



Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia



HIMPSI

HIMPUNAN PSIKOLOGI INDONESIA

Didukung oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Kesehatan Jiwa dan NAPZA Kemenkes RI

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia



HIMPSI

HIMPUNAN PSIKOLOGI INDONESIA

Didukung oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Kesehatan Jiwa dan NAPZA Kemenkes RI

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia

(Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa 5)

ISBN 978-623-95917-0-0

Editor:

- Tjipto Susana
- A. Supratiknya
- Juneman Abraham
- Rahkman Ardi

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog dalam Terbitan (KDT)

Kesehatan jiwa dan resolusi pascapandemi di Indonesia / penulis, Iwan W. Widayat ... [et al.] ; editor, Tjipto Susana ... [et al.].

-- Jakarta : Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), 2021.

hlm.: xxxii + 780 ; 17x25 cm. -- (Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa; 5)
ISBN 978-623-95917-0-0

1. Psikologi... I. A. Supratiknya. II. Seri.

Perwajahan sampul dan tata letak: Bivita Brata Prabawa Riko

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penulis atau Penerbit.

Cetakan Pertama, Februari 2021.

Penerbit:



Himpunan Psikologi Indonesia

Jl. Kebayoran Baru No. 85 B

Kebayoran Lama, Velbak

Jakarta 12240 Indonesia

Telp./Fax. 021-72801625

Website: himpsi.or.id

Email: sekretariatpp_himpsi@yahoo.co.id, sekretariat.pp@himpsi.or.id

Sambutan Ketua Umum HIMPSI

Di awal pandemi Covid-19 melanda dunia, presiden American Psychological Association (APA) menyatakan bahwa krisis kesehatan yang disebabkan oleh virus Covid-19 dapat menyebabkan krisis kesehatan jiwa. Persoalan potensial berupa krisis kesehatan jiwa tersebut harus mendapatkan perhatian yang serius, sehingga sejak awal dapat ditanggulangi agar bila persoalan terjadi dampaknya tidak terlalu besar. HIMPSI dengan seluruh perangkat organisasinya dari pusat ke wilayah dan bersama asosiasi/ikatan memberikan respon yang sangat baik atas persoalan tersebut. Terbukti HIMPSI mendapatkan penilaian terbaik dari organisasi Psikologi dunia, yaitu International Union of Psychological Sciences (IUPsyS) sebagai organisasi profesi Psikologi di dunia yang memberikan respon di pandemi Covid-19.

HIMPSI, dengan dukungan dari pemerintah pusat melalui Kantor Staf Presiden, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Komunikasi dan Informasi, PT. Telkom Indonesia, dan juga PT. Infomedia Nusantara, membuat layanan Sejiwa untuk melayani masyarakat yang membutuhkan bantuan psikologis awal di *call center* 119 ext 8. HIMPSI Wilayah dan asosiasi/ikatan yang berada di dalam HIMPSI memberikan layanan konseling yang telah mencakup seluruh wilayah di Indonesia. Pelayanan sebagian besar menggunakan layanan daring dan juga sebagian kecil secara langsung dengan tetap mengikuti protokol kesehatan. Psikoedukasi untuk menjaga kesehatan jiwa juga dibuat dan telah dibagikan melalui berbagai media sosial serta situs HIMPSI.

Atas dasar pentingnya kesehatan jiwa dan semakin penting untuk mendapatkan perhatian di masa pandemi Covid-19 dan bahkan juga setelahnya, maka Pengurus Pusat HIMPSI mengambil tema kesehatan jiwa untuk terbitan Seri ke-5 buku Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa. Seperti buku seri sebelumnya, buku Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa ini ditujukan untuk menghimpun pemikiran para ahli Psikologi dan ahli lain yang kami undang agar buku ini dapat menjadi referensi bagi pengambil kebijakan

dalam membuat keputusan terkait kesehatan jiwa dan juga menjadi referensi bagi insan akademisi untuk termotivasi melakukan kajian-kajian dan riset yang bermanfaat untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat Indonesia.

Apresiasi dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan kepada 38 penulis yang telah menulis 27 artikel untuk memberikan sumbangan pemikirannya dalam buku ini. Apresiasi dan ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada Tim Editor yang terdiri dari A. Supratiknya, Tjipto Susana, Rahkman Ardi, dan Juneman Abraham yang telah bekerja keras untuk merealisasikan buku seri ke-5 ini.

Kami berharap buku ini dapat menginspirasi para pengambil kebijakan publik dan berbagai pihak manapun dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Kami juga berharap pimpinan penyelenggara pendidikan tinggi Psikologi di Indonesia, baik itu Dekan atau Ketua Program Studi, untuk dapat menggunakan Buku Seri terbitan HIMPSI ini sebagai salah satu buku referensi mata kuliah. Dengan demikian, pemikiran yang disampaikan dalam Buku Seri ini dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa dan suatu saat pemikirannya akan berkembang untuk menyelesaikan berbagai persoalan bangsa. Terakhir, kami menyampaikan selamat membaca Seri ke-5 buku Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa yang telah terbit ini. Selamat menikmati buku yang sarat dengan pengetahuan dan menginspirasi ini.

HIMPSI Berkarya untuk Bangsa
Jakarta, 17 Januari 2021

Dr. Seger Handoyo, Psikolog
Ketua Umum

Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia
(Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa 5)

Sambutan Ketua Umum HIMPSI	iii
Pengantar Editor	vii
Daftar Isi	xiii

Bagian 1 - Prolog**Bab 1. Kesehatan Jiwa di Indonesia dalam Perspektif Sejarah**

Iwan W. Widayat - hal. 3

Bagian 2 - Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia**Bab 2. Perkembangan Layanan Terkini Kesehatan Jiwa di Indonesia**

dr. Siti Khalimah, SpKJ, MARS - hal. 33

Bab 3. Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Eunike Sri Tyas Suci - hal. 49

Bab 4. Promosi Kesehatan Jiwa di Indonesia Menggunakan Pemetaan Intervensi

Yasinta Astin Sokang - hal. 77

Bab 5. Ada Karena Komunitas! Kesehatan Jiwa Komunitas

Dicky Pelupessy - hal. 89

Bab 6. Literasi Kesehatan Mental untuk Generasi Penerus Bangsa

Hilary Zefanya Sumayku - hal. 101

Bab 7. Komunitas Psikologi Berbagi Semarang sebagai Layanan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas

Kholifah Umi Sholihah, Intan Ayu Lestari, Tazkiya Nabila & Yohana Christina
- hal. 113

Bab 8...

Bab 8. Psikologi Forensik dan Kesehatan Mental: Kisah Pendampingan Psikologis Warga Binaan Permasyarakatan Pra Eksekusi Mati
Reni Kusumowardhani - hal. 137

Bab 9. Pengasuhan dan Kesehatan Mental Anak
Khadhra Ulfah - hal. 171

Bab 10. Wujudkan Keluarga Tangguh Hadapi Bencana Alam
Rahmatsyam Lakoro & Ike Herdiana - hal. 191

Bab 11. *Strength-Based Parenting*: Pola Asuh untuk Anak Korban *Bullying* di Indonesia
Indy Hurun Ein - hal. 207

Bab 12. Dunia Kelabu Individu Asperger
Adriana Soekandar Ginanjar & Santy Yanuar Pranawati - hal. 233

Bagian 3 - Covid-19 dan Kesehatan Jiwa

Bab 13. Bersama, Kita (Ternyata) Bisa: Sinergi Pemerintah dan Organisasi Profesi Psikologi di Indonesia dalam Intervensi Kesehatan Mental di Masa Pandemi Covid-19
Anrilia E.M. Ningdyah - hal. 263

Bab 14. Peran HIMPSI Melawan Stigma Sosial Pasien Covid-19 di Indonesia
Andik Matulesy - hal. 285

Bab 15. 19 Alasan Mengapa: Covid-19 adalah Pandemi Global
David Junovandy, Erwin Hogi, Frida Condinata, Jason Kosasi, Julike, Andy Chandra - hal. 291

Bab 16. Dampak Diskoneksi Sosial pada Kesehatan Jiwa di Masa Pandemi Covid-19: Sebuah Tinjauan Neurokognitif Mengenai *Brain Styles*
Sabiqotul Husna - hal. 331

Bab 17. Dukungan Sosial, Religiusitas, dan *Subjective Well-being* pada Perawat selama Pandemi Covid-19
Devina Chintia Sanudin & Sheilla Varadhila Peristiano - hal. 353

Bab 18. *Technostress* pada Karyawan Terdampak Pandemi Covid-19 yang Bekerja di Rumah

Wahyu Rahardjo, Nurul Qomariyah, Inge Andriani, & Indah Mulyani
- hal. 367

Bab 19. Mencapai Ketenangan dengan Relaksasi Afirmasi: Solusi Mengurangi Kecemasan Covid-19

Noviza - hal. 391

Bab 20. Teori Konspirasi di Masa Pandemi

Yohanes Heri Widodo - hal. 405

Bab 21. Ilmuwan Psikologi, Psikolog, Pemimpin Agama dan Spiritual: Kolaborasi dalam Penanganan Pandemi Covid-19

Andrian Liem - hal. 433

Bagian 4 - Adaptasi Kebiasaan Baru dan Kesehatan Jiwa

Bab 22. Pandemi dan Resiliensi: Refleksi Pengasuhan dalam Situasi Krisis

Wiwin Hendriani - hal. 449

Bab 23. Menjadi “Ibu Baru” di Era Kenormalan Baru

Hendro Prabowo, Agyl Muhammad Dikrullah, Dewi Anggita Putri, Lucky Hardinugraha, dan Pascalis Alexius Assa - hal. 467

Bab 24. Gagasan Teknologi Informasi sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan dan Kebiasaan Baru

Nurlita Wijayanti - hal. 487

Bab 25. Kelompok Dukungan Daring di Masa Pandemi Covid-19: Upaya Mencapai Kesejahteraan (*Well-being*) di Tengah Digitalisasi Aktivitas

Syurawasti Muhiddin - hal. 509

Bab 26. Keseimbangan Hidup dan Tantangan Kerja Abad ke-21

Shanty Komalasari - hal. 41

Bab 27...

Bab 27. Bekerja Lepas-Ganda (*Gig Work*): Regulasi Diri sebagai Kunci di Tengah Pandemi

Iqbal Maesa Febriawan - hal. 561

Bab 28. Prinsip dan Aplikasi Menurunkan Stres Kerja dan Menunjang *Well-being* Karyawan yang Bekerja dari Rumah

Nuri Sadida, Aziza Bastian, Qorriyah Rahmi Khairunnisa, Tasqia Angelina - hal. 589

Bab 29. Bekerja dari Rumah, Belajar dari Rumah, dan *Well-being* Guru

Mega Jelita & Penny Handayani - hal. 609

Bab 30. Covid-19 dan Sekolah (*Daring*) Luar Biasa: Sebuah Tantangan bagi Mereka yang Spesial

Annisa Sri Wandini, Karta Puspita, & Yuditia Prameswari - hal. 627

Bab 31. Resiliensi sebagai Kunci Kesehatan Mental kala Pandemi

Zakaria Anshari, Clement Eko Prasetio, Sarah Aurelia Saragih - hal. 643

Bagian 5 - Epilog

Bab 32. Aspek Budaya dalam Kesehatan Jiwa

M.A. Subandi - hal. 671

Bab 33. Kontestasi Diskursif di Balik Konsep dan Praktik Kesehatan Mental: Kekuasaan, Kolonialisme, dan Kapitalisme

Teguh Wijaya Mulya - hal. 701

Tentang Penulis & Tim Editor - hal. 725

Indeks - hal. 757

Bab 33. Kontestasi Diskursif di Balik Konsep dan Praktik Kesehatan Mental: Kekuasaan, Kolonialisme, dan Kapitalisme

Teguh Wijaya Mulya

Prolog: Dua Narasi Nyata

Narasi 1: Seorang teman lama menelepon saya...
Joni (samaran) : *Guh, ya opo kabarmu? Koen sik ndosen nang psikologi Ubaya tah? Aku ate takok2 iki.* (Guh, bagaimana kabarmu? Kamu masih menjadi dosen di psikologi Ubaya kan? Aku mau tanya-tanya nih.)

Teguh : *Oh iyo, Jon, ayo koen ate takok opo?* (Iya, Jon, ayo kamu ingin bertanya apa?)

Joni : *Aku koq akhir-akhir iki sering krungu-krungu-en yo.. sampe poseng aku gak iso ngurus toko. Enake diopokno iki?* (Aku kok akhir-akhir ini sering mendengar suara-suara ya.. sampai pusing aku tidak bisa mengurus toko. Sebaiknya diapakan ini?)

Teguh : *Oya tah? Mulai kapan? Sepiro sering?* (Oya kah? Sejak kapan? Seberapa sering?)

Narasi 2: Obrolan dengan teman kerja paruh waktu...

Rony (samaran) : *You know, Teguh, when I wrote my masters' thesis I was depressed. So I went to the counselor, was refered to a psychiatrist, and they gave me pills.* (Tahu tidak, Teguh, ketika aku menulis thesis S2 aku depresi. Jadi aku ke konselor, direfer ke psikiater, dan diberi pil.)

- Teguh : *Oww... when was that? Are they expensive? (Oh, kapan itu? Mahal kah?)*
- Rony : *No, no, it's completely free, covered by our public health system. It was a year ago, and it is still free until now. (Tidak koq, gratis. Dibayari oleh sistem kesehatan kami. Kira-kira setahun yang lalu, dan masih gratis hingga sekarang.)*
- Teguh : *You are on anti-depressant until now?? (Kamu masih minum anti-depresan sampai sekarang??)*
- Rony : *Yes, I am. I'm not depressed anymore, but when I stop taking the pills my body feels not great, I cannot work. (Iya. Aku tidak depresi lagi, tapi kalau berhenti minum pil tubuhku tidak enak, tidak bisa bekerja.)*

Menyoal Depolitisasi Kesehatan Mental

Kesehatan mental (dan gangguan mental) umumnya dipandang sebagai konsep yang apolitis. Muncul dari tradisi psikiatri dan psikologi, konsep kesehatan mental – seperti halnya kesehatan jasmani – sering dianggap sebagai sesuatu yang netral, objektif, dan baik untuk semua orang; tidak ada hubungannya dengan ideologi, kepentingan, maupun kekuasaan. Padahal, seperti pada dua narasi nyata di atas, kondisi sehat mental berkelindan secara rumit dengan hal-hal politis, sosial, bahkan kapitalis, misalnya keputusan Pemerintah untuk menanggung atau tidak menanggung obat psikiatris, hasrat perusahaan farmasi mengejar profit, hingga stigma sosial yang dapat mengakhiri karier, pernikahan, dan hak legal orang dengan gangguan jiwa. Di narasi pertama saya sempat mengalami dilema nurani hebat. Di satu sisi saya ingin teman lama ini mendapatkan jalan keluar; tapi di sisi lain, saya tidak tega membayangkan sisa hidupnya secara personal, sosial, dan legal jika terdiagnosis skizofrenik. Saat itu pun saya sudah mulai meragukan “objektivitas” diagnosis sehat/gangguan mental berbasis *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)*,

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), atau *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) yang umumnya merepresentasikan diri sebagai steril dari hal-hal ideologis.

Tulisan ini mengajak pembaca untuk menengok kemungkinan bahwa kesehatan mental adalah konsep yang politis-ideologis, dalam artian melibatkan relasi kuasa yang mungkin opresif. Menggunakan kacamata psikologi diskursif, pertanyaan utama yang hendak dijawab tulisan ini adalah: “Diskursus apa saja yang beroperasi di balik konsep kesehatan mental, apa konsekuensinya, dan alternatif apa yang tersedia?” Meskipun berangkat dari psikologi, tulisan ini tidak bisa terlepas dari dan akan menyinggung ilmu-ilmu psi (*psy-complex*) yang lain seperti psikiatri, psikoterapi, *psychiatric nursing*, maupun *psychiatric social work*. Selain telaah pustaka, argumen-argumen saya di sini berbasiskan refleksi kritis atas pengalaman saya selama 15 tahun mengajar psikologi di Indonesia (walaupun bukan seorang psikolog) dan 2 tahun menjadi pekerja sosial di panti untuk orang dengan gangguan jiwa di Selandia Baru.

Sedikit pengantar teoretis, psikologi diskursif adalah cabang psikologi yang menerapkan teori-teori diskursus untuk menelaah perilaku manusia. Diskursus (*discourse*, kadang diterjemahkan sebagai wacana) adalah seperangkat asumsi yang saling terhubung yang memungkinkan individu memaknai pengalamannya. Diskursus bersifat kontekstual-historis, majemuk, terus berubah, bertabrakan satu sama lain, dan terkait dengan operasi kekuasaan (Weedon, 1987). Jika kita memandang psikologi sebagai sebuah diskursus, misalnya, kita dapat melihat bagaimana seperangkat asumsi ini memungkinkan kita memahami perilaku manusia sebagaimana diatur oleh prinsip atau hukum tertentu, seperti pengondisian operan atau mekanisme evolusioner. Cara memberi makna pada perilaku manusia ini hadir dalam dan berasal dari situasi budaya dan sejarah tertentu, yaitu tradisi ilmiah modern Barat. Sepanjang sejarah dan lintas budaya, ada berbagai cara lain untuk memahami perilaku manusia yang dapat bersaing dengan psikologi. Di sini, yang relatif jarang didiskusikan adalah operasi kekuasaan yang tersirat dalam ilmu tentang perilaku manusia yang mengaku objektif ini, seperti patologisasi seksualitas sesama jenis di masa lalu yang telah menindas kaum gay, lesbian, dan biseksual. Dalam hal ini, psikologi mungkin

telah menjadi alat kekuasaan untuk mengatur, mengendalikan, dan bahkan menindas kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat modern. Mulai muncul sekitar 30 tahun yang lalu, psikologi diskursif membongkar atmosfer objektif dan individualistik dari psikologi arus utama dan menunjukkan bahwa perilaku manusia secara rumit terjatuh dalam gurita relasi kuasa, atau lebih tepatnya, bagaimana fenomena psikologis secara diskursif dibentuk melalui bahasa dalam konteks sosio-politik-historis tertentu.

Tulisan ini akan berfokus pada tiga diskursus yang saya temukan telah beroperasi di balik konsep dan praktik kesehatan mental global, yaitu diskursus biomedis yang positivistik-otoritatif, diskursus kolonial Barat, dan diskursus kapitalisme neoliberal. Saya akan mendemonstrasikan bagaimana diskursus-diskursus ini beroperasi dan apa konsekuensinya. Di akhir bab tulisan ini, saya mengeksplorasi diskursus alternatif yang mungkin lebih etis dan manusiawi dalam memahami dan mempraktikkan kesehatan mental.

Diskursus Biomedis yang Posivistik-Otoritatif: (Tidak) Universal, (Tidak) Netral, dan (Tidak) Objektif?

Memang betul kesehatan mental adalah konsep yang *enabling* atau memampukan secara diskursif. Konsep ini memampukan kita berpikir tentang pentingnya kondisi diri, bukan hanya secara jasmani tetapi juga psikologis, sosial, dan spiritual, agar dapat bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Tanpa konsep ini, sulit bagi kita mengartikulasikan pentingnya kondisi diri yang baik tersebut. Secara diskursif, apa yang tidak dapat diartikulasikan itu tidak eksis, bahkan tidak “ada”. Konsep kesehatan mental pada remaja, misalnya, memungkinkan pendidik masa kini menaruh perhatian pada pentingnya remaja bahagia dengan hidupnya - sama pentingnya dengan kesehatan jasmani - bukan hanya terus-menerus memberikan tuntutan belajar/berprestasi. Dalam hal ini, konsep kesehatan mental membawa dampak yang memanusaiakan.

Namun ada konsekuensi lain yang perlu kita telaah lebih mendalam, seperti bagaimana mengartikulasikan “sehat mental” tidak bisa dilakukan tanpa mengandaikan kondisi sebaliknya, yaitu “gangguan mental”. Apa itu sehat secara intuitif didefinisikan dalam hubungan terbalik dengan kondisi sakit. Secara

historis, konsep kesehatan mental memang bermula dari studi-studi gangguan mental, hanya saja sekarang lebih bernada positif, memfokuskan diri ke bagaimana caranya sehat dan produktif, bukan hanya ketiadaan penyakit/gangguan. Namun demikian, tetap saja perhatian pada ketiadaan gangguan seperti depresi, kecemasan, dan bunuh diri masih cenderung mendominasi percakapan akademis maupun publik tentang kesehatan mental masa kini.

Permasalahannya, definisi, spesifikasi, dan kategorisasi tentang apa itu gangguan mental sering kali problematik, karena gangguan mental memiliki dinamika onto-epistemologis yang berbeda dengan penyakit fisik secara umum, baik dalam proses konseptualisasi, diagnostik, maupun penanganannya (Seidmann & Di Iorio, 2015). Akar permasalahannya ada pada tradisi biomedis dimana konsep kesehatan mental lahir dan dibesarkan, terutama landasan paradigma positivisme yang menawarkan objektivitas, universalitas, dan netralitas, serta mendikotomi ahli vs pasien. Ilmu-ilmu medis pada umumnya menggunakan asumsi-asumsi ilmu pasti/alam/eksakta, misalnya bahwa hakikat realitas itu mekanistik, terpola, dapat diukur, dan dikuantifikasi; bahwa pengetahuan itu eksis di luar persepsi si pengetahu sehingga dapat diperoleh secara objektif; dan bahwa nalar sehari-hari (*common sense*) sifatnya inferior dibandingkan temuan ilmiah, misalnya bahwa bumi lah yang mengelilingi matahari sekalipun mata kita melihat sebaliknya. Semua asumsi itu tidak terlalu menjadi masalah ketika diterapkan pada kesehatan fisik; tapi pada konteks kesehatan mental, ceritanya menjadi berbeda.

Satu perbedaan paling mengkhawatirkan adalah evolusi pedoman diagnostik gangguan mental seperti DSM dan ICD sebagai “kitab suci” yang dianggap “objektif” dan menentukan nasib seorang pasien. Pedoman diagnostik ini didasarkan pada pemisahan antara apa yang normal dan abnormal; logikanya, seperti tubuh yang tidak berfungsi normal, maka muncullah kondisi sakit. Sayangnya, logika positivistik di sini tidak mampu mendekati fenomena sosial secara akurat: apa yang normal dan abnormal secara mental jauh lebih rumit dan carut marut. Jika menengok sejarah sejenak, kita dengan mudah dapat menemukan bukti-bukti bahwa gangguan mental bukanlah hal yang objektif, netral, dan universal (Beck & Glazier, 2019). Banyak hal yang dulu dianggap

gangguan mental namun sekarang tidak lagi. Sebaliknya, sekarang banyak tipe gangguan mental baru yang dulunya tidak ada. Drapetomania, misalnya, atau sering disebut sebagai “sindrom budak yang melarikan diri”, dulu adalah jenis gangguan mental. Para budak yang mencari kebebasan di-patologisasi sebagai terganggu mentalnya sehingga perlu disembuhkan. Contoh gangguan mental lain yang sudah dihapus adalah histeria. Sebagai bagian dari kontrol patriarkal terhadap perempuan, histeria mempatologisasi emosi-emosi yang saat ini kita anggap normal-normal saja. Di DSM-II, orientasi seksual sesama jenis digolongkan sebagai gangguan mental, sementara sekarang merupakan hak asasi yang perlu dilindungi. Identitas sebagai waria dan priyawan adalah gangguan mental di DSM-IV, namun di edisi selanjutnya hanya disforianya yang dinyatakan sebagai gangguan, bukan identitasnya. Walau beberapa gangguan mental ini sudah dihapuskan, di sisi lain penambahan jenis gangguan mental baru meningkat tajam setiap kali edisi DSM keluar, misalnya gangguan komunikasi sosial, gangguan penimbunan (*hoarding*), gangguan penggunaan kafein, gangguan *skin-picking*, dan lain-lain. Lalu bagaimana tanggung jawab etisnya jika sebuah label diagnostik (yang bisa jadi punya kekuatan stigmatif untuk mengakhiri karier, pernikahan, dan hak legal seseorang) ternyata dihapus di edisi DSM atau ICD selanjutnya?

Jika ditelusuri lebih ke belakang lagi, ahli-ahli sejarah sudah mendemonstrasikan bagaimana perlakuan terhadap mereka yang disebut “gila” berubah-ubah sepanjang zaman, dan selalu terkait dengan agenda rezim kekuasaan/ideologi yang dominan (Foucault, 1988). Ada sebuah masa ketika si “gila” disebut kerasukan setan, dan obatnya adalah eksorsisme. Dalam diskursus religius yang dominan, kegilaan dimaknai melalui lensa spiritual. Ada kalanya momen kekambuhan si “gila” dianggap sebagai jendela menuju Sang Ilahi, seperti di masa *Renaissance* di abad pertengahan Eropa. Ketika rezim rasionalitas Barat mulai dominan di pertengahan abad 17, si “gila” disingkirkan dari masyarakat, disatukan dengan para “pelacur” dan “penista agama” (disebut *the Great Confinement*), dan diobati ketidakrasionalannya dengan beragam penghukuman agar mereka kembali ke jalan moral yang benar. Penguasa-penguasa di zaman itu senang-senang saja dengan cara efektif menyingkirkan

mereka-mereka yang tidak disukai di masyarakat seperti itu. Di akhir abad 18, barulah rezim sains empiris melahirkan rumah sakit-rumah sakit jiwa dimana si “gila” diobati oleh dokter-dokter medis, termasuk dengan cara lobotomi, yaitu melubangi tengkorak dengan bor. Saat ini lobotomi seperti itu tentu sudah tidak dipraktikkan lagi. Singkatnya, banyak hal tidak etis telah dilakukan pada mereka yang dilabel “gila” sepanjang sejarah dan lintas konteks budaya. Jangan-jangan, cara yang sekarang ini diyakini etis (berdasarkan ilmu yang objektif, netral, universal) bisa jadi dianggap tidak etis di masa depan. Mungkin, rezim kepastian ilmiah – dengan asumsi objektivitas, netralitas, dan universalitasnya – adalah hal utama yang harus diwaspadai dalam kajian kesehatan mental abad 21 ini.

Hal lain yang mengkhawatirkan sebagai konsekuensi dari diskursus biomedis adalah posisi otoritatif yang dilekatkan pada ilmu dan praktisi kesehatan mental. Studi eksperimental klasik Rosenhan (1973) adalah contoh paling jelas. Sayangnya, studi ini jarang diajarkan di kurikulum psikologi Indonesia. Eksperimennya sederhana, Rosenhan dan tujuh volunteer lain yang sepenuhnya sehat mental datang sendirian ke rumah sakit jiwa dan berpura-pura menceritakan bahwa mereka mengalami episode halusinasi auditori (seperti yang dialami Joni teman lama saya). Rumah sakit jiwa yang didatangi beragam, baik di kota besar maupun kecil, negeri maupun swasta, dengan fasilitas lengkap maupun terbatas, di seluruh Amerika Serikat. Begitu diterima sebagai pasien inap, mereka mengaku simtom hilang sama sekali dan berperilaku sepenuhnya normal. Hasil eksperimen menunjukkan bahwa tidak ada satu pun petugas yang mampu mendeteksi mereka sebagai pasien palsu. Analisis terhadap catatan harian petugas menunjukkan bahwa label diagnostik skizofrenik membentuk/memengaruhi persepsi petugas tentang perilaku pasien. Perilaku sehari-hari seperti mengomel dan marah dengan cepat dipersepsikan sebagai patologis. *Setting* rumah sakit dan beban kerja petugas yang tinggi juga membuat petugas tidak banyak berinteraksi secara humanis dengan pasien, sekalipun pasien mencoba menginisiasinya. Apa pun yang dikatakan pasien tidak dipercaya sepenuhnya. Rosenhan dan tujuh volunteer lain merasakan dua hal utama selama tinggal di sana: ketidakberdayaan dan dehumanisasi. Ia menyimpulkan (1973, hlm. 397)

...we have known for a long time that diagnoses are often not useful

or reliable, but we have nevertheless continued to use them. We now know that we cannot distinguish insanity from sanity. It is depressing to consider how that information will be used.

(... kita [praktisi kesehatan mental] sudah lama tahu bahwa diagnosis seringkali tidak berguna atau tidak reliabel, tapi kita terus memakainya. Kita tahu sekarang bahwa kita tidak bisa memisahkan kegilaan dan kewarasan. Adalah hal yang sangat menakutkan jika memikirkan bagaimana informasi tersebut akan digunakan.)

Di satu sisi, eksperimen Rosenhan telah mendorong reformasi de-institusionalisasi psikiatri, yang juga telah dan terus terjadi dengan baik di Indonesia. Namun di sisi lain, Rosenhan menunjukkan problem yang lebih mendasar, yaitu ketimpangan kekuasaan antara pasien yang tak berdaya dan praktisi kesehatan mental yang otoritatif akibat hakikat biomedis ilmu-ilmu psi yang berlandaskan paradigma positivisme, atau yang oleh Foucault (1975) disebut “*the medical gaze*”. Ketimpangan inilah yang masih sulit tergoyahkan hingga sekarang. Rosenhan mengingatkan bahwa praktik-praktik tak manusiawi yang ia alami tidak seyogianya dituduhkan ke petugas secara individu. Nyatanya, banyak di antara mereka adalah individu yang tulus, baik hati, dan cerdas. Seluruh bangunan onto-epistemo-metodo-etis dari ilmu-ilmu psi lah yang membuka ruang bahkan menciptakan praktik-praktik tak manusiawi tersebut; dan itulah yang perlu dipertanyakan secara kritis. Kabar buruknya lagi, diskursus biomedis positivistik-otoritatif di balik konsep dan praktik kesehatan mental ini tidak hadir di ruang hampa, tapi dalam arena percaturan politik-ekonomi global yang rumit, tidak setara, dan diwarnai warisan kolonial – dan ini adalah diskursus kedua yang akan saya bahas berikutnya.

Diskursus Kolonialisme Barat: Imperialisme Biomedis, Penjajahan Akal Budi?

Dalam berkarier sebagai peneliti psikologi di Indonesia, saya acapkali frustrasi dengan kuatnya orientasi pragmatis ilmu dan penelitian psikologi Indonesia, baik pada tataran kebijakan nasional, keinginan penyandang dana

riset, sarana publikasi yang tersedia, hingga percakapan sehari-hari dengan kolega. Analisis kritis-konseptual yang saya pakai sering tidak *nyambung* dengan terminologi aplikatif seperti implementasi teknologi, inovasi, persaingan global, dan dampak langsung bagi masyarakat. Bagi Claudia Derichs (2017), seorang profesor Jerman, hal ini adalah ketidakadilan yang tidak mengejutkan karena diskursus kolonial masih dominan dalam produksi pengetahuan ilmiah global, dalam arti bahwa ilmu dikembangkan di Barat lalu diuji/diterapkan di negara-negara berkembang.

Bidang kesehatan mental pun tak terkecualikan. Ada ketimpangan yang terlalu nyata untuk diabaikan: peneliti-peneliti Indonesia tidak memiliki kapasitas dan kesempatan yang sama untuk mendefinisikan gangguan/sehat mental dibandingkan peneliti-peneliti Barat. Kita adalah pengguna, atau lebih tepatnya, kita adalah objek terapan dari konsep asing yang diciptakan tanpa mempertimbangkan kontekstualitas pengalaman kita. Di bagian ini saya akan mencoba menguraikan lebih detail bagaimana diskursus kolonialisme Barat beroperasi di balik ilmu dan praktik kesehatan mental di Indonesia, termasuk untuk kepentingan siapa dan apa konsekuensinya.

Secara historis, praktik kesehatan mental di berbagai negara berkembang saat ini memang adalah warisan pemerintahan kolonial. Beberapa rumah sakit jiwa besar di Indonesia seperti di Bogor, Lawang, Solo, dan Magelang, misalnya, didirikan oleh penjajah Belanda di akhir abad 19/awal abad 20. Bukan berarti semua yang diinisiasi oleh penjajah atau berasal dari Barat serta merta buruk. Saya tidak sedang mendemonisasi asing dengan nada chauvinistik ala kampanye politik elektoral. Saya hanya mengajak kita mencermati logika-logika kolonial yang secara halus dan terselubung telah menginfiltrasi cara berpikir dan praktik kesehatan mental masa kini, serta mengevaluasi apakah dampaknya bersifat memanusiakan dan berkeadilan, atau tidak.

World Health Organization (WHO) dan organisasi-organisasi global lain seperti *Movement for Global Mental Health* (MGMH) telah menyerukan perlunya “*scaling up*” atau memperbesar skala jangkauan layanan kesehatan mental di dunia, terutama di negara-negara berkembang. Seruan ini sering disertai statistik yang mencengangkan tentang estimasi buruknya kondisi kesehatan

mental global, misalnya “450 juta orang di seluruh dunia menderita setidaknya satu gangguan mental di dalam hidupnya” (WHO, 2001, h. 6), dan minimnya ketersediaan layanan kesehatan mental, seperti “(di negara berkembang) 76-85% orang dengan gangguan jiwa berat tidak mendapatkan penanganan” (WHO, dikutip dari undangan penulisan buku ini). Retorika senada – yaitu, tingginya kasus dan rendahnya layanan kesehatan mental – juga sering dipakai di Indonesia, seperti di tulisan undangan penulisan buku ini (bagian “Dasar Pemikiran”). Seruan-seruan ini umumnya tidak dipandang mencurigakan, karena tidak terasa ada kepentingan pihak-pihak tertentu. Namun, jika kita memikirkan seruan-seruan ini secara kritis dan menempatkannya dalam perspektif sosial-politik-ekonomi percaturan dunia saat ini, kita akan dapat melihat pertarungan wacana, imperialisme ideologis, warisan kolonial, kapitalisme global, dan marketisasi industri ilmu-ilmu psi di balik *scaling up* gerakan kesehatan mental global (Beck & Glazier, 2019). Sebelum mendiskusikan kapitalisme global di bagian selanjutnya, terlebih dulu saya akan berfokus ke kritik pasca-kolonial.

Salah satu tulisan paling berpengaruh di bidang ini adalah buku *Decolonizing Global Mental Health* karya peneliti Oxford, China Mills (2014), yang membongkar rezim cara pikir kolonial yang bercokol dalam gerakan kesehatan mental global. Ia memulai bukunya dengan narasi Meesha (samaran), seorang perempuan terdiagnosis skizofrenik di India selatan yang tinggal di unit perawatan milik sebuah LSM kesehatan mental. Berbicara dalam bahasa Tamil, Meesha menceritakan tentang ibunya yang – sama seperti dia – mendengar suar-suara (seperti Joni teman lama saya). Ia mengakui ibunya sebagai “*psychiatric patient*”, dalam bahasa Inggris. Selama percakapan, hanya dua kata ini sajalah yang ia katakan dalam bahasa Inggris. Ketika ditanya apakah ia sendiri adalah pasien psikiatris, Meesha menjawab tidak, karena rambutnya tersisir rapi, tidak awut-awutan. Ketika ditanya mengapa Meesha meminum obat yang diberikan jika tidak merasa pasien psikiatris, ia menjawab: “*to be cured of this place*”/supaya sembuh (dan boleh pulang) dari tempat ini.

Bagi Mills yang menyaksikan dengan mata kepala sendiri, adegan ini memberikan kesan yang sangat kolonial setidaknya melalui dua mekanisme. Pertama, cara pikir diagnostik yang asing (terlihat dari istilah bahasa Inggris yang

dipakai, mungkin karena tidak ada padanan lokalnya), yang Mills sebut dengan “*diagnostic creep*” atau rayapan diagnostik. Bersama dengan datangnya ilmu, praktik, dan dana bantuan kesehatan mental, mekanisme klasifikasi psikiatris Barat merayapi kesadaran masyarakat lokal. Mereka dibuat berpikir tentang diri dan pengalamannya menggunakan kerangka pikir asing yang diposisikan superior dibandingkan pengetahuan lokal. Dikemas sebagai “edukasi tentang kesehatan mental”, psikiatrisasi dan psikologisasi dianggap proses mulia untuk mencerdaskan dan menyejahterakan masyarakat yang dianggap “tertinggal”, padahal pendekatannya malah melanggengkan penjajahan akal budi (*colonisation of the mind*). Contoh lain adalah istilah *anxiety* yang tidak ditemukan dalam kosakata sehari-hari masyarakat berbahasa Arab seperti di Mesir (Beck & Glazier, 2019). Demikian juga istilah *depression* yang diterjemahkan langsung sebagai depresi dalam bahasa Indonesia karena tidak ada padanan lokalnya. Jika bahasa memang menciptakan (persepsi tentang) realitas seperti yang diteorikan filsafat pascamodern, maka istilah-istilah buatan peneliti asing yang tidak pernah memahami dan bahkan tidak mau mencoba memahami kompleksnya cara berpikir lokal ini adalah cara arogan untuk mengkolonisasi masyarakat lokal dengan dalih peningkatan kesehatan mental.

Nuansa kolonial kedua yang disoroti Mills adalah intervensi psikiatris – yang bersifat pengasingan, individual, dan dipaksakan – yang diterapkan dalam konteks ketimpangan kekuasaan antara si pemberi dan penerima intervensi. Meesha dicerabut dari rumah, keluarga, dan kampungnya – urat nadi kehidupan masyarakat kolektif – dan diinapkan di unit perawatan. Meesha merujuk unit tersebut sebagai “penyakit” itu sendiri, dan ia ingin segera pulang sehingga ia *manut* atau patuh saja disuruh minum obat. Praktisi kesehatan mental menempatkan sumber masalah di dalam diri Meesha, tepatnya, pada ketidakseimbangan biokimia otaknya, sehingga solusinya adalah obat. Meesha menempatkan sumber masalah di luar dirinya: pada unit perawatan, obat, diagnosis, intervensi, dan pendekatan ilmu-ilmu psi yang tidak menghargai cara pikirnya. Namun, Meesha tentu tidak didengarkan, toh dia “gila”. Memang benar bahwa deinstitutionalisasi sudah dan sedang dihapuskan dari praktik psikiatris global, namun penggantinya tidak kalah menakutkan, yaitu pemenjaraan kimiawi, persis seperti pengalaman

Rony teman kerja paruh waktu saya. Bukan hanya di luar negeri, di Indonesia pun tidak sulit menemukan narasi-narasi klien konseling yang depresi, dirujuk ke psikiater dan berujung mengonsumsi anti-depresan. Cerita seorang kawan lain, dia menjadi depresi karena menghadapi tuntutan performa kerja yang tidak masuk akal dengan gaji kecil, sementara orang tuanya sakit dan membutuhkan perawatan dengan biaya yang sangat besar. Oleh kaum kapitalis opresif, depresi dipandang semata sebagai gejala ketidakseimbangan biokimiawi, sementara minimnya perlindungan buruh dan panjangnya antrian sistem layanan kesehatan publik yang sangat mungkin menyebabkan depresi, sama sekali tidak disentuh.

Praktik kesehatan mental semacam ini tak pelak membangkitkan ingatan akan pengalaman kolonial, yaitu peminggiran terhadap kebijaksanaan dan cara berpikir lokal. Mirip seperti penjajah yang datang membawa misi agama monotheistik lalu mendemonisasi spiritualitas lokal, ilmu dan praktik kesehatan mental impor ini mempopulerkan *global norm* atau standar universal agar kesehatan mental dapat diukur, dikuantifikasi, dan dibandingkan secara lintas negara. Kehadiran “rezim kebenaran tunggal” ini mengakibatkan terpinggirkannya keragaman cara dalam memahami diri. Bukan berarti segala sesuatu yang indigenus pasti lebih manusiawi, namun setidaknya dialog dan pengakuan akan adanya “kebenaran-kebenaran lain” akan memunculkan fertilisasi silang yang lebih berkeadilan daripada imperialisme biomedis belaka. UU Kesehatan Jiwa tahun 2014, misalnya, memang mengakui keberadaan pendekatan kesehatan mental alternatif, namun semua harus “dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya” dan harus “dibina dan diawasi oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah”(Pasal 23). Secara tidak langsung, UU ini memosisikan ilmu-ilmu psi Barat modern sebagai satu-satunya yang terpercaya, berbasis bukti ilmiah, dan dapat dipertanggungjawabkan. Jangan-jangan, UU negara kita sendiri tanpa disadari telah membeo dan melegitimasi kolonialisme terselubung? Pertanyaan lain yang perlu diajukan adalah, siapa yang diuntungkan oleh psikologisasi dan psikiatrisasi masyarakat global ini? Tak bisa dipungkiri, ilmu-ilmu psi telah menjadi industri global bernilai miliaran dolar dan berusaha terus mempertahankan profitnya. Saya akan membahasnya dalam diskursus ketiga berikut ini.

Diskursus Kapitalisme Neoliberal: Marketisasi Industri Kesehatan Mental?

...sebagai upaya menanggapi program Presiden Joko Widodo periode kedua tentang SDM Unggul, para narasumber sepakat bahwa kesehatan fisik maupun jiwa merupakan prasyarat utama untuk menghasilkan manusia-manusia unggul Indonesia. (Diskusi DPR RI dan Harvard Club Indonesia, 10 September 2019, dikutip dari undangan penulisan buku ini)

Istilah “sumber daya manusia” menempatkan manusia sebagai sumber daya. Sang manusia – dengan segala esensi kemanusiaannya – dipandang sebagai “sumber daya” untuk mencapai sesuatu yang lain, umumnya, tujuan-tujuan kapitalistik. Oleh karena itu manusia perlu dikelola dan kesejahteraannya (termasuk kesehatan fisik dan mentalnya) harus dijaga, supaya ia dapat berkontribusi untuk tujuan-tujuan yang lebih “besar” tersebut. Dengan kata lain, kebahagiaan, kesejahteraan, dan memanusiakan manusia sesungguhnya hanyalah “jalan” atau “cara” agar “sumber daya” ini dapat dimaksimalkan produktivitasnya. Apakah ini manusiawi? Jangan-jangan, istilah sumber daya manusia sejatinya mengandaikan ke-tidak-manusiawi-an, karena secara implisit memosisikan manusia semata-mata sebagai objek kapitalisme.

Diskursus ketiga yang dibahas di bab ini adalah diskursus kapitalisme neoliberal yang juga beroperasi di balik konsep kesehatan mental. Kapitalisme telah bertransformasi sejak kelahirannya di abad 16 hingga saat ini, dan kini ciri utamanya adalah penetrasi ideologi pasar bebas di konteks dunia yang semakin terhubung. Bukan hanya sistem ekonomi, kapitalisme menjadi ideologi sosial-politik yang menginfiltrasi seluruh aspek kehidupan, dari desain tata ruang kota, pilihan jurusan yang tersedia di universitas, hingga ke tataran psikologis seperti lumrahnya promosi diri via media sosial. Inilah yang disebut neoliberalisme, yaitu meresapnya agenda transformasi pasar bebas dalam setiap kapiler kehidupan manusia.

Bidang kesehatan mental pun tidak luput dari agenda kapitalistik neoliberal ini. Yang paling banyak disoroti tentu adalah perusahaan-perusahaan farmasi yang meraih profit menggunung seiring merebaknya diagnosis psikiatris

(Healy & Thase, 2003; Sharfstein, 2008). Sudah ditemukan bukti-bukti terpercaya yang menunjukkan relasi saling menguntungkan antara perusahaan-perusahaan farmasi dengan para psikiater, mulai dari psikiater akar-rumput yang menulis resep hingga psikiater elit yang menentukan revisi DSM (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan, & Schneider, 2006). Pertimbangan-pertimbangan komersial seringkali mendominasi riset dan marketisasi obat-obat psikotropika ini (Moncrieff, Hopker, & Thomas, 2005). Celah-celah metodologis pun dimaksimalkan agar uji klinis obat-obat psikiatris baru dapat cepat lolos dengan hasil positif (Perlis, et al., 2005). Seperti pengalaman Rony teman kerja paruh waktu saya, di banyak negara Barat obat-obatan psikiatris ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah. Artinya, profit perusahaan-perusahaan farmasi ini berasal dari uang rakyat/pajak. Padahal, mulai ada bukti-bukti kuat bahwa obat-obatan psikotropika tidak menunjukkan efektivitas seperti yang diklaim oleh para penjualnya (Mills, 2014). Bahkan sudah mulai ada profesor-profesor psikiatri kelas dunia yang berbicara lugas menentang penggunaan obat psikiatris berlebihan. Debat Peter Gøtzsche melawan Alan Young dan John Crace (2015) yang dimuat dalam the *British Medical Journal*, misalnya, menunjukkan bahwa kedua kubu memiliki bukti-bukti ilmiah kuat untuk mendukung argumennya. Pihak yang menolak, Peter Gøtzsche, menyimpulkan (h. 2):

Given their lack of benefit, I estimate we could stop almost all psychotropic drugs without causing harm—by dropping all antidepressants, ADHD drugs, and dementia drugs ... and using only a fraction of the antipsychotics and benzodiazepines we currently use. This would lead to healthier and more long lived populations. Because psychotropic drugs are immensely harmful when used long term.

(Mempertimbangkan manfaatnya yang rendah, saya memperkirakan kita bisa menghentikan hampir semua obat psikotropika tanpa menyebabkan bahaya – menghapus semua anti-depresan, obat ADHD, dan obat demensia ... dan menggunakan hanya sebagian kecil obat antipsikotik dan benzodiazepines yang sekarang sudah kita gunakan. Ini akan membuat populasi lebih

sehat dan hidup lebih lama. Karena obat-obatan psikotropika sangat berbahaya jika digunakan untuk jangka panjang.)

Berefleksi pada pengalaman saya bekerja dua tahun di panti untuk orang dengan gangguan jiwa, saya pun cenderung mendukung usulan Gøtzsche. Saya melihat sendiri bagaimana efek samping obat-obatan psikotropika pada klien. Saya bercakap-cakap panjang lebar dengan orang tua para klien yang pusing tujuh keliling karena hakikat efek obat yang tidak pernah pasti dan berubah-ubah sekalipun ditangani oleh psikiater berpengalaman. Kisah tentang strategi *marketing* unik para *detailer* yang memasarkan obatnya ke psikiater bahkan sudah dianggap basi saking lumrahnya. Kesan yang terasa makin menguat di sini adalah bahwa kesehatan mental merupakan sebuah komoditas. Bukan berarti saya menyarankan penghapusan obat sama sekali. Saya mengadvokasi penggunaan yang bijak dan berfokus pada kesejahteraan jangka panjang, bukan hasrat kapitalistik maupun ketakutan terhadap audit jangka pendek.

Industri biomedis kesehatan mental tidak hanya mencakup obat psikotropika belaka. Layanan terapi, jasa konseling, pengetesan psikologis, seminar-seminar tentang kesehatan mental, aplikasi konseling kesehatan mental berbasis telepon genggam, hingga sertifikasi keterampilan psikoterapi bertarif mahal seperti hipnoterapi adalah ladang basah yang kerap dilirik para praktisi kesehatan mental bermental pengusaha, baik yang berlatarbelakang psikologi/psikiatri maupun bukan. Tidak hanya di ranah swasta, di ranah publik pun UU Kesehatan Jiwa tahun 2014 telah menuntut pemerintah untuk menyediakan layanan kesehatan jiwa di puskesmas, klinik pratama, rumah sakit umum, rumah perawatan (Pasal 48-49), bahkan setiap kabupaten/kota “wajib mendirikan fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat” (Pasal 58) yang meliputi “praktik psikolog, praktik pekerja sosial, panti sosial, pusat kesejahteraan sosial, pusat rehabilitasi sosial, rumah perlindungan sosial, pesantren/institusi berbasis keagamaan, rumah singgah, dan lembaga kesejahteraan sosial” (Pasal 55). Mengingat kondisi saat ini yang masih jauh dari memenuhi tuntutan undang-undang tersebut, Pemerintah berkewajiban melakukan “percepatan pengadaan sumber daya manusia di

bidang Kesehatan Jiwa” (Pasal 40). Artinya, akan ada lowongan pekerjaan yang berlimpah bagi lulusan ilmu-ilmu psi di Indonesia sesuai tuntutan undang-undang dan mereka akan digaji dengan anggaran negara. Tidak dapat dipungkiri bahwa ada perputaran uang yang tidak sedikit dalam industri ilmu-ilmu psi ini selain obat-obatan psikotropika, baik di sektor swasta maupun publik. Ketika sandang pangan sejumlah besar pekerja kesehatan mental dipertaruhkan, tidak mengejutkan jika kritik ilmiah mengenai efektivitas pendekatan biomedis kesehatan jiwa akan direspon secara defensif bahkan mungkin dengan emosional.

Psikologisasi dan psikiatrisasi masyarakat juga disukai pemerintah neoliberal yang cenderung mengindividualisasi dan me-responsibilisasi masyarakat melalui mekanisme pasar, sehingga dapat mengalihkan perhatian dari masalah-masalah struktural yang lebih mendasar di balik problem-problem kesehatan mental seperti kemiskinan, rasisme, ketidakadilan gender, dan sistem kesehatan publik yang terus menerus defisit. Sebagai contoh, insiden-insiden awal brutalitas polisi Amerika Serikat terhadap warga kulit hitam di tahun 2016 (yang kemudian mencetuskan gerakan *Black Lives Matter*) semula direspon dengan menyalahkan oknum pelaku sebagai terganggu mentalnya, yaitu dengan menyoroti catatan sejarah kesehatan mental pribadinya. Institusi kepolisian Amerika saat itu menolak mengakui diskursus rasialis di balik insiden-insiden brutalitas anggotanya. Tentu mereka tidak dapat lagi mengelak seiring terlalu banyaknya insiden serupa. Psikologisasi dan psikiatrisasi menjadi “obat” yang lebih murah dan instan untuk memamerkan tanggung jawab pemerintah neoliberal merawat masyarakat, tanpa melakukan perubahan ideologis dan struktural secara mendasar. Contoh lain dari mahasiswa bimbingan saya yang bekerja di layanan konseling gratis pemerintah kota, misalnya, menunjukkan bagaimana teori-teori psikologi seperti pola asuh demokratis yang sering diagung-agungkan sebenarnya tidak relevan dengan kondisi keluarga miskin yang ayah-ibunya harus bekerja *shift*. Melakukan percakapan dialogis-demokratis dengan anak membutuhkan waktu, tenaga, dan kejernihan pikiran, yang seringkali tidak dimungkinkan setelah bekerja 14 jam sehari dan *diomeli* oleh atasan yang semena-mena. Konsep kesehatan mental mungkin merupakan kemewahan bagi kelas sosial tertentu, namun tidak cocok diterapkan begitu saja pada kelas sosial yang lain. Saya makin khawatir, jangan-

jangan psikologi adalah ilmu yang diciptakan dari, oleh, dan untuk masyarakat kelas menengah-atas.

Penutup: Adakah Alternatif di Luar Ilmu-ilmu Psi Arus Utama?

Saya telah membongkar setidaknya tiga diskursus dominan di balik konsep kesehatan mental, yaitu diskursus biomedis yang positivistik-otoritatif, diskursus kolonial Barat, dan diskursus kapitalisme neoliberal. Saya telah menunjukkan bukti-bukti beroperasinya ketiga diskursus ini beserta dampak-dampaknya. Pertanyaan penting di akhir bab ini adalah bagaimana cara kita *move on* dari ilmu-ilmu psi arus utama? Alternatif apa yang kita miliki jika ingin mengonseptualisasi dan mempraktikkan kesehatan mental yang tidak positivistik, tidak kolonial, dan tidak neoliberal? Untungnya, saya bukan orang pertama di dunia yang menanyakan hal ini. Sepanjang sejarah dan lintas budaya, sudah ada banyak usaha-usaha ke arah ini, hanya saja tidak banyak terdengar di ranah ilmu-ilmu psi arus utama.

Sekitar tahun 1960-70-an di negara-negara Barat ketika perjuangan hak-hak sipil menjadi roh zaman itu, sudah muncul gerakan-gerakan alternatif yang menyebut dirinya sebagai “anti-psikiatri”, “psikiatri radikal”, atau “psikiatri kritis” (Bracken & Thomas, 2010; Richert, 2013). Kelompok-kelompok ini menolak psikiatri dan psikologi klinis secara mendasar dan mencoba merekonseptualisasi kesehatan mental secara radikal. Namun gerakan-gerakan ini memang selalu marginal, tidak pernah menjadi arus utama. Di era masa kini, gerakan-gerakan ini bermanifestasi dalam lembaga *mental health watchdog* seperti *Citizens Commission on Human Rights* (www.cchr.org). Laman organisasi mereka menyediakan artikel dan dokumenter mengkritik psikiatri arus utama dan menghubungkan dengan penyedia-penyedia terapi alternatif. Beberapa contohnya adalah www.moshersoteria.com, www.blockcenter.com, www.ablechild.org, www.mindfreedom.org, dan *Institute for Progressive Medicine* (www.iprogressivemed.com). Ada pula komunitas penyintas psikiatrik yang membuat *support group* daring seperti www.hearing-voices.org untuk orang yang mendengar suara-suara, dan www.open-dialogue.net yang berasal dari sebuah

kota di Finlandia. Ada pula penulis-penulis buku yang menawarkan alternatif seperti *ecotherapy*, yang menghubungkan masalah kesehatan mental dengan keterpisahan masyarakat urban dari alam. Mungkin, depresi adalah eksekusi psikis dari kapitalisme yang memutuskan relasi fisik dan spiritual kita dengan alam, atas nama tuntutan kerja dan gaya hidup konsumeris?

Dalam konteks Indonesia, studi menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif pada psikolog klinis di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan cukup tahu, memiliki sikap cenderung positif, dan pernah secara pribadi menggunakan pengobatan tradisional, alternatif, dan komplementer, misalnya akupunktur, terapi aromatik, terapi energi, herbal, pijat, meditasi, yoga, hingga spiritual-keagamaan. Namun mereka berhati-hati menggunakannya dalam praktik profesional sebagai psikolog, ataupun merujuk kliennya ke praktisi pengobatan/metode tersebut karena beragam tantangan yang mereka hadapi sebagai tenaga kesehatan (Liem, 2020a; 2020b). Data ini adalah modal awal yang berharga jika kita ingin menelusuri potensi alternatif intervensi kesehatan mental dari konteks Indonesia.

Saran praktis yang dapat ditawarkan bagi pembuat kebijakan di bidang kesehatan mental adalah sebagai berikut:

1. Melakukan upaya-upaya membangun kesadaran masyarakat agar kritis terhadap otoritas biomedis terutama dalam konteks kesehatan mental, misalnya melalui diskursus hak-hak pasien/klien, sistem audit yang berfokus pada hak-hak klien, maupun edukasi penyadaran kritis publik.
2. Mendiversifikasi pendekatan terhadap kesehatan mental, misalnya dengan cara:
 - a. Memberikan dana untuk peneliti-peneliti bermutu yang secara kredibel menguji efektivitas terapi-terapi alternatif, tradisional, dan komplementer bagi kesehatan mental (namun tetap kritis untuk tidak menerapkan standar positivistik dalam mengukur kritik terhadap positivisme itu sendiri). Keberhasilan memadukan pengobatan modern dan tradisional di negara-negara seperti India, Korea, Jepang, dan Tiongkok dapat dijadikan rujukan,

namun tetap juga harus didekati secara kritis.

- b. Mengarusutamakan pendekatan-pendekatan kritis dan alternatif pada kurikulum pendidikan ilmu-ilmu psi, misalnya hasil-hasil penelitian dari kajian-kajian psikologi nusantara, psikologi indigenus, psikologi ulayat, dan kajian-kajian sejenis.
 - c. Mendorong praktisi kesehatan mental untuk memadupadankan secara bertanggung jawab kearifan lokal dan strategi *coping* yang telah dilakukan klien dan keluarganya dengan intervensi psikologis/psikiatrik arus utama.
 - d. Memberikan ruang legal secara lebih leluasa untuk penyedia praktik kesehatan mental alternatif, dengan tetap mengutamakan kesejahteraan klien. Hal ini dapat dilakukan misalnya dengan cara memberikan kesempatan bagi layanan praktik alternatif untuk ditanggung oleh sistem kesehatan publik (BPJS).
3. Membatasi komersialisasi layanan kesehatan mental, misalnya dengan cara:
- a. Mengurangi pola-pola enterpreneurial di bidang kesehatan mental dan menyokong pola-pola kerja sosial/model yayasan.
 - b. Menekan biaya pendidikan ilmu-ilmu psi agar lulusannya tidak berjuang “mengembalikan modal” dalam berkarya.
 - c. Mengutamakan layanan kesehatan mental sebagai upaya memanusiakan manusia, dan menomorduakan retorika kesehatan mental sebagai alat mencapai sumber daya unggul.

Sebagai penutup, perlu saya tekankan lagi bahwasaya tidak memposisikan konsep dan praktik kesehatan mental serta ilmu-ilmu psi sebagai hal yang pada dasarnya buruk. Saya hanya mengajak kita untuk tidak naif memandang ilmu-ilmu psi sebagai sepenuhnya netral, objektif, bebas dari kepentingan, dan steril dari ideologi, serta, yang lebih penting, membuka khazanah wawasan kita terhadap keragaman kemungkinan lain untuk berpikir dan mempraktikkan

kesehatan mental secara lebih etis, manusiawi, dan berkeadilan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih pada rekan saya Andrian Liem yang telah memberikan masukan berharga bagi draft bab ini.

Daftar Acuan

- Beck, T. J., & Glazier, J. W. (2019). A critical approach to abnormality. In R. K. Beshara (Ed.), *A critical introduction to psychology* (pp. 233–260). Nova Science Publishers.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2010). From Szasz to Foucault: On the role of critical psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *17*(3), 219–228.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*(3), 154–160. <https://doi.org/10.1159/000091772>
- Derichs, C. (2017). *Knowledge production, area studies, and global cooperation*. Routledge
- Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. Random House.
- Gotzsche, P. C., Young, A. H., & Crace, J. (2015). Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *British Medical Journal*, *350*, 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2435>
- Healy, D., & Thase, M. E. (2003). Is academic psychiatry for sale? *British Journal of Psychiatry*, *182*(5), 388–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.388>
- Liem, A. (2020a). *Pengobatan komplementer dan alternatif dalam psikologi klinis*. Sanata Dharma University Press.
- Liem, A. (2020b). The possibilities and challenges of integrative medicine implementation in clinical psychology: A qualitative study in Indonesia. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *20*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03019-x>.
- Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.
- Moncrieff, J., Hopker, S., & Thomas, P. (2005). Psychiatry and the pharmaceutical industry: Who pays the piper?: A perspective from the Critical Psychiatry

- Network. *Psychiatric Bulletin*, 29(3), 84–85. <https://doi.org/10.1192/pb.29.3.84>
- Perlis, R. H., Perlis, C. S., Wu, Y., Hwang, C., Joseph, M., & Nierenberg, A. A. (2005). Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1957–1960. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1957>
- Richert, L. (2014). “Therapy means political change, not peanut butter”: American radical psychiatry, 1968-1975. *Social History of Medicine*, 27(1), 104–121. <https://doi.org/10.1093/shm/hkt072>
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250–258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Seidmann, S., & Di Iorio, J. (2015). Abnormal psychology: A psychology of disorders. In I. Parker (Ed.), *Handbook of critical psychology* (pp. 88–95). Routledge.
- Sharfstein, S. S. (2008). Big pharma and American psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 265–266. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816a4380>
- Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. (2014).
- Weedon, C. (1987). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Blackwell.
- WHO (2001). *Mental health: A call for action by world health ministers*. Ministerial Round Tables, 54th World Health Assembly. Geneva. World Health Organization. <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers>
-

Teguh Wijaya Mulya. *Discursive contestation behind the concept and practice of mental health: Power, colonialism and capitalism.* This chapter problematises the depoliticised field of mental health by unearthing three dominant discourses giving rise to contemporary conceptualisations and practices of mental health. The first is the biomedical discourse which has constituted an impression of neutrality, objectivity, and universality of mental health diagnoses and interventions. This discourse positions mental health practitioners and patients in a considerably unequal power relation, which may result in a feeling of powerlessness or dehumanisation. The second is a discourse of Western colonialism, in which I argue that the *modus operandi* of the current Western-originated global mental health movements resemble the practices of colonisation of the Global South. The third is a discourse of neoliberal capitalism which has driven the rise of the billion-dollars global mental health industry, including psychotropic drugs and mental health-related labour market. At the end of the chapter I discuss some possible alternatives to the currently dominant views on and practices of mental health, and I also provide some practical recommendations for policymakers.



Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) sebagai organisasi induk bagi mahasiswa, psikolog dan ilmuwan psikologi di Indonesia terus berupaya hadir memberikan kontribusi pemikiran serta solusi bagi persoalan bangsa. Kompartemen 5 - Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa dan Kompartemen 6 - Riset dan Publikasi, adalah salah satu bagian di dalamnya yang berperan mengejawantahkan semangat tersebut melalui tulisan-tulisan di media ilmiah (Psikologi Indonesia) dan media populer (buku).

Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa merupakan terbitan berkala tematik yang berisi tulisan para psikolog, ilmuwan psikologi dan sahabat komunitas psikologi di Indonesia. Ditulis dari beragam khazanah pengetahuan dan pengalaman di dunia psikologi maupun disiplin lain yang digelutinya, disertai gagasan konkret untuk melaksanakannya. Edisi kali ini mengambil topik Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia.

Tim Editor:

- Tjipto Susana
- A. Supratiknya
- Juneman Abraham
- Rahkman Ardi

ISBN 978-623-95917-0-0

