

# **Pemanfaatan Internet dan Teknologi Informasi dalam Program Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat di Era Society 5.0**

**Salma, S.Psi., M.Psi.**

Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro  
salmaibrahim1707@gmail.com

## **Pendahuluan**

Kesehatan mental merupakan bagian tak terpisahkan dari kesehatan fisik. Jargon lama menyatakan bahwa “*there is no health without mental health*”. Jargon tersebut menunjukkan bahwa untuk dapat menjadi sehat, maka bukan hanya sehat fisik yang harus dicapai, melainkan juga sehat mental. Kondisi sehat -termasuk di dalamnya sehat mental- menjadi prasyarat dari suatu individu untuk berfungsi dan berperan optimal di tengah masyarakat. Dengan kata lain, masyarakat yang berfungsi optimal didukung oleh individu-individu di dalamnya yang berada dalam kondisi sehat yang optimal.

Sayangnya, kondisi masyarakat yang optimal tersebut belum benar-benar kita alami di Indonesia meski kebijakan dan program terkait kesehatan mental menunjukkan perkembangan yang cukup positif. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa sebesar 6,7% dari sampel keluarga dalam Riskesdas memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat atau psikotik. Proporsi ini lebih tinggi pada keluarga yang tinggal di pedesaan (7%) dibandingkan di perkotaan (6,4%). Dari jumlah keluarga (rumah tangga) yang memiliki anggota rumah tangga dengan gangguan jiwa berat tersebut, sebanyak 14% di antaranya pernah mengalami pemasangan seumur hidupnya. Lebih lanjut, sebanyak 31,5% dari keluarga dengan pengalaman pemasangan seumur hidup tersebut mengalami pemasangan pada 3 bulan terakhir. Prevalensi gangguan jiwa non psikotik juga menunjukkan angka yang tidak jauh berbeda, yaitu sebesar 6,1% anggota rumah tangga usia 15 tahun ke atas dengan gangguan depresi dan 9,8% anggota rumah tangga dengan gangguan mental emosional (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Gambaran kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia tersebut menunjukkan perlunya peningkatan upaya dalam mengembangkan program-program kesehatan mental masyarakat yang efektif. Paradigma dalam meningkatkan kesehatan mental masyarakat atau penempatan masyarakat sebagai pusat dari system kesehatan mental telah berkembang sejak tahun 1960-an di Amerika seiring dengan munculnya kritik atas ketidakmampuan Rumah Sakit, khususnya Rumah Sakit Jiwa dalam memberikan layanan kesehatan mental yang secara kuantitas dan kualitas memenuhi kebutuhan masyarakat (Trull & Prinstein, 2013). Sejak saat itu, muncul gerakan yang mempromosikan sistem kesehatan mental yang berpusat pada masyarakat. Di Indonesia, gerakan kesehatan mental juga telah muncul cukup lama. Beberapa *milestone* capaian dari Gerakan kesehatan mental masyarakat di Indonesia yang terkini adalah disahkan Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, berkembangnya program-program kesehatan mental masyarakat seperti penempatan psikolog di Puskesmas (Mawarpury & Humam, 2013) dan pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa (Putri dkk, 2014). Adapun tujuan program kesehatan mental masyarakat adalah meningkatkan status kesehatan mental masyarakat melalui pendekatan komunitas yang mengutamakan pencegahan atau program preventif.

Di sisi lain, dalam perkembangan program kesehatan mental masyarakat di Indonesia, muncul di hadapan kita perkembangan teknologi informasi yang sangat pesat di era revolusi industri 4.0 (Schwab, 2015). Perkembangan pesat di bidang teknologi informasi tersebut ditandai sejak kehadiran internet dan telah memberikan banyak perubahan dalam akses informasi dan komunikasi pada individu. Perubahan tersebut pada beberapa hal mengakibatkan disrupsi dan pada beberapa hal lain memberikan kemudahan dan kesempatan baru. Dalam merespon revolusi industri 4.0, kebermanfaatan pada manusia atas perkembangan teknologi yang ada menjadi satu poin kunci dan sentral. Hal tersebut yang mendasari tujuan masyarakat 5.0 atau *society* 5.0, yaitu masyarakat yang menjadi pusat dari pemanfaatan teknologi yang terintegrasi dalam meningkatkan pembangunan ekonomi dan mengatasi persoalan sosial (Fukuyama, 2018).

Dampak dari perkembangan teknologi dan informasi juga dirasakan di bidang program kesehatan mental. Penggunaan internet yang tidak sesuai telah terbukti menjadi sebuah problem psikologis dan menjadi faktor risiko munculnya problem kesehatan mental lainnya (Arrivillaga, Rey, &

Extremera, 2020; Lin, Hsiao, Liu, & Yen, 2019; Martins dkk., 2019). Tulisan lain juga mengantisipasi adanya dampak negatif dari substitusi layanan kesehatan mental yang diberikan oleh manusia (misal: psikiater, psikolog, konselor) dengan layanan kesehatan mental berbasis kecerdasan artifisial. Meski demikian, manusia punya peran sebagai pelaku perubahan jaman. Dengan demikian, gagasan tentang bagaimana perkembangan teknologi (khususnya teknologi informasi) beserta internet dimanfaatkan untuk kepentingan peningkatan kesehatan mental manusia sangat mungkin dikembangkan.

Tulisan ini hendak memaparkan bagaimana program kesehatan mental berbasis masyarakat memanfaatkan internet dan teknologi informasi untuk mengoptimalkan layanan kesehatan mental berbasis masyarakat dan pada akhirnya mendukung peningkatan kesehatan mental masyarakat. Tulisan ini akan memaparkan dalam beberapa bagian, yaitu: 1) bentuk-bentuk layanan kesehatan mental berbasis internet, keunggulan, dan keterbatasannya; 2) prinsip-prinsip program kesehatan mental berbasis masyarakat; dan 3) pemanfaatan internet dan teknologi informasi dalam program kesehatan mental berbasis masyarakat.

### **Bentuk Layanan Kesehatan Mental Berbasis Internet**

Layanan kesehatan mental berbasis internet telah terlacak mulai ada seiring dengan kemunculan dan perkembangan internet itu sendiri. Layanan berbasis internet utamanya telah banyak dilakukan di sejumlah negara maju yang merasakan perkembangan internet lebih awal dari kelompok negara lainnya. Program layanan kesehatan mental berbasis internet ini muncul sebageian besar sebagai kelanjutan dari layanan kesehatan mental berbasis telepon di era sebelumnya. Pada sejumlah negara maju, bentuk layanan kesehatan mental non-tatap muka telah jamak ditemui sebagai upaya meningkatkan akses layanan ke seluruh lapisan masyarakat. Seiring dengan munculnya internet, maka internet pun menjadi alternatif media dalam pemberian layanan. Bentuk layanan yang umum berkembang pada awalnya adalah berupa *email* atau surel di mana pengguna layanan dapat mengirimkan pertanyaan melalui *website* dan akan dijawab oleh penyedia jasa layanan kesehatan mental. Adapun penyedia jasa layanan kesehatan mental tersebut dapat berupa lembaga pemerintah, lembaga nirlaba atau berbasis kesukarelaan, dan lembaga swasta (Andersen & Svensson, 2013).

Ditinjau dari target kelompok yang disasar oleh layanan kesehatan mental berbasis internet, dapat dikatakan hampir seluruh masyarakat dengan berbagai karakteristik yang ada menjadi target dari layanan kesehatan mental tersebut. Sebagai contoh, di Swedia dan Norwegia, sebagian besar layanan kesehatan mental menysasar populasi secara umum sedangkan sebagian lainnya membatasi layanan pada kelompok usia tertentu dan/atau gender tertentu (Andersen & Svensson, 2013). Heterogenitas layanan kesehatan mental berbasis internet juga tampak dari pihak yang memberikan bantuan atau layanan di dalamnya, mulai dari profesional kesehatan mental, orang awam yang terlatih, orang awam dengan pengalaman spesifik yang relevan (misal: penyintas depresi), maupun kombinasi dari ketiga pihak tersebut (Andersen & Svensson, 2013). Hingga saat ini, tercatat topik-topik layanan kesehatan mental berbasis internet yang sangat luas dan beragam, mulai dari perilaku adiktif (Chebli, Blaszczyński, & Gainsbury, 2016), keduakaan pasca kehilangan pasangan dan perceraian (Brodbeck, Berger, & Znoj, 2017), depresi (Arjadi dkk., 2016), gangguan penyesuaian (Eimontas, Rimsaite, Gegieckaite, Zelviene, & Kazlauskus, 2018), hingga problem psikologis berkaitan dengan kondisi kesehatan fisik (Haemmerli, Znoj, & Berger, 2010). Dari berbagai layanan kesehatan mental berbasis internet yang tersedia saat ini, kita bisa golongankan layanan tersebut dalam beberapa kelompok sebagai berikut:

1. *Email*

Bentuk konvensional dan paling sederhana tetapi banyak diakses dari layanan kesehatan mental berbasis internet adalah *email* (Andersen & Svensson, 2013). Pada model ini, layanan kesehatan mental dapat berupa website psikoedukasi, *online forum*, atau aplikasi yang melayani konsultasi secara pasif. Keunggulan bentuk layanan ini adalah memunculkan mode *bottom-up* dalam layanan kesehatan mental, yaitu layanan yang memang didasarkan pada kebutuhan masyarakat. Selain itu, *email* dengan berbagai derajat anonimitasnya memberikan ruang penciptaan narasi pengalaman hidup yang lebih merdeka dan terbebas atau setidaknya minim dari tekanan sosial dan stigma. Selain itu, kemudahan akses dan keterlibatan dalam bentuk layanan ini membuat banyak pengguna layanan kesehatan mental berbasis *email*. Sebagai contoh, pengguna tidak harus terikat pada durasi intervensi psikologis dalam jangka waktu tertentu. Bentuk layanan ini pun dapat dimanfaatkan oleh pengguna dengan berbagai tingkat keluhan atau permasalahan psikologis dan dapat mencakup banyak kebutuhan pengguna.

Meski demikian, keluasan layanan model ini juga sekaligus menjadi sumber keterbatasannya. Luasnya cakupan layanan menjadikan layanan ini cenderung efektif hanya pada level psikoedukasi. Melalui jawaban atas pertanyaan pengguna, pengguna dapat memperoleh *insight* mengenai kondisi psikologisnya dan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengoptimalkan kondisi psikologisnya. Akan tetapi, jawaban tersebut belum cukup kuat untuk dapat mendukung penerapan psikoedukasi dalam aktivitas nyata. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa model layanan ini terbatas dalam isi dan efektivitas layanan. Layanan dalam bentuk email tepat dan ideal untuk ditempatkan sebagai layanan lapis pertama dalam paradigma layanan kesehatan mental berjenjang sehingga dapat menjangkau masyarakat yang selama ini belum terjangkau layanan kesehatan mental. Setelah mendapatkan manfaat dan kepercayaan akan layanan dalam bentuk *email*, individu umumnya akan lebih siap untuk mengakses layanan lanjutan yang lebih intensif atau bahkan layanan tatap muka.

## 2. Intervensi psikologis berbasis internet oleh profesional/orang awam yang terlatih

Bentuk layanan kesehatan mental berbasis internet yang kedua adalah berupa intervensi psikologis berbasis internet yang difasilitasi oleh profesional kesehatan mental dan/atau orang awam yang terlatih (*lay persons with specific training*). Contoh layanan kesehatan mental model ini antara lain intervensi aktivasi perilaku berbasis internet bagi penderita depresi (Arjadi dkk., 2016), *internet-based Cognitive Behavior Therapy* (iCBT) bagi perawat dengan gejala depresi (Kuribayashi dkk., 2019), dan *brief internet-based intervention* bagi perempuan yang mengalami *prenatal loss* (Kersting dkk., 2013). Keunggulan bentuk layanan ini adalah kemudahan akses dan adanya solusi atas keterbatasan jumlah profesional kesehatan mental di negara dengan pendapatan rendah dan menengah (*Low and Middle Income Countries/ LMIC*). Melalui intervensi psikologis berbasis internet, termasuk psikoterapi berbasis internet, waktu yang dibutuhkan oleh profesional kesehatan mental untuk memberikan psikoterapi pada klien menjadi lebih efisien. Pada negara-negara dengan rasio antara psikolog/psikiater dan jumlah penduduk yang tinggi, psikolog/psikiater dengan jumlah terbatas tersebut dapat menjangkau masyarakat di daerah pedesaan atau yang jauh dari layanan kesehatan mental melalui internet. Pelibatan *lay person* atau masyarakat awam yang

dibekali pelatihan sebelumnya juga membantu menutup gap rasio yang tinggi tersebut.

Meski memiliki keunggulan yang signifikan sebagaimana dipaparkan di atas, layanan ini juga memiliki tantangan yang perlu diperhatikan. Tantangan layanan ini adalah bergantungnya efektivitas proses layanan pada ketersediaan orang awam yang siap terlibat dan membantu dalam intervensi psikologis. Selain itu, supervisi oleh profesional kesehatan mental harus tetap ada untuk memastikan layanan yang difasilitasi oleh orang awam terlatih tersebut berlangsung efektif.

### 3. *Self-help intervention*

Bentuk selanjutnya yang juga banyak ditemukan pada layanan kesehatan mental berbasis internet adalah *self-help intervention*. Model ini menawarkan layanan kesehatan mental yang bersifat mandiri. Pengguna dapat mengakses layanan ini secara bebas dan mengikuti panduan intervensi yang ada secara mandiri. Contoh layanan kesehatan mental dengan bentuk *self-help intervention* antara lain *internet-based self-help intervention* bagi individu yang mengalami keduakaan akibat kehilangan pasangan atau perceraian (Brodbeck dkk., 2017), individu dengan gangguan kecemasan (Fenger dkk., 2016), dan *caregiver* adiyuswa untuk menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kesejahteraan psikologis (Lappalainen, Pakkala, & Nikander, 2019). Meski intervensi bentuk ini memberikan peran yang paling dominan pada penggunaannya, layanan, *self-help intervention* masih memberikan panduan yang bersifat terstruktur. Pada awal program, umumnya diberikan informasi terlebih dulu mengenai rangkaian sesi yang harus diikuti dalam program agar pengguna memperoleh manfaat yang optimal. Profesional kesehatan mental umumnya juga tetap hadir sebagai ahli yang siap merespon ketika terdapat kondisi tak terduga pada pengguna yang membutuhkan bantuan secara khusus.

Keunggulan dari bentuk layanan ini adalah anonimitas yang optimal karena pengguna layanan tidak perlu mengungkapkan diri kepada orang lain. Kedua, layanan ini juga meningkatkan kemandirian dan efikasi diri dalam mengatasi permasalahan psikologis pada pengguna layanan. Ketiga, layanan ini membutuhkan sumber daya profesional yang sangat minimal sehingga dapat mengatasi problem keterbatasan jumlah profesional kesehatan mental di LMICs.

Meski layanan *self-help intervention* berbasis internet telah menunjukkan efektivitasnya, studi lain menunjukkan bahwa pada individu

dengan tingkat pendidikan rendah, terdapat risiko lebih tinggi untuk mengalami deteriorasi atau peningkatan gejala, khususnya pada gangguan depresi (Ebert dkk., 2016). Keterbatasan lain adalah risiko tingkat *drop out* yang cukup tinggi pada model layanan ini.

#### 4. *Unguided self-help intervention*

Bentuk layanan kesehatan mental berbasis internet selanjutnya adalah *unguided self-help intervention*. Contoh dari bentuk layanan ini adalah *Brief Adjustment Disorder Intervention* (BADI) yang merupakan *internet-based unguided self-help intervention* bagi individu dengan gangguan penyesuaian diri (Eimontas dkk, 2018). Perbedaan layanan dengan model *unguided self-help intervention* dan *guided self-help intervention* (atau tanpa penulisan “*guided*”) adalah bahwa pada model *unguided* ini, pengguna disediakan sejumlah modul atau teknik *self-help* yang dapat diakses dan dipraktikkan kapanpun ia mau. Dengan demikian bentuk layanan kesehatan mental *unguided self-help intervention* cenderung tidak terstruktur. Keunggulan model ini adalah kemudahan akses dan penggunaan sehingga dapat meningkatkan jumlah pengguna layanan. Individu dengan problem psikologis yang masih ragu-ragu untuk menemui profesional kesehatan mental cenderung tertarik untuk mengakses layanan yang bersifat *unguided self-help* seperti ini (Mehrotra dkk., 2017).

Adapun keterbatasan pada model layanan ini adalah pengguna layanan kesehatan mental benar-benar bergantung pada dirinya sendiri dalam mengakses program layanan tersebut. Sejumlah tantangan yang dapat diidentifikasi dari model *unguided self-help intervention* menurut sudut pandang klinisi antara lain kesulitan dalam memilih aplikasi yang tepat, ruang kontekstualisasi yang terbatas, pengelolaan motivasi, dan kesadaran akan perlunya intervensi dengan intensitas yang lebih tinggi. Tantangan-tantangan tersebut dapat diminimalisir risiko dampak negatifnya dengan sejumlah strategi. Pertama, pada deskripsi aplikasi, perlu dituliskan dengan jelas mengenai apa yang dapat atau tidak dapat diharapkan dari penggunaan aplikasi tersebut. Sebagai contoh, problem atau gangguan psikologis pada taraf yang berat tidak dapat memperoleh manfaat yang optimal dari aplikasi semacam ini. Skrining kondisi kesehatan mental dapat dimasukkan ke dalam aplikasi sebagai salah satu cara untuk membantu pengguna mengetahui tingkat problem psikologis yang dimiliki dan mengambil keputusan apakah aplikasi tersebut sesuai untuk kebutuhannya atau tidak (Mehrotra dkk., 2017).

Strategi lain yang dapat diterapkan untuk meminimalisir tantangan pada layanan kesehatan mental berbentuk *unguided self-help* adalah dengan menyediakan konten yang dapat merespon tantangan-tantangan tersebut (Mehrotra dkk., 2017). Aplikasi perlu menyediakan informasi dengan jelas mengenai dasar penelitian dari aplikasi tersebut atau bahkan riset terkait efektivitas penggunaan aplikasi tersebut. Keterbatasan konteks dari aplikasi juga perlu disampaikan di dalam aplikasi. Selanjutnya, aplikasi juga perlu berisi konten yang mendukung pengelolaan motivasi, khususnya motivasi untuk mempraktikkan apa yang telah dipelajari melalui aplikasi. Memahami isi aplikasi tentu saja tidak akan memberikan manfaat optimal bagi pengguna kecuali ia menerapkan apa yang dipelajarinya dalam aktivitas nyata. Penggunaan dukungan kontinyu dalam bentuk dukungan oleh manusia (misal: *voice call* tiap minggu dengan konten dukungan non klinis) atau dukungan berbasis teknologi informasi (*automated support*, contoh: pesan teks rutin yang disusun dan dikirimkan oleh sistem) juga terbukti efektif meminimalisir berhentinya penggunaan layanan kesehatan mental berbasis internet di tengah jalan (*drop out*) (Mira dkk., 2017). Konten aplikasi juga perlu memberikan dukungan saat pengguna mengalami krisis. Problem kesehatan mental bukanlah suatu kondisi yang konstan sehingga kondisi-kondisi krisis yang muncul perlu diantisipasi dengan memberikan layanan krisis di dalam aplikasi atau informasi mengenai rujukan atau pihak yang dapat diakses saat krisis terjadi. Sebagai contoh aplikasi untuk individu dengan gejala depresi perlu menyediakan fitur *hotline call* (baik yang disediakan oleh pengembang aplikasi itu sendiri maupun pihak lain) yang dapat diakses saat pengguna memiliki intensi untuk bunuh diri.

#### 5. Intervensi kelompok

Intervensi kelompok merupakan bentuk layanan kesehatan mental lain yang disediakan dalam jaringan internet. Contoh bentuk layanan ini adalah *group internet-based mindfulness-based cognitive therapy* untuk menurunkan distress psikologis pada penderita kanker (Compen dkk., 2015). Intervensi kelompok berupa terapi kelompok berbasis internet memiliki keunggulan kemudahan akses terkait kehadiran fisik. Para peserta intervensi kelompok berbasis internet tidak harus hadir di satu tempat secara bersamaan melainkan dapat bertemu dan berkumpul secara daring. Keunggulan lain dari model terapi kelompok berbasis internet adalah diperolehnya aspek-aspek kuratif dari terapi kelompok itu sendiri meski dilakukan secara daring. Sebagai contoh, terapi kelompok dapat



memunculkan aspek kuratif universalitas di mana peserta merasa bukan dirinya sendiri saja yang sedang berproses dan berjuang menghadapi kondisi sakitnya. Peserta juga mendapatkan penguatan dengan praktik atau latihan bersama yang dilakukan dalam intervensi kelompok.

Adapun tantangan yang terdapat pada intervensi atau terapi kelompok berbasis internet adalah fasilitas internet yang memadai karena membutuhkan interaksi antar *online users*. Selain itu, fasilitator atau terapis perlu familiar dengan aplikasi yang digunakan agar dapat melakukan proses fasilitasi secara optimal. Tantangan lainnya adalah adanya risiko keengganan pengguna untuk mengakses bentuk layanan ini. Hal ini dikarenakan layanan kesehatan mental berbasis internet umumnya diakses oleh pengguna yang menginginkan anonimitas dan menghindari pengungkapan diri kepada orang lain yang dipersepsi mengancam atau diantisipasi akan memunculkan stigma. Adanya interaksi dengan pengguna lain dalam intervensi kelompok berbasis internet menjadi kontradiktif dengan harapan tersebut. Penyedia layanan kesehatan mental dengan demikian perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan intervensi (*uptake*) oleh masyarakat yang menjadi target sasaran.

#### 6. Kelompok dukungan

Bentuk layanan kesehatan mental berbasis internet lainnya yang juga telah banyak dikembangkan dan diterapkan adalah intervensi kelompok dukungan. Bentuk intervensi menyediakan fasilitas kelompok dukungan secara daring. Sebagaimana kelompok dukungan konvensional, intervensi kelompok dukungan berbasis internet melibatkan peserta dengan karakteristik problem psikologis yang homogen dengan difasilitasi oleh fasilitator terlatih atau profesional di bidang kesehatan mental sehingga dapat menjadi sumber dukungan sosial yang efektif. Contoh layanan kesehatan mental ini adalah kelompok dukungan pada penderita kanker (Høybye dkk., 2010). Keunggulan dari kelompok dukungan berbasis internet adalah kemudahannya sehingga dapat diakses oleh pengguna dari berbagai wilayah. Selain itu, layanan ini juga dapat diintegrasikan dengan layanan berbasis rumah sakit dan memberikan keuntungan efisiensi penggunaan fasilitas fisik. Keterbatasan ruangan misalnya tidak lagi menjadi kendala ketika menyelenggarakan program kelompok dukungan berbasis internet.

Adapun keterbatasan dan tantangan yang mungkin dihadapi pada bentuk layanan kesehatan mental ini adalah adanya faktor psikologis dan sosial yang dapat menghambat keikutsertaan target sasaran. Salah satu studi menemukan bahwa pasien yang tertarik untuk mengikuti program layanan psikologis berbasis internet, termasuk di dalamnya dalam format kelompok dukungan adalah pasien dengan tingkat sosioekonomi tinggi dan pasien dengan pola *coping* yang bersifat aktif. Sebaliknya individu dengan tingkat sosioekonomi rendah dan pola *coping* pasif cenderung menolak mengikuti layanan kesehatan mental berbasis internet tersebut (Høybye dkk., 2010).

### **Prinsip-Prinsip Gerakan Kesehatan Mental Masyarakat**

Gerakan kesehatan mental masyarakat merupakan suatu gerakan perubahan yang bertujuan mereformasi sistem layanan kesehatan mental yang berpusat pada institusi dan kurang memperhatikan hak klien atau pasien. Gerakan ini sebenarnya telah muncul pada beberapa fase sebelumnya yang ditandai oleh munculnya suara dari orang dengan gangguan mental sendiri yang menyatakan perlunya perubahan paradigma sistem layanan kesehatan mental yang lebih manusiawi, seperti oleh Clifford Beers. Pada fase selanjutnya, deinstitutionalisasi memunculkan permasalahan kebutuhan-kebutuhan layanan kesehatan mental pasca keluar dari Rumah Sakit yang belum terpenuhi pada orang dengan gangguan mental. Selanjutnya munculnya gerakan kesehatan mental yang disebut kesehatan mental masyarakat (*community mental health*), sebuah gerakan yang berupaya mengarusutamakan gagasan baru dalam layanan kesehatan mental, yaitu sistem kesehatan mental yang berpusat pada masyarakat. Maksud dari masyarakat sebagai pusat dalam sistem layanan kesehatan mental adalah bahwa sistem layanan kesehatan mental haruslah memanusiakan orang dengan gangguan mental dan menghormati sebagai sesama manusia yang layak dihargai dan dihormati. Selain itu, masyarakat sebagai pusat juga memiliki makna bahwa masyarakat perlu berdaya dan mengupayakan sistem dukungan bagi orang dengan gangguan mental tanpa bergantung sepenuhnya pada pemerintah (Nelson, Kloss, & Orneless, 2014).

Model layanan kesehatan mental konvensional memosisikan orang dengan gangguan mental sebagai pihak yang harus mengikuti sistem layanan yang ada terlepas dari berbagai hambatan yang dihadapi dalam mengakses layanan dalam sistem tersebut. Hal ini berdampak pada

*treatment gap* yang tinggi, yaitu banyaknya masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan mental tidak dapat memperoleh layanan tersebut. Pada tahun 1955 reformasi sistem kesehatan mental diwujudkan melalui pendirian *community mental health centers* di seluruh wilayah Amerika. Layanan kesehatan mental komunitas terdiri dari lima layanan utama, yaitu: layanan rawat inap, layanan rawat jalan, *partial*, layanan gawat darurat 24 jam, dan layanan konsultasi yang beragam. Di samping kelima layanan tersebut, layanan kesehatan mental komunitas juga menyediakan layanan diagnosis, rehabilitasi, penelitian, pelatihan, dan evaluasi (Trull & Prinstein, 2013).

Berkembangnya gerakan kesehatan mental ini seiring sejalan dengan pengembangan psikologi komunitas. Keduanya sama-sama bersifat transformatif dan melihat masyarakat sebagai pihak yang aktif dan berdaya dalam mengoptimalkan kesejahteraannya. Perubahan transformatif dalam gerakan kesehatan mental masyarakat memiliki tujuan serupa, yaitu menjadikan orang dengan gangguan jiwa sebagai pihak yang aktif alih-alih hanya menjadi pihak yang menerima intervensi dan kebijakan secara pasif. Masyarakat juga berperan aktif mendukung orang dengan gangguan jiwa untuk mengoptimalkan kesejahteraannya.

Dalam psikologi komunitas, terdapat enam konsep kunci yang menjadi panduan dalam penerapannya (Trull & Prinstein, 2013). Keenam konsep kunci tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kerangka dan analisis multilevel ekologis

Psikologi komunitas memandang bahwa individu dan lingkungan dapat saling memengaruhi satu sama lain. Dalam hal ini, teori ekologi dari Bronfenbrenner diadopsi sebagai kerangka dan alat analisis dalam memahami konstelasi berbagai faktor dalam masyarakat yang berperan terhadap kesehatan mental masyarakat.

2. Konsep kesehatan mental masyarakat

Psikologi komunitas memandang pentingnya kesehatan mental masyarakat sebagai paradigma yang lebih sehat dalam sistem layanan kesehatan mental. Psikologi komunitas mendukung transformasi layanan kesehatan mental yang inklusif terhadap semua kelompok masyarakat tanpa terkecuali, termasuk di dalamnya kelompok masyarakat dengan tingkat sosioekonomi rendah dan tingkat pendidikan rendah, maupun kelompok minoritas atau marginal lainnya.

### 3. Konsep pencegahan

Konsep selanjutnya dalam psikologi komunitas adalah pencegahan atau prevensi. Psikologi komunitas mengedepankan paradigma pencegahan dibandingkan penyembuhan terhadap problem kesehatan mental yang ada di dalam masyarakat. Paradigma pencegahan melihat bahwa pencegahan dapat mengoptimalkan efisiensi biaya layanan kesehatan mental masyarakat secara jangka panjang. Terdapat tiga level pencegahan dalam psikologi komunitas, yaitu: 1) prevensi primer, 2) prevensi sekunder, dan 3) prevensi tersier. Program prevensi primer bertujuan untuk mengurangi jumlah kemunculan gangguan mental baru dalam masyarakat. Program prevensi sekunder bertujuan melakukan deteksi dini dan penanganan dini sehingga gangguan mental tidak berkembang. Prevensi tersier bertujuan mengurangi durasi dan dampak negatif dari gangguan mental yang sudah ada.

### 4. Promosi dan pemberdayaan

Konsep kunci keempat adalah promosi dan pemberdayaan. Program promosi berfokus pada optimalisasi kesehatan mental individu secara berkelanjutan. Adapun pemberdayaan berfokus pada memunculkan rasa berdaya dan keyakinan akan kemampuan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan mental di masyarakatnya. Masyarakat dalam hal ini tidak menjadi penerima manfaat secara pasif semata melainkan agen yang aktif mengubah dirinya dan lingkungannya demi mencapai kesejahteraan masyarakat.

### 5. Keragaman/ *diversity*

Psikologi komunitas menjunjung tinggi keadilan dan kesetaraan hak sebagai manusia dalam peningkatan kesehatan mental. Setiap program layanan kesehatan mental yang dikembangkan haruslah mempertimbangkan dan melibatkan setiap kelompok dengan karakteristik tertentu yang ada di masyarakat tanpa terkecuali, tanpa memandang mayoritas atau minoritas. Dasar dari psikologi komunitas adalah kemanusiaan dan layanan kesehatan mental haruslah dijiwai oleh nilai kemanusiaan tersebut. Dengan internalisasi nilai kemanusiaan dan penghargaan atas keragaman tersebut, tidak akan terjadi lagi penolakan atau pengabaian hak orang dengan gangguan mental.

### 6. Konsep intervensi sosial dan perubahan komunitas

Psikologi komunitas mengambil satu perspektif kolektivisme dalam layanan kesehatan mental. Jika pada intervensi konvensional, tanggung

jawab untuk mengatasi permasalahan ada pada individu, maka pada gerakan kesehatan mental masyarakat, tanggung jawab ada pada masyarakat secara kolektif. Hal ini didasarkan pada konsep kunci sebelumnya bahwa terdapat interaksi antara individu dan lingkungan sehingga masyarakat secara kolektif memiliki tanggung jawab bersama untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakatnya.

### **Pemanfaatan Internet dan Teknologi Informasi dalam Gerakan Kesehatan Mental Masyarakat**

Semangat menuju masyarakat 5.0 atau *society 5.0* di mana masyarakat menjadi pusat dalam penerapan teknologi dan pembangunan ekonomi memiliki relevansi dengan gerakan kesehatan mental masyarakat. Studi menunjukkan bahwa penerapan *internet-based cognitive behavior therapy* (ICBT) dalam *community mental health clinics* tampak menjanjikan (Hadjistavropoulos, Nugent, Dirkse, & Pugh, 2017). Faktor-faktor pendukung dan penghambat yang diidentifikasi pada studi tersebut dapat menjadi salah satu landasan ketika merancang program layanan kesehatan mental masyarakat. Selain itu, di Indonesia sendiri kita telah melihatnya banyaknya kemunculan bentuk-bentuk layanan kesehatan mental berbasis internet yang diisiasi oleh masyarakat, lembaga nirlaba, hingga swasta. Sebagai contoh, aplikasi halodoc dengan psikolog profesional di dalamnya, website pijar.com dengan psikoedukasi, konseling daring, dan konseling kelompok tatap muka, serta layanan konseling sebaya melalui platform media sosial. Mengetikkan kata kunci “konseling online” di Google juga memunculkan banyak daftar layanan kesehatan mental berbasis internet yang telah tersedia di Indonesia yang Sebagian besarnya muncul atas inisiasi dari masyarakat sendiri (*bottom-up*). Hal ini menunjukkan besarnya potensi pemanfaatan internet dan teknologi informasi dalam gerakan mental masyarakat di Indonesia.

Perkembangan positif tersebut tentu saja perlu didukung dengan evaluasi kritis. Beberapa rekomendasi yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Perlunya peningkatan efektivitas dampak secara luas dan jangka panjang.

Evaluasi dampak (*impact evaluation*) pada level komunitas yang lebih luas perlu dilakukan untuk melihat apakah transformasi positif di masyarakat tercapai sesuai yang dikehendaki (De Silva, 2015) sehingga

perbaikan program secara berkelanjutan dapat dilakukan. Uji coba program kesehatan mental masyarakat berbasis internet dan teknologi informasi menjadi sebuah keharusan untuk memastikan efektivitas layanan dan *cost-effectiveness* dari program dibandingkan dengan alternative program lain. Beberapa pendapat negatif terkait layanan kesehatan mental jarak jauh seperti minimnya *rapport* antara konselor/psikolog dan klien, kurangnya prosedur klinis, dan bertambahnya biaya perawatan (Holland, Hatcher, & Meares, 2018) perlu dipertimbangkan dan diantisipasi.

2. Perlunya peningkatan inklusivitas dari layanan kesehatan mental masyarakat berbasis internet

Adanya risiko rendahnya partisipasi dalam layanan kesehatan mental masyarakat berbasis internet pada kelompok sosioekonomi rendah (Høybye dkk., 2010) dan tingkat pendidikan rendah (Ebert dkk., 2016) perlu direspon dengan serius. Hal ini dimaksudkan mencegah pengembangan program kesehatan mental masyarakat yang awalnya dimaksudkan untuk meningkatkan akses layanan pada kelompok masyarakat yang belum mendapatkan layanan (utamanya di daerah rural dan kelompok masyarakat sosioekonomi rendah) justru hanya melanjutkan *treatment gap* dalam mode yang berbeda. Penelitian-penelitian yang menguji efikasi maupun efektivitas program kesehatan mental masyarakat berbasis internet dan teknologi informasi perlu secara khusus melibatkan masyarakat dengan kelompok masyarakat dengan tingkat sosioekonomi dan pendidikan rendah.

3. Perlunya inventarisasi dan optimalisasi penggunaan layanan kesehatan mental masyarakat berbasis internet

Banyaknya program layanan kesehatan mental berbasis internet yang tersedia di Indonesia saat ini membutuhkan inventarisasi dan evaluasi. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kelompok mana saja yang telah mengakses dan memperoleh manfaat atas layanan tersebut dan kelompok mana yang masih terlewat dari layanan kesehatan mental yang ada. Sekali lagi tujuan dari gerakan kesehatan mental adalah pelibatan masyarakat secara aktif dan inklusif. Kelompok-kelompok yang belum mendapatkan layanan kesehatan mental perlu mendapat perhatian khusus. Program-program layanan kesehatan mental berbasis internet yang menutup *gap* kebutuhan juga perlu dikembangkan. Selain itu, strategi untuk meningkatkan penggunaan layanan kesehatan mental

masyarakat berbasis internet dan teknologi informasi perlu dilakukan secara berkelanjutan (Mehrotra dkk., 2017). Promosi yang efektif sesuai target sasaran masing-masing perlu dilakukan tidak hanya oleh penyedia jasa swasta, melainkan juga oleh penyedia jasa pemerintah maupun masyarakat atau organisasi nirlaba. Berbagai program kesehatan mental berbasis internet dan teknologi informasi baru akan dapat menghasilkan dampak publik yang signifikan ketika program-program tersebut diterapkan secara luas di masyarakat dan tidak berhenti pada studi efektivitasnya saja.

## Penutup

Perkembangan teknologi informasi yang pesat membawa peluang sekaligus tantangan dalam pengembangan gerakan kesehatan mental masyarakat. Internet dan teknologi informasi telah memungkinkan munculnya berbagai bentuk layanan kesehatan mental yang lebih mudah diakses oleh penggunanya, mulai dari bentuk *email*, intervensi psikologis yang melibatkan profesional atau awam yang terlatih, *self-help intervention*, *unguided self-help intervention*, intervensi kelompok, dan kelompok dukungan. Untuk mendukung transformasi positif dalam gerakan kesehatan mental masyarakat, prinsip-prinsip gerakan kesehatan mental masyarakat dan psikologi komunitas penting untuk dijadikan panduan dalam mengembangkan layanan kesehatan mental berbasis internet. Evaluasi dampak, peningkatan inklusivitas, dan peningkatan penggunaan layanan kesehatan mental berbasis internet juga perlu dilakukan untuk memastikan bahwa dampak revolusi industri 4.0 di bidang layanan kesehatan mental benar-benar membawa dampak positif dan membantu mengatasi permasalahan masyarakat sebagaimana yang dicitakan dalam *society 5.0*.

## Daftar Pustaka

- Andersen, A. J. W., & Svensson, T. (2013). Internet-based mental health services in Norway and Sweden: Characteristics and consequences. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40, 145–153. doi:10.1007/s10488-011-0388-2
- Arjadi, R., Nauta, M. H., Scholte, W. F., Hollon, S. D., Chowdhary, N., Suryani, A. O., & Bockting, C. L. H. (2016). Guided Act and Feel Indonesia (GAF-ID) - Internet-based behavioral activation intervention for

- depression in Indonesia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*, 1–11. doi:10.1186/s13063-016-1577-9
- Arrivillaga, C., Rey, L., & Extremera, N. (2020). Adolescents' problematic internet and smartphone use is related to suicide ideation: Does emotional intelligence make a difference? *Computers in Human Behavior*, *110*, 1-8. doi:10.1016/j.chb.2020.106375
- Brodbeck, J., Berger, T., & Znoj, H. J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *18*, 1–8. doi:10.1186/s13063-016-1759-5
- Chebli, J. L., Blaszczyński, A., & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-based interventions for addictive behaviours: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, *32*, 1279–1304. doi:10.1007/s10899-016-9599-5
- Compen, F. R., Bisseling, E. M., Van der Lee, M. L., Adang, E. M. M., Donders, A. R. T., & Speckens, A. E. M. (2015). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial comparing the effectiveness of group and individual internet-based Mindfulness-Based Cognitive Therapy with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients: The BeMind st. *BMC Psychology*, *3*, 1–10. doi:10.1186/S40359-015-0084-1
- De Silva, M. J. (2015). Impact evaluations of mental health programmes: The missing piece in global mental health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *69*, 405–407. doi:10.1136/jech-2014-203866
- Ebert, D. D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P., Rozenthal, A., Choi, I., Laferton, J. A. C., Johansson, R., Kleiboer, A., Lange, A., Lehr, D., Reins, J. A., Funk, B., Newby, J., Perini, S., Riper, H., Ruwaard, J., ... Cuijpers, P. (2016). Does internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, *46*, 2679–2693. doi:10.1017/S0033291716001562
- Eimontas, J., Rimsaite, Z., Gegieckaite, G., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Internet-based self-help intervention for ICD-11 adjustment disorder: Preliminary findings. *Psychiatric Quarterly*, *89*, 451–460. doi:10.1007/s11126-017-9547-2
- Fenger, M., Lindschou, J., Gluud, C., Winkel, P., Jørgensen, L., Kruse-Blinkenberg, S., & Lau, M. (2016). Internet-based self-help therapy with FearFighter™ versus no intervention for anxiety disorders in



- adults: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 1–9. doi:10.1186/s13063-016-1619-3
- Fukuyama, M. (2018). Society 5.0: Aiming for a New Human-centered Society. *Japan Spotlight*, 27, 47–50.
- Hadjistavropoulos, H. D., Nugent, M. M., Dirkse, D., & Pugh, N. (2017). Implementation of internet-delivered cognitive behavior therapy within community mental health clinics: A process evaluation using the consolidated framework for implementation research. *BMC Psychiatry*, 17, 1–15. doi:10.1186/s12888-017-1496-7
- Haemmerli, K., Znoj, H., & Berger, T. (2010). Internet-based support for infertile patients: A randomized controlled study. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 135–146. doi:10.1007/s10865-009-9243-2
- Holland, J. J., Hatcher, W., & Meares, W. L. (2018). Understanding the implementation of telemental health in rural mississippi: An exploratory study of using technology to improve health outcomes in impoverished communities. *Journal of Health and Human Services Administration*, 52–86.
- Høybye, M. T., Dalton, S. O., Christensen, J., Ross, L., Kuhn, K. G., & Johansen, C. (2010). Social and psychological determinants of participation in internet-based cancer support groups. *Supportive Care in Cancer*, 18, 553–560. doi:10.1007/s00520-009-0683-6
- Kementarian Kesehatan RI. (2019). *Riset kesehatan dasar 2018*. Diunduh dari <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 372–381. doi:10.1159/000348713
- Kuribayashi, K., Imamura, K., Watanabe, K., Miyamoto, Y., Takano, A., Sawada, U., Sasaki, N., Suga, M., Sugino, A., Hidaka, Y., Iida, M., Sudo, M., Tokita, M., & Kawakami, N. (2019). Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) intervention on improving depressive symptoms and work-related outcomes among nurses in Japan: A protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19, 1–12. doi:10.1186/s12888-019-2221-5
- Lappalainen, P., Pakkala, I., & Nikander, R. (2019). CareACT - internet-based

- intervention for enhancing the psychological well-being of elderly caregivers - a study protocol of a controlled trial. *BMC Geriatrics*, *19*, 1–15. doi:10.1186/s12877-019-1071-9
- Lin, Y. J., Hsiao, R. C., Liu, T. L., & Yen, C. F. (2019). Bidirectional relationships of psychiatric symptoms with internet addiction in college students: A prospective study. *Journal of the Formosan Medical Association*, *xxx*, 4–11. doi:10.1016/j.jfma.2019.10.006
- Martins, M. V., Formiga, A., Santos, C., Sousa, D., Resende, C., Campos, R., Nogueira, N., Carvalho, P., & Ferreira, S. (2019). Adolescent internet addiction – role of parental control and adolescent behaviours. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *xxx*. doi:10.1016/j.ijpam.2019.12.003
- Mawarpury, M., & Humam, F. (2013). Peran Psikologi dalam Kesehatan Mental di Puskesmas. *Psikogenesis*, *2*, 76–87.
- Mehrotra, S., Kumar, S., Sudhir, P., Rao, G. N., Thirthalli, J., & Gandotra, A. (2017). Unguided mental health self-help apps: Reflections on challenges through a clinician's lens. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *39*, 707–711. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_151\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_151_17)
- Mira, A., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M., & Botella, C. (2017). An internet-based program for depressive symptoms using human and automated support: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 987–1006. doi:10.2147/NDT.S130994
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). Transformative Change in Community Mental Health. Dalam G. Nelson, B. Kloos, & J. Ornelas (Eds.), *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (pp. 3–20). Oxford: Oxford University Press.
- Putri, A. S., Aritisna, M., Sagala, A. E. S. B., Erawan, G. N., Yana, I. P. A., Martiningtyas, D., Matulu, S., Saragih, S., Sari, N. K., Ihsana, N., Puspitasari, P. M., & Yolanda, Y. T. (2014). Era Baru Kesehatan Mental Indonesia: sebuah Kisah dari Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). *Jurnal Psikologi*, *40*, 169–180. <https://doi.org/10.22146/jpsi.6975>
- Schwab, K. (2015, December). The fourth industrial revolution: What it means and how to respond. *Foreign Affairs*, 1–9.
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2013). *Clinical psychology (8th edition)*. Boston, MA: Cengage Learning.