik Kesehatan Mental.....	75
4.2.5 Aplikatif	76
4.2.6 Riset terkait	77
DAFTAR PUSTAKA	79
BAB 5 TEKNOLOGI DIGITAL DAN LAYANAN	
KESEHATAN MENTAL DI INDONESIA.....	81
5.1 Pendahuluan	81
5.2 Menjembatani Potensi dan Tantangan: Telaah	
Kritis Transformasi Digital Kesehatan Mental	83
5.2.1 Perluasan Akses Layanan secara Cepat dan	
Merata	83
5.2.2 Efisiensi Biaya dan Tantangan Pembiayaan.....	83
5.2.3 Anonimitas sebagai Mekanisme Mereduksi	
Stigma.....	84
5.2.4 Inovasi dalam Terapi Digital.....	85
5.2.5 Integrasi Data sebagai Fondasi Kebijakan	
Berbasis Bukti.....	86
5.3 Potret Layanan Kesehatan Mental Digital di Indonesia..	87
5.4 Dimensi Inklusivitas dalam Layanan Digital	
Kesehatan Mental	92
5.5 Potret Layanan Kesehatan Mental Digital di Indonesia..	97
5.6 Etika, Keamanan, dan Tata Kelola Penggunaan Inovasi	
dalam Kesehatan Mental	101

5.7 Inovasi Kesehatan Mental: Potensi Implementasi di Indonesia	106
5.7.1 Pemetaan dan Prioritas Inovasi Digital Kesehatan Mental di Indonesia	108
5.7.2 Tantangan Implementasi dan Peran Pemerintah	113
5.7.3 Strategi Implementasi Jangka Pendek dan Panjang	115
5.7.4 Tantangan Implementasi dan Mitigasi Risiko	117
5.8 Strategi Implementasi dan <i>Roadmap Digital Mental Health</i> di Indonesia	120
5.9 Penutup: Strategi Nasional Digitalisasi Kesehatan Jiwa..	122
DAFTAR PUSTAKA.....	125
BAB 6 ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM PELAYANAN KESEHATAN MENTAL	137
6.1 Pendahuluan.....	137
6.2 Dasar Etika Dan Profesionalisme Dalam Layanan Kesehatan Mental	138
6.2.1 Etika dan Profesi	138
6.2.2 Profesionalisme	140
6.2.3 Pentingnya Etika dan Profesionalisme Dalam Pelayanan Kesehatan Mental	143
6.2.4 Prinsip-Prinsip Etika Fundamental	144
6.2.5 Wujud Profesionalisme dalam Praktik Layanan Kesehatan Mental	146
6.2.6 Tantangan Etika Dalam Layanan Kesehatan Mental Pada Kelompok Spesifik	147
6.2.7 Tantangan Etika di Era Digital	148
6.2.8 Menghadapi Dilema Etis serta Strategi Menjaga Etika dan Profesionalisme	149
6.3 Kesimpulan.....	150
DAFTAR PUSTAKA.....	151
BAB 7 KESEHATAN MENTAL DI LINGKUNGAN SOSIAL DAN BUDAYA	155
7.1 Pendahuluan.....	155
7.2 Faktor Sosial Budaya Dalam Perkembangan Kesehatan Mental	156
7.2.1 Teori Ekologi.....	156
7.2.2 Teori Labeling.....	158

7.2.3 Teori Dukungan Sosial.....	159
7.2.4 Teori Konstruksi Sosial.....	161
7.3 Faktor Kendala Dari Lingkungan Sosial Dan Budaya Terhadap Kesehatan Mental.....	161
7.3.1 Keluarga dan Nilai Budaya	161
7.3.2 Stigma Sosial.....	162
7.3.3 Intervensi Budaya.....	162
7.4 Kesimpulan	163
DAFTAR PUSTAKA	164
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Matriks Benchmarking Layanan Kesehatan Mental Digital di Asia.....	91
Tabel 5.2. Beberapa inovasi teknologi layanan kesehatan mental dan potensinya di Indonesia	109
Tabel 5.3. Inovasi Digital Kesehatan Mental yang Potensial di Indonesia.....	112
Tabel 6.1. <i>Ethical standard Clinical ethical standards for clinicians</i>	140
Tabel 6.2. <i>Three concepts of professionalism</i>	143

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Sehat sebagai hasil hubungan interaksi positif antara penjam dan agen yang seimbang (<i>Agent: Agen, Host: Penjamu, Enviroment: lingkungan</i>)	23
Gambar 2.2. <i>The Environment of Health</i>	23
Gambar 5.1. Yorisoi Hotline yang menyediakan konsultasi via telepon di Jepang	97
Gambar 5.2. Diagaram alur : Risiko-dampak-strategi mitigasi media sosial terhadap kesehatan mental.....	101
Gambar 7.1. Mesosistem sebagai salah satu interaksi anatar system seperti relasi Guru Sekolah dengan Orang tua dalam mendukung Kesehatan Mental anak	158
Gambar 7.2. Lebel negative yang diberikan oleh sekelompok orang akan cenderung menimbulkan gangguan lanjutan (penyimpangan sekunder) pada Mental individu.....	159
Gambar 7.3. Dukungan emosional yang diberikan secara nyata kepada sesorang mampu mencegah mundulnya gangguan pada Kesehatan Mental individu.....	160
Gambar 7.4. Ngulengang Kayun dalam masyarakat Bali merupakan Teknik meditasi untuk menenangkan pikiran dan perasaan yang sedang stress	163

BAB 1

DEFINISI DAN PENTINGNYA KESEHATAN MENTAL

1.1 Pendahuluan

Organisasi Kesehatan Dunia menekankan bahwa kesehatan jiwa merupakan aspek esensial bagi setiap individu. WHO (2022) menyatakan: “Kesehatan mental sangat penting bagi semua orang, di mana pun mereka berada. Di seluruh dunia, kebutuhan akan kesehatan mental sangat tinggi, tetapi respons yang ada masih tidak memadai dan belum mencukupi.”

Bukti global juga menguatkan urgensi ini. Studi Global Burden of Disease oleh Santomauro et al. (2021) menyoroti “prevalensi global dan beban gangguan depresi serta kecemasan di 204 negara dan wilayah pada tahun 2020 akibat pandemi COVID-19.” Konteks Indonesia menunjukkan pola serupa dengan beban yang besar. Data nasional dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 melaporkan bahwa “lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi.” (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Lebih lanjut, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia dilaporkan mencapai “7 permil atau setara dengan sekitar 1,7 juta jiwa.” (Riskesdas 2018).

Akses terhadap layanan kesehatan jiwa di Indonesia masih menghadapi tantangan besar. Studi Mental Healthcare Access and the Treatment Gap in Indonesia melaporkan bahwa “hanya 9,3% dari mereka yang teridentifikasi mengalami kemungkinan depresi yang benar-benar menerima perawatan” (Rizal, et al. 2024). Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan yang serius antara kebutuhan dan ketersediaan layanan kesehatan mental. Hal ini semakin mengkhawatirkan ketika dikaitkan dengan kelompok usia remaja. Studi kualitatif terbaru menegaskan bahwa “remaja Indonesia menghadapi peningkatan risiko mengalami kondisi kesehatan

mental seperti depresi dan kecemasan, sebagian besar disebabkan oleh kurangnya literasi dan kesadaran kesehatan mental, mereka menyatakan keinginan yang kuat untuk belajar bagaimana mengelola tantangan ini dengan lebih baik (Yani dkk., 2025).

Studi Candrarukmi, dkk. (2025) menggunakan survei berbasis populasi dengan 1.413 remaja dari Provinsi Jawa Tengah dan Yogyakarta, Indonesia, menggunakan Children's Depression Inventory. Ditemukan bahwa 28,5% peserta menunjukkan gejala depresi. Faktor risiko yang signifikan antara lain: jenis kelamin perempuan (OR = 3,962), ibu yang seorang ibu rumah tangga atau bekerja sebagai buruh/tani/tani swasta, tinggal bersama ayah kandung atau wali bukan orang tua, serta tidak memiliki saudara kandung.

Selain itu, pendekatan berbasis komunitas melalui kader kesehatan jiwa juga mulai diakui sebagai strategi potensial. Penelitian tentang *lay mental health workers* (kader) menemukan bahwa “para kader melaporkan adanya motivasi untuk membantu masyarakat meningkatkan kesehatan mental dan mengurangi stigma terkait gangguan jiwa. Kader juga berkontribusi pada pencegahan sekunder dan primer gangguan jiwa, meskipun dengan beberapa keterbatasan” (Susanti dkk., 2024). Sementara itu, konsensus para ahli yang dilakukan oleh Basrowi et al. (2024) menegaskan pentingnya langkah strategis nasional, di mana “masyarakat Indonesia harus mulai memprioritaskan kesadaran kesehatan mental serta menyediakan sumber daya yang memadai untuk melakukan skrining, diagnosis, dan pengobatan bagi individu dengan gangguan kesehatan mental”.

1.2 Terminologi Kesehatan Mental

Terminologi “kesehatan mental” atau *mental health* memiliki berbagai pendekatan konseptual yang berubah seiring waktu dan konteks budaya serta disiplin ilmu. Menurut Coronel-Santos et al. (2022), kesehatan mental dipahami melalui tiga paradigma utama: ketiadaan penyakit mental (*absence of illness*), kesehatan mental positif (*positive mental health*), dan keadaan keseimbangan internal (*state of equilibrium*). Paradigma ini menekankan bahwa seseorang tidak hanya “bebas dari

gangguan”, tetapi juga mampu hidup produktif, mengelola emosi dan hubungan, serta menjaga keseimbangan antara faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan.

Galderisi et al. (2015) dalam artikel *Toward a new definition of mental health* mengusulkan bahwa definisi kesehatan mental harus melampaui norma ideal atau sekadar kesejahteraan hedonic/eudaimonic, menuju kondisi yang dinamis di mana seseorang dapat *“menggunakan kemampuannya sendiri dalam harmoni dengan nilai-nilai universal masyarakat, mampu menghadapi stres normal dalam kehidupan, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitas”*.

Dalam konteks Indonesia, buku-referensi “KESEHATAN MENTAL Perspektif Indonesia” menekankan bahwa kesehatan mental sebagai kondisi yang melibatkan kesadaran diri, kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Buku tersebut juga mengutip definisi dari Pieper & van Uden (2006), yaitu bahwa kesehatan mental adalah keadaan di mana seseorang *tidak mengalami perasaan bersalah terhadap diri sendiri*, memiliki estimasi diri yang realistis, mampu menerima kelemahan diri, dan mampu menghadapi masalah hidup dengan kepuasan dalam kehidupan sosial.

Selain itu, Gautam (2024) dalam artikel *Concept of mental health and mental well-being* memperluas definisi WHO bahwa kesehatan mental adalah suatu *state of mind* yang dicirikan oleh kesejahteraan emosional, penyesuaian perilaku yang baik, kebebasan relatif dari kecemasan serta gejala yang melemahkan, dan kapasitas untuk menjalin hubungan yang konstruktif serta menghadapi tuntutan hidup sehari-hari.

Kesehatan mental merupakan aspek integral dari kesehatan secara menyeluruh. Menurut Yusuf (2017), kesehatan mental dapat dipahami sebagai kondisi yang memungkinkan individu mencapai kesejahteraan batin, mampu mengendalikan emosi, menyesuaikan diri dengan lingkungan, serta mengaktualisasikan potensi dirinya. Dalam perspektif psikologis dan agama, Yusuf menekankan bahwa *“kesehatan mental yang baik ditandai oleh adanya keseimbangan antara aspek psikis, sosial, dan spiritual”* (Yusuf, 2017, hlm. 42).

Sejalan dengan itu, Latipun (2015) dalam bukunya *Kesehatan Mental* menyebutkan bahwa kesehatan mental bukan hanya ketiadaan penyakit jiwa, melainkan juga kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan, menjaga hubungan sosial yang sehat, serta mencapai kepuasan hidup. Ia menegaskan bahwa *“individu dengan kesehatan mental yang baik mampu menghadapi tantangan hidup dengan cara yang wajar tanpa kehilangan fungsi sosial maupun psikologisnya”* (Latipun, 2015, hlm. 18).

Lebih lanjut, Oce Yea et al. (2023) dalam *Kesehatan Mental: Pemahaman, Pencegahan, dan Pengobatan* memperluas terminologi ini dengan menekankan aspek pencegahan dan intervensi. Mereka menulis bahwa kesehatan mental perlu dipahami sebagai sebuah kontinum, di mana setiap orang memiliki risiko, strategi pencegahan, dan kemungkinan pemulihan. Buku ini menegaskan pentingnya pemahaman komprehensif, bukan sekadar definisi statis, karena *“kesehatan mental dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya yang saling berinteraksi”* (Oce Yea et al., 2023, hlm. 27).

Sementara itu, dalam konteks global, WHO (2022) menyatakan bahwa *“mental health is critically important to everyone, everywhere. All over the world, mental health needs are high but responses are insufficient and inadequate”* (Barbui, 2023). Definisi ini mempertegas bahwa kesehatan mental adalah hak universal yang tidak boleh dipandang sebelah mata.

Kesehatan mental didefinisikan sebagai kondisi kesejahteraan di mana individu menyadari kapasitasnya, mampu menghadapi tekanan wajar, bekerja produktif, dan berkontribusi sosial. Pendekatan modern memandang kesehatan mental sebagai spektrum fungsionalitas yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya. Konsepsi ini semakin meluas mencakup dinamika emosi harian (*emotion dynamics*) yang dapat diukur secara ambulatori menggunakan metode seperti *ecological momentary assessment* (EMA) serta pengukuran fisiologis dan pengenalan emosi dari bicara sebuah pendekatan trimodal yang mendekatkan fenomena subjektif ke data objektif (Wang et al., 2025; Nibbio et al., 2025).

Dengan demikian, terminologi kesehatan mental harus dipahami sebagai suatu kondisi dinamis yang tidak hanya bebas dari gangguan, tetapi juga mencakup kesejahteraan psikologis, kemampuan sosial, resiliensi, dan harmoni dengan nilai budaya maupun spiritual. Pemahaman ini penting agar upaya promosi kesehatan mental, khususnya bagi remaja, tidak hanya berfokus pada pengobatan tetapi juga pencegahan, pemberdayaan, dan penguatan kapasitas diri.

Berdasarkan telaah tersebut muncul beberapa unsur kunci terminologi kesehatan mental yang sering muncul:

1. **Absensi penyakit/ gangguan mental** — bukan memiliki gejala penyakit mental berat.
2. **Kesejahteraan positif** — perasaan emosional baik, kepuasan hidup, pengembangan diri.
3. **Keseimbangan internal** — kemampuan pengaturan diri, kesadaran emosi, adaptasi psikologis.
4. **Fungsi sosial dan produktivitas** — mampu bekerja, belajar, berkontribusi dalam komunitas.
5. **Konteks dan budaya** — definisi dan terminologi sangat dipengaruhi oleh budaya lokal dan nilai sosial; kondisi ideal dalam satu budaya belum tentu dianggap ideal di budaya lain.

1.3 Dimensi Kesehatan Mental

Kesehatan mental merupakan konsep multidimensional yang melibatkan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dimensi biologis menekankan pentingnya fungsi otak, kesehatan fisik, dan keseimbangan hormonal dalam memengaruhi kondisi mental seseorang. Biologis merupakan faktor genetik, neurobiologi, regulasi hormonal, tidur, kesehatan fisik, dan jejak fisiologis stres yang dapat dimonitor real-time (Wang et al., 2025). WHO (2022) menegaskan bahwa gangguan keseimbangan biologis, termasuk masalah neurokimia, dapat meningkatkan risiko depresi maupun kecemasan (Barbui, 2023).

Dimensi psikologis mencakup pengelolaan emosi, kognisi, konsep-diri, resiliensi, serta literasi mental yang menentukan kemampuan individu mengenali dan merespons masalah psikologis. (Tambling & D'Aniello, 2025). Menurut Yusuf (2017),

individu yang memiliki ketahanan psikologis mampu menghadapi tekanan hidup dengan cara yang adaptif tanpa kehilangan fungsi sosial maupun spiritual.

Dimensi sosial menyoroti kualitas hubungan interpersonal, dukungan keluarga, serta keterlibatan komunitas, guru, teman sebaya, determinan sosial ekonomi, stigma, serta kondisi pendidikan yang memoderasi dampak stres pada anak dan remaja (Chen et al., 2025; Mirnawati et al., 2024). Dukungan sosial terbukti berperan protektif terhadap munculnya stres dan depresi, khususnya pada kelompok remaja (Thoits, 2011).

Sementara itu, dimensi spiritual dan budaya menekankan pentingnya nilai keagamaan dan kearifan lokal dalam menjaga ketenangan batin. Latipun (2015) menegaskan bahwa spiritualitas sering kali berfungsi sebagai sumber kekuatan dalam menghadapi krisis hidup dan memperkuat resiliensi individu. Selain itu, Kultural/Spiritual merupakan nilai agama, praktik budaya dan keterlibatan komunitas yang membentuk makna penderitaan dan strategi koping; perspektif agama juga menawarkan kerangka pemahaman dan dukungan komunitas. (Hess et al., 2025; Aziz & Yaseen, 2025).

Pemahaman multidimensi ini mendasari pentingnya model layanan yang sensitif budaya dan kontekstual serta penggunaan instrumen yang memuat indikator BSPB (Bio-Psiko-Sosio-Budaya) untuk monitoring *outcome*.

1.4 Pentingnya Kesehatan Mental

Kesehatan mental memiliki peran fundamental dalam meningkatkan kualitas hidup. Pada tingkat individu, kesehatan mental yang baik mendukung produktivitas, kepuasan hidup, dan kesejahteraan psikologis (Keyes, 2007).

Kesehatan mental yang baik berkontribusi pada fungsi akademik/pekerjaan, hubungan interpersonal, dan kesejahteraan masyarakat secara luas. Dampak pandemi COVID-19 memperlihatkan peningkatan beban gangguan mental dan menegaskan kebutuhan penguatan layanan; kajian pasca-pandemi menyoroti area-area kerentanan dan kebutuhan pemulihan jangka panjang (Nibbio et al., 2025).

Dalam konteks keluarga, kesehatan mental menjadi dasar terciptanya interaksi yang harmonis, pola asuh yang sehat, serta ketahanan keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa orang tua dengan kondisi mental sehat lebih mampu memberikan dukungan emosional dan pola pengasuhan yang positif (Goodman et al., 2011).

Pada tingkat masyarakat, kesehatan mental berkontribusi dalam mengurangi stigma, meningkatkan solidaritas sosial, serta memperkuat pembangunan sosial-ekonomi. WHO (2022) menegaskan prinsip *“no health without mental health”* yang menempatkan kesehatan mental sebagai bagian integral dari pembangunan nasional (Patel et al., 2018).

1.5 Konsekuensi Jika Kesehatan Mental Terabaikan

Jika kesehatan mental diabaikan, konsekuensi serius dapat muncul dalam berbagai aspek kehidupan. Dari sisi psikologis, individu rentan mengalami depresi, kecemasan, dan trauma (Kessler et al., 2005).

Dalam aspek sosial, masalah kesehatan mental dapat berujung pada disfungsi keluarga, konflik, hingga marginalisasi sosial. Hal ini berdampak luas pada menurunnya kohesi sosial masyarakat (Thoits, 2011).

Dipandang dari sisi ekonomi, gangguan kesehatan mental menyebabkan hilangnya produktivitas kerja dan meningkatnya beban biaya kesehatan. WHO memperkirakan bahwa depresi dan kecemasan berkontribusi terhadap kerugian ekonomi global sebesar USD 1 triliun per tahun (WHO, 2022).

Konsekuensi jangka panjang juga dapat memengaruhi generasi mendatang, seperti risiko stunting, masalah perkembangan anak, hingga siklus gangguan mental yang berulang (Walker et al., 2011).

Tanpa intervensi dini akan terjadi peningkatan prevalensi depresi, kecemasan, gangguan penggunaan zat, disfungsi sosial, dan peningkatan risiko bunuh diri. Di populasi anak dan remaja, konsekuensi mencakup penurunan prestasi sekolah, isolasi sosial, serta siklus kemiskinan yang diperparah oleh determinan sosial. (Gyamfi et al., 2025; Morcillo et al., 2025).

1.6 Implikasi dalam Konteks Remaja dan Perkawinan Anak

Masa perkembangan yang melibatkan perubahan emosi dan identitas membuat remaja rentan; literasi kesehatan mental (termasuk *relational health literacy*) pada mahasiswa dan remaja meningkatkan pengenalan masalah dan help-seeking (Tambling & D'Aniello, 2025). Masa remaja merupakan periode rentan karena ditandai dengan perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang signifikan. Erikson (1968) menyebut masa ini sebagai fase krisis identitas, di mana kegagalan mengelola tantangan dapat memicu gangguan mental.

Perkawinan anak menjadi salah satu faktor risiko serius, karena berhubungan dengan meningkatnya prevalensi depresi, trauma psikologis, dan masalah kesehatan reproduksi (Nasrullah et al., 2014). Selain itu, perkawinan pada usia dini sering kali menyebabkan kehamilan dengan risiko medis lebih tinggi, termasuk stunting akibat kurangnya kesiapan gizi dan kesehatan reproduksi (Raj et al., 2018).

Bukti menunjukkan perkawinan anak berkorelasi dengan peningkatan depresi, trauma, hilangnya hak pendidikan dan otonomi memperkuat determinan sosial yang memperburuk kondisi mental perempuan muda. Intervensi harus menggabungkan pencegahan kebijakan, perlindungan anak, pendidikan, dan dukungan psikososial (Samuels, 2024; Samuels sintesa 2025; referensi sebelumnya).

Oleh karena itu, pencegahan perkawinan anak perlu melibatkan strategi edukasi, konseling sebaya, serta intervensi lintas profesi yang terintegrasi antara psikologi, keperawatan, dan farmasi/gizi. Pendekatan interdisipliner ini diyakini mampu membangun resiliensi remaja sekaligus mengurangi dampak negatif jangka panjang terhadap kesehatan mental maupun fisik.

1.7 Konsep Layanan Kesehatan Mental

Konsep layanan kesehatan mental menekankan pada pendekatan komprehensif dan berkesinambungan. Layanan harus meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Model berbasis

komunitas menjadi strategi utama dalam memperluas akses dan mengurangi stigma. WHO merekomendasikan integrasi layanan kesehatan mental ke dalam pelayanan primer, memperkuat sistem rujukan, dan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Di Indonesia, layanan kesehatan mental masih menghadapi keterbatasan sarana prasarana serta ketimpangan antara daerah perkotaan dan pedesaan.

Model layanan saat ini merekomendasikan:

1. *Integrated care*: integrasi layanan mental ke perawatan primer, sekolah, dan layanan anak (CAMHS) untuk deteksi dini dan manajemen kasus ringan-sedang. (Carney et al., 2025; Integrated community models, 2025).
2. *Stepped-care & task-sharing*: pengalokasian intervensi sesuai tingkat kebutuhan dan desentralisasi tugas ke non-spesialis dengan supervisi spesialis untuk menjawab keterbatasan sumber daya. (Gyamfi et al., 2025).
3. *Partisipasi & co-design*: melibatkan pengguna layanan (remaja, keluarga, guru) dalam merancang program digital dan non-digital untuk penerimaan dan keberlanjutan. (Bufton et al., 2025).
4. *Hak asasi & non-koersi*: prinsip hak asasi manusia perlu dimasukkan pada desain layanan—mengurangi praktik koersi dan memperkuat persetujuan serta otonomi. (Richter, 2025).

1.8 Strategi Inovasi Layanan Kesehatan Mental

Inovasi dalam layanan kesehatan mental sangat penting untuk menjawab tantangan keterbatasan akses, stigma, dan tingginya beban gangguan mental. Berdasarkan literatur terbaru, strategi inovatif dan rekomendasi implementasi:

1. ***Trimodal assessment & personalized monitoring***
Menggabungkan metrik dinamis, pengukuran fisiologis dan analisis emosi dari bicara memungkinkan deteksi dini fluktuasi emosi dan intervensi yang lebih tepat sasaran. Ini menjanjikan personalisasi intervensi berbasis data ambulatori (Wang et al., 2025).
2. ***Conversational Artificial Intelligence (AI) & digital therapeutics*** (khusus: pediatri & remaja)

Ulasan naratif menunjukkan potensi AI percakapan sebagai pelengkap layanan pediatrik—memfasilitasi screening, intervensi ringan, dan dukungan psychoeducation; namun perlu validasi klinis, etika, dan pengawasan regulator (Mansoor et al., 2025; Bufton et al., 2025).

3. *Co-design dan design mapping untuk program digital*

Kerangka co-design memastikan program digital berbasis bukti tetap relevan dan mudah dipakai oleh target (remaja, keluarga, guru). (Bufton et al., 2025). O'Dea et al. (2024) menekankan bahwa intervensi kesehatan mental berbasis digital terus berkembang pesat, namun pelaksanaan clinical trials untuk menilai efektivitasnya menghadapi berbagai kendala. Tantangan utama meliputi kesulitan menjaga keterlibatan peserta jangka panjang, masalah etika terkait privasi data, serta heterogenitas kebutuhan pengguna. Dalam ranah inovasi, Pine (2022) mengembangkan dan menguji Match Emoji, sebuah permainan kasual berbasis video game yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan mental remaja. Studi ini menekankan pendekatan co-design, di mana remaja dilibatkan langsung dalam merancang fitur agar sesuai dengan kebutuhan emosional mereka. Hasil awal menunjukkan bahwa permainan digital yang menyenangkan dapat menjadi medium efektif untuk meningkatkan literasi emosional, keterlibatan, dan kesejahteraan mental remaja. Hal ini memperlihatkan potensi besar integrasi teknologi hiburan ke dalam strategi kesehatan mental preventif, terutama pada kelompok usia muda yang akrab dengan teknologi.

4. *Culturally-grounded interventions & intersectional approaches*

Studi partisipatif menunjukkan satu ukuran budaya tidak cocok untuk semua; intervensi harus disesuaikan dengan konteks budaya dan melibatkan komunitas lokal. (Hess et al., 2025). Kajian deskriptif oleh Mackie, Bradford, dan Enanga (2021) menunjukkan kesenjangan besar antara Uganda dan Kanada dalam hal sistem layanan kesehatan mental. Di Uganda, keterbatasan sumber daya manusia, stigma, dan

minimnya infrastruktur kesehatan mental menjadi hambatan utama. Sebaliknya, Kanada memiliki sistem yang lebih mapan tetapi masih menghadapi isu aksesibilitas dan keterbatasan layanan di daerah terpencil. Penelitian ini menyarankan bahwa peningkatan literasi kesehatan mental, pelatihan tenaga kesehatan, serta kebijakan multisektor sangat penting untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan di kedua konteks. Dengan demikian, studi ini menyoroti perlunya pendekatan yang peka terhadap konteks sosial-budaya, sekaligus memanfaatkan potensi inovasi global untuk mengurangi kesenjangan layanan.

5. ***Recovery-oriented models & layanan ramah anak/remaja***
Konsep pemulihan mental, termasuk untuk anak dan remaja (CAMHS), menekankan fungsi, harapan, dan partisipasi sosial, bukan semata remission gejala. (Gyamfi et al., 2025; Carney et al., 2025).
6. **Penguatan peran guru & lingkungan sekolah**
Dukungan guru berdampak lewat peningkatan konsep-diri siswa dan pengurangan tekanan psikososial—program pelatihan guru dan intervensi sekolah dapat mereduksi insiden dan meningkatkan rujukan tepat waktu. (Chen et al., 2025; Mirnawati et al., 2024).
7. **Perhatian pada Hak Asasi Manusia dan non-koersi**
Perencanaan layanan harus memasukkan prinsip non-koersi, perlindungan hak, dan kebijakan yang menghormati otonomi pasien, terutama pada intervensi yang bersifat involunter. (Richter, 2025).
8. **Pendekatan lintas sektor untuk determinan sosial**
Intervensi kesehatan mental yang efektif memerlukan kolaborasi sektor kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial untuk menangani akar determinan termasuk upaya pencegahan perkawinan anak dan program ekonomi keluarga. (Gyamfi et al., 2025).

DAFTAR PUSTAKA

Basrowi, R. W., Wiguna, T., Samah, K., & Pelangi, B. (2024). Exploring Mental Health Issues and Priorities in Indonesia Through

Qualitative Expert Consensus. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 20. <https://doi.org/10.2174/13892029261224070517450179331951> CPEMH

- Susanti, H., Brooks, H., Yulia, I., Windarwati, H. D., Yuliastuti, E., & Hasniah, H. (2024). An exploration of the Indonesian lay mental health workers' (cadres) experiences in performing their roles in community mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(3). <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00622-0> BioMed Central
- Yani, D. I., et al. (2025). Perceptions of Mental Health Challenges and Needs among Indonesian Adolescents: A Qualitative Study. *International Journal of Mental Health Nursing*. PMC
- Rizal, M. F., Johnston, D. W., & Black, N., & Sweeney, R. (2024). Mental Healthcare Access and the Treatment Gap in Indonesia. Centre for Health Economics, Monash University
- Candrarukmi, D., Hartanto, F., Wibowo, T., Nugroho, H. W., Anam, M. S., Indraswari, B. W., Santosa, Q., & Hanum, N. (2025). Risk factors for depression symptoms in adolescents: A population-based study. *Saudi Medical Journal*, 46(2), 190-198. <https://doi.org/10.15537/smj.2025.46.2.20240914>
- Barbui, C. (2023). The WHO World Mental Health Report 2022: A new standard of care is emerging. *Molecular Psychiatry*, 28(4-5). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01788-0>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Nurhanifah, D., Hariyoni, D. S., & Ariyani, H. (2024). PENDAMPINGAN KESEHATAN MENTAL REMAJA DALAM UPAYA PENCEGAHAN KECEMASAN DAN PERILAKU KEKERASAN DI SEKOLAH. *Martabe: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(12), 5407-5412.
- Ariyani, H., & Nurhanifah, N. (2024). MEMBENTUK INSAN CENDIKIA CERDAS OBAT DAN SEHAT MENTAL MELALUI METODE CARA BELAJAR INSAN AKTIF (CBIA). *Martabe: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(11), 4852-4864.

- Hariyono, D. S., Ariyani, H., & Hafizoh, H. (2025). PSIKOEDUKASI UNTUK MENINGKATKAN SELF ESTEEM DAN PENERIMAAN TEMAN SEBAYA SISWA REGULER DI SEKOLAH. *Martabe: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 8(2), 741-746.
- Ariyani, H., Muhtadi, M., Nurmeida, R., Fitria, A., Sawitri, N. B., Ulya, A. H., ... & Astuti, W. A. (2024). PKM KOMUNITAS SISWA CERDAS MENTAL BERKARAKTER DI ERA DIGITAL. *Martabe: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(9), 3470-3484.
- Liu, J., Ning, W., Zhang, N., Zhu, B., & Mao, Y. (2024). Estimation of the global disease burden of depression and anxiety between 1990 and 2044: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Healthcare*, 12(17), 1721. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171721>
- Saraceno, B., & Caldas de Almeida, J. M. (2022). An outstanding message of hope: The WHO World Mental Health Report 2022. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e5. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000373>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Coronel-Santos MA and Rodríguez-Macías JC (2022) Integral definition and conceptual model of mental health: Proposal from a systematic review of different paradigms. *Front. Sociol.* 7:978804. doi: 10.3389/fsoc.2022.978804
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
- Gautam, S., et al. (2024). Concept of mental health and mental well-being. *Indian Journal of Psychiatry*.
- Ardiansyah, S. (2021). KESEHATAN MENTAL Perspektif Indonesia. [Buku]. (Mengutip definisi dari Pieper & van Uden, 2006). Binawan University Repository
- Barbui, C. (2023). The WHO World Mental Health Report 2022: A new standard of care is emerging. *Molecular Psychiatry*, 28(4-5),

- 1475–1477. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01788-0>
- Latipun. (2015). Kesehatan mental. Malang: UMM Press. ISBN 978-979-796-233-3
- Oce Yea, M., Conterius, A. W. S., Nei, F., & Florensia, S. (2023). Kesehatan mental: Pemahaman, pencegahan, dan pengobatan. Jakarta: PT Media Penerbit Indonesia. ISBN 978-623-89077-6-2
- Yusuf, S. (2017). Kesehatan mental: Perspektif psikologis dan agama. Bandung: PT Remaja Rosdakarya. ISBN 978-602-446-232-1
- Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. New York: Norton.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Latipun. (2015). Kesehatan mental. Malang: UMM Press. ISBN 978-979-796-233-3
- Nasrullah, M., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Krämer, A. (2014). Girl-child marriage and its association with morbidity and mortality of children under 5 years of age in a nationally-representative sample of Pakistan. *Journal of Pediatrics*, 164(3), 639–646. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.017>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Raj, A., Jackson, E., & Dunham, S. (2018). Girl child marriage: A

- persistent global women's health and human rights violation. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(6), 323–324. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30107-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30107-9)
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E., & Carter, J. A. (2011). Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145–157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)
- Aziz, A., & Yaseen, S. (2025). روشنی کی سنت و قرآن: تصور جامع کا صحت ذہنی: جائزہ تحقیقی میں: A Comprehensive Concept of Mental Health in the Light of the Qur'an and Sunnah: An Analytical Study. *Jihat-ul-Islam*, 18(2), 48–59.
- Buften, K., Bates, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Hamid, J., & Westrupp, E. (2025). Design Mapping: A Conceptual Framework for Co-Designing Evidence-Based Digital Mental Health Programs. *Health Expectations*, 28(5), e70385.
- Carney, M., Mahon, P., White, M., & Kearns, T. (2025). Recovery Concepts in Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). (*journal details tbd—masukkan detail bila tersedia*).
- Chen, Z., Du, Q., de Castro, B. O., & Liu, G. (2025). Taking a Closer Look at Teacher Support and Children's Mental Health: The Mediating Role of Self-Concept and the Moderating Role of Area. *Behavioral Sciences*, 15(7), 987.
- Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2025). Models and frameworks of mental health recovery: A scoping review of the available literature. *Journal of Mental Health*, 34(2), 153–165.
- Hess, J. M., Magan, I. M., & Goodkind, J. R. (2025). Is cultural appropriateness culturally specific? Intersectional insights from a community-based participatory mental health intervention study conducted with diverse cultural groups. *American Journal of Community Psychology*, 75(1–2), 53–67.
- Mansoor, M., Hamide, A., & Tran, T. (2025). Conversational AI in

- Pediatric Mental Health: A Narrative Review. *Children*, 12(3), 359.
- Mirnawati, M., Amka, A., Juwita Susanti, D., Ariyani, H., Ulfah, F., & Setiawati Hariyono, D. (2024). Research Article: Analysis of the influence of acceptance levels, equality, and involvement of children with special needs on the reduction of violence in inclusive schools. (*journal details tbd — masukkan volume/halaman bila ada*).
- Nibbio, G., Calzavara-Pinton, I., Barlati, S., Necchini, N., Bertoni, L., Lisoni, J., ... & Vita, A. (2025). Well-being and mental health: where do we stand after COVID-19 pandemic? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 213(1), 28–33.
- Richter, D. (2025). Human Rights and Coercion in Mental Health Care: Concepts, Data and Terminology. In *Human Rights in Psychiatry: Prospects and Dilemmas of Abolishing Coercion in Mental Health Care* (pp. 1–14). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Tambling, R. R., & D’Aniello, C. (2025). Mental health literacy and relational health literacy among college students. *Journal of American College Health*, 73(2), 635–643.
- Wang, P., Liu, A., & Sun, X. (2025). Integrating emotion dynamics in mental health: A trimodal framework combining ecological momentary assessment, physiological measurements, and speech emotion recognition. *Interdisciplinary Medicine*, 3(3), e20240095.
- Mackie, C. L., Bradford, L., & Enanga, E. (2021). Mental Health in Uganda and Canada: A Descriptive Case Study of the Issue and Recommendations for Improved Mental Health. USURJ: University of Saskatchewan Undergraduate Research Journal, 7(2).
- O’Dea, B., Gordon, E. R., Lyons, F. L., Taylor, M., Whitton, M. K., Vilus, B., ... & Batterham, P. J. (2024). Understanding the challenges and opportunities for informative clinical trials in digital mental health. (*Journal details to be added once available*).
- Pine, R. (2022). Developing, Co-Designing and Testing a New Approach in Digital Mental Health for Young Adolescents: Match Emoji, a Casual Video Game Adapted for Mental Health

and Well-Being (Doctoral dissertation, Open Access Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington).

BAB 2

KONSEP SEHAT DAN SAKIT DALAM KESEHATAN MENTAL

2.1 Pengertian Sehat dan Sakit

Masyarakat merupakan gabungan kehidupan manusia yang saling berinteraksi berdasarkan sistem budaya tertentu. Sistem ini selalu berubah seiring waktu dan dibangun dengan adanya rasa identitas yang sama. Masyarakat yang sehat memiliki beberapa ciri khas, yaitu sebagai berikut.

1. Memiliki kemampuan untuk meningkatkan kualitas hidup sehat secara umum
2. Memiliki kemampuan dalam menyelesaikan berbagai masalah kesehatan sederhana, seperti kegiatan promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, serta pemulihan fungsi kesehatan.
3. Memiliki kemampuan untuk meningkatkan kualitas lingkungan hidup melalui penyediaan sarana sanitasi dasar.
4. Memiliki kemampuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat secara keseluruhan.
5. Terdapat upaya untuk menurunkan jumlah penderita penyakit dan meningkatkan tingkat kelangsungan hidup dari berbagai penyebab dan jenis penyakit.

Sehat adalah kondisi yang tidak terkena penyakit, mencakup semua aspek kehidupan seseorang, seperti fisik, emosi, sosial, dan spiritual. Menurut World Health Organization (WHO), sehat adalah kondisi sempurna pada seseorang dalam hal fisik, mental, sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit atau ketidaksempurnaan. Berdasarkan Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sehat diartikan sebagai kondisi yang baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga seseorang dapat hidup secara produktif dalam aspek sosial dan ekonomi.

1. Sehat fisik

Sehat fisik diartikan seseorang tidak merasa sakit dan tidak ada masalah kesehatan menurut medis. Fungsi tubuh tidak terganggu, sehingga semua organ dalam bekerja dengan baik dan normal. Sehat fisik juga mencakup sehat jasmani seperti penampilan yang bersih, rambut terawat, pakaian yang rapi, tidak kelebihan berat badan, selera makan yang baik, tidur yang nyenyak, serta kemampuan bergerak dengan lincah.

2. Sehat mental

Kesehatan mental adalah kondisi dimana pikiran dan perasaan seseorang dalam keadaan baik. Kesehatan pikiran menunjukkan kemampuan seseorang berpikir dengan logis dan rasional. Kesehatan emosional menunjukkan kemampuan seseorang untuk menyampaikan perasaannya dengan baik.

3. Sehat spiritual

Sehat spiritual adalah cara seseorang mengekspresikan kepercayaan, rasa terima kasih, dan pujian terhadap sesuatu yang ada di luar dunia fisik. Contohnya cara beragama yang mengajarkan tindakan-tindakan baik yang sesuai dengan nilai-nilai masyarakat.

4. Sehat sosial

Sehat sosial adalah kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain atau kelompok tanpa membedakan berdasarkan ras, suku, agama, atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, atau politik. Contohnya saling bertoleransi dan saling menghargai.

5. Sehat ekonomi.

Seseorang yang memiliki pekerjaan atau mampu menghasilkan pendapatan. Untuk anak-anak dan remaja yang belum bekerja, kesehatan ekonomi dapat dilihat dari kemampuan mereka untuk berperan aktif secara sosial, misalnya memiliki kegiatan yang menghasilkan sesuatu untuk membantu kebutuhan hidup diri sendiri atau keluarga. Sementara itu, bagi siswa, mahasiswa, atau orang lanjut usia, produktif secara sosial berarti terlibat dalam kegiatan yang bermanfaat bagi masa depan mereka.

Kesehatan adalah kondisi yang terus-menerus, mulai dari keadaan sehat sejahtera hingga keadaan sakit kronis. Kesehatan juga bisa diartikan sebagai cara hidup seseorang yang dipengaruhi oleh nilai, kepribadian, dan gaya hidup mereka sendiri. Kondisi ini terkait dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa, dan lingkungan, seperti udara yang bersih, cahaya matahari, kebersihan, pikiran sehat, kebiasaan, dan perilaku hidup positif. Beberapa ciri kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Mampu menunjukkan perhatian pada orang lain.
2. Adanya pengertian tentang kesehatan baik dari dalam maupun luar diri.
3. Adanya kondisi hidup secara kreatif dan produktif.

Kesakitan (*illness*) berhubungan dengan penyakit (*diseases*). Kesakitan merupakan respon individu, hubungan antarmanusia, dan budaya terhadap penyakit sehingga menimbulkan gangguan tubuh dan ketidaknyamanan. Penyakit merupakan bentuk akibat terjadinya gangguan fungsi atau kemampuan seseorang untuk beradaptasi secara biologis maupun psikologis. Dalam istilah medis, penyakit adalah gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan penurunan kemampuan tubuh. Penyakit terjadi ketika tubuh tidak bisa menjaga keseimbangan fungsi dalam dirinya.

Sakit adalah kondisi di mana fungsi tubuh secara keseluruhan atau sebagian terganggu serta terganggunya kemampuan seseorang untuk beradaptasi. Sakit dapat juga didefinisikan sebagai gagalnya adaptasi individu untuk memberikan respon secara tepat terhadap rangsangan sehingga menimbulkan gangguan pada sistem tubuh. Sakit bisa terdeteksi melalui gejala yang dirasakan atau ketidakmampuan seseorang melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Contohnya seseorang yang mampu beradaptasi dengan penyakit asma maka orang tersebut dikategorikan tidak dalam keadaan sakit. Berdasarkan pengertian di atas dapat dikatakan bahwa penyakit atau sakit berbeda dengan rasa sakit.

Penyakit akan berlanjut berdasarkan pola gejalanya terlebih ketika proses perkembangan penyakit (*patogenesis*) tidak terdeteksi dan penanganannya tidak berhasil. Kesembuhan dari penyakit dapat secara alami sembuh atau cepat melalui sedikit intervensi maupun

tidak memerlukan intervensi. Namun, ada juga penyakit yang menjadi kronis hingga tidak bisa sembuh sepenuhnya. Secara umum, penyakit diketahui jika terjadi perubahan metabolisme yang menyebabkan munculnya gejala tertentu.

2.2 Konsep Sehat dan Sakit

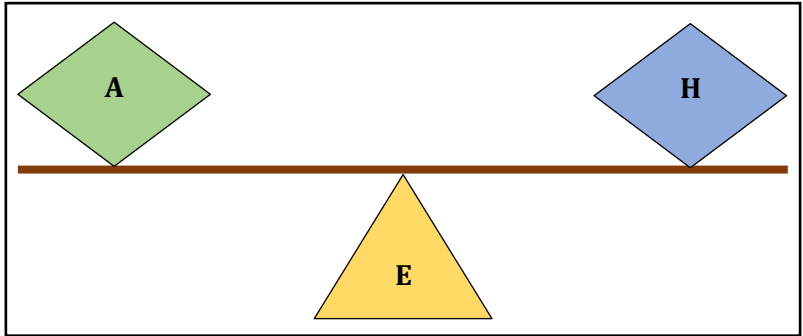
Kondisi sehat dan sakit memiliki keterkaitan yang sangat mendalam bahkan diakui diberbagai budaya. Sehat dan sakit adalah suatu keadaan yang dialami dan diamati didalam kehidupan harian tetapi seringkali sulit didefinisikan karena dipengaruhi cara pandang dan pemahaman seseorang. Contohnya seseorang dianggap sehat karena tidak memiliki keluhan-keluhan fisik yang mengganggu aktivitas hariannya. Faktor subjektivitas dan budaya juga berperan dalam membentuk pengertian dan interpretasi seseorang tentang konsep sehat dalam masyarakat.

Sehat dan sakit memiliki hubungan yang dapat dijelaskan melalui beberapa model antara lain sebagai berikut.

1. Model Agen-Pejamu-Lingkungan oleh Leavell, *et.al*

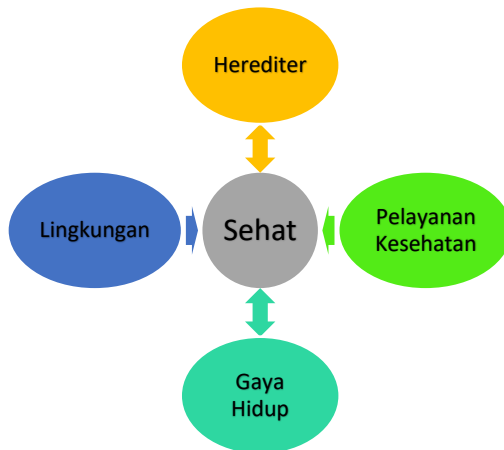
Pendekatan dalam model ini menunjukkan bahwa status kesehatan seseorang ditentukan berdasarkan hasil hubungan dinamis antara Agen, Pejamu, dan Lingkungan. Sifat Agen dapat dilihat dari biologis, kimia, fisik, mekanis, dan psikososial. Agen membawa berbagai faktor internal dan eksternal yang ada atau tidaknya dapat menimbulkan kondisi sakit.

Pejamu adalah seseorang atau kelompok yang mudah terkena penyakit. Penyakit ini bisa dipengaruhi oleh kondisi fisik, maupun aspek psikologis dan sosial yang membuat seseorang lebih rentan sakit. Lingkungan mencakup semua faktor di luar pejamu, seperti lingkungan fisik, lingkungan biologis, dan lingkungan sosial. Model ini menjelaskan bahwa ketiga faktor tersebut harus seimbang agar seseorang tetap sehat. Jika ketiga faktor tersebut tidak seimbang, maka seseorang bisa menjadi sakit.



Gambar 2.1. Sehat sebagai hasil hubungan interaksi positif antara penjam dan agen yang seimbang (*Agent: Agen, Host: Penjamu, Enviroment: lingkungan*)
(Sumber : Husaini, dkk, 2017)

2. Model *The Environment of Health* oleh H.L. Bloom
Model ini merupakan model kondisi status kesehatan yang diketahui berdasarkan pengaruh faktor yaitu faktor lingkungan, gaya hidup, biologis dan sistem pelayanan kesehatan.



Gambar 2.2. *The Environment of Health*
(Sumber : Husaini, dkk, 2017)

Penyakit menurut perspektif medis merupakan gangguan yang mempengaruhi fungsi tubuh yang mengakibatkan penurunan

kondisi tubuh dalam bentuk responnya berupa rasa sakit. Hubungan sehat sakit dapat dibedakan ke dalam dimensi fisik, sosial, emosional, intelektual dan spiritual. Setiap dimensi saling mempengaruhi satu sama lain. Seseorang yang mampu mengelola tingkat stress sehingga diharapkan mampu mempertahankan emosi yang positif dalam mengatasi krisis atau situasi sulit.

1. Dimensi fisik

Dimensi fisik meliputi kemampuan manusia untuk melakukan kegiatan harian, menjaga kebugaran tubuh, memenuhi kebutuhan gizi, dan mempertahankan lemak tubuh, serta menghindari pemakaian obat-obatan, rokok dan alkohol.

2. Dimensi sosial

Dimensi sosial berpusat pada kemampuan manusia berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain maupun lingkungan sekitar. Melalui interaksi ini diharapkan seseorang mampu menciptakan dan memperkuat hubungan dengan orang lain seperti sikap saling menghargai dan toleransi terhadap perbedaan pendapat dan keyakinan.

3. Dimensi emosional

Dimensi emosional mencakup kemampuan untuk mengelola stress dan mengekspresikan perasaan kepada orang lain seperti rasa tanggung jawab, penerimaan, dan menyampaikan perasaan serta mengakui kekurangan orang lain.

4. Dimensi intelektual

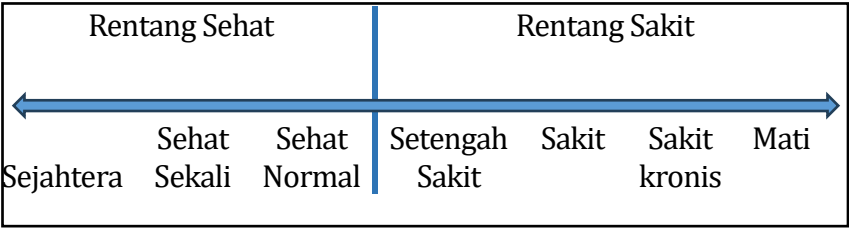
Dimensi intelektual meliputi kemampuan seseorang untuk belajar dan memanfaatkan informasi efektif kepada orang lain, keluarga, dan mengembangkan karier dalam adaptasi menghadapi perubahan baru.

5. Dimensi spiritual

Dimensi spiritual merupakan bentuk keyakinan terhadap beberapa kekuatan seperti alam, ilmiah, agama dan sumber kekuatan lainnya. Keyakinan tersebut penting bagi seseorang dalam menjalani kehidupan sehingga setiap orang memiliki nilai, moral dan etika yang dipercayanya.

Untuk mengukur status kesehatan seseorang digunakan rentang yang dibagi dalam rentang sehat dan rentang sakit. Metode ini berguna bagi para profesional kesehatan dalam menetapkan batasan dalam melakukan tindakan. Rentang sehat antara lain terdiri atas rentang sejahtera, rentang sehat sekali, dan rentang sehat normal. Sedangkan rentang sakit terdiri atas rentang setengah sakit, rentang sakit kronis dan berakhir pada rentang kematian.

Model ini berfungsi dengan baik ketika digunakan untuk menganalisis perbandingan kondisi seseorang saat ini dengan keadaan kesehatan masa lalu, sehingga berguna dalam menetapkan sasaran untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik di masa depan. Di sisi lain, kelemahan dari model ini adalah posisi kesehatan seseorang sulit dipastikan ketika berada pada titik ekstrem yaitu titik kesejahteraan dan titik kematian.



Gambar 2.3. Rentang Sehat dan Sakit
(Sumber : Neuman, 1990)

Status kesehatan adalah kondisi kesehatan seseorang yang terletak dalam skala dari sehat hingga sakit, yang sifatnya dinamis dan persepsi bervariasi antara individu. Bersifat dinamis contohnya pada saat sekarang seseorang menganggap dirinya sehat, tetapi pada 5 tahun kemudian dapat mengalami masalah kesehatan. Persepsi bervariasi contohnya, seseorang merasa dirinya sehat sementara bagi orang lain menilai bahwa keadaan tersebut adalah mendekati sakit. Faktor pengaruh perubahan status kesehatan antara lain perkembangan, sosial kultural, pengalaman masa lalu, harapan seseorang tentang dirinya, keturunan, lingkungan dan pelayanan.

1. Perkembangan

Faktor perkembangan merupakan mencakup perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia, mulai dari tahap bayi

hingga usia tua. Pertumbuhan serta perkembangan manusia melibatkan pemahaman dan reaksi yang bervariasi terhadap perubahan dalam kondisi kesehatan. Apabila individu dapat memberikan respon positif terhadap perubahan yang terjadi dalam kesehatan, maka mereka berpotensi mendapatkan kondisi kesehatan yang baik dan bahkan mencapai tingkat kesehatan yang maksimal. Misalnya, seorang bayi yang merasa sakit hanya bisa mengekspresikan ketidaknyamanan tersebut dengan menangis.

2. Sosial Kultural

Faktor sosial kultural melibatkan interaksi antara manusia dengan norma, nilai, budaya, dan aturan yang berlaku di suatu kelompok atau lingkungan masyarakat tertentu. Faktor ini mempengaruhi cara berpikir dan keyakinan seseorang. Contohnya meskipun seseorang tinggal di lingkungan yang kurang bersih tetapi jarang terkena penyakit, maka timbul anggapan bahwa orang tersebut sehat.

3. Pengalaman masa lalu

Ketika seseorang memperoleh pengalaman kesehatan yang buruk atau tidak diinginkan akan berdampak terhadap status kesehatan selanjutnya. Contohnya seseorang terkena flu disertai memperoleh penanganan yang salah akan berusaha untuk tidak mengulangi dengan penanganan yang sama bahkan berusaha menghindari penyebab flu.

4. Harapan seseorang tentang dirinya

Harapan menghasilkan status kesehatan optimal pada fisik maupun psikologis. berdasarkan harapan tersebut, maka akan menimbulkan usaha untuk mencegah hal-hal yang mempengaruhi kesehatan diri maupun lebih meningkatkan kualitas kesehatan. Contohnya merubah pola hidup menjadi lebih sehat.

5. Keturunan

Melalui faktor keturunan, seseorang mewarisi sifat dan karakteristik dari orang tua. Kondisi kesehatan tertentu juga

- akan menurun kepada anak sehingga risiko penyakit dan responnya akan mempengaruhi perubahan status kesehatan seseorang.
6. Lingkungan
Lingkungan berupa lingkungan fisik dapat mempengaruhi kesehatan seseorang. Lingkungan ini meliputi sanitasi, lokasi pembuangan sampah dan limbah, kebersihan diri sendiri, maupun rumah dengan persyaratan kesehatan yang baik.
 7. Pelayanan
Status kesehatan seseorang juga dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan termasuk tempat pelayanan atau sistem pelayanan. Jika fasilitas kesehatan lokasinya sangat jauh bahkan diikuti dengan mendapat kualitas pelayanan kurang baik, maka seseorang cenderung tidak mau memperbaiki kondisi kesehatannya dan berisiko mengalami kesehatan yang semakin buruk.

2.3 Kesehatan Mental

Pada mulanya, kesehatan mental dianggap terbatas bagi orang yang memiliki masalah kejiwaan dan tidak ditujukan untuk semua orang secara umum. Namun, persepsi ini telah berubah, sehingga kesehatan mental kini tidak hanya terkait dengan mereka yang menderita gangguan jiwa, tetapi juga mencakup individu yang sehat mental. Ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk menggali dirinya sendiri dan bagaimana cara mereka berinteraksi dengan lingkungan di sekitar mereka.

Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan mental adalah keadaan kesejahteraan individu yang mencakup kemampuan untuk mengatasi tekanan kehidupan sehari-hari, agar dapat berfungsi secara produktif dan berkontribusi dalam masyarakat. Ini menekankan bahwa kesehatan mental bukan sekadar ketiadaan gangguan mental, tetapi juga mencerminkan adanya aspek positif dalam kehidupan.

Menurut Daradjat, kesehatan mental adalah keseimbangan dalam kehidupan yang tercermin dari fungsi-fungsi psikologis, kapasitas untuk menghadapi masalah, serta kemampuan untuk merasakan kebahagiaan dan pandangan positif terhadap diri.

Ditekankan juga bahwa kondisi mental yang sehat adalah situasi di mana individu tidak menunjukkan gejala dari penyakit mental maupun tanda-tanda gangguan jiwa.

Gangguan emosional mental merupakan suatu situasi di mana individu mengalami perubahan dalam emosi yang bisa berlanjut ke kondisi patologis jika tidak diatasi dengan cepat. Gangguan ini dapat muncul pada siapa saja dalam situasi tertentu. Gangguan tersebut dapat disembuhkan apabila orang yang mengalaminya menggunakan layanan kesehatan yang tersedia secara efektif. Contoh umum dari gangguan emosional mental yang sering dijumpai di masyarakat adalah kecemasan dan depresi.

Faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mental dapat dibedakan menjadi faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam mencakup aspek biologis dan psikologis. Dari sisi biologis, elemen-elemen yang berdampak langsung terhadap kesehatan mental meliputi otak, sistem endokrin, aspek genetik, indera, dan kondisi ibu saat hamil. Sementara itu, faktor psikologis berkaitan dengan keadaan mental individu, mencakup pikiran, emosi, dan perilaku.

Faktor dari luar mencakup aspek sosial, ekonomi, politik, budaya, serta lingkungan. Kesehatan mental sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor ini, karena masing-masing berkontribusi secara signifikan dalam membentuk kesehatan mental seseorang.

2.4 Konsep Sehat dan Sakit dalam Kesehatan Mental

Seseorang dalam kondisi fisik sehat seharusnya memiliki mental yang sehat. Tetapi ada juga individu yang sehat secara fisik tetapi kesehatan mentalnya terganggu. Karakteristik kesehatan mental dapat diidentifikasi melalui tanda-tanda mental yang sehat. Ciri mental sehat antara lain terhindar dari gangguan mental, mampu beradaptasi, mampu memaksimalkan potensi serta mampu meraih kebahagiaan sendiri dan orang lain.

1. Terhindar dari gangguan mental

Kondisi mental dibedakan menjadi gangguan mental dan penyakit mental. Kedua istilah ini memiliki perbedaan yang signifikan. Seseorang dengan gangguan mental masih

menyadari dan merasakan kesulitan yang dihadapi, mengetahui batasan realitas serta berfungsi dalam kenyataan hidup sehari-hari. Sementara itu, individu yang menderita gangguan jiwa kehilangan kesadaran akan permasalahan yang dihadapinya, mengalami kesulitan dalam memberikan respons, merasakan emosi, dan mengendalikan dorongan, sehingga mereka kehilangan integritas dan hidup jauh dari kenyataan. Kesehatan mental diartikan sebagai kondisi bebas dari gangguan atau penyakit jiwa. Dalam hal ini, orang yang memiliki kesehatan mental yang baik mampu menyesuaikan diri dengan kenyataan dan mengatasi berbagai tantangan yang muncul.

2. Mampu beradaptasi.

Adaptasi diri adalah suatu proses yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan, sehingga individu dapat mengatasi stres, konflik, frustrasi, serta masalah tertentu dengan metode-metode tertentu. Seseorang dinilai memiliki keterampilan adaptasi yang baik apabila orang itu mampu menangani tantangan dan permasalahan yang dihadapinya dengan cara yang tepat, tanpa menimbulkan kerugian bagi dirinya sendiri atau lingkungan sekitarnya.

3. Mampu memaksimalkan potensi.

Seseorang memiliki kemampuan memanfaatkan kelebihan diri secara aktif agar mencapai potensi secara maksimal. Contohnya partisipasi aktif dalam berbagai kegiatan positif yang mendukung pengembangan kualitas diri, seperti pendidikan (rumah, sekolah, atau masyarakat), pekerjaan, organisasi, berolahraga, maupun meningkatkan hobi.

4. Mampu meraih kebahagiaan pribadi dan orang lain.

Aktivitas seseorang menggambarkan upaya untuk memperoleh kebahagiaan. Mental sehat pada seseorang ditunjukkan dengan perilaku respon positif atau reaksi terhadap situasi pemenuhan kebutuhannya, berperilaku tidak mengorbankan hak orang lain serta tidak mencari keuntungan dari kerugian orang lain sehingga berdampak bagi kebahagiaan dirinya dan orang lain.

Gangguan jiwa cenderung berfokus pada masalah neurosis, termasuk depresi, kecemasan, kelelahan, perubahan kognitif, dan kondisi fisik.

1. Depresi

Depresi adalah kondisi emosional yang serius yang ditandai dengan rasa sedih yang berlangsung lama, kehilangan optimisme, dan munculnya perasaan bersalah serta ketidakberdayaan. Ciri-ciri ini dapat mengganggu semangat individu untuk menjalani aktivitas sehari-hari bahkan dapat berdampak pada hubungan sosial mereka dengan orang lain.

2. Kecemasan

Gangguan kesehatan mental biasanya dimulai dengan perasaan cemas. Ini terjadi karena cara seseorang melihat suatu kejadian yang mengandung ancaman sebagai rangsangan berbahaya. Dalam keadaan tertentu, rasa cemas dapat membuat individu menjadi lebih peka sebagai bentuk upaya melindungi diri. Pada beberapa orang, berbagai reaksi cemas dapat menghasilkan reaksi fisik sementara seperti peningkatan detak jantung, berkeringat, nyeri perut, sakit kepala, rasa gatal, dan gejala lainnya.

3. Kelelahan

Kelelahan terlihat dari kurangnya antusiasme seseorang dalam menjalani kehidupan, disertai oleh perasaan tertekan, lemah, cepat merasa capek, serta kesulitan untuk tidur.

4. Perubahan kognitif

Kognitif merujuk pada kemampuan otak dalam memproses informasi yang diterima dari lingkungan sehingga menghasilkan kondisi berpikir, belajar, mengingat, memahami, dan mengatasi masalah. Gangguan kognitif mencakup kesulitan dalam berkonsentrasi, penurunan kemampuan mengingat, ketidakmampuan menyelesaikan masalah bahkan mengambil keputusan.

5. Gejala fisik

Gejala fisik terlihat ketika individu merasakan kelelahan, ketegangan pada otot, rasa sakit, sensasi hangat atau dingin,

mengeluarkan keringat, tangan bergetar, serta mengalami kesulitan dalam bernapas..

Proses sakit pada seseorang terbagi ke dalam tahapan gejala, asumsi sakit, interaksi dengan layanan kesehatan, ketergantungan dan proses penyembuhan.

1. Tahapan Gejala

Tahap pertama ketika seseorang mengalami sakit ditunjukkan oleh gejala fisik, seperti rasa tidak enak pada tubuh, rasa sakit, demam, dan lainnya.

2. Tahap asumsi terhadap sakit

Seseorang biasanya akan memahami gejala sakit yang dialaminya. Lalu, mereka akan merespons dengan emosi seperti rasa takut atau cemas. Untuk mengatasi perasaan takut dan cemas tersebut, biasanya dilakukan diskusi dengan orang-orang terdekat atau individu yang dianggap memiliki pengetahuan, sehingga memutuskan untuk mencari pengobatan. Proses ini berakhir ketika gejala yang jelas ditemukan, terutama dipengaruhi oleh pengetahuan atau pengalaman sebelumnya.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Baik karena keinginan pribadi maupun pengaruh dari orang lain, individu menghubungi layanan kesehatan untuk mendapatkan informasi dari profesional medis seperti dokter, perawat, bidan, atau tenaga kesehatan lainnya. Tindakan ini diambil untuk memperoleh kejelasan mengenai kondisi kesehatan, khususnya untuk memahami gejala-gejala yang tidak jelas serta berharap untuk mendapatkan solusi pengobatan. Jika setelah berkonsultasi tidak ada gejala yang ditemukan lagi, maka klien bisa berpendapat bahwa dirinya telah pulih.

4. Tahap ketergantungan

Ketika seseorang mengalami sakit dan mendapatkan bantuan medis, mereka mulai bergantung pada pengobatan tersebut. Kondisi ini dipengaruhi tingkat kebutuhan dan tingkat keparahan penyakit sehingga dapat dikatakan bahwa sebagian besar orang akan mengalami tingkat

ketergantungan yang berbeda. Penilaian kebutuhan perlu dilakukan terhadap ketergantungan dan memberikan bantuan agar seseorang mampu mandiri.

5. Tahap Penyembuhan

Penyembuhan adalah langkah penutup dalam perjalanan penyakit yang ditandai dengan kembalinya kemampuan untuk beradaptasi. Individu menjalani proses pembelajaran guna melepaskan peran yang diambil saat sakit dan memulihkan perannya seperti sebelum jatuh sakit, sekaligus mempersiapkan diri untuk dapat berfungsi dalam masyarakat. Para profesional kesehatan mendukung klien dalam meningkatkan kemandirian dan menawarkan harapan untuk kehidupan yang lebih baik.

Selama mengalami sakit seseorang mengalami perubahan perilaku, antara lain sebagai berikut.

1. Ketakutan

Ketakutan bisa muncul pada setiap orang sakit, baik dalam cara menerima kondisi sakitnya maupun dampak yang ditimbulkan. Kesehatan mental seseorang akan terganggu jika dibiarkan dan tidak ditangani dengan baik.

2. Menarik diri

Seseorang yang sakit akan cenderung mengalami kecemasan terus menerus. Perilaku menarik diri adalah salah satu cara menghindari perasaan cemas. Contohnya diam jika tidak diajak bicara.

3. Egosentris

Orang sakit akan memperlihatkan perilaku tidak mau mendengarkan atau memikirkan orang lain, bahkan lebih suka berbicara tentang penyakitnya.

4. Sensitif terhadap persoalan kecil

Sebagai dampak terganggunya psikologis, orang sakit akan merasa sensitif bahkan pada persoalan kecil. Contohnya perilaku mudah kesal pada suatu situasi yang tidak sesuai dengan keinginan.

5. Reaksi emosional tinggi

Seseorang yang sedang sakit cenderung menunjukkan emosi yang berlebihan, seperti cepat merasa sedih, tersinggung, mudah marah, bahkan berusaha mendapatkan lebih banyak perhatian dari orang-orang di sekitarnya.

6. Perubahan persepsi
Perubahan persepsi ketika sakit terlihat dari harapan besar yang dimiliki pada tenaga medis, karena mereka dianggap dapat membantu dalam proses penyembuhan.
7. Berkurangnya Minat
Berkurangnya minat terjadi karena ketegangan (stres) sebagai dampak merasakan sakit terutama penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari.

Dampak pada seseorang yang pernah sakit, baik dirawat di rumah sakit maupun di rumah akan memperoleh dampak perubahan dibandingkan ketika dalam keadaan sehat. Dampak tersebut antara lain berubahnya peran dalam keluarga, mengalami gangguan psikologis, mengalami masalah keuangan, perasaan kesepian, perubahan kebiasaan sosial, terganggunya privasi seseorang, otonomi dan terjadi perubahan gaya hidup.

1. Perubahan peran keluarga
Selama periode sakit, peran seseorang dalam lingkungannya akan mengalami perubahan. Contohnya peran seorang ibu akan sementara waktu digantikan perannya oleh sang ayah.
2. Gangguan psikologis
Permulaan terjadinya gangguan mental adalah karena adanya konflik terhadap diri sendiri. Ketika psikologis seseorang tidak disiapkan dengan baik maka menimbulkan gangguan psikologis berupa stress hingga kecemasan berat.
3. Masalah keuangan
Dampak ini pasti akan terjadi atau tidak bisa dihindari seperti munculnya biaya yang tidak terduga selama masa sakit akibat mahalanya biaya pengobatan dan perawatan.
4. Kesepian,
Kesepian terjadi akibat perpisahan. Selama dirawat, seseorang sementara akan terpisah dari keluarganya.

5. Perubahan kebiasaan sosial
Ketika seseorang sakit seluruh interaksi sosialnya terputus dan setelah kembali ke rumah akan muncul pergeseran dalam interaksi dengan masyarakat sekitar.
6. Terganggunya privasi seseorang
Perasaan nyaman menggambarkan sejauh mana seseorang dihargai. Perasaan terganggu karena terbatasnya aktivitas kehidupan di rumah sakit maupun terganggu kebutuhan personal.
7. Otonomi
Ketersediaan semua kebutuhan untuk pasien di rumah sakit menyebabkan pengurangan kemampuan individu untuk berfungsi secara mandiri, yang mengarah pada ketergantungan yang terus-menerus.
8. Perubahan gaya hidup
Perubahan gaya hidup menjadi penting agar seseorang terhindar dari mengalami sakit yang sama atau mengalami kondisi yang lebih serius. Pedoman pengobatan dan perawatan dari rumah sakit diberikan khususnya untuk mendorong perilaku sehat seperti panduan diet, obat-obatan serta aktivitas harian seseorang setelah kembali ke rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayers, S., Baum, A., McManus, I. C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. 2007. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- Bertolote, J. 2008. The Roots of The Concept of Mental Health. *World Psychiatry*, 7(2); 113-116
- Brannon, L. and Feist, J. 2013) *Health Psychology*. 6th edition. California: Cengage Learning.
- Chaplin, J.P. 2001. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Daradjat, Z. 0994. *Peranan Agama dalam Kesehatan Mental*. Jakarta; PT Gunung Agung.
- Maulana, H.D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mubarak, W.I. & Chayatin, N. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Neuman, B. 1990. *The Neuman Systems Model (2nd ed)*. Prentice-Hall.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tentang Kesehatan Tahun 2009*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Saam, Z. & Rany, N. 2022. *Psikologi Kesehatan dan Konseling Kesehatan*. Pekanbaru: UR Press Pekanbaru.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. 2014. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & Sons.
- Uliyah, M., Wildan, M., Surachimdari & Hidayat, A.A.A. 2012. *Keterampilan Dasar Kebidanan 1 Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Wardhana, M. 2016. *Filsafat Kedokteran*. Denpasar: Vaikuntha International Publication.
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva.
- Yusuf, S. 2018. *Kesehatan Mental Perspektif Psikologi dan Agama*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

BAB 3

SEJARAH DAN TOKOH GERAKAN KESEHATAN MENTAL

3.1 Sejarah Lahirnya Kesehatan Mental

Menelusuri Sejarah Lahirnya Kesehatan Mental dan Relevansinya Masa kini, Konsep kesehatan mental, sebagaimana yang kita pahami hari ini sebagai suatu keadaan sejahtera yang memungkinkan individu menyadari potensinya, mengatasi tekanan hidup normal, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitasnya bukanlah suatu ide yang hadir secara tiba-tiba dan utuh. Ia merupakan hasil dari suatu evolusi pemikiran yang panjang, kompleks, dan seringkali kontradiktif. Lahirnya kesadaran akan kesehatan mental tidak dapat dipisahkan dari pergulatan manusia dalam memahami hakikat gangguan jiwa, yang pada awalnya diselimuti oleh stigma, ketakutan, dan penjelasan-penjelasan yang bersifat non-ilmiah. Dengan demikian, menelusuri sejarah lahirnya kesehatan mental menjadi penting bukan sekadar untuk kepentingan akademis, tetapi untuk memahami fondasi dari paradigma kontemporer kita dalam memandang isu kejiwaan, serta untuk mengidentifikasi tantangan yang masih membayangi hingga saat ini.

Pada masa pra-modern, pemahaman tentang gangguan mental sangat erat kaitannya dengan dunia supernatural dan moral. Berbagai peradaban kuno, seperti Mesopotamia, Mesir, Yunani, dan Romawi, sering mengaitkan perilaku yang dianggap menyimpang dengan kemarahan dewa, kerasukan roh jahat, atau akibat dari dosa individu. Meskipun terdapat pemikiran awal dari tokoh seperti Hippocrates yang mencoba menjelaskannya secara naturalistik melalui teori humor (ketidakseimbangan cairan tubuh seperti darah, empedu kuning, empedu hitam, dan dahak), pandangan ini tidak sepenuhnya menggeser keyakinan masyarakat yang lebih luas. Pada Abad Pertengahan di Eropa, dominasi gereja semakin mengukuhkan pandangan bahwa gangguan jiwa adalah manifestasi dari kuasa setan

atau bukti kerasukan, yang berujung pada praktik eksorsisme, pengucilan, dan bahkan penganiayaan. Periode ini merepresentasikan babak kelam di mana individu dengan masalah kejiwaan tidak dianggap sebagai "sakit" yang butuh pertolongan, melainkan sebagai "orang berdosa" atau "orang yang terkutuk" yang harus dijauhi.

Perubahan signifikan mulai terjadi pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, sebuah era yang sering disebut sebagai awal kelahiran psikiatri modern. Tokoh seperti Philippe Pinel di Prancis dan William Tuke di Inggris memperkenalkan pendekatan yang lebih manusiawi melalui gerakan *moral treatment*. Pinel, dengan tindakan simbolis melepas rantai pasien di rumah sakit jiwa Bicêtre dan Salpêtrière, menegaskan bahwa penderita gangguan jiwa adalah manusia yang membutuhkan perlakuan penuh kasih, dukungan moral, dan lingkungan yang teratur, bukan hukuman dan kekangan fisik. Gerakan ini menjadi titik balik penting karena untuk pertama kalinya, gangguan jiwa dilihat sebagai kondisi yang mungkin dapat "diobati" melalui interaksi sosial dan lingkungan yang suportif. Namun, meski lebih manusiawi, pendekatan ini masih terbatas dan belum didukung oleh kerangka teoritis yang ilmiah.

Lompatan besar berikutnya terjadi pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 dengan munculnya dua arus pemikiran yang revolusioner: psikoanalisis Sigmund Freud dan pendekatan biomedis. Freud, melalui teorinya tentang ketidaksadaran, konflik intrapsikis, dan pentingnya masa kanak-kanak, menawarkan model pemahaman yang komprehensif tentang pikiran manusia. Psikoanalisis berjasa besar dalam memperluas cakupan kesehatan mental melampaui gangguan jiwa berat (*psikosis*) ke dalam wilayah neurosis dan kehidupan psikologis manusia pada umumnya. Konsep "pengobatan melalui bicara" (*talk therapy*) yang diperkenalkan Freud menjadi fondasi bagi berbagai bentuk psikoterapi modern. Namun, pendekatan Freud yang sangat berfokus pada faktor psikologis dan kurang memperhitungkan aspek biologis dianggap memiliki keterbatasan.

Secara paralel, pendekatan biomedis mulai mendapatkan momentum. Emil Kraepelin, seorang psikiater Jerman, melakukan klasifikasi sistematis terhadap gangguan jiwa berdasarkan gejala dan

perjalanan penyakitnya, yang menjadi cikal bakal sistem diagnostik modern seperti DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Penemuan-penemuan dalam bidang neurologi dan farmakologi semakin mengukuhkan peran faktor biologis dalam patogenesis gangguan mental. Puncaknya adalah perkembangan obat-obatan psikotropika pada pertengahan abad ke-20, seperti chlorpromazine untuk skizofrenia, yang secara dramatis mengubah landscape perawatan kejiwaan dengan memungkinkan banyak pasien untuk dirawat di komunitas daripada diinstitusionalisasi seumur hidup.

Lahirnya konsep kesehatan mental yang positif, tidak sekadar absennya penyakit, semakin mengemuka setelah Perang Dunia II. Didorong oleh pengalaman trauma perang, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1948 mendefinisikan kesehatan sebagai "keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial, dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan". Definisi ini memperluas cakupan kesehatan mental dari sekadar mengobati patologi menjadi mempromosikan kesejahteraan (*well-being*). Gerakan **community mental health** yang dipelopori oleh tokoh seperti Franco Basaglia di Italia semakin mendorong deinstitutionalisasi, menekankan perawatan di komunitas dan pencegahan, serta melibatkan faktor sosial seperti kemiskinan, pendidikan, dan dukungan keluarga sebagai determinan kesehatan mental yang krusial.

Namun, di balik kemajuan pesat ini, sejarah lahirnya kesehatan mental justru menimbulkan sejumlah masalah dan pertanyaan kritis yang masih relevan hingga kini.

1. Pertama, terdapat ketegangan abadi antara pendekatan biologis dan psikososial. Dominasi model biomedis, dengan fokus pada neurokimia dan obat-obatan, sering kali mengabaikan konteks sosial, ekonomi, dan budaya individu. Apakah gangguan mental semata-mata adalah "penyakit otak", ataukah respons yang dapat dipahami terhadap lingkungan yang tidak adil dan penuh tekanan?
2. Kedua, masalah stigmatisasi ternyata tidak serta merta hilang dengan kemajuan ilmu pengetahuan. Stigma merely transformed dari yang bersifat moral-religius menjadi

stigma biomedis, di mana individu dilabeli secara permanen berdasarkan diagnosisnya.

3. Ketiga, globalisasi dan standardisasi diagnosis melalui manual seperti DSM menuai kritik karena dianggap mengabaikan keragaman budaya dalam ekspresi dan pemaknaan distress kejiwaan (*culture-bound syndromes*).
4. Keempat, komersialisasi kesehatan mental oleh industri farmasi menimbulkan kekhawatiran tentang medicalisasi atas masalah-masalah kehidupan normal.

Oleh karena itu, menelusuri sejarah lahirnya kesehatan mental bukanlah sekadar nostalgia. Ia adalah upaya untuk memahami bahwa konsep ini adalah sebuah konstruksi sosial yang dinamis. Pemahaman historis memungkinkan kita untuk melihat bahwa paradigma saat ini bukanlah akhir dari perjalanan, melainkan satu tahap dalam evolusi yang terus berlanjut. Dengan menyadari akar-akar masalah dari masa lalu—seperti dikotomi biologis versus psikososial, stigmatisasi, dan pengabaian konteks—kita dapat lebih kritis dalam mengevaluasi praktik dan kebijakan kesehatan mental kontemporer. Sejarah mengajarkan bahwa lahirnya kesehatan mental adalah sebuah proses yang belum selesai, yang menuntut pendekatan yang holistik, manusiawi, dan berkeadilan sosial untuk benar-benar mencapai tujuannya: kesejahteraan bagi semua individu.

Gangguan kesehatan mental merupakan kondisi yang mengganggu kemampuan seseorang untuk menjalankan rutinitas harian secara normal, karena kondisi tersebut menghambat individu untuk mengelola kehidupannya sesuai kehendak sadar mereka sendiri. Jika kita mengobservasi perilaku orang-orang secara cermat, akan tampak beragam respons emosional yang mereka perlihatkan dalam situasi serupa. Faktor-faktor yang mendasari perbedaan sikap tersebut justru menjadi fokus utama kajian para pakar. Studi tentang aspek ini termasuk dalam cabang ilmu psikologi yang dikenal sebagai ilmu kesehatan mental atau bidang sejarah kesehatan mental.

Bidang kesehatan mental bukanlah konsep baru dalam perjalanan sejarah umat manusia. Istilah "mental" secara etimologis berasal dari kata Latin "mens" atau "mentis", yang berarti roh atau

jiwa. Oleh karena itu, ilmu kesehatan mental dapat dipahami sebagai disiplin yang memfokuskan pada pemeliharaan dan pengelolaan aspek jiwa atau mental seseorang. Subjek utama penelitian ini adalah manusia, yang diamati berdasarkan kondisi mental masing-masing individu. Kesehatan mental manusia dapat berfluktuasi dari tingkat yang optimal hingga yang bermasalah, dan hampir setiap orang mengalami variasi fase antara kondisi positif dan negatif tersebut sepanjang hidupnya.

Dari perspektif historis, perkembangan lahirnya kajian kesehatan mental dapat dibagi menjadi empat periode, di mana masing-masing periode memiliki ciri khas yang dipengaruhi oleh konteks sosial dan budaya pada masanya.

3.1.1 Periode Pertama

Periode awal dalam sejarah kesehatan mental ditandai oleh pandangan masyarakat yang bergantung pada kepercayaan terhadap kekuatan supranatural berbasis metafisik dalam kerangka mitologi. Keyakinan ini didasarkan pada narasi sakral yang berasal dari cerita rakyat suatu masyarakat, yang kemudian membentuk pemahaman tentang kekuatan di luar kendali manusia dan alam semesta (metafisik) (lihat pandangan Joachim Wach mengenai elemen keagamaan dalam masyarakat, seperti yang diuraikan dalam bukunya *The Comparative Study of Religions*) (M. Bahri Ghazali, 2001). Periode ini mencakup masa dari awal peradaban manusia hingga Abad Pertengahan (Kartini Kartono, 2000).

Ciri utama periode ini adalah ketergantungan masyarakat terhadap kekuatan gaib, takhyul, dan mitos. Kekuatan tersebut diyakini berasal dari dewa-dewa sebagai sumber kebaikan dan manfaat, serta roh-roh jahat yang mewakili entitas halus seperti setan, iblis, dan jin yang kerap menipu manusia. Dewa dipandang sebagai pemberi kesejahteraan, sementara roh jahat dianggap sebagai penghancur kehidupan yang membawa kerugian bagi umat manusia.

Pemahaman semacam ini memengaruhi keyakinan bahwa gangguan mental atau jiwa disebabkan oleh pengaruh roh-roh jahat, baik dalam bentuk setan, sihir, atau hal serupa (Notosoedirjo dan Latipun, 2005). Pada masa itu, penderita gangguan mental diyakini

telah dirasuki oleh roh jahat, yang dianggap sebagai hukuman atas perbuatan manusia yang melanggar kehendak kekuatan supranatural tersebut—sebuah pelanggaran terhadap norma kepercayaan masyarakat (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

Individu yang mengalami kerasukan roh jahat dan termasuk dalam kategori gangguan mental sering dianggap berpotensi membahayakan orang lain, sehingga mereka diisolasi dari masyarakat. Metode isolasi meliputi penahanan di penjara bawah tanah, pengikatan dengan rantai besi yang kokoh dan berat (Kartini Kartono, 2000), atau bahkan pemasungan. Dalam beberapa kasus, penderita disiksa melalui pemukulan untuk mengusir roh jahat yang dipercaya telah merasuki tubuh mereka (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

3.1.2 Periode Kedua

Kemunculan gerakan pembebasan pemikiran, yang ditandai oleh perkembangan paham rasionalisme, memimpin lahirnya era Renaisans (pencerahan) melalui peran pelopor seperti René Descartes (abad ke-15/16 M) atau Ibn Rusyd (abad ke-12/13 M), tokoh sentral dalam rasionalisme Islam yang menjadi acuan utama bagi Barat untuk membebaskan manusia dari dominasi gereja (dogmatisme di kalangan teolog Kristen), memberikan dampak mendalam terhadap perkembangan ilmuwan Barat meskipun cenderung bersifat sekuler (Ghazali, 2005).

Peristiwa ini menjadi tonggak sejarah baru dalam kemajuan dunia ilmu pengetahuan, yang ditandai oleh Revolusi Industri di Prancis pada abad ke-17 M, serta membuka peluang bagi munculnya berbagai pemikir dan praktisi di berbagai disiplin, termasuk bidang kesehatan mental.

Gerakan kebebasan berpikir dalam komunitas ilmiah membawa semangat baru bagi para praktisi untuk mencari solusi bagi penderita gangguan mental atau jiwa, yang selama ini diperlakukan secara tidak manusiawi meskipun mereka adalah makhluk bebas seperti manusia pada umumnya, serta untuk menemukan cara penanganan yang lebih bermartabat. Salah satu tokoh yang paling berpengaruh dalam upaya ini adalah Philippe Pinel (Kartini Kartono, 2000); ia bersama rekan-rekan dokter jiwa lainnya

menuntut pemerintah agar membebaskan penderita gangguan mental dari belenggu dan rantai yang menyiksa (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

Upaya gigih Philippe ini didukung oleh tokoh-tokoh lain, seperti William Tuke dari Inggris, Benjamin Rush dari Amerika, Emil Kraepelin dari Jerman, serta Dorothea Dix, seorang aktivis perempuan di Amerika yang aktif dalam pemulihan gangguan mental. Selain itu, terdapat tokoh unik dalam ranah kesehatan mental bernama Clifford W. Beers, yang memiliki pengalaman langsung dengan perlakuan tidak layak tersebut.

Beers, sebagai figur kunci dalam isu kesehatan mental dan mantan penderita gangguan mental, dirawat di berbagai rumah sakit selama dua tahun. Ia menyaksikan sendiri kekejaman petugas rumah sakit terhadap pasien, termasuk pemukulan, penekikan, pengikatan, dan penghinaan, serta berbagai bentuk perlakuan tidak manusiawi lainnya terhadap penderita jiwa. Setelah dua tahun menjalani perawatan dan pemulihan, kondisinya baru membaik secara signifikan hingga akhirnya sembuh (Kartini Kartono, 2000).

Pengalaman Beers sebagai penderita gangguan mental membangkitkan kesadarannya untuk mencari solusi yang tepat dalam mengelola masalah kesehatan mental, khususnya dalam hal penanganan yang lebih manusiawi. Yang terpenting, ia berupaya mengubah persepsi masyarakat bahwa gangguan mental bukanlah akibat pengaruh roh jahat, melainkan dapat diatasi melalui kemajuan ilmu pengetahuan terkait kesehatan mental. Dampak dari perubahan pemahaman dan kesadaran ini melahirkan gagasan baru tentang penanganan penderita gangguan mental. Karena gangguan mental dipandang sebagai bagian dari kesehatan mental secara keseluruhan, maka penanganannya harus disesuaikan dengan kondisi jiwa penderita; di sisi lain, karena juga dianggap sebagai bentuk penyakit fisik, penyembuhannya perlu disesuaikan dengan karakteristik penyakit tersebut (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

3.1.3 Periode Ketiga

Periode ketiga dalam sejarah perkembangan kesehatan mental ditandai oleh kemunculan teori baru dalam disiplin psikologi, dengan Sigmund Freud sebagai tokoh utamanya. Melalui teori psikoanalisisnya, Freud berpendapat bahwa gangguan jiwa atau

mental timbul akibat konflik psikis antara dorongan instingtif (id) dan kontrol moral (superego). Pandangan Freud memberikan pengaruh besar terhadap metode penanganan penderita gangguan jiwa atau mental. Menurutnya, pasien semacam itu harus dirawat di rumah sakit jiwa dan dieksplorasi faktor-faktor bawah sadar yang mendasarinya.

Aspek lain dari periode ini adalah penerapan pendekatan psikologi klinis untuk memperbaiki metode penanganan penderita gangguan jiwa, yang belum sepenuhnya terealisasi pada periode sebelumnya. Ini merupakan inovasi baru yang diperkenalkan oleh Sigmund Freud dalam mengatasi masalah gangguan jiwa (Maryatmi, 2022). Sejak saat itu, banyak rumah sakit mulai menyediakan layanan klinis untuk menyembuhkan penderita gangguan jiwa atau mental, guna membantu memulihkan kondisi kesehatan mental mereka. Perbedaan mencolok antara periode kedua dan ketiga terletak pada pendekatan yang diterapkan, yaitu pergeseran dari yang bersifat fisik ke yang lebih klinis.

Pada periode ketiga ini, muncul tokoh-tokoh lain yang berkomitmen terhadap kesehatan mental dan melanjutkan ide-ide Freud, seperti Erik Erikson, Carl G. Jung, Alfred Adler, Adolf Meyer, Karl Menninger, dan Harry Stack Sullivan (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

3.1.4 Periode Keempat

Evolusi terkini dalam bidang kesehatan mental terwujud pada periode keempat, yang muncul setelah perjalanan panjang sejarah perkembangannya.

Pada masa ini, kesehatan mental memperoleh perhatian luas dari komunitas global, khususnya seiring dengan lenyapnya pandangan bahwa gangguan jiwa atau mental disebabkan oleh pengaruh roh jahat terhadap seseorang. Pandangan tersebut tidak lagi dilihat semata-mata sebagai isu psikis, melainkan melibatkan perspektif yang lebih luas, yaitu bahwa gangguan mental dapat timbul akibat berbagai faktor penyebab (multifaktorial), seperti aspek interpersonal, keluarga, masyarakat, hubungan sosial, dan elemen lainnya. Semua faktor ini saling berinteraksi dan

memengaruhi kesehatan mental, baik pada tingkat individu maupun komunal (masyarakat).

Faktor-faktor penyebab tersebut berkontribusi terhadap maraknya kasus penderita gangguan mental di seluruh dunia, terutama setelah Perang Dunia II, yang hampir menimbulkan penderitaan berkepanjangan bagi penduduk global. Dampaknya meliputi trauma perang dalam bentuk war neurosis di kalangan personel militer, hilangnya aset, anggota keluarga, serta gangguan terhadap lingkungan hidup yang mengurangi rasa aman dan kenyamanan.

Kondisi semacam itu menjadi fondasi bagi peningkatan kesadaran dunia terhadap penderita gangguan atau sakit mental, yang merujuk pada ketidakseimbangan kesehatan mental. Sejak saat itu, komunitas internasional semakin proaktif dalam mengeksplorasi metode-metode yang efektif untuk menangani dan mencegah munculnya gangguan jiwa atau mental (Kartini Kartono, 2000).

Bersamaan dengan hal tersebut, berbagai gerakan sosial di bidang kesehatan mental mulai berkembang, terutama yang berfokus pada bimbingan bagi anak-anak dan remaja, dinamika kehidupan keluarga, serta pendidikan dan pengajaran umum.

Bidang kesehatan mental mendapat respons positif yang kuat dari para praktisi dan pemikir multidisiplin, termasuk kalangan rohaniwan yang turut mengakui urgensi kesehatan mental dalam kehidupan sehari-hari. Sejak periode ini, masyarakat dunia menyadari bahwa kesehatan mental tidak hanya bergantung pada upaya penyembuhan semata, tetapi juga pada pencegahan yang sama pentingnya (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

Ciri khas utama periode keempat ini, dibandingkan dengan periode sebelumnya, terletak pada transformasi metode penanganan penderita gangguan mental. Pendekatan klinis yang diperkenalkan oleh Freud bergeser menjadi model holistik yang berorientasi pada masyarakat, dengan penekanan kuat pada upaya pencegahan (preventif).

Perkembangan pemahaman dan penanganan kesehatan mental telah mengalami perubahan mendasar sepanjang sejarah manusia. Pada awalnya, gangguan jiwa sering dikaitkan dengan kekuatan supranatural, seperti kerasukan roh jahat atau hukuman

ilahi. Di masa itu, penderita gangguan mental kerap diisolasi, dipasung, atau disiksa dengan maksud mengusir roh jahat yang dianggap mengendalikan tubuh mereka.

Paradigma mulai bergeser pada era Renaisans dan Pencerahan, di mana kemunculan paham rasionalisme menggantikan perspektif mistis terhadap gangguan jiwa. Tokoh-tokoh seperti René Descartes dan Ibn Rusyd berperan penting dalam membebaskan pemikiran manusia dari dominasi dogma keagamaan, yang memberikan dampak signifikan terhadap lahirnya ilmuwan Barat, meskipun bersifat sekuler.

Pada abad ke-18 dan ke-19, pendekatan yang lebih manusiawi mulai diterapkan. Tokoh-tokoh seperti Philippe Pinel di Prancis dan William Tuke di Inggris memperjuangkan perlakuan yang layak bagi penderita gangguan jiwa, menolak praktik pemasungan, dan mendorong penanganan yang bermartabat.

Memasuki abad ke-20, pendekatan psikologi klinis digunakan untuk menyempurnakan metode penanganan penderita gangguan jiwa. Sigmund Freud memperkenalkan psikoanalisis sebagai fondasi utama dalam mengelola masalah gangguan jiwa.

Di Indonesia, kesadaran akan kesehatan mental menghadapi tantangan khas. Masih banyak masyarakat yang melihat gangguan jiwa melalui sudut pandang mistis dan stigma sosial. Meski demikian, kemajuan terus terjadi seiring perkembangan ilmu psikologi, program pendidikan kesehatan mental, serta kebijakan pemerintah yang melindungi hak-hak penyandang disabilitas mental.

Saat ini, pendekatan terhadap kesehatan mental semakin terintegrasi, menggabungkan elemen biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Kesadaran global mengenai pentingnya kesehatan mental terus meningkat, mendorong inovasi metode penanganan yang lebih efektif dan manusiawi.

3.2 Perkembangan Kesehatan Mental

Perkembangan konsep kesehatan mental manusia merepresentasikan sebuah perjalanan paradigmatis yang kompleks, dari pemahaman yang mistis dan penuh stigma menuju pendekatan yang lebih ilmiah dan manusiawi. Namun, perjalanan ini tidak linier dan justru diwarnai oleh berbagai dinamika serta ketegangan yang

melahirkan masalah-masalah baru yang relevan hingga era modern. Perkembangan kesehatan mental bukan sekadar sebuah kemajuan yang mulus, melainkan sebuah medan pertarungan antara berbagai perspektif biologis, psikologis, sosial, dan kultural, yang terus berubah dan menuntut evaluasi kritis. Memahami latar belakang masalah dari perkembangan ini menjadi penting untuk mengidentifikasi tantangan mendasar yang masih dihadapi dalam upaya mewujudkan kesejahteraan jiwa yang inklusif dan komprehensif.

Titik tolak perkembangan modern dimulai dengan pergeseran dari model moral-spiritual ke model medis-ilmiah. Gerakan **moral treatment** pada abad ke-18 dan ke-19 yang dipelopori oleh figures seperti Philippe Pinel dan William Tuke berhasil meletakkan fondasi perlakuan manusiawi dengan menekankan terapi melalui lingkungan yang suportif. Namun, perkembangan selanjutnya justru menciptakan dikotomi yang problematis. Di satu sisi, kemunculan psikoanalisis Sigmund Freud pada awal abad ke-20 memperluas cakupan kesehatan mental ke ranah psikologis yang dalam, menyoroti pengaruh ketidaksadaran dan pengalaman masa kecil. Di sisi lain, pendekatan biomedis yang dikembangkan oleh Emil Kraepelin dan diperkuat oleh revolusi psikofarmakologi pertengahan abad ke-20 (seperti penemuan *chlorpromazine*) menawarkan penjelasan yang berpusat pada otak dan intervensi yang lebih praktis.

Ketegangan antara kedua kutub inilah, model biomedis versus model psikososial, yang menjadi masalah sentral dalam perkembangan kesehatan mental. Dominasi model biomedis, yang didukung oleh kemajuan neurosains dan industri farmasi, telah membawa manfaat besar berupa pengurangan gejala yang efektif. Akan tetapi, dominasi ini juga cenderung mereduksi pengalaman manusia yang multidimensi menjadi sekadar ketidakseimbangan neurokimia. Reduksionisme biologis ini berisiko mengabaikan akar masalah yang bersumber dari trauma, konflik sosial, tekanan ekonomi, dan ketimpangan struktural. Masalahnya adalah bagaimana menyelaraskan kedua pendekatan ini tanpa menjadikan satu lebih superior dari yang lain, sehingga intervensi menjadi benar-benar holistik.

Selanjutnya, perkembangan dalam aspek klasifikasi dan diagnosis, yang dimaterialisasi dalam manual seperti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), menimbulkan masalah validitas dan kulturalisasi. Standardisasi diagnosis memang memudahkan komunikasi klinis dan penelitian, tetapi juga berpotensi melakukan *medicalization of everyday life*, di mana kesedihan, kegelisahan, atau sifat pemalu yang merupakan bagian normal dari kehidupan manusia berisiko dilabeli sebagai gangguan mental. Lebih lanjut, kritik utama adalah bahwa sistem diagnosis yang lahir dari konteks Barat seringkali tidak sensitif terhadap ekspresi *distress* kejiwaan yang khas dalam budaya non-Barat (*culture-bound syndromes*), sehingga berpotensi melakukan kekeliruan diagnostik dan mengabaikan keragaman ekspresi manusia dalam menghadapi penderitaan.

Di tingkat sistem, perkembangan gerakan *community mental health* dan deinstitutionalisasi pada paruh kedua abad ke-20 adalah sebuah kemajuan yang visioner. Gerakan ini bertujuan membebaskan pasien dari isolasi rumah sakit jiwa dan mengintegrasikan mereka kembali ke masyarakat. Namun, dalam praktiknya, masalah besar muncul ketika dukungan dan layanan kesehatan mental komunitas tidak memadai. Banyak mantan pasien justru berakhir tunawisma, dipenjara, atau menjadi lingkaran *revolving door* penyakit karena kurangnya infrastruktur pendukung yang berkelanjutan. Hal ini mengungkap masalah sistemik: pergeseran beban dari institusi negara ke komunitas seringkali tidak diiringi dengan alokasi sumber daya yang memadai.

Akhirnya, perkembangan terkini di era digital membawa masalah paradoksalnya sendiri. Di satu sisi, teknologi meningkatkan akses kepada informasi dan layanan konseling online (*telepsychology*). Namun, di sisi lain, media sosial dan budaya *hyper-connected* dikaitkan dengan peningkatan kecemasan, depresi, dan kesepian, terutama di kalangan generasi muda. Munculnya tekanan baru seperti *fear of missing out* (FOMO) dan *cyberbullying* menciptakan lanskap stresor yang belum pernah ada sebelumnya, yang menantang efektivitas model-model intervensi konvensional.

Oleh karena itu, perkembangan kesehatan mental harus dipandang sebagai sebuah proses yang terus berlanjut dan penuh

dengan trade-off. Setiap kemajuan dalam satu aspek seringkali membawa serta masalah baru di aspek lainnya. Tantangan kontemporer bukan lagi tentang membebaskan pasien dari rantai besi, tetapi tentang membebaskan pemahaman kita dari belenggu reduksionisme, mengatasi kesenjangan antara layanan dan kebutuhan di komunitas, serta menanggapi secara kritis dampak lingkungan digital terhadap jiwa manusia. Perkembangan ini menuntut pendekatan yang terintegrasi, lentur, dan senantiasa reflektif terhadap konteks sosio-kultural di mana kesehatan mental itu sendiri dipahami dan dipraktikkan.

Keberadaan gangguan mental telah menyertai eksistensi manusia sejak dahulu, meskipun pada masa ketika peradaban belum secanggih sekarang. Bahkan, ketika manusia belum mampu memberi label atau istilah untuk menggambarkan kondisi mental mereka sendiri. Saat seseorang menghadapi masalah mental, ia tentu memerlukan bantuan dari orang lain untuk mengatasinya. Namun, karena keterbatasan pengetahuan ilmiah pada masa lalu, masalah kesehatan mental sering dikaitkan dengan gangguan setan atau roh halus, gejala alam, atau kemarahan para dewa.

Beragam interpretasi manusia terhadap kondisi mental seseorang juga menghasilkan berbagai metode pengobatan yang sesuai. Sebagai contoh, gangguan seperti pasif-agresif atau kepribadian histrionik sering dianggap sebagai fenomena mistis. Perkembangan kesehatan mental dapat ditelusuri dari masa purba hingga era kontemporer. Beberapa tahap utama dalam evolusi ini meliputi:

3.2.1 Zaman Pra Sejarah

Zaman prasejarah merupakan periode ketika manusia purba masih dalam tahap perkembangan awal. Pada masa itu, manusia sudah mengalami berbagai bentuk gangguan mental, tetapi mereka menafsirkannya sebagai pengaruh mistis, seperti gangguan roh jahat, fenomena alam, atau ulah musuh. Gangguan mental sering dikaitkan dengan demonologi, yaitu keyakinan bahwa perilaku abnormal atau tidak normal disebabkan oleh kekuatan jahat atau pengaruh kegelapan yang berhubungan dengan setan. Metode pengobatan pun

disesuaikan dengan pemahaman tersebut, seperti penggunaan mantra dan ramuan khusus untuk menyembuhkan individu yang terkena gangguan mental.

Pada era ini, dukun berperan sebagai penyembuh utama bagi mereka yang mengalami gangguan mental. Setiap suku atau kelompok biasanya memiliki dukun kepercayaan sendiri. Para dukun menerapkan metode-metode yang sesuai dengan konteks zaman itu untuk mengobati pasien gangguan mental, dan mereka sangat loyal terhadap anggota komunitasnya. Namun, dukun juga memiliki kebijakan sendiri, yaitu mengasingkan individu yang benar-benar membahayakan kelompok atau suku mereka.

3.2.2 Zaman Roma Kuno dan Yunani Kuno

Pada periode ini, muncul banyak cendekiawan dan pakar yang berpengaruh, termasuk dua tokoh utama dari Yunani, yaitu dokter Asclepius dan Hippocrates. Salah satu dari mereka berperan penting dalam menginisiasi pendekatan yang lebih rasional dan manusiawi terhadap individu yang mengalami gangguan mental. Selain itu, terdapat beberapa ilmuwan lain yang berkontribusi, seperti:

1. Pythagoras (500 SM): Cendekiawan yang menjadi pelopor dalam memberikan penjelasan ilmiah mengenai gangguan mental.
2. Hippocrates (460-377 SM): Dikenal sebagai Bapak Kedokteran, ia meletakkan dasar ilmu medis modern dengan memisahkannya dari pengaruh agama, takhayul, sihir, dan kepercayaan pada dewa-dewa. Hippocrates menekankan peran krusial otak dalam membentuk pikiran, perilaku, serta emosi seseorang. Ia juga memelopori konsep somatogenesis, yaitu gagasan bahwa kondisi fisik atau soma individu dipengaruhi oleh pikiran dan perilakunya.
3. Plato (429-347 SM): Berpendapat bahwa gangguan mental merupakan bagian dari ketidakseimbangan moral, fisik, serta pengaruh dewa-dewa. Plato menganggap pelaku kejahatan sebagai individu dengan gangguan mental, dan menyoroti budaya sebagai faktor kunci dalam membentuk pemikiran serta tindakan.

4. Asclepiades, Aretaeus, dan Galen: Ketiga dokter Yunani ini mengadopsi pendekatan naturalistik untuk menjelaskan gangguan mental. Mereka menganjurkan perlakuan yang lebih manusiawi bagi penderita serta perawatan di fasilitas khusus seperti rumah sakit.

3.2.3 Zaman Kegelapan

Istilah "Zaman Kegelapan" (*Dark Ages*) yang umumnya merujuk pada periode Eropa Abad Pertengahan awal (sekitar abad ke-5 hingga ke-10 Masehi), sering kali digambarkan sebagai era kemunduran dalam berbagai bidang pemikiran, termasuk pemahaman tentang gangguan mental. Berbeda dengan pencapaian rasional dari peradaban Yunani dan Romawi Kuno, perkembangan kesehatan mental pada masa ini justru ditandai oleh kemunduran signifikan ke arah penjelasan yang bersifat supernatural dan teologis. Dominasi gereja Katolik yang hampir mutlak dalam segala aspek kehidupan membentuk sebuah paradigma di mana gangguan jiwa tidak lagi dipandang sebagai penyakit medis, melainkan sebagai manifestasi dari kuasa ilahi atau iblis.

Pemahaman naturalistik yang sempat dikemukakan oleh tokoh seperti Hippocrates dan Galen, yang melihat gangguan mental sebagai ketidakseimbangan cairan tubuh (*humor*), tersisihkan oleh interpretasi religius. Perilaku yang dianggap irasional, agitasi, atau melankolis secara luas diyakini sebagai tanda kerasukan roh jahat, hukuman dari Tuhan atas dosa, atau bahkan bukti bahwa individu tersebut telah menjalin perjanjian dengan setan. Pergeseran paradigma ini memiliki konsekuensi yang tragis bagi para penderita. Alih-alih mendapatkan perawatan atau pertolongan medis, mereka menjadi objek dari ketakutan, pengucilan, dan penindasan.

Intervensi yang dilakukan terhadap individu dengan gangguan mental pun mencerminkan keyakinan masyarakat saat itu. Bentuk "pengobatan" yang umum adalah praktik eksorsisme atau pengusiran setan yang dipimpin oleh pihak gereja. Tujuannya bukanlah untuk menyembuhkan, tetapi untuk memurnikan jiwa yang telah dinodai oleh kuasa kegelapan. Dalam kasus yang lebih ekstrem, terutama menjelang akhir Abad Pertengahan dan berlanjut ke masa Renaisans, ketakutan akan sihir dan bidah menyebabkan

banyak individu—khususnya perempuan—yang menunjukkan perilaku menyimpang dituduh sebagai penyihir. Mereka kemudian menjadi korban dari penganiayaan dan hukuman mati dalam rangkaian peristiwa seperti Inkuisisi.

Salah satu kelemahan dari era cendekiawan Yunani adalah kurangnya perhatian terhadap elemen takhayul yang masih kuat di kalangan masyarakat. Akibatnya, pada masa kegelapan ini, berbagai konsep demonologi kembali mendominasi, dan metode pengusiran setan atau eksorsisme menjadi solusi utama yang diterapkan.

Namun, penting untuk tidak menyederhanakan periode ini secara berlebihan. Meskipun paradigma supernatural sangat dominan, tidak semua respons terhadap gangguan mental bersifat represif. Beberapa biara dan rumah religius berfungsi sebagai tempat perlindungan (*asylum*) awal, memberikan perlindungan dan perawatan dasar, meskipun tetap dalam kerangka religius yang bertujuan untuk penebusan dosa. Selain itu, warisan pengetahuan medis dari dunia Yunani-Romawi dan dunia Islam masih bertahan di beberapa pusat pembelajaran, meskipun pengaruhnya sangat terbatas.

Dengan demikian, perkembangan kesehatan mental pada Zaman Kegelapan dapat dikatakan sebagai periode stagnasi, bahkan kemunduran, jika dibandingkan dengan era sebelumnya. Periode ini mengajarkan pelajaran penting tentang bagaimana struktur kekuasaan dan keyakinan agama yang dominan dapat secara efektif meminggirkan penjelasan ilmiah dan memicu praktik-praktik yang merendahkan martabat manusia. Warisan dari periode ini adalah tertanamnya stigma mendalam yang mengaitkan gangguan jiwa dengan kejahatan moral dan ketidaksalehan, sebuah stigma yang dampaknya masih terus dirasakan dan diperjuangkan untuk dihapuskan hingga saat ini.

3.2.4 Zaman Pertengahan

Periode ini berlangsung antara tahun 400 hingga 1500 M, di mana pengaruh gereja dan ajaran Kristen semakin meluas. Beberapa peristiwa krusial pada masa itu meliputi:

1. Pada tahun 1484, Paus Innocent VIII memerintahkan para pendeta di seluruh Eropa untuk mengeksekusi tukang sihir,

- yang mengakibatkan lebih dari seratus ribu orang tewas karena tuduhan penyihir.
2. Pada abad ke-15 dan ke-16, dibangun fasilitas penampungan khusus untuk memisahkan penderita gangguan mental dari kehidupan sehari-hari masyarakat. Fasilitas tersebut disebut asylum. Raja Henry VIII mendirikan Hospital of St. Mary of Bethlehem di London, yang dikenal sebagai Bedlam, sebagai tempat perawatan pasien gangguan mental.
 3. Bersamaan dengan kemajuan agama Islam, ilmu kedokteran dan pengetahuan lainnya berkembang pesat di wilayah Arab. Hal ini mendorong pendirian berbagai rumah sakit. Sebuah rumah sakit khusus didirikan di Fez, Maroko, dan pada abad ke-12, rumah sakit untuk penderita gangguan mental dibangun di Damaskus.

3.2.5 Zaman Renaissance

Meskipun masih ada praktik pengobatan berbasis takhayul dan perlakuan tidak manusiawi terhadap gangguan mental pada era ini, mulai muncul beberapa ilmuwan yang membawa pencerahan bagi pasien terkait.

1. Paracelsus (1493-1541): Ilmuwan asal Swiss ini menolak demonologi dan mengajukan teori bahwa gangguan mental disebabkan oleh faktor psikologis.
2. Agrippa (1486-1535): Di Jerman, Heinrich Cornelius Agrippa berjuang melawan korban-korban kemunafikan dan kekejaman Inkuisisi.
3. Johann Weyer (1515-1585): Sebagai murid Agrippa, ia menyatakan bahwa individu yang dulunya dituduh sebagai tukang sihir sebenarnya adalah penderita gangguan mental.
4. Vincent de Paul (1581-1660): Cendekiawan dari Paris ini menyamakan penyakit mental dengan penyakit fisik dan menganjurkan pendekatan yang lebih manusiawi terhadap penderita.

Ciri khas pertengahan abad ke-18 adalah berbagai reformasi sosial, politik, dan ilmiah. Pada awal periode ini, mulai berkembang kecenderungan untuk memberikan perawatan khusus bagi pasien

gangguan jiwa. Penelitian difokuskan pada klasifikasi dan sistem perawatan, termasuk identifikasi, penyelidikan, serta pengobatan rasional terhadap berbagai penyakit, termasuk gangguan mental.

1. Philippe Pinel (1745-1826): Pada awal abad ke-19, ia mempelopori penelitian psikiatri dengan memperkenalkan perlakuan dan pemahaman yang lebih manusiawi terhadap penderita gangguan mental.
2. William Tuke (1732-1822): Ia mendirikan "York Retreat" hampir bersamaan dengan pendirian rumah sakit oleh Philippe Pinel di Prancis.
3. Anton Müller (1755-1827): Seorang pekerja di rumah sakit gangguan mental di Jerman, ia menyerukan perawatan manusiawi dan menentang kekerasan yang membelenggu pasien.
4. Vincenzo Chiarugi (1759-1820): Karyanya berjudul "Hundred Observations" yang diterbitkan di Italia menggambarkan pengamatan terhadap pasien gangguan mental dan menuntut perawatan yang lebih bermartabat.
5. Benjamin Rush (1745-1813): Pelopor perawatan manusiawi terhadap penderita gangguan mental, dikenal sebagai "Bapak Psikiatri Amerika".
6. Clifford Whittingham Beers (1876-1943): Berdasarkan pengalaman pribadinya sebagai penderita gangguan mental selama tiga tahun, ia mendirikan Connecticut Society for Mental Hygiene dan mempelopori gerakan kesehatan mental.
7. Pada tahun 1919, dibentuk International Committee for Mental Hygiene dengan markas di Amerika Serikat.
8. Pada periode 1920-1930, pengaruh teori psikoanalisis Freud membawa perubahan dalam perawatan pasien gangguan mental, termasuk layanan tanpa sertifikasi yang dapat dilakukan di rumah pasien atau di luar rumah sakit.
9. Pada 1920-an, Komite Nasional Kesehatan Mental Amerika menghasilkan model undang-undang yang diadopsi oleh beberapa negara bagian.
10. Tahun 1948 menandai pembentukan Federasi Dunia Kesehatan Mental.

Secara umum, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan bebas dari penyakit atau rasa sakit pada seluruh bagian tubuh manusia. Dengan demikian, kondisi mental juga termasuk dalam kategori ini. Gangguan mental dapat dikategorikan sebagai ketidaksehatan mental.

Kondisi sehat dan sakit merupakan dua aspek yang saling terkait dalam kehidupan sehari-hari manusia. Pemahaman tentang sehat dan sakit ini sebenarnya dipengaruhi oleh nilai-nilai yang dianut oleh anggota masyarakat tertentu, sehingga standarnya bervariasi antar kebudayaan. Sebuah perilaku yang dianggap normal di satu komunitas mungkin dipandang menyimpang di komunitas lain.

Perjalanan panjang dalam memahami dan menangani kesehatan mental mencerminkan dinamika budaya, filsafat, agama, serta kemajuan ilmu pengetahuan di berbagai peradaban. Sejak era kuno hingga modern, pendekatan masyarakat terhadap individu dengan gangguan jiwa telah berubah secara mendasar, baik dari perspektif filosofis maupun praktik penanganannya.

Pada awal peradaban, seperti di Mesopotamia, Mesir, dan Yunani kuno, gangguan jiwa sering diinterpretasikan sebagai hasil kerasukan roh jahat, hukuman ilahi, atau ketidakseimbangan unsur tubuh. Dalam tradisi Mesir dan Babilonia, penanganan dilakukan melalui ritual keagamaan, jampi-jampi, dan eksorsisme. Pemikiran ini berlanjut di Eropa abad pertengahan yang didominasi doktrin keagamaan Kristen, di mana penderita gangguan jiwa sering dikucilkan, dipasung, atau disiksa karena dianggap dirasuki setan. Kartini Kartono (2000) mencatat bahwa beberapa penderita dirantai di penjara bawah tanah, sementara yang lain dipukuli untuk mengusir roh jahat.

Pandangan tersebut mulai bergeser menuju pendekatan rasional dan ilmiah seiring era Renaisans dan Pencerahan di Eropa. Filsuf seperti René Descartes dan tokoh rasionalisme Islam seperti Ibn Rusyd berkontribusi signifikan dalam membebaskan pemikiran manusia dari dominasi dogma keagamaan. M. Bahri Ghazali (2005) menjelaskan bahwa rasionalisme ini menjadi fondasi bagi Barat dalam menjadikan manusia sebagai subjek berpikir kritis, termasuk

dalam menganalisis gangguan mental. Dengan mulai dipertanyakannya otoritas gereja atas ilmu pengetahuan, kedokteran pun berkembang sebagai alat utama untuk menjelaskan fenomena tersebut.

Pada abad ke-18 dan ke-19, tokoh-tokoh kunci muncul untuk menghumanisasi penanganan penderita gangguan jiwa. Philippe Pinel dari Prancis, misalnya, menghapus praktik pemasungan di rumah sakit jiwa dan memperkenalkan pendekatan moral (moral treatment), yang menekankan perlakuan bermartabat dan potensi penyembuhan pasien.

Kemajuan yang lebih terstruktur terjadi pada awal abad ke-20 melalui pendekatan psikodinamika yang dipelopori Sigmund Freud. Freud melihat gangguan mental sebagai konflik psikologis yang berakar pada masa kanak-kanak dan alam bawah sadar. Pendekatan psikologi klinis Freud menjadi dasar psikoterapi modern, memperluas perspektif kesehatan mental dari basis medis-biologis ke pemahaman yang lebih komprehensif secara psikologis dan sosial (Casmini dkk., 2006).

Selain psikoanalisis, berbagai aliran lain seperti behaviorisme, humanistik, dan kognitif semakin memperkaya pemahaman kesehatan mental. Psikologi humanistik, yang dikembangkan oleh Carl Rogers dan Abraham Maslow, menekankan aktualisasi diri, empati, dan hubungan terapeutik dalam penyembuhan. Pendekatan kognitif, di sisi lain, menyoroti peran pola pikir dan keyakinan dalam memicu atau mengatasi gangguan mental.

Di Indonesia, kesadaran kesehatan mental menghadapi tantangan khas. Banyak masyarakat masih melihat gangguan jiwa melalui prisma mistis dan stigma sosial, dengan praktik pemasungan, isolasi, serta kekerasan yang masih terjadi di berbagai wilayah. Namun, kemajuan terus berlanjut melalui perkembangan ilmu psikologi, program pendidikan kesehatan mental, dan kebijakan pemerintah yang melindungi hak penyandang disabilitas mental.

Dalam dekade-dekade terkini, perhatian global terhadap kesehatan mental semakin meningkat. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan pendekatan holistik yang mengintegrasikan dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dalam penanganan gangguan jiwa. Isu seperti depresi, kecemasan, stres kerja, serta

kesehatan mental anak dan remaja kini menjadi prioritas utama dalam kebijakan kesehatan masyarakat.

3.3 Penutup

Sejarah lahirnya kesehatan mental hingga perkembangannya saat ini merupakan perjalanan panjang yang mencerminkan dinamika pemikiran manusia, dari bayang-bayang mistis dan supranatural pada masa prasejarah serta abad pertengahan—di mana gangguan jiwa sering dianggap sebagai kerasukan roh jahat, hukuman ilahi, atau pengaruh dewa, dengan penanganan berupa ritual, eksorsisme, isolasi, dan pemasungan—menuju era pencerahan rasional pada Yunani Kuno dan Renaissance. Tokoh-tokoh pionir seperti Hippocrates, yang memisahkan kedokteran dari takhayul; Plato, yang menyoroti aspek moral dan budaya; serta reformis abad ke-18 seperti Philippe Pinel dan William Tuke, yang memperjuangkan perlakuan manusiawi melalui pendekatan moral, telah meletakkan fondasi bagi transformasi paradigma. Kemudian, pada abad ke-20, Sigmund Freud merevolusi pemahaman melalui psikoanalisis, menekankan konflik bawah sadar, sementara aliran seperti behaviorisme, humanistik, dan kognitif memperkaya perspektif multifaktorial yang melibatkan interaksi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Perjalanan panjang perkembangan kesehatan mental mencerminkan evolusi pemahaman manusia terhadap kondisi jiwa dan pikiran, yang telah bertransformasi dari pandangan mistis dan supranatural pada masa prasejarah serta abad pertengahan—di mana gangguan mental sering dikaitkan dengan roh jahat, hukuman ilahi, atau pengaruh dewa—menuju pendekatan rasional dan ilmiah pada era Renaisans, Pencerahan, serta abad ke-20. Tokoh-tokoh visioner seperti Hippocrates, Plato, Philippe Pinel, William Tuke, Sigmund Freud, dan Clifford Beers memainkan peran krusial dalam menggeser paradigma dari perlakuan tidak manusiawi seperti isolasi, pemasungan, dan eksorsisme, ke metode yang lebih bermartabat, termasuk pendekatan moral, psikoanalisis, dan holistik multifaktorial. Di periode keempat, yang dipengaruhi oleh peristiwa global seperti Perang Dunia II, kesehatan mental diakui sebagai isu yang melibatkan interaksi faktor biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, dengan penekanan pada pencegahan dan integrasi multidisiplin. Di Indonesia, meskipun tantangan seperti stigma mistis dan pemasungan masih ada, kemajuan

melalui pendidikan, regulasi pemerintah, dan pengaruh global seperti rekomendasi WHO menjanjikan perubahan positif. Secara keseluruhan, sejarah ini menunjukkan bahwa kesehatan mental bukan hanya tanggung jawab individu, melainkan prioritas kolektif yang memengaruhi kesejahteraan masyarakat secara luas.

Hingga kini, perkembangan kesehatan mental telah mencapai tahap holistik dan preventif, terutama pasca-Perang Dunia II, di mana organisasi global seperti Federasi Dunia Kesehatan Mental (1948) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendorong integrasi multidisiplin untuk mengatasi isu seperti depresi, kecemasan, dan trauma sosial. Di Indonesia, meskipun stigma mistis dan praktik tidak manusiawi masih menjadi tantangan, kemajuan melalui pendidikan psikologi, regulasi pemerintah, dan program kesadaran masyarakat menjanjikan perubahan yang lebih inklusif. Pada akhirnya, sejarah ini mengajarkan bahwa kesehatan mental bukan sekadar penyembuhan individu, melainkan tanggung jawab kolektif untuk membangun masyarakat yang empati dan mendukung. Dengan komitmen berkelanjutan, kita dapat mewujudkan dunia di mana setiap jiwa menemukan keseimbangan, mencegah penderitaan, dan memupuk potensi manusiawi yang utuh.

Dengan demikian, pemahaman kontemporer tentang kesehatan mental mengajak kita untuk terus memperkuat upaya pencegahan, pengobatan yang inklusif, dan penghapusan stigma, agar setiap individu dapat menjalani kehidupan yang seimbang dan bermakna. Melalui kolaborasi antar disiplin dan komitmen global, masa depan kesehatan mental dapat menjadi lebih cerah, di mana gangguan jiwa tidak lagi menjadi beban tersembunyi, melainkan peluang untuk pertumbuhan bersama.

DAFTAR PUSTAKA

- Casmini, dkk. (2006). *Psikologi Klinis: dari Terapan Mikro ke Makro*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM
- Ghazali, M.Bahri. 2005. *Epistemologi Pendidikan Islam: Dari Paradigma Teosentris ke Teoantroposentris; dari Metode Parsialistik ke Integralistik-Interkonektif*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Kartini Kartono, 2019. *Patologi Sosial 3: Gangguan-Gangguan Kejiwaan*. Cetakan Sembilan. Rajawali Pers. ISBN: 978-623-231-107-7. Yogyakarta
- Maryatmi, Anastasia Sri. 2022. *Psikologi Klinis: Sebagai Suatu Pengantar*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Notosoedirdjo, M., & Latipun. (2005). *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan* (Edisi ke-3, Cetakan ke-4). Malang: UMM Press.

BAB 4

PENYESUAIAN DIRI DAN KESEHATAN MENTAL

4.1 Penyesuaian Diri

Setiap individu senantiasa berada dalam hubungan yang dinamis dengan lingkungannya yang selalu berubah. Perubahan tersebut menuntut kemampuan untuk mencari keseimbangan antara kebutuhan internal dan tuntutan eksternal, antara keinginan mempertahankan keberlangsungan hidup dengan kemampuan beradaptasi terhadap hal-hal baru, juga antara kebutuhan pribadi dengan tuntutan orang lain dalam lingkungan sosial yang lebih besar. Proses pencarian keseimbangan inilah yang dikenal sebagai penyesuaian diri.

Pada mulanya, penyesuaian dipahami sebagai proses biologis yang berkaitan dengan kemampuan organisme untuk bertahan hidup dengan menyesuaikan diri terhadap kondisi lingkungan fisik. Meski adaptasi terhadap lingkungan fisik merupakan hal penting, individu juga dihadapkan pada tuntutan lain, yakni tekanan sosial serta proses sosialisasi yang muncul dari kehidupan bersama orang lain. Selain faktor eksternal tersebut, terdapat pula dorongan dari dalam diri, misalnya kebutuhan dasar seperti makan, minum, tidur, seks, dan buang hajat. Tak kalah penting, kebutuhan psikologis juga berperan, seperti keinginan untuk diterima, dihargai, meningkatkan kapasitas diri dan membina hubungan yang seimbang dengan individu lain. Semua hal itu berpengaruh terhadap fungsi psikologis serta proses penyesuaian diri. (Kumar, 2015)

Dengan demikian, penyesuaian dapat dimaknai sebagai usaha adaptasi, baik terhadap lingkungan fisik maupun terhadap berbagai tuntutan sosial. Manusia tidak bisa dipisahkan dari lingkungannya karena kedua pihak selalu berada dalam hubungan yang saling berbalas. Dari interaksi itu, lahir tekanan sosial dan tuntutan untuk bersosialisasi. Selain itu, individu juga harus memenuhi kebutuhan pribadinya, terutama kebutuhan fisiologis. Keseluruhan dinamika

tersebut menuntut individu untuk terus melakukan penyesuaian. Proses ini semakin kompleks ketika tuntutan dari satu situasi berbenturan dengan tuntutan dari situasi lainnya. (Kumar, 2015)

Penyesuaian diri yang berhasil ditandai dengan kemampuan menemukan makna dan tujuan hidup, menguasai keterampilan yang diperlukan, serta keterbukaan terhadap pengalaman emosi positif maupun kasih sayang dari orang lain. Dengan kata lain, penyesuaian diri merupakan proses berkesinambungan yang membantu individu mencapai keharmonisan dalam menjalani kehidupan.

Penyesuaian diri merupakan upaya individu meliputi tanggapan kognitif maupun sikap, di mana seseorang berusaha menanggulangi pertikaian batin dan rasa tidak puas akibat hambatan dalam memenuhi kebutuhan pribadinya, sehingga dapat mencapai keseimbangan dan harmoni dengan dirinya sendiri maupun lingkungannya. (Schneiders, 1960)

Penyesuaian diri dapat dipahami sebagai kemampuan seseorang dalam menghadapi permasalahan kehidupan sehari-hari yang normal. Secara etimologis, istilah *adjustment* berasal dari bahasa Latin *ad jure* yang berarti “membawa ke arah yang benar” atau “menjadikan sesuatu sesuai.” Makna ini menunjukkan bahwa kehidupan manusia senantiasa berada dalam arus perubahan, sehingga proses beradaptasi atau upaya untuk menata keadaan agar berjalan sebagaimana mestinya merupakan sesuatu yang berlangsung terus-menerus. (Moritsugu dkk, 2017)

4.1.1 Tujuan Penyesuaian Diri bagi Individu

Schneiders (1960) membaginya menjadi tiga, yaitu :

1. Sebagai bentuk *adaptation*

Penyesuaian diri berfungsi sebagai proses penyesuaian pada aspek jasmani, fisiologis, dan biologis, sehingga individu mampu menyesuaikan diri dengan kondisi fisik yang dimiliki maupun lingkungan sekitar.

2. Sebagai bentuk *conformity*

Konformitas sebagai bentuk penyesuaian diri tercermin dari kesediaan individu mengikuti nilai, norma masyarakat dan aturan. Dengan begitu, memungkinkan individu menghindari

- perilaku yang tidak sesuai, baik dari sisi sosial, perasaan, maupun moral.
3. Sebagai bentuk *mastery*
Sebagai wujud *mastery*, penyesuaian diri berarti kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan kondisi yang dihadapinya, supaya dapat mengembangkan kemampuan untuk mengelola, merancang, serta mengatur respons yang tepat dalam menghadapi hambatan, konflik, dan emosi frustrasi yang timbul dalam rutinitas harian.

4.1.2 Proses Penyesuaian Diri

Schneiders menegaskan bahwa penyesuaian diri tidak terjadi secara instan, melainkan melibatkan tiga komponen pokok, yaitu motivasi, penerimaan terhadap realitas, dan pola dasar penyesuaian. Ketiga komponen ini saling terkait dan berperan menentukan kualitas kemampuan individu dalam menanggapi tantangan kehidupan. (Fatimah, 2008)

1. Motivasi

Motivasi dipandang sebagai tenaga pendorong utama yang mengarahkan individu dalam melakukan penyesuaian diri. Dorongan ini muncul dari kebutuhan dasar maupun tujuan hidup yang ingin dicapai. *Schneiders* menekankan bahwa kualitas penyesuaian seseorang sangat ditentukan oleh bentuk motivasi yang ia miliki. Bila motivasi yang mendorong individu bersifat positif, maka respons yang dihasilkan juga akan cenderung sehat dan efisien. Sebaliknya, apabila motivasi bersumber dari dorongan yang maladaptif, individu dapat menunjukkan pola penyesuaian yang tidak sehat atau bahkan patologis. Pada dasarnya, motivasi dalam penyesuaian diri bertujuan untuk mengurangi ketegangan internal sekaligus menjaga keseimbangan psikologis.

2. Sikap terhadap Realitas

Selain motivasi, penyesuaian diri juga dipengaruhi oleh respon pribadi dalam memandang realitas. Sikap realistis dan sehat terhadap lingkungan memungkinkan seseorang menilai situasi dengan lebih objektif sehingga mampu merespons secara adaptif. Individu yang memiliki sikap positif terhadap realitas

cenderung lebih terbuka, fleksibel, dan mampu menerima keadaan, meskipun tidak sesuai dengan harapannya. Sebaliknya, sikap yang keliru, misalnya menyangkal kesulitan, menolak perubahan, atau berpikir secara irasional akan menghambat proses penyesuaian diri. Dengan demikian, keberhasilan penyesuaian diri bukan hanya ditopang oleh kapasitas individu menghadapi tekanan, namun juga terhadap kesiapan individu menerima kondisi nyata secara proporsional.

3. Pola Dasar Penyesuaian

Unsur terakhir dalam proses penyesuaian diri adalah pola dasar penyesuaian, yaitu kerangka atau acuan yang digunakan individu dalam merespons berbagai tuntutan kehidupan sehari-hari. Pola dasar ini terbentuk dari pengalaman hidup, nilai-nilai yang dianut, serta strategi yang telah dipelajari sebelumnya. Apabila kebutuhan individu tidak terpenuhi, maka ia cenderung mengalami ketegangan, frustrasi, atau bahkan stres. Namun, keberhasilan dalam meredakan tekanan dan sekaligus memenuhi kebutuhan akan menghasilkan kondisi penyesuaian diri yang optimal. Dengan kata lain, pola dasar penyesuaian berfungsi sebagai mekanisme penting yang menentukan apakah individu dapat menghadapi masalah dengan cara yang konstruktif atau justru terjebak dalam pola yang maladaptif.

4.1.3 Penyesuaian Diri yang Normal dan Penyimpang

Schneiders (1960) menjelaskan bahwa ciri-ciri penyesuaian diri dapat diklasifikasikan menjadi dua macam, yakni :

1. Penyesuaian diri yang normal (*well adjustment*)

a. Tidak menunjukkan emosi yang berlebihan

Pribadi yang dapat menyesuaikan diri secara efektif biasanya memiliki kendali emosi yang stabil. Mereka dapat menghadapi masalah dengan tenang tanpa mengekspresikan luapan emosi yang berlebihan. Sikap ini memungkinkan mereka berpikir lebih jernih, mempertimbangkan berbagai pilihan penyelesaian, dan mengambil keputusan yang tepat. Penting untuk digarisbawahi bahwa ketiadaan ekspresi emosional yang berlebihan bukan berarti tidak normal,

melainkan mencerminkan adanya pengendalian diri yang sehat.

- b. Bebas dari perasaan frustrasi pribadi
Seseorang yang mampu menyesuaikan diri secara baik tidak terdominasi oleh frustrasi yang terlalu kuat. Frustrasi sering kali menghambat seseorang dalam merespons situasi secara wajar, bahkan dapat mendorong munculnya perilaku tidak sehat, seperti mudah marah tanpa alasan jelas atau bereaksi negatif terhadap orang lain. Oleh karena itu, ketiadaan dominasi rasa frustrasi menjadi salah satu indikator penyesuaian yang normal.
- c. Mengutamakan pertimbangan rasional dan mampu mengarahkan diri
Kemampuan menggunakan penalaran logis ketika menghadapi konflik, tekanan, maupun rasa kecewa. Dengan berpikir rasional, individu dapat mengatur tindakan, memilih respons yang sesuai, serta mengendalikan perilaku agar tetap relevan dengan situasi yang dihadapi. Kemampuan mengarahkan diri inilah yang membuat individu lebih mudah mencapai penyesuaian diri yang baik.
- d. Tidak bergantung pada mekanisme pertahanan psikologis
Menerima kenyataan, bahkan dalam kondisi gagal, merupakan tanda penyesuaian diri yang sehat. Individu yang adaptif biasanya mengakui kegagalannya lalu berupaya kembali dengan usaha lebih matang, bukan dengan berlindung pada mekanisme pertahanan seperti rasionalisasi, proyeksi, atau kompensasi. Berbeda dengan individu yang gagal menyesuaikan diri, yang cenderung melempar kesalahan kepada orang lain demi membenarkan dirinya.
- e. Bersikap realistis dan objektif
Individu dengan penyesuaian diri yang sehat mampu menerima kenyataan tanpa menimbulkan konflik batin, serta menilai situasi berdasarkan pemikiran yang jernih. Sikap ini biasanya terbentuk melalui pengalaman, pembelajaran, dan pertimbangan rasional. Misalnya, seseorang yang kehilangan pekerjaan tetap mampu menjaga motivasinya, menerima

kondisi yang ada, serta membangun relasi yang harmonis dengan sesama.

- f. Dapat menjadikan pengalaman lalu sebagai pedoman
Bentuk penyesuaian diri yang sehat tampak pula melalui kemampuan mengambil pelajaran dari pengalaman sebelumnya. Pengalaman positif di masa lalu menjadi sumber rujukan yang bermanfaat untuk menghadapi masalah di masa kini. Sebagai contoh, keterampilan berkebun yang pernah dipelajari dapat dijadikan modal untuk membuka usaha baru saat menghadapi kesulitan finansial.
- g. Memiliki kapasitas belajar yang berkelanjutan
Individu yang menyesuaikan diri dengan baik tidak berhenti ketika dihadapkan pada persoalan. Sebaliknya, mereka justru menjadikan pengalaman menghadapi konflik, stres, atau kekecewaan sebagai kesempatan untuk belajar. Proses belajar ini membantu mereka mengembangkan strategi baru yang lebih efisien untuk mengatasi persoalan.

2. Penyesuaian diri yang menyimpang

- a. *Aggressive Reaction* dan Delinkuensi
Agresi merupakan salah satu cara individu untuk melepaskan ketegangan serta frustrasi. Bentuknya muncul melalui perilaku destruktif, dominatif, atau tindakan yang menunjukkan keinginan untuk menguasai orang lain. Dalam tingkat tertentu, hal ini dapat berkembang menjadi perilaku delinkuensi.
- b. Penyesuaian Diri yang Patologis
Penyesuaian patologis berarti situasi di mana individu mengalami masalah psikologis yang hanya dapat ditangani melalui bantuan klinis. Bentuk penyesuaian seperti ini biasanya tampak pada gejala neurosis maupun psikosis, sehingga membutuhkan perawatan profesional.
- c. Reaksi Melarikan Diri dari Kenyataan
Melarikan diri atau menarik diri dari kenyataan merupakan bentuk lain dari mekanisme pertahanan terhadap tekanan, ancaman, maupun tuntutan lingkungan. Escape biasanya tampak sebagai ekspresi rasa jenuh atau putus asa, sedangkan withdrawal lebih mencerminkan adanya rasa

takut atau kecemasan sehingga individu memilih untuk menjauh dari situasi yang dihadapi.

d. *Defence Reaction*

Ketika individu dihadapkan pada berbagai desakan, baik yang muncul dari dalam diri berupa kebutuhan maupun dari eksternal berupa tekanan lingkungan, sering kali rasa aman pada ego mereka terancam. Untuk melindungi perasaan aman tersebut, individu kemudian menggunakan mekanisme pertahanan diri sebagai bentuk reaksi.

e. *Antisocial Behavior*

Perilaku antisosial adalah bentuk penyesuaian yang menyimpang karena bertentangan dengan aturan yang berlaku di masyarakat. Penyimpangan ini dapat melanggar hukum, menentang norma adat, maupun bertolak belakang dengan nilai-nilai agama.

f. *Penyimpangan Seksual dan AIDS*

Bentuk lain dari penyesuaian yang tidak sehat adalah perilaku seksual menyimpang. Salah satu contohnya adalah hubungan seksual bebas (*free sex*) yang berisiko menimbulkan penyakit menular berbahaya, termasuk AIDS, sehingga menjadi masalah serius baik secara medis maupun sosial.

g. *Kecanduan dan Ketergantungan pada Alkohol serta Narkoba*
Ketergantungan terhadap alkohol maupun penyalahgunaan obat-obatan terlarang merupakan contoh penyesuaian diri yang salah arah. Perilaku ini bukan hanya bertentangan dengan hukum dan norma sosial, tetapi juga menimbulkan dampak serius bagi kesehatan fisik dan mental individu.

4.1.4 Aplikatif

Konsep penyesuaian diri tidak berhenti pada tataran teori, tetapi memiliki peran penting dalam praktik kehidupan sehari-hari. Aplikasinya tampak dalam berbagai strategi personal maupun sosial yang bertujuan menjaga keseimbangan psikologis individu. Dalam ranah pribadi, penyesuaian diri dapat diwujudkan melalui keterampilan *self-regulation*, yakni kemampuan mengenali, mengendalikan, dan menyalurkan emosi secara sehat. Individu yang

mampu mengelola stres dengan teknik relaksasi, meditasi, *journaling*, atau aktivitas fisik teratur cenderung lebih adaptif menghadapi tekanan. Roman (1911) menekankan bahwa kesehatan fisik merupakan fondasi utama penyesuaian diri; tanpa tubuh yang sehat, kemampuan untuk mengembangkan potensi diri akan terhambat. Praktik sederhana seperti menjaga pola tidur, nutrisi, olahraga, serta menghindari kebiasaan merugikan menjadi bentuk aplikatif dari penyesuaian diri.

Dalam dunia pendidikan, khususnya di lingkungan kampus, penyesuaian diri mahasiswa baru tercermin dari berbagai strategi yang mereka lakukan untuk menghadapi tantangan akademis maupun sosial. Jamaluddin (2020) menjelaskan bahwa mahasiswa menerapkan strategi internal, seperti meningkatkan kepercayaan diri, menyusun tujuan belajar, mengelola stres, dan aktif menjalin hubungan sosial. Di sisi lain, mereka juga mendapat dukungan melalui strategi eksternal, antara lain layanan konseling, pendampingan akademik, serta bantuan dari teman sebaya dan komunitas kampus. Penerapan strategi tersebut menunjukkan bahwa penyesuaian diri bukan hanya persoalan individu, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh dukungan lingkungan.

Penyesuaian diri tidak hanya penting dalam bidang pendidikan, tetapi juga berperan besar dalam dunia kerja. Karyawan dituntut untuk mampu beradaptasi dengan budaya perusahaan, rekan kerja, serta berbagai peraturan yang berlaku. Dukungan rekan kerja yang saling memahami dapat membuat karyawan lebih mudah beradaptasi dengan suasana baru. Kemauan untuk terus belajar juga membantu karyawan cepat memahami tugas dan budaya perusahaan. Selain itu, kegiatan di luar jam kerja seperti pertemuan atau acara kebersamaan dalam divisi turut mempererat hubungan antar karyawan sehingga tercipta rasa akrab dan solidaritas. Strategi-strategi tersebut menunjukkan bahwa penyesuaian diri di dunia kerja dapat terbentuk melalui kombinasi antara usaha individu dan dukungan sosial yang ada di perusahaan. (Aristaputri dan Pradana, 2023)

4.1.5 Penelitian Terkait

Penyesuaian diri pada masa remaja menjadi aspek penting karena menentukan bagaimana individu menghadapi perubahan

dan tuntutan lingkungan sosial. Harwanti dan Mursidi (2019) menemukan bahwa kemampuan penyesuaian diri remaja dipengaruhi secara signifikan oleh konsep diri dan keterampilan problem solving. Remaja yang memiliki penilaian positif terhadap dirinya cenderung lebih percaya diri dalam menempatkan diri di lingkungan baru, sedangkan mereka yang mampu memecahkan masalah dengan baik akan lebih mudah menyesuaikan diri ketika menghadapi konflik atau tekanan. Penelitian ini menegaskan bahwa keberhasilan penyesuaian diri tidak hanya tampak dari kemampuan remaja beradaptasi dengan aturan sekolah dan relasi sosial, tetapi juga dari kekuatan internal yang membantu mereka bertahan menghadapi tantangan perkembangan.

Penyesuaian diri juga memiliki kaitan erat dengan kesehatan mental, karena keseimbangan psikologis sangat dipengaruhi oleh sejauh mana individu mampu beradaptasi dengan lingkungannya. Penyesuaian diri dipandang penting dalam mencegah depresi, sebagaimana ditegaskan dalam penelitian Pranantya dan Ediyono (2023). Individu yang mampu menyesuaikan diri akan lebih stabil secara emosional dan mampu menghadapi tekanan lingkungan dengan lebih baik. Sebaliknya, kegagalan dalam melakukan penyesuaian diri justru dapat memicu depresi, yang ditandai dengan munculnya perasaan tidak berdaya, hilangnya harapan, serta ketakutan berlebih terhadap kegagalan.

4.2 Kesehatan Mental

Seiring dengan perkembangan zaman, setiap individu diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan dinamika perubahan serta tekanan hidup. Ketika penyesuaian diri tidak tercapai, hal tersebut dapat memicu stres dan gangguan mental.

Menurut H.C. Witherington menjelaskan bahwa kesehatan mental tidak bisa dilepaskan dari banyak bidang ilmu, seperti Psikologi, kedokteran, psikiatri, biologi, sosiologi, dan agama memandang kesehatan mental sebagai bidang ilmu yang membahas prinsip, aturan, serta metode untuk menjaga dan meningkatkan keseimbangan serta ketahanan batin seseorang (Diana, 2020).

Selain itu menurut *World Federation for Mental Health* mendefinisikan kesehatan mental sebagai: (1) situasi yang

mendorong individu untuk berkembang secara maksimal, baik fisik, intelektual, maupun emosional dengan tetap selaras dengan orang lain, dan (2) kondisi masyarakat yang dianggap ideal adalah masyarakat yang mampu memberikan kesempatan kepada anggotanya untuk berkembang, sekaligus mampu membangun dirinya sendiri serta bersikap toleran terhadap komunitas lain (Ardiansyah et al., 2023).

Sedangkan menurut Pieper dan Uden (2016) (Kholig et al., 2022) menjelaskan bahwa kesehatan mental ditandai dengan kondisi ketika individu terbebas dari perasaan bersalah terhadap dirinya, mampu menilai diri secara realistis, menerima kelemahan yang dimiliki, serta memiliki kapasitas menghadapi masalah. Selain itu, individu juga merasakan kepuasan dalam hubungan sosial dan kebahagiaan dalam kehidupannya (Aryantiningasih et al., 2023).

4.2.1 Kesehatan Mental Menurut WHO

Sering kali, kesehatan hanya dipandang dari aspek fisik semata. Namun, kenyataannya kesehatan mental juga merupakan bagian yang tidak kalah pentingnya dalam menjaga keseimbangan hidup. Dengan demikian, pemahaman mengenai kesehatan mental perlu ditinjau lebih lanjut, kesehatan adalah aspek penting yang harus dijaga, baik dari sisi fisik, mental, maupun sosial agar tercapai kondisi hidup yang seimbang. WHO (*World Health Organization*) menjelaskan bahwa sehat merupakan keadaan yang menyeluruh, mencakup kesehatan fisik, mental, serta kesejahteraan sosial, dan bukan sekadar bebas dari penyakit maupun kelemahan (Treaties, 1946). Maka dari itu, kesehatan tidak hanya berhubungan dengan kondisi fisik, tetapi juga meliputi kesehatan mental dan tercapainya kesejahteraan sosial. Selain itu, WHO mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi sejahtera ketika individu mampu mengenali potensinya, menghadapi tantangan yang dihadapi setiap hari, kemampuan bekerja dengan produktif, serta berperan bagi lingkungannya ("WHO| Mental health: a state of well-being" t.t.), (Diana, 2020).

Kesehatan mental dapat dipahami sebagai kemampuan individu dalam beradaptasi dan menjalin hubungan yang sehat dengan lingkungannya, sehingga mampu terhindar dari gangguan

psikologis. Dalam kajian literatur, istilah kesehatan mental sering pula disebut sebagai mental *hygiene* atau *psycho-hygiene*. Meskipun terdapat perbedaan istilah, keduanya memiliki makna yang sama, dengan demikian istilah yang paling sering digunakan saat ini adalah *mental health* atau kesehatan mental (Diana, 2020).

4.2.2 Tujuan dan Fungsi Kesehatan Mental

Tujuan Kesehatan Mental

Kesehatan mental, baik dari perspektif *mental health* maupun *mental hygiene*, merujuk pada kondisi individu yang mampu mencapai kesejahteraan psikologis, beradaptasi dengan lingkungan, dan menjaga keseimbangan dengan aspek kesehatan lain, seperti fisik dan sosial. Jiwa dianggap sebagai pusat keseluruhan kesehatan, sehingga keberadaannya menentukan tercapainya kondisi sehat secara menyeluruh. WHO menekankan bahwa kesehatan mencakup dimensi fisik, sosial, dan psikologis, dengan aspek psikis sebagai dasar bagi kedua aspek lainnya. Oleh karena itu, kesehatan mental harus menjadi fokus utama dalam menjaga kualitas hidup individu maupun masyarakat, karena kondisi fisik dan sosial sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa seseorang.

Tujuan kesehatan mental sangat berhubungan dengan kondisi jasmani dan interaksi sosial, sehingga keharmonisan ketiganya diperlukan untuk mencapai kebahagiaan hidup yang utuh. Kesehatan mental yang seimbang mencerminkan kesegaran jiwa sekaligus integrasi seluruh aspek kesehatan individu. Sebaliknya, penurunan kondisi mental akan memengaruhi fisik dan sosial. Oleh karena itu, kesehatan mental yang optimal menjadi prasyarat kebahagiaan sejati, karena memungkinkan seseorang menjaga hubungan sosial, berkomunikasi harmonis, dan mewujudkan makna hidup bersama (Ghazali, 2016).

Fungsi Kesehatan Mental

Menurut Diana Vidya (2019), ada tiga fungsi kesehatan mental :

1. *Prevention* (Pencegahan)

Fungsi pencegahan bertujuan menghindari munculnya gangguan kesehatan mental dengan menerapkan prinsip dasar, seperti mempertahankan kesehatan tubuh dan memenuhi aspek psikologis, termasuk rasa cinta, aman, penghargaan diri, dan aktualisasi diri. Di keluarga, pola asuh hangat, penuh kasih sayang, serta adanya penerimaan dan penghargaan dari anggota keluarga membantu anak berkembang secara mental, menciptakan kesejahteraan psikologis, kemampuan beradaptasi, dan interaksi sosial yang sehat.

2. *Amelioration* (perbaikan/kuratif/korektif)

Fungsi perbaikan bertujuan meningkatkan kapasitas adaptif individu melalui pengendalian perilaku dan mekanisme pertahanan diri yang lebih sehat. Anak dengan hambatan perkembangan, seperti agresivitas, kebiasaan mengisap jempol, atau ledakan emosi, membutuhkan bimbingan agar perilakunya menjadi lebih adaptif. Pendekatan korektif ini tidak hanya mengurangi gejala negatif, tetapi juga mendukung peningkatan kesehatan mental secara keseluruhan.

3. *Preservation* (pemeliharaan/pengembangan)

Fungsi pemeliharaan menekankan upaya membangun dan mempertahankan kepribadian sehat agar individu dapat meminimalkan hambatan perkembangan psikologis. Ketenangan batin dianggap penting bagi pertumbuhan mental, meski tidak mudah dicapai oleh semua orang. Karena kemampuan mengelola kondisi mental berbeda-beda, setiap individu memiliki cara berbeda dalam mengoptimalkan fungsi kesehatan mental, baik untuk pencegahan, perbaikan, maupun pemeliharaan (Ardiansyah et al., 2023).

4.2.3 Ruang Lingkup

Menurut Ardiansyah et al. (2023), kesehatan mental dapat diterapkan di berbagai unit kehidupan sosial, seperti keluarga, sekolah, masyarakat, hingga lingkungan kerja. Perkembangan

kesehatan mental individu sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis diri dan iklim lingkungan sosial di sekitarnya.

1. Kesehatan Mental dalam Keluarga

Nilai budi pekerti dalam keluarga berperan penting menciptakan suasana harmonis antaranggota. Konflik internal, persaingan tidak sehat, atau pertengkaran dapat merusak nilai moral dan menghambat kesehatan mental anak. Oleh karena itu, peran orang tua dalam menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif sangat krusial. Konsep keluarga sakinah, mawaddah, dan rahmah dapat membantu menumbuhkan pemikiran sehat dan mencegah gangguan mental pada anak.

2. Kesehatan Mental di Sekolah

Kesehatan mental siswa dapat dipengaruhi oleh suasana sosioemosional di sekolah. Peran pemahaman guru, khususnya konselor, mengenai kesehatan mental sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung secara fisik, emosional, sosial, dan moral-spiritual. Guru juga berperan mengidentifikasi gejala gangguan mental siswa, membedakan permasalahan yang bisa ditangani di sekolah dengan yang memerlukan intervensi profesional. Hal ini penting terutama pada jenjang SMP dan SMA, di mana siswa menghadapi berbagai tantangan penyesuaian diri, konflik interpersonal, serta tekanan akademik dan sosial.

3. Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Situasi kerja dapat menjadi faktor penyebab stres yang berdampak negatif pada kesehatan mental. Faktor penyebabnya antara lain ketidakpuasan terhadap gaji, konflik dengan atasan atau rekan kerja, beban kerja berlebihan, persaingan tidak sehat, hingga kondisi fisik kantor yang kurang mendukung. Minimnya waktu istirahat, komunikasi yang buruk, sistem jenjang karir yang tidak jelas, serta terbatasnya fasilitas ibadah juga memicu stres. Pimpinan memiliki tanggung jawab menjaga kesejahteraan psikologis karyawan melalui iklim kerja yang kondusif, sehingga produktivitas dan keberhasilan organisasi dapat tercapai.

4. Kesehatan Mental di Bidang Politik

Keseimbangan psikologis sangat penting dalam politik. Gangguan mental dapat terlihat dari perilaku korupsi, kolusi, nepotisme, stres yang memicu agresivitas, atau keputusan mundur dari jabatan publik. Contoh gangguan mental dalam konteks politik dapat dilihat pada Presiden Nixon yang mengalami ketidakstabilan emosi saat menghadapi skandal *Watergate*. Kasus lain terjadi pada Thomas Eagleton, yang mengalami depresi setelah kegagalannya mencalonkan diri sebagai Wakil Presiden Partai Demokrat di Amerika Serikat, hingga akhirnya harus menjalani perawatan dengan *electroshock therapy*.

5. Kesehatan Mental di Bidang Hukum

Pengetahuan tentang kesehatan mental sangat penting bagi hakim supaya mampu menilai kondisi psikologis terdakwa maupun saksi selama proses persidangan, karena hal tersebut berpengaruh langsung dalam proses penetapan keputusan hukum. Bukan hanya hakim, seluruh pihak yang bekerja dalam bidang hukum juga dituntut mempunyai kondisi mental yang sehat. Dengan pola pikir yang jernih, setiap individu agar dapat menjalankan peran serta kewajibannya secara lebih optimal dan objektif sesuai dengan perannya.

6. Kesehatan Mental dalam Kehidupan Beragama

Pendekatan religius telah lama menjadi salah satu metode yang digunakan dalam menangani gangguan mental, bahkan lebih awal dibandingkan dengan pendekatan lain. Sejarah menunjukkan bahwa para nabi menggunakan ajaran agama sebagai bentuk terapi untuk menyembuhkan gangguan spiritual yang dihadapi masyarakat pada masanya. Namun, pada era revolusi industri 4.0, nilai-nilai religius cenderung mengalami pergeseran sehingga diperlukan kembali penguatan melalui tausiyah, mauidlah hasanah, serta dialog bersama tokoh agama. Upaya ini penting untuk memperluas wawasan keagamaan individu sekaligus membantu mengatasi permasalahan hidup dengan cara yang menumbuhkan kondisi mental yang sehat.

4.2.4 Karakteristik Kesehatan Mental

Kesehatan mental tercermin dari adanya karakteristik psikologis yang positif. Yusuf (2011) dalam Diana Vidya (2019) menguraikan sejumlah ciri yang menggambarkan :

1. Terhindar dari Gangguan Jiwa

Daradjat (1975) menjelaskan bahwa terdapat dua jenis gangguan jiwa, yaitu neurosis dan psikosis. Perbedaan keduanya terletak pada kesadaran individu terhadap masalahnya. Penderita neurosis masih menyadari kesulitannya dan umumnya tetap mampu berfungsi dalam realitas, sedangkan penderita psikosis kehilangan keterhubungan dengan kenyataan akibat terganggunya aspek persepsi, emosi, maupun dorongan sehingga kepribadiannya menjadi tidak utuh. Oleh karena itu, kondisi mental yang sehat ditandai dengan ketiadaan gangguan jiwa serta kemampuan individu untuk menghadapi persoalan hidup dan menyesuaikan diri dengan lingkungan nyata

2. Mampu Menyesuaikan Diri

Penyesuaian diri (self adjustment) merujuk pada proses individu dalam memenuhi kebutuhannya sehingga dapat menghadapi stres, konflik, frustrasi, dan berbagai masalah kehidupan dengan cara tertentu. Individu dinilai memiliki penyesuaian diri yang baik jika mampu menyelesaikan masalah secara rasional, tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri maupun orang lain, serta tetap selaras dengan nilai agama dan norma masyarakat."

3. Mampu Memanfaatkan Potensi Secara Maksimal

Selain kemampuan menghadapi berbagai permasalahan dengan alternatif solusi yang tepat, salah satu indikator kesehatan mental yang penting adalah kemampuan individu untuk secara aktif mengoptimalkan potensi yang dimilikinya. Pemanfaatan potensi secara maksimal dapat direalisasikan melalui partisipasi aktif dalam aktivitas yang bersifat positif dan konstruktif untuk mendukung pengembangan potensi diri. Kegiatan tersebut dapat berupa belajar di rumah, sekolah, maupun masyarakat, bekerja, berorganisasi, berolahraga, menyalurkan hobi, serta aktivitas lain yang mampu mendorong pengembangan dan eksplorasi potensi individu.

4. Mampu Mencapai Kebahagiaan Pribadi dan Orang Lain

Aspek ini mengarah pada berbagai aktivitas individu yang menggambarkan agar meraih kebahagiaan bersama. Individu dengan kondisi mental yang sehat cenderung memberikan respons positif dalam memenuhi kebutuhannya, yang pada akhirnya membawa manfaat bagi dirinya maupun lingkungannya.

Usaha meraih kebahagiaan dilakukan tanpa melanggar hak orang lain atau memperoleh keuntungan dengan merugikan pihak lain. Karena itu, individu dengan mental sehat senantiasa berupaya menjaga keseimbangan antara kebahagiaan pribadi dan kebahagiaan bersama, tanpa menimbulkan kerugian bagi diri maupun lingkungannya.

Menurut WHO, terdapat sejumlah karakteristik yang menandai kondisi mental yang sehat (Diana, 2020) , antara lain:

1. Kemampuan untuk belajar dari pengalaman,
2. Kemampuan menyesuaikan diri,
3. Kecenderungan untuk lebih suka memberi daripada menerima,
4. Lebih memilih membantu orang lain dibandingkan bergantung pada bantuan,
5. Memiliki rasa kepedulian dan kasih sayang,
6. Mampu merasakan kepuasan atas hasil yang diperoleh dari usaha sendiri,
7. Kesediaan menerima kekecewaan dengan menjadikan kegagalan sebagai pelajaran berharga, dan
8. Senantiasa berpikir positif.

4.2.5 Aplikatif

Ayuningtyas, Misnaniarti, dan Rayhani (2018) menegaskan bahwa bahwa strategi penanggulangan masalah kesehatan mental di Indonesia harus dilakukan secara menyeluruh melalui aspek promotif, kuratif, preventif, dan rehabilitatif. Pendekatan ini dipandang penting karena kesehatan mental bukan hanya berhubungan dengan individu, melainkan juga dengan kondisi sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat. Dengan demikian, penerapan strategi aplikatif ini dapat menjadi dasar dalam menciptakan

lingkungan yang sehat secara psikologis, baik di tingkat keluarga, sekolah, maupun masyarakat luas (Ayuningtyas et al., 2018).

Aspek promotif dan preventif dalam kesehatan mental menekankan pada pentingnya peningkatan kesadaran dan pencegahan dini terhadap munculnya gangguan psikologis. Hal ini dapat diwujudkan melalui pendidikan kesehatan mental, penguatan pola asuh keluarga, serta penciptaan lingkungan sosial yang suportif. Penelitian Ayuningtyas et al. (2018) menunjukkan bahwa pencegahan dan promosi kesehatan mental harus diintegrasikan dalam layanan kesehatan dasar, sehingga masyarakat memiliki akses yang lebih luas terhadap edukasi dan pendampingan yang memadai.

Sementara itu, aspek kuratif dan rehabilitatif berfokus pada pemulihan individu yang sudah mengalami gangguan kesehatan mental. Upaya ini mencakup penyediaan layanan konseling, terapi psikologis, serta pemberdayaan sosial bagi individu yang mengalami gangguan jiwa agar dapat kembali berfungsi secara optimal dalam masyarakat. Keberhasilan penanganan kesehatan mental tidak hanya bergantung pada intervensi medis, tetapi juga pada dukungan keluarga dan komunitas dalam menciptakan lingkungan yang ramah serta bebas stigma. Dengan strategi aplikatif ini, kesehatan mental dapat lebih terjaga dan memberikan peran dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan (Ayuningtyas et al., 2018)

4.2.6 Riset terkait

Ridlo (2020) menjelaskan bahwa pandemi COVID-19 menimbulkan hambatan besar bagi kesehatan mental masyarakat Indonesia. Tingginya angka penularan dan kematian berkontribusi pada meningkatnya kecemasan, depresi, trauma, bahkan kasus bunuh diri. Survei PDSKJI mencatat bahwa 63% responden mengalami kecemasan, 66% depresi, dan 80% stres pascatrauma. Kondisi ini semakin berat karena adanya keterbatasan akses layanan kesehatan mental, stigma negatif, serta tekanan ekonomi. Sebagai respons, pemerintah meluncurkan layanan konseling *Sejiwa* dan mengembangkan program berbasis komunitas seperti Desa Siaga dan Desa Tanggap COVID-19 untuk memperluas dukungan kesehatan mental bagi masyarakat.

Caesaria, Suzana, dan Airlangga (2024) menyoroti bahwa remaja dengan latar belakang sosial ekonomi rendah lebih rentan mengalami gangguan kesehatan mental seperti stres, depresi, dan kecemasan. Faktor yang memicu kerentanan ini antara lain keterbatasan ekonomi, tekanan sosial, serta stigma negatif terhadap kesehatan mental. Sebaliknya, akses pendidikan dan layanan kesehatan yang memadai dapat mendukung kondisi psikologis yang lebih positif. Hasil penelitian ini menegaskan bahwa ketidaksetaraan sosial-ekonomi memiliki pengaruh signifikan terhadap kesehatan mental remaja, sehingga intervensi pemerintah sangat penting dalam menyediakan layanan kesehatan mental gratis dan mengurangi kesenjangan sosial ekonomi.

Aloysius dan Salvia (2021) menemukan bahwa pandemi juga berdampak serius pada mahasiswa, khususnya di Perguruan Tinggi X. Hampir setengah responden (46%) mengalami kondisi kesehatan mental sangat buruk, sementara 41% lainnya termasuk kategori buruk. Beberapa faktor yang terbukti berpengaruh adalah jenis kelamin, tingkat dukungan sosial, ketergantungan pada smartphone, dan pendapatan. Mahasiswa perempuan dengan dukungan sosial minim, penggunaan smartphone yang tinggi, serta pendapatan rendah, lebih rentan mengalami penurunan kesehatan mental. Berdasarkan hasil ini, peneliti menekankan pentingnya perhatian dari kampus, keluarga, dan lingkungan sekitar untuk memberikan dukungan psikologis yang memadai bagi mahasiswa selama pandemi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, S., Yunike, Ardiansyah, S., Tribakti, I., Suprpto, Saripah, E., Febriani, I., Zakiyah, Kuntoadi, G. B., Muji, R., Kusumawaty, I., Narulita, S., Juwariah, T., Akhriansyah, M., Putra, E. S., & Kurnia, H. (2023). *Buku Ajar Kesehatan Mental*.
- Aryantiningasih, D. S., Parlin, W., & ... (2023). Edukasi Kesehatan Melalui Pelatihan Perawatan Mental sebagai Upaya Menjaga Kesehatan Mental pada Remaja. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 5(2), 387–394.
- Suryanto Aloysius, & Nada Salvia. (2021). Analisis Kesehatan Mental Mahasiswa Perguruan Tinggi Pada Awal Terjangkitnya Covid-19 di Indonesia. *Jurnal Citizenship Virtues*, 1(2), 83–97.
- Ghazali, B. (2016). 10. Kesehatan Mental 1 Ok. *Early Childhood Education Journal*, November 2019, 1–102.
- Caesaria, P. A., Suzana, D., & Airlangga, D. Z. (2024). Literatur Review Masalah Kesehatan Mental Remaja pada Ketidaksetaraan Sosial dan Ekonomi. *Indonesian Journal of Behavioral Studies*, 4(1), 44–52. <https://doi.org/10.19109/ijobs.v4i1.21882>
- Ridlo, I. A. (2020). Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 5(2), 162. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i22020.162-171>
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1–10.
- Aristaputri, D. and Pradana, H.H. (2023) ‘Gambaran Penyesuaian Diri Pada Karyawan Perusahaan di Perusahaan X Kec. Binangun, Kab. Blitar’, *Psycho Aksara : Jurnal Psikologi*, 1(1), pp. 96–100. Available at: <https://doi.org/10.28926/pyschoaksara.v1i1.753>.
- Diana, V. (2020) *Kesehatan Mental (Sejarah Kesehatan Mental)*, Available at: https://www.researchgate.net/profile/Diana-Fakhriyani/publication/348819060_Kesehatan_Mental/link/s/60591b56458515e834643f66/Kesehatan-Mental.pdf.

- Fatimah, E. (2008) *Psikologi Perkembangan*. Bandung: CV Pustaka Setia.
- Jamaluddin, M. (2020) 'A Model Penyesuaian Diri Mahasiswa Baru', *Indonesian Psychological Research*, 2(2), pp. 109–118. Available at: <https://doi.org/10.29080/ipr.v2i2.361>.
- Kumar, L. (2016) 'Adjusment and Mental Health', in *PSYCHOLOGY OF LEARNING AND DEVELOPMENT*. Lulu Publication.
- Moritsugu, J. *et al.* (2017) *Psychology of Adjusment*. California: SAGE Publications.
- Pranantya, D.N. and Ediyono, S. (2023) 'Self-Adjustment To Prevent Depression Penyesuaian Diri Agar Tidak Terjadi Depresi', (December).
- Roman, C. V (1911) 'Self Adjustment.', *Journal of the National Medical Association*, 3(2), pp. 147–14757.
- Schneiders, A.A.S. (1960) *Personal adjustment and mental health., Introductory Psychology: The Principles of Human Adjustment Workbook in Introductory Psychology*. Available at: <https://doi.org/10.1037/14399-018>.

BAB 5

TEKNOLOGI DIGITAL DAN LAYANAN KESEHATAN MENTAL DI INDONESIA

5.1 Pendahuluan

Pandemi COVID-19 telah menjadi titik balik yang mengubah arah layanan kesehatan global secara drastis. Dalam waktu singkat, sistem kesehatan di seluruh dunia dipaksa untuk meninggalkan sebagian besar praktik tatap muka dan beralih ke saluran digital. Perubahan ini bersifat revolusioner; teknologi yang sebelumnya dianggap sebagai pelengkap, seperti telemedisin, secara cepat bertransformasi menjadi komponen utama dalam upaya penyelamatan layanan kesehatan.

Transformasi digital ini mencakup seluruh bidang layanan kesehatan, namun kesehatan mental menempati posisi yang sangat khas. Pandemi menciptakan beban ganda bahkan tiga lapis, yang belum pernah dihadapi secara bersamaan sebelumnya: meningkatnya kecemasan akibat ketidakpastian dan ancaman terhadap kesehatan, maraknya infodemik yang mengaburkan batas antara fakta dan disinformasi, serta isolasi sosial yang memperburuk rasa kesepian (Jannah *et al.*, 2020; Mourad *et al.*, 2020; Izzatika, Syakurah and Bonita, 2021; Pangestu, 2025). Dampak dari kondisi ini bersifat tidak merata. Lansia dan tenaga kesehatan menjadi kelompok yang sangat rentan terhadap tekanan psikologis jangka panjang, sementara generasi muda, terutama Generasi Z, menunjukkan kesadaran lebih tinggi terhadap isu kesehatan mental serta keberanian untuk mencari pertolongan, yang sering kali ditempuh melalui saluran digital.

Respons terhadap kebutuhan ini berkembang pesat. Fasilitas kesehatan mulai menyediakan layanan telepsikiatri, aplikasi konseling daring menyediakan terapi berbasis teks maupun video, dan komunitas dukungan sebaya menjangkau individu melalui media sosial. Di tingkat kebijakan, Indonesia mulai memperkuat

fondasi digital melalui penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), penguatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), ekspansi layanan MobileJKN, serta pengembangan SATUSEHAT sebagai sistem integrasi data nasional (Kementerian Komdigi, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2022a, 2022b). Walaupun infrastruktur ini awalnya ditujukan untuk layanan kesehatan secara umum, keberadaannya menciptakan peluang strategis bagi penguatan layanan kesehatan mental.

Pada level praktik langsung, inovasi lokal menunjukkan bahwa transformasi digital tidak harus menunggu teknologi dari luar negeri. Salah satu contoh konkret adalah layanan swaperiksa kesehatan mental daring yang dikembangkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) (Kementerian Komdigi, 2020; PDSKJI, 2020). Melalui kuesioner singkat, masyarakat dapat menilai gejala kecemasan, depresi, dan trauma secara mandiri dan anonim. Umpan balik yang diberikan secara instan, disertai saran tindak lanjut, menjadikan layanan ini sebagai pintu masuk menuju deteksi dini sekaligus alat untuk mengurangi stigma yang selama ini menjadi hambatan utama akses terhadap layanan kesehatan jiwa.

Namun demikian, transformasi menuju layanan kesehatan mental digital yang efektif masih menghadapi berbagai tantangan. Tingginya *treatment gap* di Indonesia, terbatasnya akses di wilayah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), rendahnya literasi digital, serta kuatnya stigma sosial merupakan hambatan struktural yang belum sepenuhnya teratasi (Putri *et al.*, 2021b; Munira, Liamputtong and Viwattanakulvanid, 2023) (Rajebta *et al.*, 2025). Di sisi lain, digitalisasi juga menimbulkan risiko baru seperti kebocoran data pribadi, bias dalam algoritma yang dapat memperkuat ketimpangan, serta kelelahan teknologi (*technology fatigue*) yang berpotensi mengurangi motivasi baik dari pengguna maupun penyedia layanan (Hilty *et al.*, 2022; Fauzi, Saimi and Fathoni, 2024).

Bab ini disusun untuk memetakan lanskap layanan kesehatan mental digital secara komprehensif. Pembahasan akan mencakup potensi dan risiko yang menyertainya, menekankan pentingnya inklusivitas, serta merumuskan strategi untuk pengembangan berkelanjutan. Dengan memadukan wawasan dari praktik global, hasil penelitian, serta inovasi lokal, kajian ini diharapkan dapat

menjadi rujukan bagi pembuat kebijakan, praktisi, akademisi, dan inovator dalam membangun ekosistem layanan kesehatan mental digital yang aman, adil, dan berkelanjutan di Indonesia.

5.2 Menjembatani Potensi dan Tantangan: Telaah Kritis Transformasi Digital Kesehatan Mental

5.2.1 Perluasan Akses Layanan secara Cepat dan Merata

Transformasi digital dalam sektor kesehatan mental telah menghadirkan potensi signifikan dalam memperluas jangkauan layanan, terutama di wilayah yang selama ini mengalami keterbatasan akses, seperti daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T). Pemanfaatan telepsikiatri, aplikasi konseling daring, serta chatbot untuk skrining awal memungkinkan layanan kesehatan mental menjangkau masyarakat yang sebelumnya sulit dijangkau. Sebagai contoh, di India, program Tele-MANAS memungkinkan konsultasi melalui panggilan telepon biasa tanpa memerlukan koneksi internet, sehingga dapat diakses oleh masyarakat pedesaan, termasuk di wilayah dengan konektivitas rendah (Ahmed, Dumka and Kotwal, 2022; Kumar, Meena and Kalia, 2024; Rajebta *et al.*, 2025). Namun demikian, di Indonesia, potensi ini masih dihambat oleh keterbatasan infrastruktur telekomunikasi, mahalnya harga perangkat digital, serta rendahnya literasi digital di kalangan lanjut usia dan masyarakat berpenghasilan rendah (Lukito and Gani, 2024; Kunnati *et al.*, 2025; Poerwanti *et al.*, 2025). Selain itu, keterbatasan dalam melakukan evaluasi klinis secara langsung turut meningkatkan risiko salah diagnosis (Indria, Alajlani and Sf. Fraser, 2020), terutama pada kasus dengan gejala fisik yang samar atau kondisi psikiatri akut seperti risiko bunuh diri. Dalam konteks ini, pendekatan layanan *blended care*, yakni kombinasi antara layanan daring dan tatap muka, menjadi solusi yang relevan. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dapat dioptimalkan sebagai titik rujukan untuk layanan tatap muka, khususnya dalam menangani kasus berisiko tinggi.

5.2.2 Efisiensi Biaya dan Tantangan Pembiayaan

Selain membuka akses yang lebih luas, transformasi digital juga membawa peluang efisiensi biaya dalam penyelenggaraan

layanan kesehatan mental. Layanan kesehatan digital berpotensi dapat mengurangi biaya konsultasi, transportasi, akomodasi, serta kehilangan waktu kerja (Gega *et al.*, 2022; Naslund *et al.*, 2022). Model terapi digital, terutama yang bersifat *asynchronous*, di mana pasien dan tenaga kesehatan tidak perlu terhubung secara bersamaan, menawarkan fleksibilitas yang lebih tinggi baik bagi pengguna maupun penyedia layanan (Barrera-Valencia *et al.*, 2017). Namun, efisiensi biaya tersebut sering kali menutupi tantangan investasi awal yang tidak kecil. Biaya pembangunan infrastruktur teknologi, pelatihan tenaga profesional, serta peningkatan literasi digital masyarakat menuntut komitmen pendanaan yang signifikan. Di banyak negara maju, tanggung jawab ini umumnya diemban oleh negara. Sebaliknya, di Indonesia, beban ini masih dominan ditanggung oleh penyedia layanan swasta atau startup, yang pada akhirnya dapat memengaruhi harga akhir layanan bagi konsumen (Futri and Naruetharadhol, 2025). Fenomena perang tarif antarpenyedia layanan digital juga menjadi ancaman tersendiri, karena potensi penurunan kualitas layanan akibat persaingan harga yang tidak sehat. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme regulasi yang mencakup sertifikasi nasional untuk platform kesehatan mental digital, pelaksanaan audit kualitas secara berkala, serta pengembangan skema pembiayaan kolaboratif antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dana desa, dan sektor swasta. Pendekatan ini akan menjamin keterjangkauan layanan tanpa mengorbankan mutu.

5.2.3 Anonimitas sebagai Mekanisme Mereduksi Stigma

Efisiensi dan aksesibilitas yang meningkat tidak hanya berdampak pada aspek teknis, tetapi juga memengaruhi persepsi dan pengalaman psikologis pengguna dalam mengakses layanan. Salah satu nilai tambah penting dari layanan digital adalah kemampuannya untuk memberikan ruang anonim bagi pengguna (Wardhana *et al.*, 2024). Hal ini merupakan salah satu fitur yang paling diapresiasi oleh pengguna, khususnya dari kalangan generasi muda, profesional, dan kelompok rentan. Anonimitas memungkinkan individu merasa lebih nyaman dalam mengungkapkan permasalahan psikologis, yang pada gilirannya berkontribusi pada pengurangan stigma terhadap isu

kesehatan mental. Berbagai studi menunjukkan bahwa intervensi daring yang bersifat anonim dapat meningkatkan pencarian bantuan sejak tahap awal gangguan mental (Pretorius *et al.*, 2019; Pretorius, Chambers and Coyle, 2019; Williams, Bartik and Cosh, 2024; Higson-Sweeney *et al.*, 2025). Namun demikian, aspek anonimitas juga membawa risiko, seperti penyalahgunaan identitas, tindakan trolling, hingga doxing, yang dapat membahayakan pengguna (Wardhana *et al.*, 2024). Negara seperti Inggris melalui kampanye *Every Mind Matters* telah memanfaatkan figur publik dan influencer untuk mengedukasi masyarakat dengan konten berbasis bukti serta menormalisasi percakapan terkait kesehatan mental di ruang publik (Hahn *et al.*, 2023; Stuart *et al.*, 2023). Indonesia dapat mengadopsi strategi serupa dengan melibatkan tokoh nasional maupun lokal, termasuk pemuka agama dan pemimpin komunitas. Selain itu, penguatan sistem moderasi konten, mekanisme pelaporan yang responsif, serta edukasi literasi digital secara berkelanjutan sangat diperlukan untuk menciptakan ruang digital yang aman dan suportif bagi pengguna layanan kesehatan mental.

5.2.4 Inovasi dalam Terapi Digital

Sejalan dengan meningkatnya kepercayaan terhadap layanan daring, kemajuan teknologi juga membuka jalan bagi bentuk-bentuk intervensi terapeutik baru yang semakin inovatif. Intervensi seperti *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* daring, terapi berbasis *Virtual Reality (VR)*, gamifikasi untuk pemantauan suasana hati, hingga terapi psikoanalisis digital kini telah dikembangkan di berbagai negara (Lehtimäki, Martić, Wahl, Katherine T Foster, *et al.*, 2021; Fernandez and Siokain, 2025). Australia, misalnya, mengembangkan platform layanan kesehatan mental digital berbasis CBT yang interaktif dan menyediakan dukungan dari terapis secara daring atau melalui telepon, serta dapat merujuk ke layanan tatap muka jika diperlukan (Titov *et al.*, 2020). Di Indonesia, sejumlah startup lokal mulai mengembangkan layanan serupa, meski sebagian besar inisiatif ini masih berada pada tahap awal dan belum melalui proses uji klinis yang memadai. Tantangan utama yang dihadapi mencakup minimnya pendanaan riset dari pemerintah, lambatnya proses validasi ilmiah, serta kurangnya regulasi yang mendukung

percepatan inovasi berbasis bukti (*evidence-based innovation*). Untuk memastikan perkembangan yang aman dan kredibel, diperlukan mekanisme *fast-track* bagi inovasi terapi digital yang telah menunjukkan bukti awal efektivitas, serta kemitraan riset antara pemerintah, akademisi, dan sektor swasta. Keterlibatan asosiasi profesi dalam penyusunan panduan dan rekomendasi berbasis uji klinis lokal juga krusial dalam menjaga integritas dan keamanan penggunaan teknologi terapi digital.

5.2.5 Integrasi Data sebagai Fondasi Kebijakan Berbasis Bukti

Seluruh inovasi dan pendekatan baru dalam layanan kesehatan mental digital akan jauh lebih efektif jika didukung oleh sistem data yang terintegrasi. Inisiatif integrasi data kesehatan mental melalui platform SATUSEHAT membuka peluang strategis dalam pengambilan kebijakan berbasis bukti di tingkat nasional (Purwanto *et al.*, 2025). Akses terhadap data real-time mengenai prevalensi gangguan seperti depresi, kecemasan, dan risiko bunuh diri dapat meningkatkan ketepatan dan efektivitas intervensi yang dirancang oleh pemerintah (Radovic *et al.*, 2022; O'Connor *et al.*, 2023). Negara seperti Singapura telah menunjukkan keberhasilan melalui portal *open health data* yang memungkinkan peneliti dan pembuat kebijakan mengakses data teragregasi untuk keperluan perencanaan strategis. Namun, di Indonesia, upaya integrasi data masih menghadapi berbagai hambatan, antara lain lemahnya regulasi perlindungan data pribadi, potensi kebocoran data, serta risiko *digital exclusion* apabila akses terhadap data hanya dimungkinkan bagi pihak yang memiliki sumber daya teknologi atau kemampuan finansial tertentu. Kondisi ini tidak hanya berpotensi menghambat riset publik, tetapi juga memperdalam kesenjangan layanan antara wilayah maju dan daerah 3T (Bernadette *et al.*, 2022). Oleh karena itu, perlu dibangun suatu *data governance framework* yang transparan, didukung oleh mekanisme audit independen secara berkala, serta kebijakan akses data yang terkontrol namun tetap terbuka untuk kepentingan riset kesehatan publik. Pendekatan ini akan memperkuat posisi Indonesia dalam pemanfaatan data untuk peningkatan mutu layanan kesehatan mental secara berkelanjutan.

5.3 Potret Layanan Kesehatan Mental Digital di Indonesia

Transisi menuju layanan kesehatan mental digital di Indonesia tidak hanya ditentukan oleh potensi dan tantangan yang telah dibahas sebelumnya, tetapi juga dipengaruhi secara signifikan oleh bagaimana ekosistem nasional membentuk, mengatur, dan memfasilitasi implementasinya. Dalam konteks ini, penting untuk melihat lebih jauh bagaimana dinamika di tingkat kebijakan dan kelembagaan berdampak pada kehadiran layanan digital di tengah masyarakat. Meskipun ekspansi teknologi menjanjikan perluasan akses, efisiensi biaya, dan inovasi dalam metode terapi, keberhasilan implementasinya tetap sangat bergantung pada kesiapan sistem pendukung yang ada. Oleh karena itu, perhatian perlu diarahkan pada bagaimana layanan-layanan ini benar-benar terintegrasi dalam praktik sehari-hari, baik melalui telepsikiatri di rumah sakit maupun melalui inisiatif berbasis komunitas yang berkembang di media sosial. Integrasi semacam ini juga perlu dilihat dalam kaitannya dengan sistem kesehatan nasional yang lebih luas, termasuk keterhubungan dengan BPJS Kesehatan dan platform SATUSEHAT sebagai bagian dari infrastruktur data kesehatan. Di samping itu, konfigurasi kebijakan dan skema pembiayaan memainkan peran penting dalam menentukan keberlanjutan dan jangkauan layanan, terutama ketika dikaitkan dengan persoalan inklusivitas. Tantangan ini menjadi semakin kompleks ketika mempertimbangkan kesenjangan akses yang masih dihadapi oleh kelompok-kelompok rentan, seperti masyarakat di daerah 3T, komunitas dengan bahasa lokal, serta penyandang disabilitas, yang sering kali tidak sepenuhnya terakomodasi dalam rancangan layanan digital yang ada.

Transformasi digital dalam layanan kesehatan mental di Indonesia menunjukkan dinamika perkembangan yang kompleks, menawarkan berbagai peluang inovatif namun juga dihadapkan pada tantangan struktural yang signifikan. Sejak pandemi COVID-19, adopsi teknologi dalam bidang ini meningkat secara drastis, ditandai dengan munculnya berbagai model layanan, mulai dari telepsikiatri di fasilitas kesehatan tersier, platform konseling daring berbasis aplikasi, chatbot deteksi dini gangguan mental melalui layanan pesan instan, hingga komunitas dukungan sebaya di media sosial

(Aminabee, 2024; Wardani *et al.*, 2024). Namun demikian, dinamika ini tidak dapat dilepaskan dari konteks sosio-kultural dan geografis Indonesia yang sangat heterogen. Terdapat lebih dari 700 bahasa daerah, ratusan kelompok etnis, serta disparitas akses infrastruktur dan layanan kesehatan, yang secara signifikan memengaruhi pemahaman, ekspresi, dan penanganan isu kesehatan mental di tingkat individu maupun komunitas.

Dalam lanskap layanan yang ada saat ini, institusi kesehatan formal dan inisiatif komunitas sama-sama menunjukkan kontribusi penting. Di tingkat fasilitas layanan kesehatan, telepsikiatri menjadi titik masuk utama dalam pengembangan layanan kesehatan mental digital. Beberapa rumah sakit umum daerah (RSUD) telah mengimplementasikan sistem rujukan berbasis daring yang menghubungkan pasien di daerah dengan psikiater yang berdomisili di kota besar, sehingga secara signifikan mengurangi waktu tunggu yang sebelumnya bisa mencapai beberapa bulan. Sektor swasta menunjukkan dinamika yang lebih progresif melalui pengembangan aplikasi konseling daring yang menyediakan layanan berbasis teks, audio, maupun video dengan jadwal yang fleksibel dan tarif yang bervariasi. Selain itu, organisasi profesi seperti Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) turut menyediakan platform swaperiksa daring berbasis kuesioner, yang memungkinkan deteksi dini gangguan mental secara mandiri oleh masyarakat. Di ranah komunitas, ruang digital seperti grup Facebook, Telegram, atau LINE digunakan sebagai forum dukungan sebaya yang berfungsi sebagai tempat berbagi pengalaman dan strategi coping dalam menghadapi permasalahan psikologis.

Meskipun model layanan yang beragam tersebut berkembang cukup pesat, integrasinya dengan sistem kesehatan nasional masih menunjukkan banyak keterbatasan. Integrasi layanan kesehatan mental digital dengan sistem kesehatan nasional masih berada pada tahap awal. Upaya penghubungan antara data konsultasi daring dengan sistem rekam medis elektronik nasional, yakni platform SATUSEHAT, masih terbatas, terutama terkait dengan kurangnya interoperabilitas dan ketidaksesuaian format kode standar seperti ICD-10/ICD-11 maupun FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*). Meskipun BPJS Kesehatan telah

membuka peluang klaim untuk layanan telemedicine, layanan konseling psikologis daring belum sepenuhnya terakomodasi, khususnya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Hal ini mengindikasikan adanya kebutuhan mendesak untuk pembaruan regulasi agar selaras dengan perkembangan praktik dan teknologi di lapangan.

Tantangan utama layanan kesehatan mental justru berada di level layanan primer (FKTP). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pelaporan program kesehatan jiwa di FKTP masih dilakukan secara manual, yang memperlambat arus informasi dan menyulitkan integrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional, serta menghambat pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan berbasis bukti. Selain itu, keterbatasan sumber daya manusia (SDM) dan alokasi anggaran membuat program kesehatan mental di FKTP cenderung lebih menitikberatkan pada penatalaksanaan kasus secara kuratif, sementara aspek promotif dan preventif, seperti deteksi dini, edukasi publik, dan pemberdayaan komunitas, belum berjalan optimal. Kondisi ini menunjukkan bahwa digitalisasi layanan kesehatan mental tidak hanya memerlukan infrastruktur teknologi, tetapi juga reformasi paradigma layanan agar keseimbangan promotif, preventif, dan kuratif dapat benar-benar terwujud (Sari, 2022). Kondisi ini menegaskan bahwa meskipun inovasi digital menawarkan peluang baru, implementasinya akan tetap terhambat apabila struktur dasar di layanan primer tidak diperkuat.

Lebih jauh lagi, tantangan integrasi tersebut diperkuat oleh belum optimalnya kebijakan dan skema pembiayaan dalam mendukung layanan kesehatan mental digital (Pribadi and Setijaningrum, 2023) (Berardi *et al.*, 2024). Regulasi telemedicine di Indonesia saat ini masih lebih berfokus pada layanan medis fisik, seperti konsultasi dokter umum atau spesialis. Psikologi klinis belum memiliki pengakuan formal dalam skema pembiayaan layanan primer melalui BPJS, sementara peran bimbingan dan konseling umumnya masih terbatas pada konteks pendidikan formal di sekolah. Di sisi pembiayaan, layanan kesehatan mental di FKTP seringkali dihargai setara dengan konsultasi umum dalam sistem kapitasi, meskipun layanan psikologis biasanya memerlukan durasi

konsultasi yang lebih lama serta pendekatan yang lebih menyeluruh dan holistik (Mahomed, 2020).

Permasalahan kebijakan dan pembiayaan ini semakin kompleks ketika dihadapkan pada berbagai hambatan struktural yang menghalangi terciptanya ekosistem layanan yang benar-benar inklusif. Infrastruktur di wilayah 3T (terdepan, terluar, tertinggal) belum merata, termasuk keterbatasan akses internet, pasokan listrik, dan kepemilikan perangkat digital. Keberagaman bahasa lokal memperumit pengembangan platform digital, terutama untuk layanan berbasis teks atau suara seperti chatbot (M. Ranga Fachrizal S, 2024). Oleh karena itu, pengembangan chatbot lokal yang menekankan konteks budaya, bahasa, dan literasi kesehatan di Indonesia perlu dilakukan. Selain itu, banyak aplikasi belum ramah bagi penyandang disabilitas, terutama tunanetra dan tunarungu. Keterbatasan literasi digital di kalangan masyarakat serta kuatnya stigma terhadap isu kesehatan mental juga menurunkan adopsi terhadap layanan daring.

Kesenjangan struktural dan determinan sosial turut memperburuk *treatment gap* dalam layanan kesehatan mental di Indonesia. Faktor seperti kemiskinan, ketimpangan akses pendidikan, serta rendahnya dukungan sosial mempersempit peluang bagi individu untuk mengakses layanan yang tersedia, termasuk layanan daring (Arjadi, Nauta and Bockting, 2018; Putri *et al.*, 2021a). Walaupun teknologi digital membuka potensi untuk menjangkau populasi yang sebelumnya terpinggirkan, tanpa intervensi struktural seperti subsidi perangkat, peningkatan literasi digital, dan perlindungan data pribadi, justru kesenjangan tersebut dapat semakin melebar.

Dalam menghadapi tantangan tersebut, Indonesia dapat belajar dari pengalaman negara-negara lain di kawasan Asia yang telah lebih dahulu mengembangkan model layanan kesehatan mental digital. Jepang, misalnya, mengembangkan sistem kecerdasan buatan (AI) berbasis pemrosesan bahasa alami (NLP), Singapura mengintegrasikan layanan kesehatan mental ke dalam portal nasional pemerintah (gov.sg), Thailand yang memanfaatkan platform komunikasi seperti LINE, Malaysia mengadopsi pendekatan holistic, dan India dengan program Tele-MANAS (tabel 1) (Digest,

2021; Mat Ruzlin *et al.*, 2021; Loo *et al.*, 2023; Kumar, Meena and Kalia, 2024; Weng *et al.*, 2024; Tolulope *et al.*, 2025) (Brody, Star and Tran, 2020; Apiratwarakul *et al.*, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan bukan hanya soal teknologi, tetapi juga regulasi, keberpihakan pembiayaan, dan sensitivitas budaya.

Tabel 5.1. Matriks Benchmarking Layanan Kesehatan Mental Digital di Asia

Negara	Model Layanan Utama	Kekuatan Utama	Implikasi untuk Indonesia
Jepang	AI berbasis NLP untuk skrining dan diagnosis	Akurasi tinggi berkat adaptasi bahasa dan budaya	Pentingnya dataset lokal dan riset lintas budaya
Singapura	Portal nasional terintegrasi (gov.sg) untuk e-counseling	Perlindungan data pribadi yang kuat (PDPA)	Sinergi layanan digital dengan regulasi perlindungan privasi
Thailand	Konseling via LINE + hotline darurat	Penggunaan platform populer yang mudah diakses	Adaptasi melalui medium yang telah familier di masyarakat
Malaysia	Integrasi layanan psikologis dengan bantuan sosial	Pendekatan holistik berbasis kebutuhan masyarakat	Pentingnya integrasi antara dukungan mental dan sosial
India	Tele-MANAS berbasis jaringan telepon murah	Jangkauan luas di daerah tanpa akses internet	Model teknologi rendah untuk wilayah 3T

Potret layanan kesehatan mental digital di Indonesia mencerminkan capaian yang signifikan dalam beberapa tahun terakhir, namun sekaligus menggarisbawahi tantangan yang masih harus diatasi untuk memastikan layanan yang inklusif, aman, dan berkelanjutan. Belajar dari negara-negara tetangga, Indonesia perlu memperkuat integrasi antara inovasi teknologi dengan kebijakan

yang responsif, pembiayaan yang berpihak, serta adaptasi budaya yang kontekstual. Dengan demikian, transformasi digital dalam layanan kesehatan mental dapat menjadi instrumen yang efektif dalam menjawab kebutuhan masyarakat secara menyeluruh dan adil.

5.4 Dimensi Inklusivitas dalam Layanan Digital Kesehatan Mental

Transformasi digital dalam layanan kesehatan mental di Indonesia membawa harapan besar terhadap peningkatan pemerataan akses layanan, khususnya bagi kelompok yang selama ini terpinggirkan dari sistem layanan konvensional. Namun, janji inklusivitas tersebut akan menjadi semu apabila hanya dinikmati oleh kelompok sosial tertentu dan gagal menjangkau mereka yang berada di pinggiran, baik secara geografis, ekonomi, budaya, maupun identitas sosial. Prinsip inklusivitas dalam konteks ini menuntut bahwa setiap individu, tanpa memandang bahasa, budaya, disabilitas, status sosial-ekonomi, orientasi seksual, lokasi geografis, atau bahkan status kewarganegaraan, memiliki kesempatan yang setara untuk mengakses layanan yang aman, terjangkau, dan bermakna.

Salah satu dimensi mendasar dari inklusivitas adalah kemampuan layanan digital untuk mengakomodasi keragaman bahasa dan budaya lokal. Di Indonesia, ekspresi gangguan psikologis sering kali tidak disampaikan secara eksplisit, melainkan melalui keluhan fisik atau metafora kultural. Misalnya, seseorang dari latar budaya Jawa mungkin menggambarkan kecemasan sebagai "sesak di dada", sementara individu dari masyarakat Bugis atau Batak dapat mengekspresikan tekanan mental dengan istilah lokal yang tidak mudah diinterpretasikan oleh aplikasi berbahasa Indonesia baku. Ketidadaan adaptasi bahasa dan pemahaman budaya dalam sistem digital berisiko menimbulkan salah tafsir atau underdiagnosis. Oleh karena itu, pengembangan corpus bahasa daerah serta pelatihan model natural language processing (NLP) berbasis ekspresi lokal menjadi langkah awal yang krusial. Jepang telah menunjukkan efektivitas pendekatan ini dalam layanan chatbot kesehatan mental mereka, yang mampu menangkap nuansa linguistik khas pengguna. Di Indonesia, adaptasi serupa dapat dimulai dengan bahasa daerah

yang memiliki penutur terbanyak, seperti Jawa, Sunda, Bugis, dan Papua. Lebih jauh, norma budaya kolektivistik seperti yang berlaku di komunitas Minangkabau dan Bali juga perlu dipertimbangkan dalam desain narasi layanan, misalnya, dengan menampilkan konteks keluarga atau komunitas sebagai bagian dari intervensi.

Selain aspek bahasa dan budaya, aksesibilitas bagi penyandang disabilitas merupakan dimensi krusial dalam mewujudkan inklusivitas. Sayangnya, banyak platform kesehatan mental daring belum dirancang dengan mempertimbangkan kebutuhan pengguna dengan disabilitas sensorik, motorik, maupun kognitif. Ketiadaan dukungan terhadap pembaca layar (screen reader), ketiadaan teks alternatif untuk video, serta antarmuka yang tidak intuitif, menjadi hambatan serius bagi penyandang disabilitas. Singapura telah menetapkan *Web Content Accessibility Guidelines* (WCAG) sebagai standar untuk semua layanan digital publik (Singapore Government Developer Portal, 2023), mencakup kontras warna, navigasi keyboard, serta kompatibilitas dengan teknologi bantu. Indonesia dapat mengadopsi pendekatan serupa, dengan menetapkan standar aksesibilitas minimum dan memberlakukan insentif bagi pengembang yang memenuhi kriteria *disability-friendly*. Lebih dari itu, regulasi yang tegas perlu diberlakukan terhadap platform publik yang mengabaikan prinsip inklusivitas, agar keberadaan layanan digital benar-benar menjangkau seluruh warga negara tanpa kecuali.

Dalam konteks sosial-ekonomi, inklusivitas erat kaitannya dengan keadilan akses terhadap teknologi digital. Masih banyak individu di wilayah 3T yang tidak memiliki akses terhadap internet yang stabil, perangkat digital, atau bahkan listrik yang memadai. Harga kuota internet di daerah terpencil pun kerap lebih mahal dibandingkan kota besar, menciptakan *digital divide* yang signifikan. Untuk mengatasi kesenjangan ini, Indonesia dapat mempertimbangkan penerapan model *low-tech* seperti yang dilakukan India melalui Tele-MANAS, yakni layanan konseling kesehatan mental berbasis telepon konvensional tanpa koneksi internet (Kumar, Meena and Srivastava, 2025). Strategi serupa dapat diadaptasi melalui pengembangan nomor bebas pulsa yang terintegrasi dengan layanan Puskesmas, memungkinkan

penggunaan melalui ponsel sederhana. Selain itu, integrasi layanan konseling digital ke dalam skema manfaat BPJS Kesehatan akan memastikan keterjangkauan biaya bagi kelompok miskin dan rentan, mengingat tingginya hambatan finansial yang selama ini menjadi faktor penghalang utama.

Lebih jauh, wilayah 3T menghadapi tantangan struktural yang berlapis, mencakup minimnya tenaga kesehatan jiwa, lemahnya infrastruktur dasar, serta tingkat stigma terhadap gangguan mental yang relatif tinggi. Strategi inklusif di wilayah ini memerlukan pendekatan multisektor dan inovatif. Misalnya, pemanfaatan konektivitas berbasis satelit seperti Starlink dapat menjadi solusi alternatif untuk mengatasi keterbatasan jaringan. Pemakaian panel surya untuk mendukung boks layanan telemedicine juga bisa dikembangkan sebagai sumber energi terbarukan di daerah terpencil. Sementara itu, pelatihan kader desa sebagai fasilitator lokal dalam memandu masyarakat mengakses layanan digital dapat memperkuat jembatan antara teknologi dan komunitas. Pendekatan ini mencerminkan esensi dari kehadiran negara sebagai pemenuhan hak, sejalan dengan amanat Pasal 28H dan Pasal 34 UUD 1945 yang menjamin hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara (LBHM, 2019).

Di sisi lain, perlindungan kelompok rentan seperti komunitas LGBTQIA+, pekerja seks, korban kekerasan rumah tangga, dan populasi marjinal lainnya memerlukan perhatian khusus dalam desain dan tata kelola layanan digital (Nugroho *et al.*, 2012). Layanan daring berpotensi menjadi *safe space* karena memungkinkan akses anonim dan bersifat privat. Namun, tanpa perlindungan data yang kuat, layanan ini justru dapat membuka risiko pelanggaran privasi yang berujung pada eksklusi dan stigmatisasi lanjutan (Dwivedi *et al.*, 2023). Oleh karena itu, implementasi Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (2022) harus dilaksanakan secara ketat dalam semua platform kesehatan mental digital, termasuk kewajiban enkripsi, kontrol akses, dan transparansi pengelolaan data. Fitur seperti *anonymous counseling* serta forum komunitas yang diawasi tenaga profesional dapat membantu menciptakan ruang aman bagi kelompok marjinal untuk mengakses dukungan psikologis tanpa rasa takut.

Isu inklusivitas juga meluas ke populasi non-warga negara, termasuk pekerja migran, ekspatriat, dan turis asing yang tinggal sementara di Indonesia. Kota-kota besar seperti Jakarta, Batam, dan Bali memiliki populasi migran yang cukup besar, namun akses mereka terhadap layanan kesehatan mental masih terbatas oleh hambatan bahasa, status hukum, dan ketiadaan asuransi. Belajar dari Singapura dan Malaysia yang telah menyediakan layanan konseling multibahasa untuk pekerja migran, Indonesia dapat mengembangkan hotline berbasis bahasa asing di kota wisata dan industri. Layanan semacam ini tidak hanya memberikan perlindungan terhadap kelompok migran, tetapi juga memperkuat citra Indonesia sebagai negara tujuan yang inklusif dan peduli terhadap kesehatan mental lintas kebangsaan.

Lebih mendasar lagi, literasi digital menjadi fondasi yang tidak terpisahkan dari inklusivitas layanan. Tanpa pemahaman digital yang memadai, masyarakat rentan untuk salah menafsirkan informasi kesehatan mental, menggunakan aplikasi tidak resmi, atau bahkan menjadi korban pelanggaran privasi. Oleh karena itu, program literasi digital harus dirancang secara kontekstual dan segmentatif. Untuk remaja, integrasi ke dalam kurikulum sekolah menjadi pendekatan yang efektif. Bagi lansia, pendekatan berbasis komunitas seperti Posyandu Lansia atau forum pengajian rutin dapat dijadikan saluran edukasi. Sementara bagi pekerja migran, modul literasi sederhana dalam bahasa ibu mereka menjadi kunci agar mereka dapat memanfaatkan layanan digital secara tepat dan aman.

Keseluruhan strategi inklusif tersebut akan tetap bersifat sporadis tanpa dukungan kebijakan dan regulasi yang pro-inklusif. Negara memiliki tanggung jawab konstitusional untuk menjamin hak atas kesehatan, sebagaimana termaktub dalam Pasal 28H dan 34 UUD 1945. Namun, penghapusan mandatory spending 5% dari APBN untuk sektor kesehatan dalam UU Kesehatan 2023 berpotensi mengganggu keberlanjutan pembiayaan layanan yang inklusif. Untuk itu, diperlukan regulasi komprehensif yang mencakup standar adaptasi bahasa dan budaya, standar aksesibilitas untuk disabilitas, integrasi ke dalam skema pembiayaan BPJS, perlindungan data pribadi, serta mekanisme pendanaan yang stabil dan berkelanjutan. Program seperti SATUSEHAT merupakan langkah awal penting

dalam pembangunan interoperabilitas data kesehatan. Namun, interoperabilitas tidak akan otomatis menghasilkan inklusivitas kecuali disertai desain yang berpihak pada kelompok rentan.

Sebagai pelengkap, praktik-praktik internasional menunjukkan bahwa inklusivitas dalam layanan digital kesehatan mental dapat diwujudkan melalui sinergi antara teknologi, kebijakan, dan pendekatan berbasis komunitas. Strategi inklusivitas yang diterapkan oleh negara-negara Asia dan Australia menunjukkan bahwa keberhasilan layanan kesehatan mental digital tidak hanya bergantung pada teknologi, tetapi juga pada adaptasi sosial dan kultural. Jepang menyesuaikan sistem AI dengan ekspresi linguistik lokal untuk meningkatkan akurasi diagnosis. Singapura menerapkan standar aksesibilitas daring (*Web Content Accessibility Guidelines - WCAG*) untuk menjangkau penyandang disabilitas. India dan Korea Selatan menargetkan populasi rentan seperti masyarakat miskin dan pekerja migran melalui pendekatan low-tech dan layanan multibahasa. Thailand dan Malaysia mengintegrasikan elemen komunitas (seperti tokoh agama Buddha) dan bantuan sosial untuk menurunkan stigma, sementara Australia memanfaatkan kampanye literasi digital untuk memperluas jangkauan. Sementara di Jepang, model hotline seperti Yorisoi Hotline menyediakan konsultasi via telepon, termasuk layanan untuk penutur bahasa asing, sebagai bagian dari usaha memperluas akses layanan kesehatan mental. Strategi-strategi ini menekankan pentingnya integrasi antara teknologi, kebijakan inklusif, dan pendekatan berbasis kebutuhan lokal.





Gambar 5.1. Yorisoi Hotline yang menyediakan konsultasi via telepon di Jepang

Sumber: <https://www.since2011.net/yorisoi/>

Dengan demikian, inklusivitas dalam layanan digital kesehatan mental bukan sekadar persoalan teknis atau desain antarmuka, melainkan merupakan komitmen sosial, politik, dan konstitusional yang mencerminkan nilai-nilai keadilan dan kesetaraan. Hanya melalui pendekatan yang holistik, menggabungkan adaptasi linguistik dan kultural, aksesibilitas teknologi, keterjangkauan finansial, perluasan layanan di wilayah 3T, perlindungan kelompok rentan, serta literasi digital dan kebijakan yang responsif, Indonesia dapat memastikan bahwa transformasi digital di bidang kesehatan mental benar-benar menjadi instrumen pemerataan, bukan sekadar alat pelayanan bagi mereka yang sudah mapan.

5.5 Potret Layanan Kesehatan Mental Digital di Indonesia

Media sosial telah menjadi bagian tak terpisahkan dari kehidupan masyarakat Indonesia, dengan lebih dari 191 juta pengguna aktif yang menjadikannya salah satu negara dengan penetrasi digital tertinggi di dunia. Platform seperti WhatsApp, Instagram, TikTok, dan Twitter kini tidak hanya menjadi sarana komunikasi dan hiburan, tetapi juga sumber informasi, termasuk informasi kesehatan. Namun, perkembangan pesat ini juga disertai

oleh berbagai risiko yang kompleks dan berdampak serius terhadap kesehatan mental. Di tengah potensi yang menjanjikan, media sosial justru sering kali memperlihatkan wajah gelapnya, memperburuk polarisasi, menyebarkan misinformasi, memperkuat kekerasan berbasis gender digital, serta menciptakan tekanan psikologis yang belum sepenuhnya dipahami secara sistematis.

Salah satu dampak paling nyata dari interaksi digital ini adalah semakin menguatnya polarisasi sosial di ruang maya. Algoritme media sosial, yang dirancang untuk mempertahankan keterlibatan pengguna, cenderung menyajikan konten yang selaras dengan pandangan atau preferensi individu. Hal ini menciptakan ruang gema (*echo chambers*) dan gelembung informasi (*filter bubbles*) yang membatasi paparan terhadap sudut pandang alternatif (Wulandari, Rullyana and Ardiansah, 2021; Armanda, Afaf and Krisdahyanto, 2025). Akibatnya, pengguna secara tidak sadar terjebak dalam lingkaran tertutup yang memperkuat keyakinan semula dan memperlemah kapasitas untuk berdialog lintas pandangan. Di Indonesia, fenomena ini sangat terlihat selama masa pandemi COVID-19, ketika perdebatan seputar vaksinasi berkembang menjadi medan konflik ideologis dan politik. Ketegangan ini meluber ke ruang-ruang domestik seperti grup keluarga di WhatsApp, menciptakan konflik interpersonal dan tekanan emosional yang berdampak langsung terhadap kesehatan mental, seperti kecemasan sosial dan perasaan keterasingan dari lingkungan terdekat.

Dalam waktu yang bersamaan, ekosistem digital Indonesia juga dibanjiri oleh misinformasi dan pseudoscience yang beredar luas, terutama melalui jalur informal seperti media percakapan pribadi. Karakter budaya yang menempatkan senioritas dan nilai hormat kepada orang tua sering kali menghambat upaya untuk meluruskan informasi yang salah, bahkan ketika informasi tersebut jelas bertentangan dengan sains. Akibatnya, hoaks seputar bahaya vaksin, "obat ajaib", hingga teori konspirasi kesehatan memperoleh legitimasi sosial, memperkuat resistensi terhadap layanan medis dan memperburuk kondisi psikologis masyarakat. Lebih dari sekadar ketidaktahuan, penyebaran misinformasi ini menimbulkan krisis kepercayaan terhadap institusi kesehatan dan tenaga medis, yang dalam jangka panjang menciptakan rasa cemas kolektif akibat banjir

informasi salah atau *infodemic*. Apalagi ketika narasi palsu tersebut dibalut dalam sentimen agama atau nasionalisme, ia menjadi lebih sulit ditolak tanpa menciptakan risiko sosial yang baru, memperkuat stigma terhadap penderita gangguan mental dan menyulitkan upaya edukasi kesehatan berbasis bukti.

Kondisi menjadi semakin kompleks ketika media sosial juga menjadi lahan subur bagi kekerasan berbasis gender online (KBGO) dan meningkatnya kerentanan anak di ruang digital. Laporan dari Komnas Perempuan menunjukkan bahwa bentuk kekerasan seperti pelecehan daring, penyebaran konten intim tanpa persetujuan, *online grooming*, dan *doxing* meningkat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir. Kelompok yang paling terdampak adalah perempuan muda, anak-anak, dan mahasiswa, yang kerap menghadapi tekanan sosial dan ketakutan untuk melapor. Literasi digital yang rendah di kalangan orang tua, minimnya pendidikan kesehatan reproduksi, serta lemahnya perlindungan hukum memperburuk situasi ini. Akibatnya, korban sering mengalami trauma psikologis, isolasi sosial, hingga risiko bunuh diri yang tidak terdokumentasi secara memadai. Dalam masyarakat yang masih sangat patriarkis, kejadian-kejadian ini sering kali tidak hanya diabaikan, tetapi juga dinormalisasi.

Situasi ini menunjukkan bahwa negara memiliki tanggung jawab besar dalam melindungi kesehatan mental masyarakat dari dampak negatif ekosistem digital. Sayangnya, pendekatan regulatif yang ada masih cenderung inkonsisten dan lebih didorong oleh kepentingan politik-ekonomi daripada oleh kepentingan kesehatan publik. Contohnya, keputusan untuk memblokir TikTok Shop pada 2023 lebih banyak dipersepsikan sebagai upaya melindungi pasar lokal tertentu ketimbang perlindungan terhadap pengguna dari bahaya algoritmik. Sebagai aktor kunci, negara semestinya mengarahkan fokus pada akuntabilitas platform digital dengan menegakkan prinsip *digital sovereignty*, memastikan adanya *fact-checking* berbasis sains, pembatasan konten berbahaya, dan pelindung usia untuk konten eksplisit. Praktik baik dari negara lain seperti Uni Eropa melalui *Digital Services Act* atau Australia dengan lembaga *eSafety Commissioner* dapat menjadi acuan yang kontekstual (Fachri, 2024)(Alhakim, Dewi and Rompis, 2024; Arafat and Wirasto, 2024; Setiawan, 2024). Namun, regulasi semacam ini harus

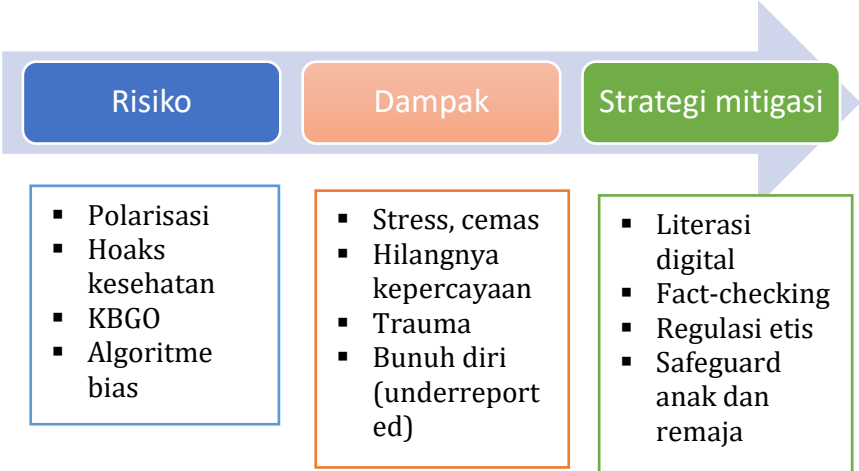
dijalankan secara proporsional: bukan untuk membungkam kritik, melainkan untuk menjamin keselamatan dan kesejahteraan digital warga negara.

Maka, untuk menciptakan ekosistem digital yang sehat, tidak cukup hanya dengan intervensi di satu level. Diperlukan pendekatan yang bersifat multi-level dan terintegrasi, mulai dari individu, komunitas, platform, hingga negara. Di tingkat individu, penguatan literasi digital menjadi syarat mutlak agar masyarakat mampu memilah informasi, mengenali manipulasi konten, dan memahami risiko psikologis dari keterlibatan digital. Komunitas dapat memainkan peran sentral melalui solidaritas sosial, dukungan emosional, dan inisiatif koreksi informasi yang kolaboratif. Di sisi lain, platform tidak dapat terus menghindari tanggung jawab dengan berlindung di balik dalih kebebasan berekspresi. Mereka perlu merancang algoritme yang lebih etis, menyediakan sistem pelaporan yang efektif, serta menciptakan *safety nets* bagi kelompok rentan, terutama anak-anak dan remaja.

Pada akhirnya, tanggung jawab utama negara adalah memastikan bahwa seluruh pihak, baik individu, komunitas, maupun korporasi teknologi, berjalan dalam kerangka perlindungan dan pemberdayaan masyarakat digital. Pendekatan semacam ini menegaskan bahwa ruang digital bukan sekadar produk teknologi, melainkan arena yang membentuk kondisi sosial dan psikologis warga. Oleh karena itu, upaya menciptakan ruang digital yang sehat harus menjadi bagian integral dari kebijakan kesehatan mental nasional, demi terwujudnya masyarakat yang lebih resilien, inklusif, dan berdaya dalam menghadapi era informasi.

Sebagai pelengkap bab ini, diagram alur disediakan untuk memvisualisasikan hubungan antara risiko-risiko utama dalam ekosistem digital, dampak terhadap kesehatan mental, dan strategi mitigasi yang relevan. Diagram ini ditujukan untuk membantu pembaca, terutama generasi muda yang lebih responsif terhadap informasi visual, dalam memahami struktur logis dari narasi yang telah dibahas. Diagram memetakan bagaimana risiko-risiko seperti polarisasi, misinformasi kesehatan, KBGO, dan bias algoritmik saling memperkuat dan menciptakan ekosistem digital yang beracun, yang pada gilirannya berdampak pada meningkatnya stres, kecemasan,

trauma digital, hingga risiko bunuh diri. Strategi mitigasi yang ditawarkan meliputi penguatan literasi digital, cek fakta kolaboratif, regulasi negara yang etis, serta peran komunitas dalam menciptakan ruang daring yang aman dan mendukung.



Gambar 5.2. Diagram alur : Risiko-dampak-strategi mitigasi media sosial terhadap kesehatan mental

5.6 Etika, Keamanan, dan Tata Kelola Penggunaan Inovasi dalam Kesehatan Mental

Perkembangan teknologi digital, khususnya kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence/AI*), telah membawa transformasi signifikan dalam bidang kesehatan mental. Inovasi seperti chatbot, aplikasi pendukung psikologis, dan platform teleterapi telah memperluas akses layanan secara luas, termasuk bagi populasi yang sebelumnya sulit dijangkau. Namun, kemajuan ini juga menimbulkan risiko baru terkait **etika, keamanan data, dan tata kelola**. Tanpa kerangka yang memadai, teknologi justru dapat memperparah kerentanan pengguna. Oleh karena itu, dibutuhkan *guardrails* yang memastikan inovasi berjalan secara aman, transparan, dan bertanggung jawab, bukan hanya dari sisi teknis, tetapi juga dari segi sosial dan hukum.

Etika dalam penggunaan teknologi digital untuk kesehatan mental harus berpijak pada prinsip-prinsip bioetika,

yaitu respek terhadap otonomi individu, beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), dan keadilan. WHO menekankan enam prinsip etis utama dalam penggunaan AI untuk kesehatan: (1) melindungi otonomi manusia, (2) mempromosikan kesejahteraan, keselamatan, dan kepentingan publik, (3) menjamin transparansi, keterjelasan, dan keterpahaman, (4) menumbuhkan tanggung jawab dan akuntabilitas, (5) menjamin inklusivitas dan keadilan, serta (6) mempromosikan AI yang responsif dan berkelanjutan (WHO, 2021). Integrasi prinsip bioetika dan panduan WHO ini menjadi dasar penting untuk memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap inovasi kesehatan mental digital.

Dalam konteks aplikasi berbasis AI, pelanggaran terhadap prinsip-prinsip ini dapat muncul melalui saran yang tidak tepat, penyalahgunaan data, atau intervensi yang tidak sesuai kapasitasnya. Misalnya, chatbot yang dirancang untuk memberikan dukungan emosional harus secara eksplisit membatasi ruang lingkup intervensinya. Teknologi tersebut tidak boleh menggantikan peran profesional kesehatan mental, melainkan hanya berfungsi sebagai alat bantu awal atau pelengkap. Transparansi menjadi bagian penting dari etika digital: pengguna harus diberi informasi yang jelas mengenai batas kemampuan sistem, risiko yang mungkin timbul, dan bagaimana data mereka akan digunakan. Tanpa pendekatan etis yang kuat, teknologi ini berisiko memperparah kerentanan psikologis pengguna, alih-alih memberikan dukungan. Temuan empiris terbaru juga menunjukkan bahwa meskipun algoritma *machine learning* seperti *Support Vector Machine* (SVM) dan *Random Forest* (RF) mampu mencapai akurasi hingga 97% dalam mendeteksi gejala depresi, kecemasan, dan stres, model tersebut masih menghadapi keterbatasan dalam konteks dunia nyata, seperti bias data, salah klasifikasi kasus borderline, dan keterwakilan populasi yang rendah (Hermawan *et al.*, 2025). Hal ini menegaskan bahwa kecanggihan teknis tidak otomatis menjamin keamanan dan keberterimaan etis, sehingga supervisi klinis tetap menjadi elemen yang tidak dapat digantikan

Perlindungan data dan privasi pengguna merupakan tantangan paling krusial dalam layanan digital kesehatan mental. Data yang dikumpulkan melalui chatbot atau aplikasi psikologis berisi informasi sangat pribadi, mulai dari keluhan depresi, kecemasan, hingga pengalaman traumatis. Kebocoran atau penyalahgunaan data ini dapat berdampak buruk secara sosial dan psikologis bagi individu. Walaupun Indonesia telah memiliki payung hukum berupa Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi, implementasinya masih menghadapi kendala teknis dan kelembagaan. Oleh karena itu, platform digital harus menerapkan prinsip *privacy by design*, termasuk enkripsi end-to-end, anonimisasi data, dan pembatasan akses hanya untuk pihak yang berwenang. Di sisi lain, mekanisme persetujuan atau *informed consent* harus dibuat lebih substansial, tidak sekadar formalitas. Tanpa sistem keamanan dan privasi yang kuat, kepercayaan publik terhadap layanan digital kesehatan mental akan rapuh.

Penggunaan AI dalam kesehatan mental tidak hanya mengubah metode intervensi, tetapi juga memengaruhi relasi antara pasien dan tenaga profesional. Dalam terapi konvensional, aspek manusiawi seperti empati, kepekaan emosional, dan komunikasi nonverbal sangat penting untuk membangun hubungan terapeutik. Chatbot atau sistem AI, betapapun canggihnya, tetap memiliki keterbatasan dalam meniru kedalaman relasi antarmanusia. Oleh karena itu, AI harus diposisikan sebagai alat pendukung, bukan sebagai pengganti peran manusia. Misalnya, teknologi dapat digunakan untuk skrining awal, edukasi, atau pengingat terapi, tetapi rujukan ke psikolog atau psikiater tetap harus menjadi bagian dari alur layanan. Dengan demikian, hubungan manusiawi tetap menjadi inti dari praktik kesehatan mental, dan teknologi hanya berfungsi sebagai katalis.

Kesiapan tenaga kesehatan mental menjadi faktor penentu dalam keberhasilan integrasi inovasi digital. Saat ini, Indonesia masih mengalami kekurangan jumlah psikolog dan psikiater, sehingga inovasi teknologi dapat menjadi solusi sementara. Namun, implementasinya memerlukan kompetensi

tambahan, khususnya dalam hal literasi digital dan pemahaman dasar tentang cara kerja AI. Tenaga kesehatan tidak cukup hanya menguasai pengetahuan klinis, tetapi juga perlu memahami bagaimana algoritma beroperasi, potensi bias dalam sistem, dan keterbatasan teknologi. Selain itu, sensitivitas budaya juga menjadi aspek penting, mengingat banyak sistem AI dikembangkan dalam konteks budaya yang berbeda. Tanpa pemahaman kontekstual ini, intervensi berbasis AI dapat menjadi kontraproduktif.

Ketiadaan kejelasan mengenai status hukum layanan digital sering kali menjadi penghambat utama dalam tata kelola. Dalam sistem kesehatan Indonesia, praktik medis harus dilakukan oleh tenaga profesional yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP). Namun, dalam praktik digital, banyak platform hanya mensyaratkan STR atau bahkan tidak melakukan verifikasi yang memadai. Hal ini menimbulkan pertanyaan: apakah interaksi dengan chatbot atau layanan AI dianggap sebagai bentuk praktik kedokteran atau sekadar promosi kesehatan? Jika dianggap sebagai praktik, maka layanan tersebut harus tunduk pada regulasi yang sama dengan layanan tatap muka. Ketiadaan kejelasan ini menimbulkan area abu-abu hukum yang berisiko bagi pasien dan penyedia layanan.

Hingga saat ini, regulasi mengenai telemedicine di Indonesia masih dalam tahap perkembangan dan belum secara spesifik mengatur penggunaan AI dalam layanan kesehatan. Permenkes No. 24 Tahun 2022 dan berbagai kebijakan dari Konsil Kedokteran Indonesia telah memberi dasar legal terkait rekam medis elektronik dan praktik kedokteran daring, tetapi, layanan berbasis AI seperti chatbot belum memiliki payung hukum yang jelas (Yanti and Rumiarta, 2025)(Kementerian Kesehatan RI, 2024)(Ramadhanny, 2021). Tanpa adanya standar yang jelas, penyedia layanan dapat mengoperasikan sistem yang tidak diverifikasi, tidak aman, atau bahkan menyesatkan. Oleh karena itu, diperlukan regulasi yang secara eksplisit mencakup tanggung jawab hukum penyedia teknologi, perlindungan data pasien, dan standar etika digital. Dengan regulasi yang tepat, inovasi dapat tumbuh dalam kerangka akuntabilitas.

Keberhasilan integrasi AI dalam sistem layanan kesehatan mental sangat tergantung pada literasi teknologi dari para pemangku kepentingan (Sharif *et al.*, 2025). Tenaga profesional kesehatan tidak boleh hanya menjadi pengguna pasif, melainkan harus berperan aktif dalam mengevaluasi dan mengawasi penggunaan teknologi. Hal ini memerlukan pelatihan yang mencakup dasar-dasar AI dan *machine learning*, serta potensi bias dalam data dan sistem. Di sisi lain, pengembang teknologi juga harus memahami konteks klinis dan etika layanan kesehatan mental. Hubungan kolaboratif antara pengembang dan tenaga profesional ini sangat penting agar aplikasi yang dihasilkan tidak hanya fungsional, tetapi juga etis, relevan, dan bermanfaat secara klinis.

Dengan mempertimbangkan berbagai aspek tersebut, tata kelola penggunaan inovasi digital dalam kesehatan mental harus mengikuti lima prinsip utama. Pertama, inovasi harus berbasis kolaborasi antara pengembang dan profesional kesehatan. Kedua, desain sistem harus mengedepankan transparansi, privasi, dan keselamatan pengguna. Ketiga, teknologi tidak boleh menggantikan peran manusia, tetapi menjadi alat bantu yang menguatkan akses dan efektivitas layanan. Keempat, seluruh praktik digital harus tunduk pada regulasi kesehatan yang berlaku, termasuk verifikasi kompetensi penyedia. Kelima, pemerintah perlu segera menyusun kerangka hukum khusus untuk mengatur penggunaan AI dalam layanan kesehatan. Dengan mengintegrasikan prinsip-prinsip tersebut, Indonesia dapat mengembangkan ekosistem layanan kesehatan mental yang inovatif sekaligus etis, aman, dan berkelanjutan.

Namun, keberlanjutan ini sangat bergantung pada tata kelola data dan praktik operasional lintas sektor. Dalam konteks teknologi yang di-*hosting* di luar negeri atau menggunakan layanan komputasi awan global, isu *data residency* dan kebutuhan audit independen menjadi krusial (Amiruddin *et al.*, 2023). Tanpa kejelasan mengenai lokasi penyimpanan data dan standar audit, perlindungan atas data sensitif pengguna Indonesia bisa terancam. Oleh karena itu, prinsip *data governance lintas batas* perlu menjadi bagian dari kebijakan

digital kesehatan mental, dan diintegrasikan dengan ketentuan teknis yang sudah ada, seperti interoperabilitas sistem dan keamanan digital.

Selain itu, terdapat kesenjangan nyata antara kerangka tata kelola dan kondisi lapangan. Banyak fasilitas layanan kesehatan mengalami kendala implementasi akibat keterbatasan SDM, kapasitas digital yang rendah, dan pelaporan manual yang belum terdigitalisasi (Sari, Syakurah and Misnaniarti, 2022) . Tata kelola yang baik tidak cukup berhenti di tingkat regulatif; ia harus menjawab temuan lapangan secara konkret. Agenda perbaikan perlu mencakup strategi penguatan tata kelola harus diarahkan pada pembangunan kapasitas (*capacity building*), otomatisasi proses pelaporan, dan penggunaan dashboard digital untuk mendukung transparansi serta akuntabilitas (Amiruddin *et al.*, 2023). Pendekatan ini memastikan bahwa tata kelola tidak hanya normatif, tetapi juga aplikatif dan responsif terhadap realitas operasional.

5.7 Inovasi Kesehatan Mental: Potensi Implementasi di Indonesia

Perkembangan teknologi digital dalam dua dekade terakhir telah menghadirkan perubahan signifikan dalam lanskap pelayanan kesehatan global, termasuk dalam bidang kesehatan mental. Di tengah tantangan struktural seperti keterbatasan tenaga profesional, stigma sosial yang masih kuat, serta ketimpangan akses layanan antardaerah, inovasi digital muncul sebagai salah satu solusi yang menawarkan pendekatan lebih terjangkau, fleksibel, dan mudah diakses oleh berbagai kelompok masyarakat. Di Indonesia, integrasi layanan kesehatan mental ke dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi tonggak penting yang menunjukkan komitmen terhadap perawatan jiwa yang lebih sistematis. Melalui program seperti Rujuk Balik (PRB) untuk pasien skizofrenia yang dikelola BPJS Kesehatan, serta dukungan dari organisasi profesi seperti Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) dan Himpunan Psikolog Indonesia (HIMPSI), terdapat indikasi bahwa sistem kesehatan nasional mulai membuka ruang

untuk penguatan layanan kesehatan mental secara lebih menyeluruh.

Meskipun demikian, proses adopsi dan implementasi inovasi digital dalam layanan kesehatan mental tidak dapat dilakukan secara seragam dengan meniru praktik-praktik dari negara lain. Perbedaan dalam aspek literasi digital, ketersediaan infrastruktur, regulasi profesi kesehatan jiwa, serta norma-norma sosial budaya menjadi faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam merancang strategi implementasi yang efektif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, analisis terhadap bentuk-bentuk inovasi yang berkembang secara global dan potensinya untuk diadaptasi ke dalam konteks Indonesia menjadi langkah krusial dalam membangun sistem kesehatan mental yang lebih tangguh dan inklusif.

Perhatian terhadap isu kesehatan mental telah meningkat secara global dalam beberapa tahun terakhir, terutama setelah pandemi COVID-19 yang memperburuk kondisi psikososial banyak individu. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lebih dari 970 juta orang di dunia hidup dengan gangguan mental, dan sekitar 75% di antaranya tidak mendapatkan layanan yang memadai. Di Indonesia, laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mencatat bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada kelompok usia di atas 15 tahun telah mencapai lebih dari 6%, sementara laporan pascapandemi menunjukkan kecenderungan peningkatan angka depresi dan kecemasan, terutama di kalangan remaja dan perempuan muda (WHO, 2022)(Kemenkes RI, 2018).

Tingginya angka gangguan jiwa ini tidak terlepas dari sejumlah tantangan struktural yang masih membayangi sistem layanan kesehatan mental nasional. Salah satu tantangan utama adalah keterbatasan tenaga profesional. Rasio psikiater dan psikolog klinis di Indonesia berada jauh di bawah standar yang direkomendasikan oleh WHO, dengan distribusi yang tidak merata antara wilayah urban dan rural (Sebayang, Mawarpury and Rosemary, 2018)(Munira, Liamputtong and Viwattanakulvanid, 2023). Selain itu, faktor geografis turut menjadi kendala dalam akses terhadap layanan, khususnya bagi masyarakat di daerah terpencil yang tidak memiliki fasilitas kesehatan jiwa tingkat lanjutan. Aspek lain yang tidak kalah penting adalah keberadaan stigma sosial

terhadap gangguan jiwa, yang kerap membuat individu enggan untuk mencari pertolongan profesional (Sastyaviani, 2025). Di sisi lain, fasilitas layanan kesehatan primer seperti Puskesmas belum seluruhnya dilengkapi dengan kapasitas dan sumber daya yang memadai untuk memberikan layanan kesehatan jiwa secara komprehensif.

5.7.1 Pemetaan dan Prioritas Inovasi Digital Kesehatan Mental di Indonesia

Dalam konteks hambatan-hambatan tersebut, inovasi digital mulai menunjukkan potensinya sebagai instrumen untuk memperluas jangkauan layanan dan memperbaiki kualitas intervensi psikososial. Teknologi dapat dimanfaatkan untuk menghadirkan berbagai bentuk layanan kesehatan mental, mulai dari terapi perilaku kognitif berbasis daring (online CBT), layanan chatbot untuk dukungan awal, platform telepsikiatri, sistem skrining gejala berbasis aplikasi, hingga inisiatif dukungan sebaya secara daring. Berbagai studi di tingkat internasional menunjukkan bahwa pendekatan ini tidak hanya efektif secara klinis, tetapi juga lebih hemat biaya dan mudah diakses oleh populasi yang sebelumnya kurang terlayani (tabel 5.2). Namun, efektivitas inovasi ini dalam konteks Indonesia memerlukan evaluasi lebih lanjut, khususnya dalam kaitannya dengan kesiapan sistem kesehatan, penerimaan masyarakat, serta keberlanjutan pembiayaan layanan berbasis teknologi.

Tabel 5.2. Beberapa inovasi teknologi layanan kesehatan mental dan potensinya di Indonesia

Kategori Inovasi	Inovasi	Contoh Global	Bukti & Insight Global	Potensi Implementasi di Indonesia
Screening & Monitoring	Alat skrining digital, aplikasi penilaian mandiri, PRB skizofrenia (BPJS)	Moodpath , Daylio, school-based screening (Australia)	Efektif untuk deteksi dini & monitoring; meningkatkan keterlibatan pasien jangka panjang	Sudah ada PRB schizofrenia di BPJS, bisa dikembangkan untuk kondisi lain dan segmen remaja
Intervensi Terapi Digital	Aplikasi berbasis CBT (MoodGYM , Woebot, Riliv), <i>blended care</i>	MoodGYM, Woebot, E-Mental Health Netherlands	RCT mendukung, efektif untuk depresi & kecemasan	Riliv sudah pakai CBT; bisa diintegrasikan dengan sistem JKN
Telemedicine & Konseling Jarak Jauh	Telepsikiatri, telekonseling, hotline (Sejiwa HIMPSI, PDSKJI online)	BetterHelp, Talkspace	Efektivitas hampir setara tatap muka bila ada supervisi profesional	Sudah ada PDSKJI & Sejiwa; bisa diperluas ke Puskesmas & integrasi JKN
Support Komunitas & Peer Support	Forum daring, kelompok dengan moderator, konselor sebaya	7 Cups, Kooth (UK), Alcoholics Anonymous Online	Mengurangi isolasi, meningkatkan keterhubungan sosial	Sudah ada Sejiwa dan komunitas daring mahasiswa/dunia kerja; bisa diperluas

Kategori Inovasi	Inovasi	Contoh Global	Bukti & Insight Global	Potensi Implementasi di Indonesia
AI & Chatbot	Chatbot untuk psikoedukasi dan masalah ringan (Woebot, AMPERA)	Woebot, Wysa (India), Tess	Membantu engagement, skrining ringan, tidak cocok untuk kasus kompleks	AMPERA sudah ada; potensial dikembangkan untuk layanan awal di universitas, startup lokal, atau desa
Mindfulness, Relaksasi, & Self-help	Aplikasi mindfulness, <i>journaling</i> , dan relaksasi	Headspace, Calm	Efektif untuk stres ringan & peningkatan wellbeing	Sudah ada fitur di Riliv; perlu adaptasi kultural dan validasi klinis
Gamifikasi & VR	Terapi paparan berbasis VR, aplikasi gamifikasi	Limbix, Oxford VR, Bravemind (AS)	Potensial, tapi bukti masih terbatas & biaya tinggi	Belum feasible di Indonesia; cocok untuk pilot project di RS pendidikan atau kolaborasi dengan startup inovatif

Sumber : disusun penulis berdasarkan sintesis *systematic reviews* dan buku (Garrido *et al.*, 2019; Lattie *et al.*, 2019; Borghouts *et al.*, 2021; Lehtimäki, Martic, Wahl, Katherine T. Foster, *et al.*, 2021; Prescott, 2021; Nesi, Telzer and Prinstein, 2022; Mucić and Hilty, 2025)

Kajian sistematis menunjukkan intervensi digital secara umum terbukti efektif dalam menurunkan gejala depresi dan kecemasan, serta mampu meningkatkan keterlibatan pengguna secara signifikan. Intervensi berbasis *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dalam format digital, layanan telekonseling, dan dukungan berbasis komunitas daring termasuk yang paling konsisten menunjukkan hasil positif dalam berbagai kelompok usia dan latar belakang budaya. Sementara itu, layanan digital untuk skrining dan

monitoring, terutama berbasis aplikasi, mulai menempati posisi strategis dalam mendeteksi masalah kesehatan mental secara dini dan dalam pengelolaan kondisi kronis seperti skizofrenia. Potensi ini semakin besar apabila dikaitkan dengan model pembiayaan jangka panjang seperti yang dijalankan dalam Program Rujuk Balik (PRB) BPJS Kesehatan di Indonesia.

Dalam konteks Indonesia, beberapa inisiatif awal telah hadir dan menjadi landasan potensial. Misalnya, aplikasi RILIV menyediakan layanan konseling digital dengan pendekatan CBT ringan dan dukungan psikolog profesional; inisiatif Sejiwa yang diprakarsai oleh HIMPSI telah memberikan akses konseling psikologis skala nasional selama masa pandemi; serta program PRB Skizofrenia yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan menunjukkan adanya skema berkelanjutan untuk manajemen kasus kronis, meskipun saat ini masih berbasis manual dan belum terdigitalisasi secara optimal (Jingga and Tarmizi, 2022).

Namun, potensi implementasi inovasi digital di sektor kesehatan mental di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari hambatan struktural dan sistemik masih menjadi tantangan utama. Aspek bahasa dan sensitivitas budaya menjadi krusial agar intervensi digital dapat diterima secara luas, terutama di wilayah dengan keragaman etnis dan nilai sosial yang tinggi. Di sisi lain, kesenjangan literasi digital di antara kelompok usia, wilayah geografis, dan tingkat pendidikan memperbesar risiko eksklusi digital. Kesiapan infrastruktur, termasuk ketersediaan perangkat dan jaringan internet yang andal, sangat menentukan kelancaran layanan daring, khususnya di luar perkotaan. Selain itu, aspek regulasi terkait perlindungan data dan kewenangan profesi, seperti STR dan SIP, masih memerlukan penguatan. Terakhir, kesinambungan program perlu dijamin agar layanan tidak terhenti setelah berakhirnya pendanaan awal atau pilot project.

Meskipun demikian, berbagai inovasi tersebut memiliki area prioritas yang saling melengkapi dan memiliki potensi besar untuk dikembangkan secara sistemik. Screening dan monitoring digital, khususnya dalam konteks PRB Skizofrenia, menempati posisi strategis karena dampaknya terhadap rujukan dan pengelolaan beban layanan. Sementara itu, aplikasi CBT, chatbot AI, dukungan

sebagai daring, dan kampanye literasi kesehatan mental digital memperkuat aspek terapi, dukungan sosial, dan pencegahan (tabel 5.3). Implementasi yang efektif memerlukan pendekatan kontekstual dan kebijakan yang mendukung, agar inovasi ini tidak hanya menjadi respons sesaat, tetapi bagian dari transformasi jangka panjang dalam sistem kesehatan jiwa nasional.

Tabel 5.3. Inovasi Digital Kesehatan Mental yang Potensial di Indonesia

Kategori Inovasi Digital	Bukti Efektivitas	Contoh Implementasi Global	Contoh Indonesia	Feasibility & Potensi Dampak
Digital Screening & Monitoring	Efektif untuk deteksi dini, meningkatkan rujukan tepat waktu, menurunkan beban klinis (Lehtimäki, 2021).	Aplikasi screening remaja di UK, tool berbasis sekolah di Australia.	PRB Skizofrenia BPJS (manual, potensial digitalisasi).	Feasible tinggi – bisa menjangkau ±1,5 juta ODGM, meningkatkan kepatuhan pengobatan, menurunkan angka kekambuhan, dan mengurangi beban RSJ.
CBT-based Apps	Terbukti menurunkan depresi & kecemasan pada remaja & mahasiswa (Garrido, 2019; Lattie, 2019).	Woebot, MoodGYM, Headspace.	RILIV (CBT-light, konseling psikolog).	Feasible sedang-tinggi – butuh supervisi tenaga psikolog, cocok untuk mahasiswa & pekerja urban dengan literasi digital cukup.
AI Chatbot & Self-help Tools	Meningkatkan engagement & akses 24/7, meski ada keterbatasan empati (Borghouts, 2021).	Woebot (USA), Wysa (India).	AMPERA chatbot mahasiswa.	Feasible sedang – ideal untuk skrining awal dan dukungan emosional ringan, dapat menjangkau mahasiswa dan milenial dengan skala luas.

Kategori Inovasi Digital	Bukti Efektivitas	Contoh Implementasi Global	Contoh Indonesia	Feasibility & Potensi Dampak
Online Peer Support & Communities	Efektif mengurangi isolasi sosial dan stigma, meningkatkan rasa keterhubungan (Lattie, 2019).	7 Cups (USA), Kooth (UK).	Sejiwa (HIMPSSI), komunitas daring mahasiswa.	Feasible tinggi – murah, mudah, bisa menjangkau jutaan pengguna, tapi perlu moderasi & perlindungan data.
Digital Mental Health Literacy & Education	Meningkatkan pengetahuan, menurunkan stigma, dan mendorong perilaku mencari bantuan (Lehtimäki, 2021).	Kampanye <i>Time to Change</i> (UK), <i>ReachOut</i> (Australia).	Edukasi HIMPSSI, kampanye media sosial.	Feasible sangat tinggi – dapat diintegrasikan dalam kurikulum sekolah/universitas, menjangkau 20–30 juta usia muda.

5.7.2 Tantangan Implementasi dan Peran Pemerintah

Implementasi inovasi digital dalam layanan kesehatan mental di Indonesia tidak dapat hanya mengandalkan replikasi praktik global. Konteks lokal, baik dari sisi sistem kesehatan, regulasi, budaya, maupun dinamika sosial-politik, menuntut adaptasi yang cermat. Dalam hal ini, peran negara menjadi krusial, tidak hanya sebagai regulator, tetapi juga sebagai fasilitator, penyedia sumber daya, dan penjaga integritas sistem.

Salah satu aspek utama yang perlu diperkuat adalah integrasi inovasi digital ke dalam sistem kesehatan nasional. Program Rujuk Balik (PRB) untuk pasien skizofrenia telah menunjukkan bahwa manajemen kesehatan mental dapat diakomodasi dalam kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, meskipun implementasinya masih bersifat manual. Ke depan, layanan berbasis terapi daring seperti CBT, dukungan sebaya, dan chatbot berbasis AI dapat dipertimbangkan masuk ke dalam skema pembiayaan non-kapitasi BPJS atau program promotif-preventif Kementerian Kesehatan guna menjamin keberlanjutan intervensi.

Selanjutnya, ketiadaan kerangka regulasi yang jelas terkait layanan telekonseling dan telepsikiatri menjadi hambatan serius, terutama dalam hal perizinan tenaga profesional (STR dan SIP) dan sinkronisasi dengan kebijakan telemedicine. Pemerintah, bersama organisasi profesi seperti HIMPSI dan PDSKJI, perlu membentuk payung hukum yang komprehensif untuk menjamin kepastian hukum, mendorong investasi, serta meningkatkan rasa aman bagi pasien. Tantangan lainnya adalah keterbatasan sumber daya manusia. Jumlah psikiater dan psikolog klinis di Indonesia masih jauh dari ideal, sehingga inovasi digital seperti skrining otomatis, chatbot, dan peer support dapat menjadi solusi perluasan akses. Namun, hal ini harus disertai dengan mekanisme supervisi profesional serta pelibatan lintas profesi seperti dokter umum, perawat jiwa, dan konselor pendidikan yang memiliki kompetensi dalam isu kesehatan mental.

Efektivitas intervensi juga sangat ditentukan oleh kemampuan adaptasi budaya dan bahasa. Bukti global menunjukkan bahwa model seperti CBT atau mindfulness perlu dikontekstualisasi dalam kerangka nilai lokal yang religius dan kolektif. Oleh karena itu, pemerintah didorong untuk mendanai riset intervensi berbasis budaya lokal, termasuk pendekatan berbasis komunitas seperti karang taruna, PKK, atau organisasi mahasiswa. Selain itu, isu pemerataan akses atau inklusivitas digital menjadi sangat penting mengingat kesenjangan infrastruktur masih nyata, terutama di wilayah 3T. Inovasi digital tidak boleh hanya berbasis aplikasi, tetapi perlu menggunakan pendekatan hybrid seperti layanan SMS, WhatsApp, atau call center komunitas. Pemerintah pusat dan daerah memiliki peran penting dalam memastikan dukungan infrastruktur dan pelatihan pengguna.

Keberhasilan implementasi inovasi digital akan sangat tergantung pada tata kelola yang bebas dari praktik korupsi. Risiko korupsi dalam pengadaan, pendanaan, dan pelaksanaan program dapat merusak efektivitas intervensi, tidak peduli sebaik apa pun desain teknologinya. Oleh karena itu, perlu ada transparansi anggaran, audit independen, mekanisme pelaporan publik, serta penegakan hukum yang tegas untuk memastikan akuntabilitas. Dengan demikian, negara tidak hanya berperan sebagai penyusun

kebijakan, tetapi juga harus memastikan regulasi yang progresif, infrastruktur yang merata, skema pembiayaan yang berkelanjutan, dan tata kelola yang bersih. Tanpa komitmen negara sebagai pemangku mandat publik, inovasi digital hanya akan menjadi wacana teknokratis yang gagal memberi dampak nyata pada peningkatan derajat kesehatan jiwa masyarakat Indonesia.

5.7.3 Strategi Implementasi Jangka Pendek dan Panjang

Transformasi digital dalam layanan kesehatan jiwa memerlukan pendekatan bertahap yang disesuaikan dengan kapasitas sumber daya manusia, kesiapan sistem, serta dukungan regulasi dan pembiayaan yang memadai. Alih-alih melakukan reformasi secara menyeluruh dalam waktu singkat, strategi implementasi yang dirancang dalam horizon jangka pendek (0–2 tahun) dan jangka panjang (3–10 tahun) akan lebih realistis serta berkelanjutan, dengan pemerintah memainkan peran sentral sebagai pengarah kebijakan dan penjamin keberlangsungan program.

Pada tahap awal, strategi jangka pendek sebaiknya difokuskan pada pemetaan inovasi yang sudah berkembang di tingkat lokal serta hilirisasi hasil riset yang relevan. Sejumlah inisiatif seperti pengembangan chatbot mahasiswa, digitalisasi Program Rujuk Balik (PRB) untuk skizofrenia, dan platform konseling daring berbasis pendekatan CBT telah menunjukkan potensi untuk diintegrasikan ke dalam layanan riil. Pemerintah perlu membentuk konsorsium riset-implementasi untuk memastikan bahwa inovasi tidak berhenti pada publikasi akademik semata, tetapi bertransformasi menjadi intervensi yang menjangkau pengguna secara langsung. Salah satu langkah strategis yang sangat potensial adalah mengintegrasikan layanan digital kesehatan jiwa ke dalam aplikasi *Mobile JKN*, alih-alih mengembangkan platform baru. Dengan lebih dari 100 juta pengguna, integrasi fitur seperti *digital screening*, *telekonsultasi jiwa*, dan *monitoring PRB skizofrenia* ke dalam aplikasi ini jauh lebih efisien dan berpeluang mempercepat adopsi masyarakat luas.

Di samping itu, pendekatan hybrid berbasis SMS atau WhatsApp perlu mulai diujicobakan di daerah dengan keterbatasan infrastruktur digital, terutama untuk layanan literasi kesehatan mental dan dukungan sebaya (*peer support*). Pendekatan ini lebih inklusif dan sesuai dengan realitas digital divide di Indonesia. Agar layanan dapat beroperasi dengan aman dan terstandarisasi, penyusunan regulasi teknis menjadi keharusan dalam jangka pendek. Standar operasional prosedur untuk layanan *telekonseling* dan *telepsikiatri* perlu merujuk pada KMK Telemedicine 2022 dan disesuaikan dengan panduan organisasi profesi seperti HIMPSI dan PDSKJI (Kementrian Kesehatan RI, 2021).

Dalam jangka panjang, fokus utama perlu dialihkan pada penguatan sistemik, khususnya dalam aspek regulasi dan pembiayaan. Layanan digital seperti CBT daring, *chatbot*, dan *peer support* perlu dimasukkan ke dalam skema pembiayaan JKN, misalnya melalui pendekatan Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) yang memungkinkan penyedia layanan untuk mendapatkan insentif atas upaya preventif dan promotif. Pendekatan ini tidak hanya menjamin keberlanjutan layanan, tetapi juga mendorong inovasi berkelanjutan di tingkat fasilitas dan komunitas. Adaptasi konten intervensi terhadap bahasa dan budaya lokal juga harus menjadi agenda utama. Misalnya, model CBT dapat dikembangkan berbasis nilai-nilai religius dan kolektivitas yang kuat di Indonesia, sementara program *peer support* dapat difasilitasi melalui jejaring komunitas seperti karang taruna, PKK, atau organisasi mahasiswa.

Jangkauan intervensi digital ke depan juga perlu diperluas ke kelompok populasi yang selama ini kurang diperhatikan dalam inovasi global. Di samping fokus pada isu depresi dan kecemasan, layanan digital di Indonesia dapat diarahkan pada pencegahan burnout di kalangan tenaga kesehatan, promosi kesehatan mental ibu hamil, serta dukungan psikososial untuk lansia. Diversifikasi ini akan membuat sistem lebih responsif terhadap kebutuhan populasi yang beragam. Pemerintah dan akademisi juga memiliki ruang untuk mengeksplorasi inovasi masa depan seperti *mindfulness apps* dan gamifikasi intervensi

psikologis. Meskipun efektivitasnya masih tergolong moderat atau eksperimental, potensi jangkauan luas terhadap populasi sehat dan kemampuan adaptasinya terhadap platform digital menjadikannya sebagai kandidat kuat untuk pengembangan jangka panjang, terutama melalui kemitraan dengan startup dan institusi pendidikan.

Agar seluruh strategi tersebut dapat berjalan secara efektif, pemerintah harus mengambil peran strategis yang lebih aktif. Fungsi pengaturan tidak cukup; negara perlu memastikan integrasi sistem informasi agar layanan digital tidak terfragmentasi. Konsolidasi ke dalam *Mobile JKN* dan platform *SatuSehat* merupakan langkah penting untuk menghindari penumpukan aplikasi dan beban input data yang kontraproduktif. Selain itu, regulasi terkait izin praktik digital, keamanan data pasien, dan standar mutu layanan harus segera dirumuskan dan ditegakkan. Pencegahan korupsi dalam setiap tahap implementasi, mulai dari pengadaan, pelatihan, hingga operasionalisasi, juga harus menjadi prioritas, mengingat risiko penyalahgunaan anggaran dapat merusak kepercayaan publik dan menghentikan program yang sedang berjalan. Pemerintah juga perlu mendesain sistem interoperabilitas agar proses dokumentasi tidak membebani tenaga kesehatan secara berlebihan, yang berisiko menambah burnout. Di saat yang sama, prinsip keadilan akses harus diutamakan melalui penyediaan layanan alternatif berbasis teknologi rendah untuk menjangkau masyarakat di daerah dengan konektivitas terbatas.

Dengan strategi bertahap yang berbasis konteks, didukung oleh integrasi sistem, kejelasan regulasi, dan keberpihakan terhadap kelompok rentan, inovasi digital dalam kesehatan jiwa berpeluang besar menjadi salah satu tonggak reformasi sistem kesehatan mental nasional yang lebih adaptif, inklusif, dan berkelanjutan.

5.7.4 Tantangan Implementasi dan Mitigasi Risiko

Meskipun inovasi digital di bidang kesehatan jiwa menunjukkan potensi besar dalam meningkatkan akses, efisiensi, dan kualitas layanan, proses implementasinya di Indonesia tetap

menghadapi berbagai tantangan struktural, teknis, dan sosial. Oleh karena itu, strategi mitigasi risiko harus dirancang secara komprehensif dan berbasis bukti, guna memastikan bahwa adopsi teknologi digital benar-benar membawa dampak positif yang berkelanjutan.

Salah satu tantangan utama adalah fragmentasi sistem digital yang masih terjadi di sektor kesehatan. Saat ini, Kementerian Kesehatan mengelola ratusan aplikasi yang tidak saling terintegrasi, menyebabkan duplikasi input, beban administratif tambahan, dan inefisiensi sistemik (Tempo, 2022). Ironisnya, sebagian besar aplikasi tersebut belum secara eksplisit memasukkan komponen kesehatan mental. Fragmentasi ini tidak hanya menciptakan beban kerja tambahan bagi tenaga kesehatan, tetapi juga membuka ruang bagi kebocoran anggaran dan ketidakefisienan birokrasi. Di sisi lain, keterbatasan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa menjadi hambatan signifikan. Dengan rasio psikiater dan psikolog klinis yang masih sangat rendah dibanding kebutuhan populasi, layanan digital pun berisiko menghasilkan intervensi yang tidak terstandar, jika tidak disertai dengan sistem supervisi profesional yang memadai.

Risiko korupsi juga menjadi perhatian serius. Investasi dalam pengembangan, pengadaan, dan pengelolaan platform digital rawan disalahgunakan apabila tidak dibarengi dengan sistem transparansi dan akuntabilitas yang kuat. Pengalaman masa lalu menunjukkan bahwa tanpa pengawasan ketat dan sanksi yang tegas, banyak proyek digital berakhir sebagai program jangka pendek yang tidak berkelanjutan. Di samping itu, kesenjangan digital antara wilayah urban dan rural juga menjadi tantangan besar. Ketergantungan pada aplikasi berbasis internet atau smartphone berpotensi memperlebar kesenjangan akses, meninggalkan populasi yang justru paling membutuhkan dukungan kesehatan mental. Lebih lanjut, absennya kerangka regulasi yang komprehensif terkait praktik *telekonsultasi*, privasi data pasien, serta perlindungan hukum bagi tenaga profesional dan pengguna, berisiko menurunkan kepercayaan publik terhadap layanan digital (Hariwibowo, 2024) (Salesika, S., Sitorus, R. J., & Syakurah, 2021).

Menghadapi kompleksitas tersebut, beberapa strategi mitigasi perlu segera dilakukan. Integrasi sistem menjadi langkah mendesak; aplikasi kesehatan mental digital harus diselaraskan dengan platform nasional seperti *Mobile JKN* dan *SatuSehat* agar operasionalisasi lebih efisien dan berkelanjutan. Selain itu, sistem pengawasan anggaran dan pencegahan korupsi perlu diperkuat melalui audit independen, pelaporan publik, dan sanksi hukum yang jelas. Dalam konteks kesenjangan akses digital, pendekatan hybrid berbasis teknologi rendah seperti SMS, panggilan telepon, atau WhatsApp perlu dikembangkan untuk menjangkau wilayah 3T dan kelompok masyarakat dengan keterbatasan literasi digital. Skema ini juga memungkinkan pemberian layanan yang lebih responsif dan kontekstual, tanpa mengandalkan infrastruktur internet berkecepatan tinggi.

Untuk mengatasi tantangan sumber daya manusia, penguatan sistem supervisi menjadi krusial. Layanan seperti *chatbot*, *peer support*, dan skrining otomatis harus berada di bawah pengawasan psikiater atau psikolog yang kompeten guna menjamin kualitas dan keamanan intervensi. Di sisi regulasi, pemerintah perlu segera menyusun standar operasional layanan *telekonseling* dan *telepsikiatri*, serta kerangka perlindungan data yang mengacu pada prinsip etika dan hukum internasional. Hal ini tidak hanya penting untuk melindungi hak pasien, tetapi juga untuk menciptakan kepercayaan publik terhadap inovasi digital. Secara keseluruhan, inovasi digital dalam kesehatan jiwa tidak dapat dipandang semata-mata sebagai adopsi teknologi, melainkan sebagai transformasi sistemik yang membutuhkan integrasi lintas sektor, keberpihakan pada kelompok rentan, dan kepemimpinan yang kuat dari negara. Berbagai bukti dari kajian global menunjukkan bahwa intervensi seperti CBT daring, *chatbot*, *peer support*, dan digitalisasi manajemen kasus kronis memiliki dampak yang signifikan ketika diimplementasikan dengan pendekatan yang kontekstual dan inklusif.

Namun demikian, potensi ini hanya dapat diwujudkan jika tantangan-tantangan utama diidentifikasi sejak awal dan ditanggapi dengan strategi mitigasi yang terukur. Pemerintah perlu tampil sebagai aktor sentral dalam memastikan bahwa

reformasi digital di sektor kesehatan jiwa berjalan secara adil, transparan, dan berkelanjutan. Inovasi digital bukanlah tujuan akhir, melainkan instrumen strategis untuk menciptakan sistem kesehatan jiwa yang lebih setara, bermartabat, dan berdaya saing global bagi seluruh masyarakat Indonesia.

5.8 Strategi Implementasi dan *Roadmap Digital Mental Health* di Indonesia

Keberhasilan digitalisasi layanan kesehatan jiwa di Indonesia tidak hanya bergantung pada inovasi teknologi, tetapi juga pada fondasi tata kelola, keselarasan kebijakan, dan jaminan pembiayaan yang berkelanjutan. Roadmap digital mental health harus selaras dengan transformasi sistem kesehatan nasional serta dokumen perencanaan jangka panjang seperti RPJMN dan RPJPN. Tanpa penyelarasan ini, inovasi akan cenderung terfragmentasi dan berhenti pada tahap pilot. Dalam konteks ini, mandatory spending kesehatan sebagaimana diatur dalam undang-undang, yakni alokasi minimal 5% dari APBN dan APBD, perlu dijaga secara konsisten. Tanpa kepastian anggaran, program kesehatan mental digital akan menghadapi risiko disrupsi dan stagnasi.

Implementasi yang efektif juga menuntut keterlibatan berbagai pemangku kepentingan. Tidak hanya Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, tetapi juga akademisi, organisasi profesi, komunitas pasien, dan tenaga kesehatan di lapangan harus dilibatkan secara aktif dalam proses desain hingga evaluasi layanan. Di samping itu, tata kelola yang bersih dari korupsi menjadi prasyarat utama. Setiap intervensi perlu diawasi melalui mekanisme audit independen, transparansi anggaran, serta penegakan sanksi terhadap penyalahgunaan dana. Terakhir, peningkatan literasi digital dan kesehatan masyarakat harus menjadi prioritas strategis. Tanpa kapasitas pengguna dalam memahami dan mengakses layanan digital, intervensi akan sulit diterima atau dimanfaatkan secara optimal.

Untuk mewujudkan sistem layanan kesehatan jiwa digital yang berkelanjutan, Indonesia perlu mengikuti roadmap bertahap dari tahun 2025 hingga 2030, dimulai dari konsolidasi

dasar hingga perluasan intervensi secara nasional. Pada tahap awal (2025–2026), konsolidasi aplikasi yang dimiliki Kementerian Kesehatan menjadi langkah penting, dengan penambahan modul kesehatan jiwa secara terintegrasi. Di saat yang sama, integrasi fitur digital seperti telekonsultasi, skrining kesehatan jiwa, dan digitalisasi PRB skizofrenia ke dalam platform Mobile JKN akan mempercepat adopsi pengguna. Pemerintah juga perlu mendorong hilirisasi hasil riset lokal, termasuk pengembangan chatbot dan peer support berbasis universitas, serta menyelenggarakan pelatihan literasi digital bagi tenaga kesehatan dan kader.

Pada fase jangka menengah (2027–2028), fokus utama adalah pelembagaan layanan ke dalam sistem JKN dan penguatan regulasi. Intervensi berbasis CBT dan peer support perlu dimasukkan ke dalam skema preventif-promotif JKN dan Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK). Pada fase ini, pemerintah juga harus menyiapkan regulasi teknis yang mengatur praktik telepsikiatri dan telekonseling, termasuk aspek STR, SIP, serta keamanan data pasien. Di sisi lain, pendekatan hybrid (SMS, telepon, WhatsApp) perlu mulai diimplementasikan di wilayah 3T, sementara kampanye literasi kesehatan jiwa berbasis komunitas dapat memperluas jangkauan edukasi publik. Evaluasi awal mengenai efektivitas dan dampak sosial-ekonomi intervensi juga harus dimulai, melalui kolaborasi dengan lembaga akademik.

Fase jangka panjang (2029–2030) diarahkan pada ekspansi penuh ke seluruh fasilitas layanan kesehatan dan integrasi lintas sektor. Layanan digital kesehatan jiwa harus tersedia di seluruh FKTP dan rumah sakit rujukan, termasuk pemanfaatan AI prediktif untuk mendeteksi dini risiko relaps psikosis, burnout tenaga kesehatan, serta gangguan pada populasi rentan. Pemerintah juga didorong untuk memperluas integrasi program ini ke sektor pendidikan, ketenagakerjaan, dan perlindungan sosial, sehingga layanan kesehatan mental menjadi komponen dari pembangunan nasional secara holistik. Evaluasi menyeluruh berbasis data nasional perlu dilakukan di akhir fase ini untuk mengukur *cost-effectiveness*, *equity*, serta keberlanjutan jangka panjang dari model intervensi yang telah dikembangkan.

Untuk menjamin keberhasilan roadmap tersebut, dibutuhkan tata kelola yang kuat dan sistem monitoring yang partisipatif. Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan harus memimpin konsolidasi program dan aplikasi digital, dengan dukungan dari akademisi untuk menghasilkan evaluasi berbasis bukti dan publikasi ilmiah. Tenaga kesehatan jiwa seperti psikiater, psikolog, perawat jiwa, dan konselor harus dilibatkan secara penuh dalam perancangan dan implementasi layanan agar kualitas tetap terjaga. Pemerintah juga harus membangun sistem antikorupsi yang mencakup audit independen, mekanisme pelaporan publik, dan penegakan hukum terhadap penyalahgunaan dana. Di sisi lain, partisipasi komunitas pasien dan masyarakat sipil dalam proses monitoring akan memastikan bahwa kebijakan yang dihasilkan merefleksikan kebutuhan dan pengalaman nyata pengguna layanan.

Digitalisasi kesehatan jiwa di Indonesia bukan hanya sebuah upaya modernisasi teknologi, tetapi bagian dari reformasi sistemik untuk membangun layanan yang lebih inklusif, adil, dan berkelanjutan. Dengan prinsip tata kelola yang akuntabel, dukungan kebijakan lintas sektor, dan strategi implementasi yang realistis, Indonesia memiliki peluang besar untuk menjadi pemimpin dalam pengembangan digital mental health di negara-negara berpendapatan menengah.

5.9 Penutup: Strategi Nasional Digitalisasi Kesehatan Jiwa

Transformasi digital dalam layanan kesehatan jiwa di Indonesia menghadirkan peluang strategis sekaligus tantangan struktural yang tidak dapat diabaikan. Seperti diuraikan dalam bab-bab sebelumnya, beragam inovasi digital, mulai dari chatbot berbasis kecerdasan buatan (AI), terapi berbasis *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) digital, telekonsultasi psikiatri, platform *peer support* berbasis komunitas, hingga aplikasi mindfulness, telah terbukti efektif secara global dan mulai menunjukkan tanda adopsi di tingkat nasional. Namun demikian, keberhasilan implementasi di Indonesia tidak semata ditentukan oleh ketersediaan teknologi. Faktor-faktor sistemik seperti regulasi yang jelas, keberlanjutan pembiayaan,

kesiapan dan distribusi sumber daya manusia, literasi digital masyarakat, kesesuaian dengan nilai budaya lokal, serta tata kelola yang transparan dan akuntabel merupakan elemen krusial yang menentukan keberhasilan jangka panjang.

Tanpa integrasi inovasi ke dalam sistem kesehatan nasional, misalnya melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan platform Mobile JKN, berbagai intervensi digital berisiko menjadi proyek jangka pendek yang terfragmentasi dan tidak berkelanjutan. Padahal, transformasi digital dapat menjadi jawaban strategis atas permasalahan kronis dalam sistem kesehatan jiwa Indonesia, termasuk kelangkaan tenaga profesional, ketimpangan akses antara wilayah perkotaan dan perdesaan, serta tingginya stigma sosial yang menghambat pencarian bantuan. Implementasi yang konsisten juga diyakini dapat meningkatkan produktivitas nasional, mengurangi beban ekonomi akibat gangguan mental, serta memperkuat kohesi sosial melalui pendekatan yang lebih inklusif dan adaptif.

Sejumlah rekomendasi strategis perlu segera diadopsi sebagai bagian dari kebijakan nasional, seperti:

1. Integrasi ke dalam sistem nasional. Seluruh intervensi digital kesehatan jiwa perlu diintegrasikan ke dalam arsitektur sistem pelayanan dan pembiayaan nasional, khususnya BPJS Kesehatan dan Mobile JKN, guna menjamin keberlanjutan dan efisiensi pelaksanaan.
2. Penguatan kebijakan dan regulasi. Diperlukan kerangka regulasi yang jelas dan sinkron antar lembaga terkait, termasuk izin praktik digital, perlindungan data pribadi, serta standarisasi mutu layanan, agar seluruh pemangku kepentingan dapat berinovasi dengan kepastian hukum.
3. Kepastian pembiayaan layanan kesehatan jiwa. Pemerintah perlu menjamin alokasi anggaran yang adil dan proporsional untuk kesehatan jiwa sesuai mandat undang-undang, disertai mekanisme anti-korupsi melalui audit independen dan transparansi publik.
4. Penguatan SDM dan kolaborasi lintas sektor. Kapasitas tenaga kesehatan umum, kader komunitas, dan aktor lokal perlu ditingkatkan agar dapat memanfaatkan teknologi digital secara tepat guna. Kolaborasi erat antara pemerintah, akademisi,

tenaga kesehatan jiwa, dan sektor swasta akan mempercepat proses inovasi dan adopsi.

5. Peningkatan literasi digital dan kesehatan mental. Program literasi nasional yang berfokus pada kesehatan mental digital harus segera diluncurkan, dengan pendekatan berbasis komunitas dan adaptasi terhadap konteks budaya Indonesia, agar masyarakat menjadi pengguna yang aktif dan kritis.
6. Investasi jangka panjang dalam inovasi berkelanjutan. Pemerintah dan lembaga penelitian perlu memberikan dukungan jangka panjang untuk pengembangan teknologi prediktif berbasis AI dalam deteksi dini relapse, burnout, dan risiko bunuh diri. Eksplorasi terhadap *virtual reality*, *gamification*, dan integrasi dengan sektor pendidikan, ketenagakerjaan, serta perlindungan sosial juga perlu dikembangkan sebagai langkah inovatif menuju sistem layanan yang lebih holistik.

Digitalisasi kesehatan jiwa merupakan jalan menuju sistem layanan yang lebih inklusif, efisien, dan manusiawi. Indonesia sesungguhnya telah memiliki prasyarat kelembagaan, seperti BPJS Kesehatan, Mobile JKN, dan arah transformasi digital Kementerian Kesehatan, yang dapat menjadi fondasi kuat. Namun, keberhasilan akhir akan sangat bergantung pada keberanian politik, komitmen lintas sektor, serta kualitas tata kelola yang bersih dan berorientasi pada kepentingan publik.

Apabila pemerintah mampu menjaga integritas pembiayaan, komunitas akademik dan profesi kesehatan jiwa mampu mengawal kualitas intervensi, dan masyarakat dilibatkan secara aktif dalam proses penyusunan hingga evaluasi kebijakan, maka dalam satu dekade ke depan Indonesia memiliki peluang yang nyata untuk menjadi rujukan global dalam integrasi layanan *digital mental health* di negara berpendapatan menengah. Digitalisasi bukan semata instrumen modernisasi, melainkan fondasi untuk membangun sistem kesehatan jiwa yang lebih adil, tangguh, dan berbasis bukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, T., Dumka, N. and Kotwal, A. (2022) 'Tele MANAS: India's First 24X7 Tele Mental Health Helpline Brings New Hope for Millions', *Indian Journal of Mental Health*, 9(4), pp. 402–406. Available at: <https://doi.org/10.30877/ijmh.9.4.2022.402-405>.
- Alhakim, V., Dewi, S. and Rompis, A. (2024) 'Pembentukan Lembaga Independen dalam Pengawasan Konten Digital: Studi Komparasi Hukum Antara Indonesia dengan Australia', *COMSERVA: Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 3(09), pp. 3627–3643.
- Aminabee, S. (2024) 'The future of healthcare and patient-centric care: Digital innovations, trends, and predictions', in *Emerging technologies for health literacy and medical practice*. IGI Global Scientific Publishing, pp. 240–262.
- Amiruddin *et al.* (2023) *Tinjauan Strategis Keamanan Siber Indonesia– Teknologi Cloud dan Tata Kelola Data*. Bogor: Politeknik Siber dan Sandi Negara Press.
- Apiratwarakul, K. *et al.* (2021) 'Real time telephone application use for consultation in emergency medical services', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9.
- Arafat, M. and Wirasto, A.T.E. (2024) 'Kebijakan kriminal dalam penanganan siber di era digital: Studi kasus di Indonesia', *Equality: Journal of Law and Justice*, 1(2), pp. 220–241.
- Arjadi, R., Nauta, M.H. and Bockting, C.L.H. (2018) 'Acceptability of internet-based interventions for depression in Indonesia.', *Internet interventions*, 13, pp. 8–15. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.04.004>.
- Armanda, D.M., Afaf, D. and Krisdahyanto, R. (2025) 'Filter Bubble dan Echo Chamber: Pengaruh Algoritma Media Sosial terhadap Pola Konsumsi Informasi Mahasiswa Universitas Lampung', *Jurnal Ilmu Komunikasi Dan Sosial Politik*, 02(04), pp. 1124–1129. Available at: <https://jurnal.ittc.web.id/index.php/jiksp/index>.
- Barrera-Valencia, C. *et al.* (2017) 'Cost-effectiveness of synchronous vs. asynchronous telepsychiatry in prison inmates with

- depression', *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 46(2), pp. 65–73. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.05.005>.
- Berardi, C. *et al.* (2024) 'Barriers and facilitators to the implementation of digital technologies in mental health systems: a qualitative systematic review to inform a policy framework', *BMC Health Services Research*, 24(1), pp. 1–19. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10536-1>.
- Bernadette, A. *et al.* (2022) 'Tiga Tantangan Utama Transformasi Digital Indonesia', pp. 1–45. Available at: <https://elsam.or.id/wp-content/uploads/2022/03/Kertas-Posisi-CSO-Transformasi-Digital.pdf>.
- Borghouts, J. *et al.* (2021) 'Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review', *Journal of Medical Internet Research*, 23(3). Available at: <https://doi.org/10.2196/24387>.
- Brody, C., Star, A. and Tran, J. (2020) 'Chat-based hotlines for health promotion: a systematic review', *Mhealth*, 6, p. 36.
- Digest, P.D.P. (2021) 'PERSONAL DATA PROTECTION DIGEST PERSONAL DATA PROTECTION'.
- Dwivedi, Y.K. *et al.* (2023) *Exploring the Darkverse: A Multi-Perspective Analysis of the Negative Societal Impacts of the Metaverse*, *Information Systems Frontiers*. Springer US. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10796-023-10400-x>.
- Fachri, F.K. (2024) *Mengenal Digital Sovereignty, Dampaknya Terhadap Negara dan Masyarakat*, *HukumOnline.com*. Available at: <https://www.hukumonline.com/berita/a/mengenal-digital-sovereignty--dampaknya-terhadap-negara-dan-masyarakat-lt666341d18dbfe/> (Accessed: 14 September 2025).
- Fauzi, M.R., Saimi, S. and Fathoni, F. (2024) 'Tantangan dan Solusi Administrasi Kesehatan di Era Digital (Tinjauan Literature Review atas Implementasi Teknologi)', *AL-MIKRAJ Jurnal Studi Islam dan Humaniora (E-ISSN 2745-4584)*, 5(01), pp. 1093–1103. Available at: <https://doi.org/10.37680/almikraj.v5i01.6219>.
- Fernandez, F.D.C. and Siokain, D.M. (2025) 'Systematic Literature

- Review: Intervensi Digital untuk Meningkatkan Kesehatan Mental pada Remaja', *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 5(3), pp. 6829–6842.
- Futri, I. and Naruetharadhol, P. (2025) 'Open innovation's effects on Indonesia's digital health market and related societal issues', *Cogent Arts and Humanities*, 12(1), p. Available at: <https://doi.org/10.1080/23311983.2025.2457819>.
- Garrido, S. *et al.* (2019) 'What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People', *Frontiers in Psychiatry*, 10(November), pp. 1–19. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00759>.
- Gega, L. *et al.* (2022) 'Digital interventions in mental health: evidence syntheses and economic modelling', *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 26(1), p. 1.
- Hahn, J.S. *et al.* (2023) 'The Every Mind Matters campaign: changes in mental health literacy and its associations with campaign awareness', *European journal of public health*, 33(6), pp. 1008–1013.
- Hariwibowo, F.S. (2024) 'Analisis Regulasi Telemedicine : Perlindungan Hukum dan Implikasi bagi Tenaga Kesehatan', *Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*, pp. 149–158.
- Hermawan, L. *et al.* (2025) 'Early Mental Health Detection with Machine Learning: A Practical Approach to Model Development and Implementation', *Indonesian Journal of Electrical Engineering and Informatics*, 13(2), pp. 509–524. Available at: <https://doi.org/10.52549/ijeei.v13i2.6111>.
- Higson-Sweeney, N. *et al.* (2025) 'Young people's attitudes towards online self-help single-session interventions: findings from a co-produced qualitative study', *BMC Psychology*, 13(1), p. 439. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02727-8>.
- Hilty, D.M. *et al.* (2022) 'Findings and Guidelines on Provider Technology, Fatigue, and Well-being: Scoping Review', *Journal of Medical Internet Research*, 24(5). Available at: <https://doi.org/10.2196/34451>.
- Indria, D., Alajlani, M. and Sf. Fraser, H. (2020) 'Clinicians perceptions of a telemedicine system: a mixed method study of Makassar

- City, Indonesia', *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01234-7>.
- Izzatika, M., Syakurah, R.A. and Bonita, I. (2021) 'Indonesia's mental health status during the Covid-19 pandemic.', *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 6(2), pp. 78–92.
- Jannah, A.R. *et al.* (2020) 'Kecemasan pasien Covid-19: A systematic review', *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice)*, 11, pp. 33–37.
- Jingga, R.P.A. and Tarmizi, T. (2022) *Moeldoko apresiasi layanan telekonseling Sejiwa*, *ANTARANEWS.COM*. Available at: https://www.antaraneews.com/berita/2922197/moeldoko-apresiasi-layanan-telekonseling-sejiwa?utm_source=chatgpt.com (Accessed: 14 September 2025).
- Kemenkes RI (2018) 'Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf', *Lembaga Penerbit Balitbangkes*, p. hal 156.
- Kementerian Kesehatan RI (2022a) 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan melalui Sistem Informasi Kesehatan'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245539/permenkes-no-18-tahun-2022>.
- Kementerian Kesehatan RI (2022b) 'Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245544/permenkes-no-24-tahun-2022>.
- Kementerian Kesehatan RI (2024) *Tata Cara Penyelenggaraan Perizinan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam UU No 17 Tahun 2023*, Kementerian Kesehatan RI. Available at: <https://kemkes.go.id/id/tata-cara-penyelenggaraan-perizinan-tenaga-medis-dan-tenaga-kesehatan-dalam-uu-no-17-tahun-2023> (Accessed: 12 September 2025).
- Kementerian Komdigi (2020) *Pusat Panggilan 119 dan Laman Resmi PDSKJI Kini Bisa Layani Konsultasi Kesehatan Jiwa*,

- Kementerian Komdigi. Available at: <https://www.komdigi.go.id/berita/artikel/detail/pusat-panggilan-119-dan-laman-resmi-pdskji-kini-bisa-layani-konsultasi-kesehatan-jiwa>.
- Kementrian Kesehatan RI (2021) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4829/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: https://rskgm.ui.ac.id/wp-content/uploads/2021/07/kmk-no-hk0107-menkes-4829-2021-ttg-pedoman-pelayanan-kesehatan-melalui-dd_369ca7d16949e6578b1f92a0e9bbd161.pdf.
- Kumar, S., Meena, S. and Kalia, S. (2024) 'Tele MANAS: Revolutionizing Mental Health Care in India', *Research Unit Press Information Bureau, Government of India*, (14416), pp. 1–6. Available at: <https://pib.gov.in/PressNoteDetails.aspx?NotelId=153277&ModuleId=3®=3&lang=1>.
- Kumar, S., Meena, S. and Srivastava, V. (2025) *Advancing Mental Healthcare in India, Ministry of Health and Family Welfare*. Available at: <https://www.pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=2100706#:~:text=Launched on October 10%2C 2022,1800-89-14416>. (Accessed: 14 September 2025).
- Kunnati *et al.* (2025) 'Kesenjangan Digital dalam Telemedicine sebagai Faktor Penentu Ketimpangan Kesehatan di Indonesia: Tinjauan Skoping', *Journal of Public Health Education*, 4(3), pp. 90–102. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.53801/jphe.v4i3.422>.
- Lattie, E.G. *et al.* (2019) 'Digital mental health interventions for depression, anxiety and enhancement of psychological well-being among college students: Systematic review', *Journal of Medical Internet Research*, 21(7). Available at: <https://doi.org/10.2196/12869>.
- LBHM (2019) 'Buku Saku Hak Atas Kesehatan', *Lbhmasayarakat.Org*, pp. 1–2.

- Lehtimäki, S., Martić, J., Wahl, B., Foster, Katherine T., *et al.* (2021) 'Evidence on digital mental health interventions for adolescents and young people: Systematic overview', *JMIR Mental Health*, 8(4). Available at: <https://doi.org/10.2196/25847>.
- Lehtimäki, S., Martić, J., Wahl, B., Foster, Katherine T., *et al.* (2021) 'Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview', *JMIR Ment Health*, 8(4), p. e25847. Available at: <https://doi.org/10.2196/25847>.
- Loo, J.S.E. *et al.* (2023) 'Exploring the rise of telehealth services in Malaysia: A retrospective study', *DIGITAL HEALTH*, 9, p. 20552076231216276. Available at: <https://doi.org/10.1177/20552076231216275>.
- Lukito, M. and Gani, A. (2024) 'PELAYANAN KESEHATAN YANG EFISIEN DAN TERJANGKAU MELALUI TRANSFORMASI KESEHATAN DIGITAL VIA TELEMEDICINE DI INDONESIA', *Jurnal Kesehatan: Jurnal Ilmiah Multi Sciences*, 14(2), pp. 107–117.
- M. Rangga Fachrizal S (2024) 'Pengembangan Aplikasi Chatbot Berbasis Nlp (Natural Language Processing)', *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*, 2(3), pp. 352–357.
- Mahomed, F. (2020) 'Addressing the Problem of Severe Underinvestment in Mental Health and Well-Being from a Human Rights Perspective.', *Health and human rights*, 22(1), pp. 35–49.
- Mat Ruzlin, A.N. *et al.* (2021) 'Promoting Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Hybrid, Innovative Approach in Malaysia', *Frontiers in public health*, 9, p. 747953. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.747953>.
- Mourad, A. *et al.* (2020) 'Critical Impact of Social Networks Infodemic on Defeating Coronavirus COVID-19 Pandemic: Twitter-Based Study and Research Directions', *IEEE Transactions on Network and Service Management*, 17(4), pp. 2145–2155. Available at: <https://doi.org/10.1109/TNSM.2020.3031034>.
- Mucić, D. and Hilty, D.M. (2025) *Digital Mental Health: The Future is*

- Now. Springer Nature Switzerland. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=hsxGEQAAQBAJ>.
- Munira, L., Liamputtong, P. and Viwattanakulvanid, P. (2023) 'Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study.', *Belitung nursing journal*, 9(2), pp. 110–117. Available at: <https://doi.org/10.33546/bnj.2521>.
- Naslund, J.A. *et al.* (2022) 'Economic evaluation and costs of telepsychiatry programmes: A systematic review.', *Journal of telemedicine and telecare*, 28(5), pp. 311–330. Available at: <https://doi.org/10.1177/1357633X20938919>.
- Nesi, J., Telzer, E.H. and Prinstein, M.J. (2022) *Handbook of Adolescent Digital Media Use and Mental Health*. Cambridge University Press. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=SDCHEAAAQBAJ>.
- Nugroho, Y. *et al.* (2012) 'Media dan Kelompok Rentan di Indonesia: Empat Kisah'. Jakarta.
- O'Connor, E. *et al.* (2023) 'Screening for depression, anxiety, and suicide risk in adults: A systematic evidence review for the US preventive services task force'.
- Pangestu, P. (2025) 'Dampak Isolasi Sosial terhadap Fungsi Kognitif dan Emosional Individu', *literacy notes*, 1(1).
- PDSKJI (2020) *Swaperiksa Kesehatan Jiwa, Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia*. Available at: <https://www.pdskji.org/home>.
- Poerwanti, S.D. *et al.* (2025) 'Pemanfaatan Teknologi Digital dalam Mendukung Kesehatan Mental Lansia: Tinjauan Sistematis', *Jurnal Intervensi Sosial (JINS)*, 4(1), pp. 21–31. Available at: <https://talenta.usu.ac.id/is/article/view/17205/8222>.
- Prescott, J. (2021) *Digital Innovations for Mental Health Support*. IGI Global (Advances in Psychology, Mental Health, and Behavioral Studies). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=yG9bEAAAQBAJ>.
- Pretorius, C. *et al.* (2019) 'Young People Seeking Help Online for Mental Health: Cross-Sectional Survey Study', *JMIR Ment Health*, 6(8), p. e13524. Available at: <https://doi.org/10.2196/13524>.

- Pretorius, C., Chambers, D. and Coyle, D. (2019) 'Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review', *J Med Internet Res*, 21(11), p. e13873. Available at: <https://doi.org/10.2196/13873>.
- Pribadi, F.A. and Setijaningrum, E. (2023) 'Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia', *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), pp. 60–78. Available at: <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>.
- Purwanto *et al.* (2025) 'Kebijakan Pemerintah Terhadap Digitalisasi Layanan Kesehatan Primer: Studi Kasus Platform SATUSEHAT', *JUMPA BHAKTI: Jurnal Multidisiplin Pascasarjana Bhakti*, 1(2), pp. 70–79. Available at: https://jurnal.upb.ac.id/index.php/jumpa_bhakti/article/view/563/477.
- Putri, A.K. *et al.* (2021a) 'Exploring the perceived challenges and support needs of Indonesian mental health stakeholders: a qualitative study.', *International journal of mental health systems*, 15(1), p. 81. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>.
- Putri, A.K. *et al.* (2021b) 'Exploring the perceived challenges and support needs of Indonesian mental health stakeholders: a qualitative study', *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), p. 81. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>.
- Radovic, A. *et al.* (2022) 'Stakeholder perspectives on digital behavioral health applications targeting adolescent depression and suicidality: Policymaker, provider, and community insights.', *Implementation research and practice*, 3, p. 26334895221120796. Available at: <https://doi.org/10.1177/26334895221120796>.
- Rajebta, N.A. *et al.* (2025) 'Digitalisasi Asuransi Kesehatan: Peluang Dan Tantangan Dalam Meningkatkan Efisiensi Layanan', *Indonesian Journal of Health Science*, 5(3), pp. 528–535.
- Ramadhanny, C. (2021) 'Tinjauan Yuridis Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine Dalam Kondisi Pandemi Covid-19', *Dinamika Hukum*, 12(1), pp. 93–106. Available at:

- https://ejurnal.unisri.ac.id/index.php/Dinamika_Hukum/article/view/7312/4466.
- Salesika, S., Sitorus, R. J., & Syakurah, R.A. (2021) 'Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Telemedicine Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Musi Rawas'. Palembang: Sriwijaya University.
- Sari, E. (2022) *Analisis Implementasi Kebijakan Program Kesehatan Jiwa Pada Fasilitas Pelayanan Primer Di Kabupaten Musi Rawas Utara*. Universitas Sriwijaya. Available at: https://repository.unsri.ac.id/83424/2/RAMA_13101_10012682125056_0009067602_0030018604_01_front_ref.pdf.
- Sari, E., Syakurah, R.A. and Misnaniarti (2022) 'Implementasi Kebijakan Program Kesehatan Jiwa Pada Fasilitas Pelayanan Primer', *Jurnal Kesehatan*, 13(2), pp. 83–87.
- Sastyaviani, R. (2025) 'Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas: Analisis Kebijakan , Hambatan , dan Strategi Penguatan', *research gate*, (May), pp. 0–10. Available at: https://www.researchgate.net/publication/392194827_Integrasi_Pelayanan_Kesehatan_Jiwa_di_Puskesmas_Analisis_Kebijakan_Hambatan_dan_Strategi_Penguatan.
- Sebayang, S.K., Mawarpury, M. and Rosemary, R. (2018) *260 juta orang dan kurang dari 1000 psikiater, Indonesia kekurangan pekerja kesehatan mental*, *The conversation*. Available at: https://theconversation.com/260-juta-orang-dan-kurang-dari-1000-psikiater-indonesia-kekurangan-pekerja-kesehatan-mental-105969?utm_medium=article_clipboard_share&utm_source=theconversation.com (Accessed: 14 September 2025).
- Setiawan, D.A. (2024) 'Strategi Penanggulangan Kejahatan Ekonomi Berbasis Teknologi: Studi Komparatif Antara Indonesia, Amerika, Dan Eropa', *Masalah-Masalah Hukum*, 53(1), pp. 79–90.
- Sharif, L. *et al.* (2025) 'Perceptions of mental health professionals towards artificial intelligence in mental healthcare: a cross-sectional study.', *Frontiers in psychiatry*, 16, p. 1601456. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1601456>.

- Singapore Government Developer Portal (2023) *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1, Singapore Government Developer Portal*. Available at: <https://www.developer.tech.gov.sg/guidelines/standards-and-best-practices/wcag-2-1.html> (Accessed: 14 September 2025).
- Stuart, R. *et al.* (2023) 'Experiences of Every Mind Matters, Public Health England's adult mental health literacy campaign: a qualitative interview study', *BMC Public Health*, 23(1), p. 398.
- Tempo (2022) *Kemenkes: Lebih 400 Aplikasi Kesehatan Pemerintah Belum Saling Terintegrasi*, Tempo. Available at: <https://www.tempo.co/politik/kemenkes-lebih-400-aplikasi-kesehatan-pemerintah-belum-saling-terintegrasi-236468> (Accessed: 14 September 2025).
- Titov, N. *et al.* (2020) 'User characteristics and outcomes from a national digital mental health service: an observational study of registrants of the Australian MindSpot Clinic', *The Lancet Digital Health*, 2(11), pp. e582–e593. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30224-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30224-7).
- Tolulope, S. *et al.* (2025) 'Utilizing natural language processing for precision prevention of mental health disorders among youth: A systematic review', *Computers in Biology and Medicine*, 188(September 2024), p. 109859. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2025.109859>.
- Wardani, R.K. *et al.* (2024) 'Gambaran Layanan Konsultasi Kesehatan Mental Aplikasi Riliv di Indonesia pada Masa Endemi COVID-19', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 13(01), pp. 6–16.
- Wardhana, A.W.P. *et al.* (2024) 'Paradigma Kebebasan Berpendapat: Anonimitas, Budaya Partisipasi, Dan Dominasi Subyektifitas Pengetahuan Di Ruang Digital', *Jurnal Abdi Insani*, 11(1), pp. 913–922. Available at: <https://doi.org/10.29303/abdiinsani.v11i1.1468>.
- Weng, J.H. *et al.* (2024) 'Mental Wellness Self-Care in Singapore With mindline.sg: A Tutorial on the Development of a Digital Mental Health Platform for Behavior Change.', *Journal of medical Internet research*, 26, p. e44443. Available at: <https://doi.org/10.2196/44443>.

- WHO (2021) *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. Edited by World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341996/9789240029200-eng.pdf?sequence=1#page=38.99>.
- WHO (2022) *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*, World Health Organisation. Available at: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care> (Accessed: 14 September 2025).
- Williams, L., Bartik, W. and Cosh, S. (2024) 'Online anti-stigma interventions for mental health help-seeking in young people: A systematic review', *Journal of Affective Disorders Reports*, 18, p. 100841. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100841>.
- Wulandari, V., Rullyana, G. and Ardiansah, A. (2021) 'Pengaruh algoritma filter bubble dan echo chamber terhadap perilaku penggunaan internet', *Berkala Ilmu Perpustakaan dan Informasi*, 17(1), pp. 98–111. Available at: <https://doi.org/10.22146/bip.v17i1.423>.
- Yanti, N.K.T.P. and Rumiarta, N.P.B. (2025) 'Pengaturan kecerdasan buatan untuk diagnosis dalam layanan telemedicine', *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 4(5), pp. 663–674. Available at: <https://bajangjournal.com/index.php/JCI/article/view/9540>.

BAB 6

ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM PELAYANAN KESEHATAN MENTAL

*Ethics is an endeavor.
It refers to ways of understanding
what is good and right in human experience.
It is about discernment, knowledge and self-reflection,
and it is sustained through seeking, clarifying, and translating.
It is the concrete expression of moral ideals in everyday life.
Ethics is about meaning, and it is about action.*
-Laura Weiss Roberts (2002a)-

6.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan mental adalah sebuah interaksi yang didasari oleh kepercayaan mendalam antara klien (atau pasien) dan profesional (dokter, psikiater, psikolog, perawat dan tenaga medis lainnya). Untuk menjaga kepercayaan ini, etika dan profesionalisme berfungsi sebagai pilar fundamental yang menopang seluruh praktik klinis dan layanan kesehatan mental. Etika merujuk pada seperangkat prinsip moral yang memandu pengambilan keputusan dan perilaku profesional, sementara profesionalisme adalah manifestasi dari prinsip-prinsip tersebut dalam setiap tindakan, sikap, dan interaksi (Roberts, 2016). Keduanya merupakan sebuah komitmen dinamis untuk mengutamakan kesejahteraan klien (atau pasien) dan menjaga integritas profesi di tengah kompleksitas tantangan, baik yang klasik maupun yang muncul di era modern (Sadler et al., 2015).

Bab ini akan membahas mengenai pemikiran dasar etika dan profesionalisme serta prinsip etika. Selain itu, akan dibahas pula etika dalam layanan kesehatan mental pada kelompok khusus, wujud profesionalisme dalam praktik keseharian, isu dilema etis dalam

praktik layanan kesehatan mental, termasuk tantangan etika di era digital. Bab ini ditutup dengan ulasan strategi menjaga etika dan profesionalisme dalam layanan kesehatan mental.

6.2 Dasar Etika Dan Profesionalisme Dalam Layanan Kesehatan Mental

6.2.1 Etika dan Profesi

Etika adalah cabang filsafat yang membahas aspek moral dari sifat dan tindakan manusia, khususnya mengenai hal yang benar dan salah. Etika dalam layanan kesehatan mental banyak merujuk pada bidang kedokteran dan kesehatan. Dalam bidang kedokteran, etika berkembang menjadi disiplin terapan yang berlandaskan bukti ilmiah dan tradisi historis. Etika mencakup prinsip, nilai, kebajikan, perilaku, serta aturan yang menjadi dasar penelitian dan praktik medis modern dan ilmu biomedis dalam masyarakat (Siegler, 2017).

Profesi adalah kumpulan individu yang memiliki keahlian khusus dan diberi kepercayaan untuk menjalankan peran penting dengan kewajiban, hak, dan hak istimewa tertentu (Roberts, 2016). Komitmen utama suatu profesi adalah memastikan anggotanya memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus, serta menggunakannya untuk memenuhi peran positif profesi tersebut dalam masyarakat. Dalam profesi kedokteran, para anggotanya berfokus pada kegiatan yang mendukung tujuan masyarakat, yaitu meningkatkan kesehatan serta mengurangi penyakit dan penderitaan. Upaya ini mencakup beragam hal, mulai dari pelayanan klinis dan penelitian biomedis (menghasilkan pengetahuan baru melalui penelitian), membagikan keahlian (baik pengetahuan maupun keterampilan teknis) kepada rekan seprofesi dan generasi berikutnya, mengevaluasi kompetensi tenaga medis (misalnya melalui ujian spesialisasi dan standar kompetensi), memberikan kepemimpinan dan advokasi, hingga mengidentifikasi dan menindak anggota yang tidak mampu bertindak atau tidak mau bertindak sesuai standar profesi. Keberlangsungan dan legitimasi suatu profesi bergantung pada kemampuan untuk membangun keanggotaan yang merefleksikan keberagaman masyarakat, adanya kesempatan anggotanya menjadi pemimpin yang mewakili kelompok marginal,

serta mengurangi bias maupun ketidakadilan melalui evaluasi diri yang jujur, terus-menerus, dan mendalam (Roberts, 2016).

Profesi memiliki makna moral karena adanya kepercayaan dan hak istimewa yang diberikan oleh masyarakat. Menjadi anggota profesi juga memiliki kedudukan moral karena masyarakat menuntut para profesional memiliki kualitas tertentu serta mematuhi seperangkat kewajiban khusus. Misalnya seorang ahli bedah boleh memotong tubuh orang lain dengan pisau selama ia memiliki keahlian yang tepat dan tujuannya adalah menolong pasien atau mengurangi penderitaannya. Hal ini tetap dianggap sah meskipun pasien tidak mampu memberi persetujuan (misalnya korban trauma yang tidak sadar). Berbeda bila hal ini terjadi dalam kehidupan sehari-hari, memotong bagian tubuh orang lain dengan pisau akan dianggap sebagai penyerangan. Contoh lainnya dalam psikoterapi, seorang psikolog dapat mengetahui pikiran paling pribadi pasien, termasuk fantasi bunuh diri, pikiran membunuh, atau niat melakukan tindakan melawan hukum. Psikolog diberi kepercayaan untuk menjaga kerahasiaan pasien, kecuali bila pasien menyatakan ancaman nyata dan langsung kepada orang lain. Seorang psikiater dapat menilai kemampuan seorang pasien yang menderita gangguan mental dalam mengambil keputusan. Dalam kondisi tertentu, psikiater bahkan dapat memaksa pasien menjalani perawatan, misalnya dirawat inap atau diberi obat, meski bertentangan dengan kehendak pasien. Pelanggaran terhadap kebebasan individu seperti ini tidak dapat diterima dalam masyarakat pada hampir semua keadaan lain, dan hanya bisa diterima karena adanya keyakinan bahwa profesi ini berpegang teguh pada landasan moralnya demi tujuan sosial. Dalam hal ini, psikiater dianggap bertindak demi kesejahteraan pasien.

Tenaga kesehatan diharapkan bertindak berdasarkan seperangkat nilai yang terintegrasi, seperti kemanfaatan (*beneficence*) dan keadilan (*justice*), serta menunjukkan sikap dapat dipercaya secara konsisten. Perilaku profesional tertentu melahirkan bentuk kepercayaan tertentu, yang semuanya penting dalam pembentukan profesionalisme (McCullough et.al., 2020). Kepercayaan intelektual terbentuk dari keyakinan pasien bahwa tenaga medis kompeten dalam mendiagnosis dan mengobati.

Kepercayaan moral terbentuk ketika kepentingan kesehatan pasien diutamakan di atas kepentingan pribadi atau kepentingan organisasi. Kepercayaan intelektual dan moral hanya bisa bertahan jika pasien merasakan manfaatnya secara nyata, bukan hanya berdasarkan keyakinan organisasi.

Etika medis klinis adalah penerapan pertimbangan etis dalam praktik medis sehari-hari (Siegler, 2017). Menurut *American Psychiatry Association*, semua tenaga kesehatan memiliki kewajiban profesional, hukum, dan pribadi untuk menerapkan standar etika dalam pelayanan pasien (lihat Tabel 6.1).

Tabel 6.1. *Ethical standard Clinical ethical standards for clinicians*

<i>Ethical standard Clinical ethical standards for clinicians</i>
<i>Truthfulness with patients</i> <i>Knowledge of how to break bad news</i> <i>Ability to negotiate informed consent</i> <i>Ability to assess the decisional capacity of patients</i> <i>Ability to determine when to work with surrogate decision makers</i> <i>Privacy and confidentiality with patients</i> <i>Ability to address and relieve symptoms, including pain</i> <i>Ability to discuss end-of-life care</i>

Source. Adapted from Siegler 2017, pp. 9–16.

6.2.2 Profesionalisme

Profesionalisme memiliki definisi yang beragam dan tidak ada konsensus dari para ahli mengenai definisi yang paling tepat. Standar profesionalisme dapat bervariasi antar keahlian, spesialisasi medis, dan persepsi tentang apa yang dianggap sebagai perilaku profesional (Dilday *et.al.*, 2018; Hendelman & Byszewski, 2014; Hoonpongsimanont *et.al.*, 2018). Secara umum, profesionalisme dapat didefinisikan sebagai kualitas kesetiaan pada tujuan suatu profesi, yang dalam kedokteran didasarkan pada penghormatan terhadap sejumlah kewajiban etis, disertai dengan kompetensi serta kepekaan terhadap nilai-nilai budaya.

Ciri utama profesionalisme adalah kesediaan untuk menerima kewajiban etis dalam menempatkan kepentingan pasien dan masyarakat di atas kepentingan pribadi (Stobo & Blank, 1994).

Beberapa pemahaman tentang profesionalisme menekankan pentingnya menjaga kepercayaan pasien dan publik, serta penerapan nilai kebajikan dalam praktik kedokteran (Brody & Doukas, 2014).

Van de Camp et.al., (2004) merangkum konsep profesionalisme ke dalam tiga kategori utama: **interpersonal**, **publik**, dan **intrapersonal**. Profesionalisme interpersonal berkaitan dengan hubungan dan interaksi tenaga kesehatan dengan pasien maupun dengan tenaga kesehatan lain. Di dalamnya terdapat konsep altruisme (mementingkan orang lain), kejujuran, kasih sayang, penggunaan kekuasaan secara tepat, pengambilan keputusan bersama pasien, serta kepekaan terhadap keberagaman. Profesionalisme publik berhubungan dengan pemenuhan tuntutan masyarakat terhadap profesi medis, mencakup kepatuhan pada kode etik, kompetensi teknis, serta upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sedangkan profesionalisme intrapersonal berkaitan dengan tanggung jawab individu untuk menjaga kemampuannya tetap dapat berfungsi dalam profesi medis, yang meliputi pembelajaran sepanjang hayat, kesadaran diri, bebas dari gangguan, dan mengetahui batas kemampuan diri.

Pembagian profesionalisme menjadi tiga kategori ini sangat relevan dalam praktik interdisipliner di bidang kesehatan jiwa (lihat Tabel 2). Pasien yang menjalani layanan psikoterapi berada dalam posisi rentan karena mereka membuka emosi, pikiran, sikap, nilai, dan perilaku mereka untuk diamati serta dievaluasi. Klinisi kesehatan jiwa bertanggung jawab membantu pertumbuhan dan perkembangan pasien. Hal ini menuntut penghargaan atas otonomi dan integritas pasien, menjaga hubungan serta batasan pasien–klinisi, memahami perbedaan relasi kuasa, berfokus pada kebutuhan pasien, serta peka terhadap keragaman budaya dan konteks lingkungan hidup pasien. Tugas ini semakin sulit ketika pasien mengalami beban hidup yang berat, rasa putus asa, gangguan jiwa berat, atau menjalani terapi berdasarkan perintah pengadilan.

Profesionalisme interpersonal juga berlaku dalam hubungan dengan rekan sejawat dan tenaga medis lain. Karena pasien berada dalam ekosistem sosial, klinisi sering bekerja sama dengan dokter spesialis lain, perawat, manajer kasus, pihak hukum, dan advokat. Kolaborasi ini sangat penting untuk memberikan

perawatan terbaik. Selain itu, seorang klinisi juga harus mampu mengenali dan menangani pelanggaran etika atau gangguan profesionalisme pada kolega.

Profesionalisme publik berfokus pada perluasan akses layanan bagi individu dengan masalah kesehatan jiwa, terutama kelompok yang kurang terlayani. Komisi *New Freedom on Mental Health* (Hogan, 2003) menetapkan beberapa tujuan untuk mentransformasi layanan kesehatan jiwa: 1) menempatkan kesehatan jiwa sebagai bagian penting dari kesehatan secara keseluruhan; 2) menyediakan deteksi dini dan perawatan kesehatan jiwa di berbagai layanan; 3) menghapus kesenjangan dalam layanan; 4) memberikan perawatan berkualitas berbasis penelitian; dan 5) menggunakan teknologi informasi untuk meningkatkan layanan. Profesionalisme publik juga mencakup upaya menghapus stigma terhadap gangguan jiwa, memperjuangkan kesetaraan alokasi sumber daya antara kesehatan jiwa dan kesehatan fisik, serta bekerja sama dengan institusi sosial agar sistem layanan sesuai dengan tujuan tersebut. Pendidikan juga menjadi elemen penting profesionalisme publik: klinisi senior wajib mengajar, membimbing, dan menjadi teladan profesionalisme bagi residen dan kolega junior, serta mendidik rekan medis lain, administrator, dan masyarakat mengenai keterkaitan kesehatan jiwa dengan kesehatan fisik, gaya hidup, maupun manajemen stres.

Profesionalisme intrapersonal sangat penting bagi praktisi kesehatan jiwa. Klinisi bertanggung jawab atas kesadaran diri, perawatan diri, dan pertumbuhan pribadi mereka. Bugental (1965) menekankan bahwa seorang psikoterapis harus memiliki kerendahan hati, orientasi pada pertumbuhan, ketertarikan terhadap proses psikologis, serta kerangka berpikir yang terus berkembang mengenai diri, dunia, proses terapeutik, dan kepribadian. Profesional kesehatan jiwa tidak dapat merawat pasien secara efektif jika mereka sendiri tidak merawat dirinya.

Tabel 6.2. *Three concepts of professionalism (Van de Camp et.al., 2004)*

<i>Rubric</i>	<i>Key concepts</i>
<i>Interpersonal professionalism</i>	<i>Relationships and interactions with patients and colleagues</i>
	<i>Shared decision-making</i>
	<i>Compassion</i>
	<i>Honesty</i>
	<i>Appropriate use of power</i>
	<i>Sensitivity to diverse populations</i>
<i>Public professionalism</i>	<i>Fulfilling the expectations society has for medical professionals</i>
	<i>Adherence to ethical codes</i>
	<i>Technical competency</i>
	<i>Enhancing the welfare of the community</i>
<i>Intrapersonal professionalism</i>	<i>Maintenance of the ability to function as a medical professional</i>
	<i>Self-awareness</i>
	<i>Knowledge of one's limits</i>
	<i>Lifelong learning</i>
	<i>Self-care</i>

6.2.3 Pentingnya Etika dan Profesionalisme Dalam Pelayanan Kesehatan Mental

Etika dan profesionalisme dalam layanan kesehatan mental sangat penting karena keduanya menjadi landasan yang memastikan bahwa hubungan terapeutik berjalan secara aman, efektif, dan bertanggung jawab. Urgensinya adalah :

1. Melindungi kesejahteraan klien.

Klien yang mencari bantuan sering kali berada dalam posisi rentan. Prinsip etika seperti mengutamakan kesejahteraan (*beneficence*) dan tidak merugikan (*non-maleficence*)

memastikan bahwa setiap intervensi bertujuan untuk memberi manfaat dan secara aktif melindungi klien dari potensi bahaya, eksploitasi, atau trauma tambahan.

2. Membangun kepercayaan

Kepercayaan adalah hal utama dalam layanan kesehatan mental. Tanpa rasa percaya, klien tidak akan merasa aman untuk membuka diri dan mengeksplorasi isu-isu yang sensitif. Profesionalisme yang konsisten (mencakup kejujuran, keandalan, dan penghormatan terhadap kerahasiaan) adalah kunci untuk membangun dan memelihara kepercayaan tersebut.

3. Menjaga integritas profesi

Standar etika yang tinggi menjaga reputasi dan kepercayaan publik terhadap profesi kesehatan mental secara keseluruhan. Ketika seorang profesional bertindak tidak etis, hal itu tidak hanya merugikan kliennya tetapi juga dapat merusak citra seluruh komunitas profesional.

4. Memberikan kerangka pengambilan keputusan.

Profesional sering dihadapkan pada situasi kompleks di mana tidak ada jawaban yang mudah (dilema etis). Kode etik menyediakan kerangka kerja yang sistematis untuk menavigasi dilema ini, membantu praktisi membuat keputusan yang dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan profesional.

6.2.4 Prinsip-Prinsip Etika Fundamental

Landasan praktik kesehatan mental yang beretika di seluruh dunia, dibangun di atas beberapa prinsip inti. Prinsip-prinsip ini, sebagaimana tercermin dalam kode etik berbagai organisasi profesi seperti *American Psychological Association* (APA) berfungsi sebagai kompas moral bagi para praktisi (Koocher & Keith-Spiegel, 2016). Prinsip tersebut meliputi :

1. **Mengutamakan Kesejahteraan Klien (*Beneficence*) dan Tidak Merugikan (*Non-maleficence*)**

Prinsip ini adalah jantung dari semua pelayanan. Segala intervensi harus bertujuan untuk memberikan manfaat dan

secara aktif menghindari potensi bahaya, eksploitasi, atau dampak negatif bagi klien.

2. Menghargai autonomi (*Respect autonomy*)

Individu memiliki hak untuk memutuskan bagaimana menjalani hidup mereka selama tindakan mereka tidak mengganggu hak dan kesejahteraan orang lain. Penghormatan terhadap otonomi diterima oleh para profesional kesehatan mental, mengingat tujuan mendasar dari psikoterapi dan konseling adalah untuk mengarahkan klien untuk mandiri.

3. Fidelitas dan Tanggung Jawab (*Fidelity and Responsibility*)

Profesional memiliki tanggung jawab untuk membangun dan menjaga kepercayaan klien serta masyarakat. Ini mencakup kesadaran akan tanggung jawab profesional dan ilmiah mereka, serta komitmen untuk bertindak demi kepentingan terbaik klien (Sutojo & Hidajat, 2021).

4. Integritas (*Integrity*)

Profesional diharapkan untuk senantiasa jujur, akurat, dan adil dalam semua aspek pekerjaan mereka. Mereka tidak boleh terlibat dalam penipuan, pemalsuan data, atau memberikan informasi yang salah, baik dalam praktik klinis, penelitian, maupun pengajaran.

5. Keadilan (*Justice*)

Prinsip ini menuntut perlakuan yang adil dan setara bagi semua individu. Profesional harus memastikan bahwa semua orang memiliki akses yang sama terhadap layanan berkualitas, tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya, serta waspada terhadap potensi bias dalam diri mereka.

6. Menghormati Hak dan Martabat Individu (*Respect for People's Rights and Dignity*)

Setiap individu memiliki hak atas privasi, kerahasiaan, dan otonomi (penentuan nasib sendiri). Profesional wajib menghormati hak-hak ini dan melindungi informasi pribadi klien, kecuali dalam situasi yang diatur oleh hukum, seperti adanya risiko bahaya bagi diri sendiri atau orang lain (Sudjiwanati, 2024).

Di Indonesia, Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) telah menyusun Kode Etik Psikologi Indonesia tahun 2010 yang menjadi pedoman utama bagi psikolog dan ilmuwan psikologi (Sutojo & Hidajat, 2021; Sudjiwanati, 2024), termasuk dalam memberikan layanan kesehatan mental. Kode etik ini tidak hanya mengadopsi prinsip-prinsip universal, tetapi juga memberikan penekanan khusus yang relevan dengan konteks sosial-budaya di Indonesia. Beberapa poin penting yang ditekankan antara lain:

1. Hubungan Majemuk (Hubungan Ganda)

HIMPSI memberikan perhatian khusus pada "hubungan majemuk" atau *dual relationships*. Mengingat sifat komunal masyarakat Indonesia, kode etik secara tegas melarang hubungan yang dapat merusak objektivitas, kompetensi, atau berisiko eksploitasi.

2. Kerahasiaan dan Batasannya

Kerahasiaan adalah prinsip utama. Namun, Kode Etik HIMPSI juga secara jelas mengatur situasi di mana kerahasiaan dapat dikecualikan, seperti adanya risiko bahaya bagi klien atau orang lain, serta kewajiban hukum.

3. Kompetensi

Profesional ditekankan untuk bekerja sesuai dengan batas kompetensi yang didasarkan pada pendidikan dan pelatihan formal, serta didorong untuk terus mengembangkan diri.

6.2.5 Wujud Profesionalisme dalam Praktik Layanan Kesehatan Mental

Prinsip etika menjadi bermakna ketika diwujudkan dalam perilaku profesional yang konsisten. Profesionalisme menuntut penerapan etika dalam berbagai aspek layanan kesehatan mental, termasuk dalam asesmen psikologi. Hal tersebut antara lain berkaitan dengan : kompetensi dan batasan diri, persetujuan tindakan (*informed consent*), dan menjaga batasan profesional (*boundaries*).

Terkait dengan kompetensi dan keterbatasan diri, seorang profesional wajib memberikan layanan hanya dalam batasan kompetensi mereka, yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, dan pengalaman. Profesionalisme menuntut adanya komitmen

terhadap pembelajaran seumur hidup untuk menjaga keahlian agar tetap relevan dan efektif.

Dalam memberikan layanan kesehatan mental, mendapatkan persetujuan dari klien atas penanganan yang diberikan yang tertuang dalam informed consent menjadi hal krusial. Persetujuan tindakan (*informed consent*) adalah sebuah proses dialog berkelanjutan dimana profesional memberikan informasi yang jelas tentang sifat terapi, tujuan, risiko, manfaat, dan batasan kerahasiaan (Blease et al., 2017). Proses ini memberdayakan klien untuk membuat keputusan secara mandiri tentang layanan kesehatan mental yang mereka terima.

Aktivitas layanan kesehatan mental yang melibatkan relasi klien dan profesional dijaga oleh batasan profesional (*boundaries*). Menjaga batasan yang jelas antara hubungan terapeutik dan hubungan lainnya sangat krusial untuk mencegah konflik kepentingan dan eksploitasi. Pelanggaran batasan, atau hubungan ganda, dapat merusak objektivitas dan membahayakan proses terapi (Gabbard & Crisp-Han, 2020). Tantangan ini menjadi lebih kompleks di area pedesaan atau komunitas kecil (Helbok, 2016).

6.2.6 Tantangan Etika Dalam Layanan Kesehatan Mental Pada Kelompok Spesifik

Meskipun prinsip etika berlaku secara universal, penerapannya memerlukan penyesuaian dan kepekaan khusus ketika bekerja dengan populasi atau kelompok tertentu. Kelompok tersebut antara lain pada anak dan remaja, serta kelompok rentan yang beresiko seperti yang mengalami gangguan mental berat dan disabilitas.

1. Layanan untuk Anak dan Remaja

Bekerja dengan klien anak dan remaja menghadirkan kompleksitas etika yang unik, terutama seputar isu persetujuan dan kerahasiaan. Kelompok ini kerap dianggap belum kompeten untuk memberikan keputusan terbaik bagi dirinya sendiri. Oleh karena itu, terdapat 2 hal yang perlu dipastikan, yaitu persetujuan (*consent*) dan persetujuan aktif (*assent*). Secara hukum, persetujuan untuk terapi (*informed consent*) harus diperoleh dari orang tua atau wali yang sah. Namun, secara etis,

sangat penting juga untuk mendapatkan *informed assent* dari klien anak atau remaja secara langsung tentang intervensi yang diberikan. *Assent* adalah persetujuan aktif dari anak untuk berpartisipasi setelah mereka diberi penjelasan yang sesuai dengan tingkat pemahaman mereka tentang proses terapi (Koocher & Keith-Spiegel, 2016). Selain itu, isu yang terkait kerahasiaan dan batasannya juga harus diperjelas. Profesional memiliki dilema dalam menyeimbangkan hak privasi anak dengan hak orang tua untuk mengetahui informasi. Sebelum memulai terapi, batasan kerahasiaan harus dinegosiasikan dan disepakati oleh semua pihak (anak, orang tua, dan terapis).

2. Layanan untuk Kelompok Berisiko

Kelompok berisiko mencakup individu yang karena kondisinya menjadi lebih rentan, seperti mereka dengan gangguan mental berat, disabilitas kognitif, korban trauma berat, atau individu dengan pemikiran bunuh diri. Terhadap kelompok ini, profesional memiliki tanggung jawab etis dan hukum yang lebih besar untuk melindungi klien ini dari bahaya, baik yang ditujukan pada diri sendiri maupun orang lain. Ini mungkin memerlukan pelanggaran kerahasiaan untuk mencegah kerugian, misalnya dengan menghubungi keluarga atau pihak berwenang jika ada risiko bunuh diri yang akut (Koocher & Keith-Spiegel, 2016). Profesional juga harus secara cermat mengevaluasi kapasitas klien untuk memberikan *informed consent*. Jika kapasitas klien terganggu, profesional mungkin perlu melibatkan wali yang sah dalam pengambilan keputusan. Selain itu, kerentanan klien tidak boleh dieksploitasi. Profesional harus sangat berhati-hati dalam menjaga batasan dan memastikan hubungan tetap murni terapeutik.

6.2.7 Tantangan Etika di Era Digital

Perkembangan teknologi telah membawa perubahan besar dalam cara layanan kesehatan mental yang diberikan. Layanan kesehatan mental tidak hanya berlangsung secara konvensional, namun juga memanfaatkan teknologi yang dapat mengatasi keterbatasan jarak dan waktu, sehingga lebih mudah diakses oleh masyarakat. Kendati demikian, layanan kesehatan mental yang

memanfaatkan teknologi digital juga memunculkan dilema etika baru (Sari, Ramdhani, & Subandi 2020). Masalah-masalah tersebut antara lain :

1. Telepsikologi dan privasi data
Layanan konseling daring menawarkan aksesibilitas, tetapi juga membawa risiko terkait keamanan *platform*, kerahasiaan data, dan tantangan dalam membangun aliansi terapeutik.
2. Media sosial dan jejak digital
Batasan antara kehidupan pribadi dan profesional menjadi kabur di media sosial. Interaksi daring yang tidak disengaja dengan klien dapat melanggar batasan dan kerahasiaan.
3. Kecerdasan buatan (*artificial intelligence/ai*):
Munculnya *chatbots* terapi dan algoritma ai untuk diagnosis menimbulkan pertanyaan etis yang mendalam, seperti isu privasi data, potensi bias, dan kurangnya empati manusia (Fiske et al., 2021).

6.2.8 Menghadapi Dilema Etis serta Strategi Menjaga Etika dan Profesionalisme

Dilema etis muncul ketika dua atau lebih prinsip etika saling bertentangan. Sebagai contoh, dilema antara menjaga kerahasiaan klien remaja dan kewajiban memberitahu orang tua tentang perilaku berisiko (Hartini et.al., 2018), atau menyeimbangkan otonomi klien dengan kewajiban untuk melindungi ketika klien menunjukkan risiko bunuh diri. Pendekatan profesional melibatkan identifikasi masalah, mengkaji kode etik, konsultasi dengan rekan sejawat, dan memilih tindakan yang paling dapat dipertanggungjawabkan, sambil mendokumentasikan proses pengambilan keputusan (Roberts et.al., 2019).

Menegakkan standar etika dan profesionalisme memerlukan usaha aktif dan berkelanjutan dari setiap profesional. Beberapa strategi yang dapat dilakukan profesional agar :

1. Pengembangan diri berkelanjutan

Ilmu psikologi dan standar etika terus berkembang. Profesional wajib mengikuti pelatihan dan keilmuan terbaru untuk memastikan kompetensi mereka tetap relevan.

2. Supervisi dan konsultasi sejawat

Melakukan konsultasi rutin dengan rekan yang lebih berpengalaman adalah cara efektif untuk mendapatkan perspektif baru, terutama ketika menghadapi dilema etis (Roberts, 2016).

3. Refleksi diri (*self-reflection*)

Profesional harus secara teratur memeriksa keyakinan, nilai-nilai, dan potensi bias mereka sendiri yang dapat memengaruhi objektivitas dan penilaian klinis.

4. Dokumentasi yang cermat

Mendokumentasikan proses pengambilan keputusan secara rinci, terutama dalam kasus-kasus yang rumit, sangat penting sebagai bukti pertanggungjawaban.

6.3 Kesimpulan

Etika dan profesionalisme adalah fondasi dasar dalam pelayanan kesehatan mental. Keduanya memastikan bahwa klien menerima perawatan yang aman, kompeten, dan penuh penghargaan, sekaligus melindungi integritas dan kepercayaan publik terhadap profesi ini. Penerapan etika dan profesionalisme dalam layanan kesehatan mental merupakan sebuah perjalanan berkelanjutan yang menuntut kesadaran diri, pendidikan berkelanjutan, refleksi kritis, dan moral. Di tengah situasi sosial dan teknologi yang terus berubah, komitmen yang tak tergoyahkan terhadap prinsip-prinsip etika akan selalu menjadi penunjuk arah bagi para profesional dalam menjalankan panggilan luhur profesi untuk memberikan layanan kesehatan mental bagi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Blease, C., Kelley, J.M. & Trachsel, M. Informed Consent in Psychotherapy: Implications of Evidence-Based Practice. *J Contemp Psychother* **48**, 69–78 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9372-9>
- Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: a framework to guide medical education. *Medical education*, *48*(10), 980-987. <https://doi.org/10.1111/medu.12520>
- Bugental, J. F. (1965). The existential crisis in intensive psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *2*(1), 16–20. <https://doi.org/10.1037/h0088602>
- Dilday, J. C., Miller, E. A., Schmitt, K., Davis, B., & Davis, K. G. (2018). Professionalism: a core competency, but what does it mean? A survey of surgery residents. *Journal of Surgical Education*, *75*(3), 601-605. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.09.033>
- Fiske, A., Henningsen, P., Buyx, A. (2020). The Implications of Embodied Artificial Intelligence in Mental Healthcare for Digital Wellbeing. In: Burr, C., Floridi, L. (eds) *Ethics of Digital Well-Being*. Philosophical Studies Series, vol 140. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50585-1_10
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 535–541. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S175251>
- Helbok, C. M. (2016). Ethical challenges in providing mental health services in rural and remote areas. *Journal of Rural Mental Health*, *40*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1037/rmh0000047>
- Hendelman, W., & Byszewski, A. (2014). Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC medical education*, *14*(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-139>
- Himpunan Psikologi Indonesia. (2010). *Kode Etik Psikologi Indonesia*. Pengurus Pusat Himpunan Psikologi Indonesia.

- Hogan, M. F. (2003). The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. *Psychiatric Services*, 54(11), 1467–1474. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1467>
- Hoonpongsimanont, W., Sahota, P. K., Chen, Y., Patel, M., Tarapan, T., Bengiamin, D., Sutham, K., Imsuwan, I., Dadeh, A. A., Nakornchai, T., & Narajeenron, K. (2018). Physician professionalism: definition from a generation perspective. *International journal of medical education*, 9, 246–252. <https://doi.org/10.5116/ijme.5ba0.a584>
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (2016). *Ethics in psychology and the mental health professions: Standards and cases* (4th ed.). Oxford University Press.
- McCullough, Laurence B. PhD; Coverdale, John H. MD, MEd; Chervenak, Frank A. MD, MMM. Trustworthiness and Professionalism in Academic Medicine. *Academic Medicine* 95(6):p 828-832, June 2020. | DOI: 10.1097/ACM.00000000000003248
- McCullough, L. B., Coverdale, J. H., Chervenak, F. A., (2020). Trustworthiness and Professionalism in Academic Medicine. *Academic Medicine* 95(6):p 828-832, DOI: 10.1097/ACM.00000000000003248
- Roberts, L. W., Kasun, M., & Termuehlen, G. (2019). Ethics, professionalism, and the field of mental health: An overview. In L. W. Roberts (Ed.), *Professionalism and ethics* (pp. 1–25). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615379651.lg01>
- Roberts, L. W. (2016). *A clinical guide to psychiatric ethics*. American Psychiatric Association Publishing.
- Roberts, L. W., Hoop, J. G., Dunn, L. B. (2002). Ethical Aspects of Psychiatry. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry*, 5th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp. 1601–1636;
- Sadler, J. Z., van Staden, W., & Fulford, K. W. M. (Eds.). Werdie (C.W.) van Staden (eds) (2015). *The Oxford handbook of psychiatric ethics*. Vol.1 Oxford University Press.

- <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732365.001.0001>,
- Siegler, M. (2017). Clinical Medical Ethics. In: Roberts, L., Siegler, M. (eds) Clinical Medical Ethics. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53875-4_2
- Stobo, J. D., & Blank, L. L. (1994). ABIMS PROJECT PROFESSIONALISM-STAYING AHEAD OF THE WAVE. *American Journal of Medicine*, 97(6), R1-R3.
- Sudjiwanati, S. (2024). *Norma dan etika hukum kode etik psikologi Indonesia*. Penerbit Andi.
- Sutojo, N. N., & Hidajat, L. L. (2021). *Etika psikologi*. Gramedia Pustaka Utama.
- Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P., & Bottema, B. J. (2004). How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical teacher*, 26(8), 696-702. <https://doi.org/10.1080/01421590400019518>
- Sari, O. K., Ramdhani, N., Subandi, S. (2020) *Kesehatan Mental di Era Digital: Peluang Pengembangan Layanan Profesional Psikolog*. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 30 (4). pp. 337-348. ISSN 0853-9987. <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i4.3311>

BAB 7

KESEHATAN MENTAL DI LINGKUNGAN SOSIAL DAN BUDAYA

7.1 Pendahuluan

Dalam kehidupan sehari-hari sebagai individu kita tidak dapat terlepas dari lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial. Sebagai manusia, kita memiliki kemampuan dalam beradaptasi dengan lingkungan kita. Kemampuan adaptasi ini tidak terlepas dari kemampuan kita dalam memenuhi kebutuhan dan kesejahteraan fisik dan psikologis (mental).

Kebutuhan dan kesejahteraan fisik kita penuhi melalui pemenuhan kebutuhan dasar seperti makan, minum, tidur, istirahat dan sebagainya. Sedangkan kebutuhan psikologis kita penuhi lewat interaksi dengan lingkungan. Kesehatan fisik akan ditandai dari keadaan tubuh yg sehat dan fit sehingga individu dapat beraktivitas dengan baik.

Kesehatan mental merupakan kondisi kesejahteraan Psikologis di mana individu mampu menyadari kemampuan-kemampuan/potensi dirinya, mengatasi tekanan dan hambatan dalam kehidupan sehari-hari, bekerja secara produktif, serta berkontribusi bagi lingkungannya. Pemahaman mengenai kesehatan mental tidak hanya terbatas pada aspek biologis dan psikologis individu, tetapi juga erat kaitannya dengan faktor sosial dan budaya yang melingkupinya.

Menurut WHO (*World Health Organization*), menjelaskan Kesehatan Mental adalah suatu kondisi dimana individu memiliki kesadaran atas kemampuan dirinya (potensi-potensinya), mampu menghadapi tekanan/tantangan hidup secara adaptif, dapat bekerja secara produktif dan mampu berkontribusi dalam komunitasnya (WHO,2018).

Lingkungan sosial memberikan pengaruh melalui interaksi dengan keluarga, teman sebaya, komunitas, hingga struktur masyarakat yang lebih luas. Sementara itu, budaya membentuk nilai,

norma, kepercayaan, serta cara pandang masyarakat terhadap kesehatan mental dan gangguan jiwa (Suyanto dan Sutinah,2018). Kedua faktor ini bisa menjadi protektif (pelindung) dengan memberikan dukungan, rasa kebersamaan, dan identitas, namun juga bisa menjadi risiko jika menghasilkan stigma, diskriminasi, atau tekanan sosial.

Sebagai contoh, budaya Kolektivistik di Indonesia menjunjung tinggi gotong royong yang dapat meningkatkan dukungan sosial, namun juga berpotensi menekan individu untuk selalu menyesuaikan diri dengan standar masyarakat. Oleh karena itu, pemahaman tentang kesehatan mental dalam konteks sosial budaya menjadi penting untuk menciptakan intervensi dan program yang relevan serta diterima masyarakat.

7.2 Faktor Sosial Budaya Dalam Perkembangan Kesehatan Mental

7.2.1 Teori Ekologi

Teori Ekologi yang dikembangkan oleh tokoh Bronfenbrenner menjelaskan beberapa hal penting dalam Perkembangan individu yang dipengaruhi oleh beberapa sistem yang saling berkaitan (Bronfenbrenner. 1979) :

1. Mikrosistem:

Yaitu sistem yang paling kecil disekitar individu dan paling erat dan intens hubungannya, dalam mempengaruhi Kesehatan Mental individu.

Contoh :

Keluarga, Teman-teman sebaya, teman-teman sekolah, dan sebagainya.

2. Mesosistem:

Yaitu hubungan / interaksi yang terjadi antara 2 mikrosistem atau lebih didalam kehidupan individu

Contoh :

hubungan kerjasama orang tua dan guru dalam membimbing Perkembangan Mental anak.

3. Eksosistem:

Yaitu suatu sistem yang terbentuk dari adanya Struktur Sosial yang mempengaruhi Kesehatan Mental individu secara tidak langsung.

Contoh :

- a. Pengaruh Kebijakan Pemerintah terhadap keadaan Mental individu.
- b. Pengaruh Kondisi Stabilitas Ekonomi Negara terhadap Kesehatan Mental individu.

4. Makrosistem:

Yaitu wilayah/tingkat lingkungan yang paling luas yang mempengaruhi Kesehatan Mental individu.

Contoh:

- a. Nilai-nilai budaya,
- b. Hukum,
- c. Ideologi Negara,
- d. Norma Sosial,
- e. Adat-istiadat dan tradisi,
- f. dan sebagainya.

5. Kronosistem:

Yaitu lapisan system yang terluar dari Teori Ekologi yang dijelaskan oleh Bronfenbrenner, dimana dimensi waktu yang akan mencakup perubahan-perubahan peran kehidupan seorang individu dan transisi kehidupan.

Dengan kata lain, perubahan-perubahan besar yang terjadi pada periode perkembangan kehidupan seseorang individu akan mempengaruhi Kesehatan Mentalnya.

Contoh :

- a. Kehilangan karna Kematian orang tua akan memberikan perubahan besar pada kondisi Kesehatan Mental sesorang anak kedepannya.
- b. Seorang anak yang harus ikut pindah rumah karena pekerjaan orang tua akan berdampak pada proses perkembangan Mental anak (besar-kecil dampak itu nantinya tergantung usia anak)



Gambar 7.1. Mesosistem sebagai salah satu interaksi antara system seperti relasi Guru Sekolah dengan Orang tua dalam mendukung Kesehatan Mental anak
(Sumber: kompasiana.com)

7.2.2 Teori Labeling

Teori yang dipelopori oleh Howard Becker menjelaskan bahwa penyimpangan perilaku yang terjadi pada individu bukanlah suatu kesalahan tunggal melainkan adanya hasil proses social.

Proses social ini memberikan sebuah label (cap) yang biasanya bersifat negatif kepada individu, dimana label ini akan diinternalisasi oleh individu kedalam dirinya sehingga akan mempengaruhi Konsep Diri individu tersebut dalam berfikir dan berperilaku. Dan sering kali label negative tersebut akan mengarahkan pada penyimpangan sekunder (Becker, 1963).

Contoh :

1. Label negatif dari masyarakat terhadap penderita Gangguan Mental masih sering menimbulkan stigma negative dimana hal ini bisa menyebabkan terjadinya isolasi sosial, penurunan harga diri, serta menjadi enggan untuk mencari bantuan profesional.

2. Label negatif dari Seorang Guru disekolah terhadap seorang siswa, akan menyebabkan terjadinya penurunan harga diri seorang anak dimana anak menjadi takut untuk ke sekolah.



Gambar 7.2. Lebel negative yang diberikan oleh sekelompok orang akan cenderung menimbulkan gangguan lanjutan (penyimpangan sekunder) pada Mental individu
(Sumber: kompasiana.com)

7.2.3 Teori Dukungan Sosial

Teori Dukungan social, menjelaskan bahwa dukungan-dukungan sosial yang diterima individu seperti dalam bentuk diperhatikan, dihargai dan dianggap oleh lingkungan, akan dapat menurunkan resiko Gangguan Kesehatan mental seseorang (Sidney Cobb,1976).

Adapun bentuk-bentuk Dukungan Sosial terhadap Kesehatan Mental individu meliputi :

1. Dukungan Emosional,
Yaitu dukungan social yang membuat seseorang menjadi merasa lebih baik dan memiliki persepsi positif terhadap dirinya sendiri
Contoh :

- a. Empati,
 - b. Kasih sayang,
 - c. Perhatian (*care*),
 - d. dan sebagainya.
2. Dukungan Informasional (dukungan Instrumental),
Yaitu dukungan social dalam bentuk pemberian informasi, nasehat, motivasi dan mungkin bantuan materi secara nyata untuk membuat individu bisa keluar dari masalah yang dihadapi.
Contoh :
 - a. Memberi informasi lowongan pekerjaan untuk individu yang sedang membutuhkan kerja (menganggur)

Dukungan dengan metode-metode ini terbukti dapat meningkatkan resiliensi dan mampu mencegah munculnya Gangguan Psikologis (Gangguan Kesehatan Mental).



Gambar 7.3. Dukungan emosional yang diberikan secara nyata kepada seseorang mampu mencegah mundulnya gangguan pada Kesehatan Mental individu.
(Sumber: kumparan.com)

7.2.4 Teori Konstruksi Sosial

Menurut Berger dan Luckmann dalam Teori Konstruksi Sosial, suatu Realitas sosial dibentuk melalui interaksi individu dengan masyarakat. Perspektif atau Cara pandang masyarakat terhadap pemahaman Kesehatan Mental itu juga dipengaruhi oleh konstruksi budaya yang ada di dalam masyarakat tersebut (Berger & Luckmann, 1966).

Contoh :

1. Di beberapa budaya, pandangan tentang konsep Gangguan Mental mungkin dianggap sebagai “gangguan roh-roh” atau “kutukan nenek moyang”, yang kemudian nantinya dapat memengaruhi bagaimana cara penanganannya, seperti : mandi bunga, minum air ramuan, dan sebagainya.
2. Perkembangan Teknologi menciptakan Pemahaman yang lebih modern tentang konsep Gangguan Mental yang lebih berbasis medis, sehingga mendorong pendekatan dan penanganannya kearah berbasis Psikologi dan Psikiatri yang berdasarkan Ilmu Pengetahuan dan Logika berfikir, seperti : Konseling, hypnotherapy, Psikotherapy, dan sebagainya.

7.3 Faktor Kendala Dari Lingkungan Sosial Dan Budaya Terhadap Kesehatan Mental

7.3.1 Keluarga dan Nilai Budaya

Yaitu adanya ketidakselarasan antara Sumber dukungan emosional utama dengan kebutuhan individu, sehingga dapat menimbulkan tekanan tuntutan dalam Konformitas.

Lebih lanjut, Menurut teori wills (Wills, 1984) mengatakan, dukungan social akan mengarahkan seseorang kepada kenyamanan, kepedulian, terhadap seseorang atau membantu seseorang menerima dari orang lain atau sekelompok. Teori ini sejalan dengan teori (dalam Sarafino, 2002)

Contoh:

1. Anak dipaksa memilih jurusan kuliah sesuai keinginan keluarga → menimbulkan stres akademik.
2. Anak perempuan diharapkan menikah sebelum usia 25 tahun agar tidak dianggap sebagai “perawan tua” di

lingkungan masyarakat desa → menimbulkan stres identitas diri.

7.3.2 Stigma Sosial

Anggapan-anggapan yang muncul di dalam masyarakat tentang keadaan mental seseorang yang kemudian diyakini secara bersama-sama sehingga menjadi sebuah stigma yang dianggap benar di dalam masyarakat.

Contoh :

Pandangan/stigma terhadap Penderita Depresi sering dianggap manusia yang “kurang iman” atau “kurang ibadah” atau karena “tidak bersyukur”.

7.3.3 Intervensi Budaya

Faktor dalam Intervensi budaya terhadap pemahaman dan penanganan Kesehatan Mental akan melibatkan dalam penyesuaian praktik dan strategi penanganan Kesehatan mental agar nantinya dapat selaras dengan Nilai-nilai, Keyakinan, dan Norma Budaya yang berlaku di masyarakat tertentu.

Misalnya seperti menggunakan Teknik penyembuhan tradisional, mengintegrasikan nilai kearifan lokal, atau mengadaptasi terapi yang berbasis nilai budaya.

Contoh:

- Teknik *Mindfulness* pada masyarakat Bali dikenal dengan sebutan “Ngulengang Kayun”, yang berarti menenangkan alam pikiran dan perasaan. Teknik ini menyelaraskan diri individu dengan alam semesta, yang menekankan adanya keseimbangan dalam kehidupan.



Gambar 7.4. Ngulengang Kayun dalam masyarakat Bali merupakan Teknik meditasi untuk menenangkan pikiran dan perasaan yang sedang stres
(Sumber: kumparan.com)

7.4 Kesimpulan

Setiap masing-masing individu akan mengalami proses perkembangan secara bertahap sesuai dengan tugas-tugas perkembangan di masing-masing fase. Tugas perkembangan yang ada di setiap fase selalu akan berinteraksi dengan lingkungan hidupnya baik secara langsung maupun secara tidak langsung terhadap kemampuan Mental individu.

Kesehatan mental tidak bisa dilepaskan dari konteks Lingkungan Sosial Budaya. Adanya Nilai-nilai, Norma, adat-istiadat (tradisi), serta Struktur dalam Masyarakat dapat menjadi pendukung maupun Faktor Resiko. Melalui pemahaman dalam Teori Ekologi, Teori Labeling, dan Teori Dukungan sosial, maka Skema Intervensi dapat disusun lebih tepat dan disesuaikan dengan nilai budaya yang ada dilingkungan tersebut.

Pelaksanaan aplikatif yang dapat dilakukan secara nyata seperti Penguatan Peran Keluarga, Pengurangan Stigma Sosial, pemanfaatan komunitas, serta intervensi berbasis budaya adalah langkah penting dalam menciptakan masyarakat yang sehat mental, harmonis, dan berdaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Becker, H. S. 1963. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. 1966. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor Books.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cobb, S. 1976. *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300–314.
- Departemen Kesehatan RI. 2020. *Pedoman Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koentjaraningrat. 2009. *Pengantar Ilmu Antropologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sarafino, E.P. 2002. *“Health Psychology: Biopsychosocial Interactions”*, Fourth Edition. New Jersey: HN Wiley.
- Suyanto, B., & Sutinah. 2018. *Sosiologi: Teks Pengantar dan Terapan*. Prenadamedia Group.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and Collectivism*. Boulder. CO: Westview Press.
- World Health Organization. 2018. *Mental health: strengthening our response*. Geneva: WHO.

BIODATA PENULIS



apt. Herda Ariyani, M. Farm.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker
Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 29 Oktober 1990. Sejak tahun 2016, penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker Fakultas Farmasi, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis juga merupakan Kepala Bidang Pengabdian dan Kuliah Kerja Nyata Lembaga Riset dan Inovasi (LRI) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis menyelesaikan pendidikan SMK Farmasi di SMF-ISFI Banjarmasin Angkatan 41 pada tahun 2008, kemudian melanjutkan S1 pada Jurusan Farmasi dan melanjutkan profesi apoteker dan S2 pada Jurusan Farmasi. Penulis menekuni bidang Menulis Farmasi Klinis dan Komunitas. Hingga saat ini penulis aktif dalam forum Perkumpulan Relawan Jurnal Indonesia Korwil Kalimantan, Forum Jurnal Asosiasi Perguruan Tinggi Muhammadiyah Aisyiyah, Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi (APPTI) Kalimantan dan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Kalimantan Selatan serta komunitas PERIISAI. Penulis telah mempublikasikan lebih dari 70 artikel dengan *h-index* = 9 baik di jurnal dan prosiding nasional maupun terindeks Scopus seperti Taylor and Francis. Menulis buku sebanyak 18 buku dan lebih dari 35 buah HKI. Saat ini penulis tercatat sebagai Reviewer Jurnal *Health Media*, reviewer Jurnal Kajian Ilmiah Kesehatan dan Teknologi serta reviewer *Pharmaceutical and Traditional Medicine Journal*.

BIODATA PENULIS



Dewi Nurhanifah, Ners., M.kep

Dosen Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Dosen Farmasi Fakultas Farmasi
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 22 April . Penulis adalah dosen tetap sejak tahun 2004 mulai berstatus Akademi Perawat hingga sekarang berubah menjadi Universitas muhammadiyah Banjarmasin pada tahun 2015 . Penulis mengajar pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK), dan Fakultas Farmasi. Penulis menyelesaikan pendidikan mulai dari D3 Keperawatan Lulus Pada tahun 2004 di Akademik Perawat (Akper Muhammadiyah Banjarmasin), S1 Keperawatan lulus pada tahun 2007 dan S2 Keperawatan lulus tahun 2015 di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin. Aktif melakukan kegiatan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, publikasi serta menulis buku dibidang keperawatan dan Kesehatan.

Alamat Email : dewi.nurhanifah@gmail.com,

Telp / Wa : 0813-4974-0998

BIODATA PENULIS



Yoessy Etna Werdini, SPsi, MSi, MPsi., Psikolog.

Dosen Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan di Institut Kesehatan dan Bisnis (IKBIS)
Surabaya

Penulis lahir di Surabaya, Jawa Timur. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1-Psikologi dan melanjutkan S2 Pengembangan Sumber Daya Manusia, di Universitas Airlangga Surabaya. Dan meneruskan Pendidikan S2 Magister Profesi Psikolog di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya. Kegiatan Penulis selain Mengajar, juga melakukan publikasi artikel jurnal nasional, Proceeding, juga melaksanakan Pengabdian Masyarakat serta kegiatan penunjang lain. Saat ini, Penulis sedang menempuh Pendidikan S3-Doktoral di Universitas Airlangga Surabaya. Semoga apa yang penulis jabarkan dalam chapter bab ini bisa menjadi referensi tambahan bagi tenaga pendidik, mahasiswa, dan pembaca lainnya. Matur Nuwun.

BIODATA PENULIS



Dr. Merly Erlina, S.Psi., Psikolog M.E.Sy., M.Si

Dosen Program Studi Ilmu Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana

Penulis lahir di Jakarta pada tanggal 14 Mei 1975. Pendidikan sarjana ditempuh di Program Studi Psikologi, Universitas Persada Indonesia YAI, dan berhasil diselesaikan pada tahun 1999. Gelar Magister Ilmu Ekonomi Syariah diperoleh dari Universitas Azzahra Jakarta pada tahun 2010, disusul dengan gelar Magister Psikologi dari Universitas Persada Indonesia YAI pada tahun 2016. Selanjutnya, penulis meraih gelar Doktor Psikologi Pendidikan dari Universitas Negeri Malang pada tahun 2025.

Dalam perjalanan karier akademiknya, penulis dipercaya menjabat sebagai Ketua Program Studi Ilmu Psikologi, Fakultas Psikologi Universitas Azzahra Jakarta, sejak tahun 2007 hingga 2018. Selama mengajar, ia berpengalaman membawakan berbagai mata kuliah, antara lain Psikologi Pendidikan, Diagnosa dan Intervensi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK), Dasar-Dasar Metode Penelitian, Teori Kepribadian, Intelegensi, serta Psikologi Komunikasi.

Selain aktif dalam kegiatan pengajaran dan pengabdian masyarakat, penulis juga produktif menulis di sejumlah jurnal nasional terakreditasi, terlibat sebagai reviewer artikel, serta berkontribusi dalam penyusunan Book Chapter, baik yang telah diterbitkan maupun masih dalam proses penerbitan. Beberapa karya yang sudah dipublikasikan dalam bentuk buku antara lain *Psikologi*

Pembelajaran, Menyelami Pemikiran Pakar Psikologi Pendidikan, dan Etika Komunikasi.

Di luar aktivitas utama sebagai dosen, penulis juga terlibat dalam berbagai kegiatan profesional, seperti memberikan layanan asesmen dan konsultasi psikologi di Rumah Sakit Islam Jakarta Kelapa Gading Sukapura, instansi pemerintah, swasta, serta masyarakat umum. Selain itu, ia juga aktif memberikan layanan tumbuh kembang bagi anak berkebutuhan khusus.

BIODATA PENULIS



Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah., MARS., SpKKLP Subs.COPC

Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya Palembang

Penulis lahir di Palembang pada 30 Januari 1986. Saat ini beliau berprofesi sebagai dosen di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Palembang. Dengan latar belakang pendidikan kedokteran, magister administrasi rumah sakit, serta spesialis kedokteran keluarga layanan primer dengan subspecialisasi Community Oriented Primary Care (COPC), beliau aktif dalam bidang pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Fokus keilmuan dan minat riset penulis mencakup kesehatan masyarakat, manajemen kesehatan, pelayanan kesehatan primer, serta penguatan peran tenaga kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Selain aktif menulis buku dan artikel ilmiah, beliau juga sering terlibat sebagai narasumber dalam berbagai seminar dan pelatihan di bidang kesehatan masyarakat.

BIODATA PENULIS



Dr. Dearly, M.Psi., Psikolog
Dosen Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Jakarta

Penulis menempuh pendidikan S1 di Fakultas Psikologi, S2 di Magister Profesi Psikologi mayoring Klinis Anak dan Remaja dan Program Doktor Psikologi di Universitas Padjadjaran. Pendidikan S3 ditempuh melalui beasiswa BPPDN. Saat ini penulis berprofesi sebagai dosen tetap di Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Jakarta sejak tahun 2012. Mata kuliah yang diampu antara lain Kesehatan Mental, Psikologi Perkembangan, Psikologi Konseling serta berbagai mata kuliah yang berkaitan dengan tes-tes psikologi. Penulis juga aktif menjalankan profesinya sebagai psikolog klinis anak dan remaja sejak tahun 2006. Penulis tergabung dalam keanggotaan profesi di HIMPSI dan pernah menjadi Sekretaris pada Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia (IPPI) wilayah Jawa Barat tahun 2007-2010. Selain itu, penulis terlibat sebagai Tenaga Pengajar Untuk Sertifikasi Sistem Peradilan Pidana Anak di Badan Penelitian dan Pengembangan dan Pendidikan dan Pelatihan Hukum dan Peradilan Mahkamah Agung RI (Badan Litbang Diklat Kumdil MA RI) pada tahun 2017-2019. Penulis juga merupakan tenaga ahli di Pusat Asesmen Pendidikan, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi sejak tahun 2019. Penulis memiliki minat riset dan pengabdian masyarakat terhadap topik yang berkaitan dengan *well-being* pada anak, remaja, orang tua dan guru. Penulis juga menulis

book chapter diantaranya mengenai Tahap Perkembangan Anak-Remaja, Kesejahteraan Guru : Konsep, Pengukuran dan Aplikasinya Dalam Bidang Pendidikan.

Email Penulis: dearly@mercubuana.ac.id

BIODATA PENULIS



Monika Nina K. Ginting, S.Psi., M.Psi., CHA.

Dosen Psikologi Perkembangan dan Kepribadian Fakultas
Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada, Deli Tua Medan
Sumatera Utara.

Penulis lahir di Yogyakarta tanggal 7 April 1985. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 tahun 2008 pada Fakultas Psikologi dan tahun 2013 menyelesaikan S2 pada Fakultas Psikologi Jurusan Psikologi Pendidikan.

Penulis menekuni bidang Konseling Psikologi terutama Konseling Perkembangan remaja dan Konseling Kepribadian. Penulis juga telah mendapatkan Sertifikat sebagai Consultand Of Handwriting Analysis sejak tahun 2024 dari LKP Grafologi Indonesia.

Penulis juga beberapa kesempatan menjadi Narasumber Psikologi di Stasiun Televisi TVRI sejak tahun 2023 di program Markombur dan Beranda dan juga menjadi Narasumber di berbagai acara yang bertema Kesehatan Mental.