

**MODEL PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS PARTISIPASI MASYARAKAT
UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN JIWA PADA MASYARAKAT
SETEMPAT**

*(COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY RESEARCH TO IMPROVE PRIMARY MENTAL
HEALTH SERVICES IN A LOCAL COMMUNITY)*

Abi Muhlisin*, Arum Pratiwi**

*Community nursing science, Department of Nursing Muhammadiyah University of Surakarta

**Psychiatric nursing science, Department of Nursing, Muhammadiyah University of Surakarta

ABSTRACT

Community-Based Participatory research is very important, because this study is the needs of local community that is facilitated by the researchers to bridge the gap between knowledge and practice of health and improve public health conditions through community involvement and social action. In this study, the local community has a significant mental health problem, then I trained community as mental health workers included how to take care of suffering from mental illness people in community life. The purpose of this research is to increase mental health workers (cadres) knowledge periodically through training and mental health care practices that were assisted by a team of researchers. The number of participants in the beginning of the study 30 people then selected 10 people who have the best value and the most skilled. Analysis of the level of knowledge and skills of cadres periodically used repeated measure ANOVA. The results of the study showed that (1) differences mental health worker knowledge of each period significantly by the results of tests of between-subjects effects 189.476 with a P value of .00 (2) The level of knowledge of the most effective after they were given skill training with Wilk lambda value of 248.71 by P value 0.00. Thus, it can be concluded the repetition of skills training impact to the level of knowledge of mental health workers. This program is recommended for the sustainability of the health department's involvement in funding and as a strategic conduction audience.

Keywords: *community participation, mental health workers knowledge, community mental health services.*

PENDAHULUAN

Beban global penyakit menggambarkan bahwa penyakit jiwa penyebab nomor tiga teratas, Persentase gangguan mental sekitar 12% -15% dari dunia, lebih tinggi dari penyakit jantung dan kecacatan dan dua kali lebih banyak dari kanker (WHO, 2011). Beban global penyakit menempatkan penyakit mental penyebab tiga teratas dan kehilangan produktivitas karena kelemahan mental. Peningkatan jumlah gangguan mental disebabkan oleh tingkat pemulihan yang rendah dan tingkat kekambuhan tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Muller dkk. (2009), menemukan bahwa sejumlah 380 pasien yang sembuh diperkirakan 80%

mengalami kekambuhan. Penelitian lain dilakukan oleh Melfi dkk. (2008), disebutkan bahwa sekitar satu dari empat pasien mengalami kekambuhan selama waktu kontrol, salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan adalah termasuk kepatuhan dalam minum obat.

Faktor lain yang menyebabkan kekambuhan pada penyakit jiwa adalah persepsi masyarakat terhadap gangguan mental atau stigma. Byrne (2000) mendefinisikan bahwa stigma adalah persepsi negatif dan mendiskreditkan dari lainnya. Di beberapa negara, mereka memiliki stigma terhadap penyakit mental. Yanos dkk. (2001) menyebutkan bahwa pengaruh stigma

masyarakat memiliki dampak negatif terhadap kualitas hidup penyakit mental. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Pratiwi dan Nurlaily (2010) tentang pengalaman keluarga merawat anggota keluarga yang menderita penyakit mental kronis menemukan bahwa mereka berpersepsi tentang anggota keluarga yang menderita penyakit mental tidak penting, mereka tidak dilibatkan dalam masalah keluarga, mereka dikurung dan dirantai saat kambuh atau mengamuk. Survei dilakukan di Jerman oleh Angermeyer dan Matschinger (2003) yang melibatkan orang dewasa dari 5025 kewarganegaraan Jerman menemukan bahwa mereka berfikir penyakit mental berbahaya sehingga mereka menjaga jarak dengan penderita penyakit mental.

Persepsi dan perlakuan masyarakat terhadap penderita penyakit mental menyebabkan masalah kesehatan mental sulit untuk dipecahkan. Oleh karena itu, untuk mengurangi dan mencegah meningkatnya jumlah penyakit mental diperlukan dukungan keluarga dan masyarakat. Davenport (2006) melakukan penilaian bahwa rehabilitasi untuk pasien mental ini sangat penting, mereka membutuhkan dukungan keluarga dan masyarakat, menghormati sesama, berpengaruh baik yang telah penyembuhan pasien. Penelitian Young (2004) menunjukkan bahwa dirawat di rumah dengan dukungan keluarga dan masyarakat memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Berdasarkan temuan tersebut, dukungan keluarga dan masyarakat sangat penting untuk pemulihan penderita penyakit mental kronis seperti skizofrenia dan depresi berat. Untuk melibatkan keluarga dan masyarakat dalam menurunkan angka penyakit jiwa perlu dibentuk sebuah sistem, salah satu komponen adalah manajemen pengeloaan pasien di masyarakat.

Proyek percontohan ini diterapkan dan diteliti karena pasien sakit mental yang sembuh dan sudah diberikan pendidikan kesehatan dari rumah sakit mengalami kekambuhan. perawat kadang ke masyarakat hanya untuk mengingatkan pasien untuk minum obat. Primary care di PUSKESMAS tidak memiliki pedoman yang jelas dan deskripsi pekerjaan yang harus dilakukan oleh perawat pada individu, keluarga dan

masyarakat yang mempunyai masalah penyakit jiwa. Dukungan formal yang ada hanyalah menjemput mereka yang mengamuk dan yang dipasung oleh keluarga. Pasien yang kembali ke masyarakat setelah dinyatakan sembuh tidak mendapatkan dukungan dari rekan-rekan, keluarga dan lingkungan masyarakat. Orang-orang yang menderita penyakit mental kronis dianggap sebagai orang yang berbahaya dan melukai, sehingga teman-teman mereka, keluarga dan masyarakat cenderung mengisolasi, itu karena mereka tidak mengetahui apa penyakit jiwa itu dan bagaimana memperlakukan mereka. Salah satu faktor yang disebutkan di atas adalah penyebab pasien dengan gangguan mental kronis sulit untuk bekerja, malu dan akhirnya tidak produktif.

Di negara maju, bentuk pelayanan kesehatan jiwa yang sudah diaplikasikan merupakan bentuk pelayanan komprehensif yang disebut pelayanan jiwa komunitas (*community mental health care*). Bentuk pelayanan ini merupakan pusat pelayanan di masyarakat yang terdiri dari berbagai jenis pelayanan kesehatan diantaranya perawat, dokter kejiwaan, farmasi, fisioterapi, ahli gizi dan pekerja sosial terlatih. Bentuk pelayanan ini tidak bisa diterapkan di negara berkembang seperti di Indonesia khususnya di daerah pedesaan mengingat sumber daya yang masih kurang dan manajerial yang belum banyak dimengerti oleh tim.

Target bebas pasung yang dicanangkan pemerintah Indonesia tidak tercapai, justru sebaliknya, angka penderita penyakit jiwa dan jumlah penyakit jiwa yang dipasung meningkat (Kementrian kesehatan RI, 2012). Untuk menurunkan angka gangguan jiwa tersebut maka perlu dibuat sebuah proyek percontohan yang mengembangkan model pelayanan kesehatan primer pada pasien yang menderita penyakit jiwa di masyarakat dengan melibatkan masyarakat. Model yang dimaksud bisa dicapai melalui penelitian yang melibatkan masyarakat yang dikenal dengan *community-Based Participatory Research*. Proyek percontohan diterapkan dan diteliti sebagai model tentang bagaimana seharusnya peran tenaga kesehatan dalam memberdayakan, mendukung masyarakat, keluarga dan pasien dalam perawatan penyakit jiwa.

BAHAN DAN METODE

Subyek yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah masyarakat pedesaan dimana di daerah tersebut terdapat beberapa penderita gangguan jiwa. Masyarakat yang dilibatkan mempunyai kriteria dewasa (20-50 tahun), minimal pendidikan SMA dan aktif dalam kegiatan masyarakat. Mula-mula diidentifikasi sejumlah subject, dalam penelitian ini dilibatkan 30 orang, kemudian disaring sampai akhir pelatihan tersaring 15 peserta yang paling aktif mengikuti hingga akhir pelatihan. Teknik samplingnya adalah purposive, yaitu akan mengambil semua sampel yang sesuai dengan kriteria di daerah tersebut.

Penelitian ini dilakukan di desa Nguter kecamatan Sukoharjo kabupaten Sukoharjo. Tempat ini dipilih sebagai lokasi penelitian sebab mempunyai angka gangguan jiwa yang tinggi. Rata-rata terdapat 6 penderita gangguan jiwa di tiap RW di desa Nguter. Selain itu, desa Nguter ini termasuk desa yang berkarakteristik masyarakat rural yaitu tidak terdapat dokter jiwa dan perawat komunitas serta berjarak lebih dari 10 kilometer untuk menjangkau Pusat kesehatan masyarakat (PUSKESMAS).

Teknik pengumpulan data dan intervensi

Penelitian ini didahului dengan survey pada masyarakat desa Nguter sejumlah 611 orang untuk mendeteksi kelompok resiko gangguan jiwa. Survey dilakukan dengan mendata keluarga dan mengidentifikasi penyakit yang dialami keluarga. Survey ini dilakukan selama 1 bulan. Berdasarkan indentifikasi penyakit kemudian dilanjutkan pengamatan dan pemeriksaan kecenderungan adanya kecemasan dan depresi pada anggota keluarga. Deteksi dini kecemasan menggunakan kuesioner Hamilton yang dimodifikasi dan deteksi dini depresi menggunakan Beck inventory yang dimodifikasi.

Setelah didapatkan sejumlah data tentang penderita yang mengalami kecemasan dan depresi, selanjutnya berkoordinasi dengan pimpinan di structural setempat dan key person untuk dilakukan pemecahan masalah melalui keterlibatan masyarakat setempat. Berdasarkan

persetujuan bersama maka dilakukan intervensi.

Intervensi dilakukan dengan cara melatih pada 30 orang masyarakat yang memenuhi syarat. Pada tahap awal pelatihan dilakukan pretes, kemudian setelah pretes dilakukan pelatihan melalui ceramah, tanya jawab dan diskusi tentang materi mental illness, penatalaksanaanya, dan pelayanan kesehatan jiwa selama 5 hari, kemudian dilakukan postes I. Selanjutnya participant dianjurkan untuk mempraktikkan konsep yang telah didapat dengan didampingi tim peneliti. Praktik pelayanan kesehatan dilakukan dua kali, sedangkan praktik aplikasi individual dilakukan selama satu bulan pada pasien psikosis di desa tersebut. Setelah satu bulan kemudian dilakukan postest II. Sampai akhir kegiatan teridentifikasi 10 orang yang paling aktif dalam mengikuti pelatihan secara terstruktur mulai terlibat dalam pelatihan kognitif, psikomor dan praktik individual.

Teknik analisa data

Teknik analisa data yang digunakan adalah untuk mengetahui perbedaan antara tingkat pengetahuan kader kesehatan jiwa masyarakat secara periodic sebelum dan sesudah diberikan pelatihan pengetahuan dan ketrampilan dalam pelayanan dan perawatan penderita gangguan jiwa di komunitas. Uji yang dilakukan adalah uji beda tingkat pengetahuan dan efektifitas waktu setelah mempraktikkan ketrampilan. Sebelum dilakukan uji beda dan efektifitas, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *saphiro wilk*. Lalu dilakukan uji untuk membandingkan dua sampel yang saling berkaitan pada sampel pengukuran berulang yaitu uji *repeated measures anova*. Teknik analisa data ini memanfaatkan SPSS 22.

Perimbangan etik

Persetujuan partisipan (etical clearance) diperoleh dari masing-masing peserta sebelum kegiatan penelitian dimulai. Format sudah disiapkan oleh peneliti, kemudian partisipan tinggal menandatangani bila setuju untuk dilibatkan dalam penelitian.

HASIL

Sebelum dilakukan penelitian, tim peneliti melakukan survey untuk mengidentifikasi

kelompok resiko gangguan jiwa, yaitu mengidentifikasi warga yang mempunyai gangguan psikologis. Dibawah ini adalah ringkasan screening data hasil survey (tabel 1):

Tabel 1 Daftar kelompok Resiko gangguan psikologis desa Nguter kabupaten Sukoharjo tahun 2015

N o	Nama Kelompok Resiko	Rentang usia	Jumlah	%
1	Jantung dengan depresi sedang	40-60	6	0,98
2	DM dengan gangguan kecemasan sedang	30-60	24	3,92
3	Hipertensi dengan Depresi ringan	35-60	17	2,78
4	DM dengan depresi ringan	40-60	15	2,45
5	Kelompok resiko penyakit jiwa (psikotik)	25-60	11	1,80
6	Sakit jiwa (Psikotik)	25-60	12	1,96
7	Tidak teridentifikasi adanya kecemasan, depresi atau resiko tinggi psikotik. Jompo, balita, sakit lain-lain		526	86,11
	TOTAL		611	100

Dari tabel 1 diatas dapat dilihat bahwa ada 13,9% yaitu 85 orang dari 611 mempunyai resiko gangguan jiwa. Gangguan kecemasan sedang ada sejumlah 17 orang (2,78%), depresi ringan ada 32 (5,24%), depresi sedang ada 6 (0,98%), kelompok resiko penyakit jiwa (psikotik) teridentifikasi 11 orang (1,80%), psikotik pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya 12 orang (1,96%) dan sisanya belum teridentifikasi (86,1%) yang terdiri dari dewasa yang tidak mengalami kecemasan diatas sedang, depresi atau resiko psikotik, balita dan jompo.

Tabel 2 Karakteristik personal kader

karakteristik	Jumlah	%	Total
Jenis kelamin			
a. Perempuan	9	60	15
b. Laki-laki	6	40	
Umur			
a. 20-30 tahun	2	13,5	15
b. 31-40 tahun	5	33	
c. 41-50 tahun	6	40	
d. > 50 tahun	2	13,5	
Status pekerjaan			
a. Bekerja	13	86,5	15
b. Tidak bekerja	2	13,5	
Tingkat pendidikan			
a. SMP	3	20	15
b. SMA	11	73,3	
c. PT	1	6,7	

Tabel 2 diatas menunjukkan bahwa distribusi jenis kelamin kader terdiri dari 60% perempuan yaitu 9 orang dan sisanya 40% adalah laki-laki 6 orang. Rentang usia kader berkisar antara 20 sampai 52 tahun, terbanyak berusia antara 41-50 tahun yaitu 40% sebanyak 6 orang dan paling sedikit berusia antara 20 sampai 30 tahun yaitu 2 orang (13,5%). Sebagian besar kader bekerja yaitu 86,5% sebanyak 13 kader dan sisanya 2 orang (13,5%) tidak bekerja. Tingkat pendidikan kader sebanyak 11 orang (73,3%) berlatar belakang pendidikan SMA, Diploma 1 orang dan sisanya SMP (20%).

Tabel 3 distribusi frekuensi tingkat pengetahuan kader

Tingkat pengetahuan	Pretest		Posttest I		Posttest 2	
	F	%	F	%	F	%
Buruk	6	40	0	0	0	0
Sedang	8	53	7	47	6	40
Baik	1	7	8	53	9	60
Total	15	100	15	100	15	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi tingkat pengetahuan kader pada awal penelitian (*pre-test*) menunjukkan sebagian besar mempunyai nilai buruk dan sedang (53%) (86%) dan hanya ada 1 yang mempunyai nilai baik (7%). Pada *post-test* pertama (pemberian tingkat pengetahuan yang pertama), tidak ada responden yang mempunyai nilai buruk, kader memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori sedang dan baik, pada pemberian tingkat pengetahuan yang kedua sebagian besar kader yaitu 9 responden (60%) memiliki tingkat pengetahuan baik dan sisanya 6 responden (40%) tingkat pengetahuannya sedang.

Untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan kader antara pretest (sebelum diberikan ilmu pengetahuan, post tes I yaitu setelah diberikan pengetahuan dan post test II setelah praktik lapangan, maka dilakukan uji beda tingkat pengetahuan kader di tiap periode dengan analisis uji *test of between-subjects effects*. Dibawah ni adalah hasil analisis perbedaan tersebut:

Tabel 4 Hasil uji perbedaan tingkat pengetahuan kader antara pretes, postes I dan posttest II

F_{hitung}	p-value	Kesimpulan
189,476	0,000	H₀ ditolak

Berdasarkan tabel 4 diatas dapat dijelaskan bahwa ada perbedaan rata-rata pada ketiga data penelitian. Hasil uji menunjukkan nilai signifikansi (*p-value*) $0,000 < 0,05$, sehingga H₀ ditolak dan disimpulkan terdapat perbedaan rata-rata tingkat pengetahuan antara pretest, post test I dan post test II.

Didalam penelitian ini dilakukan analisis yang bermaksud untuk mengetahui efektifitas pengulangan intervensi yaitu pada tahap I diberikan penyuluhan kesehatan tentang pelayanan kesehatan jiwa dan penatalaksanaan pasien gangguan jiwa, selanjutnya tahap kedua adalah pendampingan ketrampilan dari pengetahuan tersebut. Hasil tingkat pengetahuan tersebut dianalisis berupa pengaruh pemberian tindakan pengulangan kognitive dan

psikomotor terhadap perubahan tingkat pengetahuan menggunakan uji *multivariate test*.

Tabel 5 Efektifitas metoda pengulangan intervensi terhadap tingkat pengetahuan kader

Wilks' Lamda	p-value	Kesimpulan
248,71	0,00	H₀ ditolak

Pada tabel 5 diatas dapat dilihat bahwa hasil uji Wilkks' Lamda diperoleh nilai F 248,71 dengan sig (*p-value*) 0,000. Nilai *p-value* lebih kecil dari 0,05 sehingga H₀ ditolak dan disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan kader setelah diberikan pengulangan metode pemberian pengetahuan. Nilai partial eta di tiap uji adalah sama yaitu 0,861 dimana kekuatan mendekati nilai 1, sehingga tingkat pengetahuan yang efektif adalah setelah praktik atau psikomotor.

DISKUSI

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan kader pada awal penelitian (*pre test*) menunjukkan sebagian besar responden mempunyai nilai buruk dan sedang. Kemudian setelah itu dilanjutkan *post test I* (pertama) yaitu tes tingkat pengetahuan kader setelah mendapatkan pendidikan kesehatan secara kognitif tentang cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah dan bagaimana peran kader dalam posyandu kesehatan jiwa. Hasil *post-test I* menunjukan rata-rata tingkat pengetahuan kader dalam kategori sedang dan baik. Selanjutnya pada *post-test II* (kedua) setelah mempraktikan pelayanan kesehatan dan cara perawatan pasien gangguan jiwa sebagian besar kader memiliki nilai baik.

Gambaran temuan tersebut menunjukan adanya tingkat pemahaman pengetahuan secara bertahap dan paling efektif setelah mengaplikasikan ketrampilan. Menurut Song, Bij, dan Weggeman (2005) Pengelolaan atau peningkatan pengetahuan yang efektif terdiri dari tiga tahap: generasi pengetahuan, penyebaran pengetahuan, dan aplikasi pengetahuan. Kemudian Sarin dan McDermott (2003) menjelaskan bahwa

menstransfer pengetahuan secara eksplisit atau terbuka (dalam penelitian ini dipraktikkan) akan mudah dipahami disbanding yang implisit. Selain itu, dilihat dari fakta empiris pengetahuan kader meningkat setelah mempraktikkan skill, hal ini disebabkan karena pengalaman mereka bertambah. Menurut Berends, Bij, dan Weggeman (2011) tingkat pengetahuan akan bertambah apabila seorang individu meningkatkan pengalamannya dalam pengetahuan tersebut.

Selain terkait dengan pengalaman mempraktikkan ketrampilan ada beberapa alasan yang berhubungan dengan peningkatan pengetahuan kader. (1) Latar belakang pendidikan kader. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan kader paling banyak yaitu pendidikan menengah atas. Menurut Yahya dan Goh (2002) tingkat pendidikan dan pengalaman akan berpengaruh terhadap pola pikir seorang individu dan bagaimana seorang individu mengadopsi ilmu pengetahuan; (2) Pekerjaan kader. Kader yang aktif berperan serta dalam pelatihan sampai akhir ini adalah kader yang bekerja. Tempat bekerja merupakan suatu wadah yang salah satunya bisa digunakan oleh seorang individu dalam memperoleh wacana dan pemikiran yang berkembang, disisi lain pekerjaan juga bisa mengganggu peran seorang individu pada peran yang lain sehingga menjadikan kedua tujuan tidak efektif. Mujiyono (2004) dalam penelitiannya tentang peran ganda wanita menemukan bahwa wanita yang mempunyai peran ganda ini mampu memecahkan masalah keluarga secara efektif.

Berdasarkan penjelasan diatas bisa dilihat dengan jelas bahwa proses transfer pengetahuan dan ketrampilan berhasil. Proses transfer pengetahuan dilakukan dengan cara memberikan pelatihan secara kognitif dan proses transfer ketrampilan dilakukan dengan praktik pelayanan kesehatan jiwa masyarakat. Praktik posyandu keswa ini selanjutnya dilakukan secara mandiri oleh masyarakat yang sebelumnya telah dilakukan beberapa kali dengan pendampingan. Proyek percontohan ini merupakan keberhasilan riset yang melibatkan masyarakat berdasarkan kebutuhan masyarakat. Beberapa penelitian yang dikaji oleh Kakuma, dkk (2011)

menyimpulkan bahwa keterlibatan pekerja sosial seperti mental health worker (di Indonesia kader kesehatan jiwa: KKJ) penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat setempat, dan jenis tenaga ini perlu dilatih untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan. Caplan (2013) menjelaskan pentingnya berbagai tenaga kesehatan yang terkait dengan kesehatan mental di masyarakat; Mereka akan memberikan dukungan dan memecahkan masalah dalam kehidupan masyarakat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uji statistik pelatihan dengan melibatkan praktik ketrampilan menunjukkan hasil yang efektif. Penelitian ini berhasil meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan jiwa (KKJ) sebagai tenaga social di ujung tombak, serta membentuk posyandu kesehatan jiwa masyarakat. Selain itu juga menghasilkan modul sebagai pedoman dalam pelayanan kesehatan tersebut.

Proyek seperti sebaiknya melibatkan dinas sosial dan dinas kesehatan dalam melaksanakan pelatihan terhadap petugas kesehatan sosial garis depan agar menjadi sebuah kebijakan yang bisa dikembangkan di tempat lain. Dinas kesehatan juga bisa dilibatkan sebagai peran antaran strategis yang bisa melanjutkan dan mengembangkan program ini dengan menggunakan modul dan handout yang dibuat selama masa penelitian.

Dengan demikian, khalayak sasaran strategis juga secara tidak langsung dilatih yang akibatnya mereka memiliki pemahaman yang baik tentang peran dan keterampilan kader kesehatan jiwa. Dinas kesehatan juga diharapkan memantau keberlanjutan proyek ini dan apabila memungkinkan membantu keberlanjutan jangka panjang pendanaan proyek tersebut.

REFERENSI

- Angermeyer, M.C., Matschinger, H (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder, *Journal of Psycitira Scandinavica*, 1 (8), 304-309. ISSN 0001-690X
- Berends, H., Van der Bij, H., & Weggeman, M. (2011). Knowledge Integration: Encyclopedia of knowledge management, United Kingdom, Idea Group Inc.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 281-284. doi: 10.1192/bjp.178.3.281
- Caplan, G. (Ed.). (2013). *An approach to community mental health*. Routledge.
- Davenport, C., Mathers, J., & Parry, J. (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 196-201.
- Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663.
- Kementian kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Buku Panduan hari kesehatan jiwa sedunia, The Great Push: Investing in mental Health*. Retrieved from: http://www.depkes.go.id/downloads/Buku%20Panduan%20HKJS_.pdf
- Mujiyono (2004), Peran ganda wanita dalam bimbingan keluarga, Jurnal pendidikan dan pengajaran, No 2, IKIP Negeri Singaraja.
- Pratiwi, A., & Nurlaily, F. (2010). *Pengalaman Keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di wilayah kabupaten sukoharjo*. riset kolaboratif. Jurusan keperawatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
- Sarin, S., & McDermott, C. (2003). The effect of team leader characteristics on learning, knowledge application, and performance of cross-functional new product development teams. *Decision sciences*, 34(4), 707-739.
- Song, M., Van Der Bij, H., & Weggeman, M. (2005). Determinants of the Level of Knowledge Application: A Knowledge-Based and Information-Processing Perspective*. *Journal of Product Innovation Management*, 22(5), 430-444.
- WHO. (2011). Mental Health atlas 2011, Mental Health Organization, ISBN 979 92 4 156435 9
- Yahya, S., & Goh, W. K. (2002). Managing human resources toward achieving knowledge management. *Journal of knowledge management*, 6(5), 457-468
- Young, S. L., & Ending, D. S. (2009). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231. Diterima dari: http://med.monash.edu.au/spppm/research/southern synergy/mapcd/documents/exploring_recovery.pdf
- Yanos, P.T., Rosenfield, S., Hovitz, A.V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of mental illness, *Community Mental Health Journal*, 37 (5), 405-419. Doi: 10.1023/A:101752802912