

GEJALA GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA ANAK

Siti Isfandari* dan Suhardi*

ABSTRACT

SYMPTOMS OF MENTAL EMOTIONAL DISTURBANCE IN CHILDREN

Priority of Indonesian health policy is maternal and child physical health. It is undeniable that physical health is very important in developing productive human beings. However, ignorance on child mental health can have an undesirable impact for both the child and the family. Early detection and appropriate treatment for the mentally vulnerable kid is then needed to help the child have a better future.

The Household Health Survey (HHS) 1995 included a Report Questionnaire for Children (RQC) to detect the presence of mental emotional disturbance symptom. Analysis revealed that symptoms of mental disturbance for age 5 - 14 years was quite high: 102 in 1000 children. According to socio-demographic condition, the results showed no significant difference of mental disturbance symptoms between. rural vs. urban (98 vs. 108); household density ≤ 5 vs. > 5 (107 vs. 109); Java Bali vs. outer Java Bali (93 vs. 110) girls vs boys (95 vs. 109). Slight differences of mental disturbance symptoms was found between pre-puberty vs. puberty (88 vs. 116); low economic vs. high economic (119 vs. 87).

It is expected that the results can provide inputs for developing a health policy to improve child health which includes mental health.

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan jiwa anak sama pentingnya dengan masalah kesehatan fisiknya. Sampai saat ini kesehatan fisik anak merupakan prioritas Departemen Kesehatan. Tidak dapat dipungkiri bahwa tercapainya kesehatan fisik, bebas dari penyakit menular akan menghasilkan manusia yang baik dan mengurangi kematian anak. Sampai saat ini penyakit menular pada anak memang masih tinggi dan memerlukan penanganan. Besarnya permasalahan penyakit menular pada anak membuat keadaan kesehatan mental anak kurang diprioritaskan. Namun dengan adanya konsep bahwa kesehatan meli-

puti pula keadaan mental anak, maka perlu diperhatikan perkembangan kesehatan jiwa anak.

Angka gejala gangguan mental emosional anak memang tidak sebesar penyakit lainnya, seperti anemi (196 per 1000 untuk usia 0--4 tahun dan 491 per 1000 untuk usia 5--14 tahun), ataupun gangguan pernafasan (457 per 1000 untuk usia 0--4 tahun, 241 per 1000 untuk usia 5--14 tahun)¹⁾, namun mengingat akibat gangguan mental emosional anak yang tidak tertangani secara tepat dapat berakibat buruk, maka tampaknya mulai dibutuhkan perhatian oleh pembuat kebijakan kesehatan mengenai kesehatan mental anak.

* Pusat Penelitian Penyakit Tidak Menular, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI, Jakarta

Sampai saat ini cukup banyak penelitian mengenai kesehatan jiwa anak, terutama yang dilakukan di rumah sakit, namun belum ada data yang menggambarkan keadaan kesehatan jiwa anak secara nasional.

Studi morbiditas SKRT 1995 di Jawa dan Bali mendapatkan angka gejala gangguan mental emosional dengan menggunakan *Report Questionnaire for Children* (RQC) sebesar 99 per 1000 penduduk dengan angka pada anak laki lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan (117: 76)¹⁾.

Ada beberapa jenis gangguan mental emosional anak, yaitu: depresi, kesedihan (*grief*), *post traumatic stress disorder* (PTSD), *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), gangguan antisosial. Gangguan-gangguan ini mempunyai etiologi dan penanganan yang berbeda. Ada yang memiliki prognosis baik, misal: PTSD dan ada yang kurang baik, misalnya: gangguan bipolar²⁾. Yang lebih penting diperhatikan ialah akibat dari terabaikannya gangguan mental emosional pada anak. Manifestasi dari akibat gejala gangguan mental emosional bervariasi dari penurunan prestasi belajar sampai berkembangnya pribadi yang antisosial²⁾. Selain mempunyai dampak pada perkembangan kepribadian, gangguan mental emosional dapat pula manifest dalam gejala gangguan fisiologis, yang paling sering adalah asma, atau sakit perut²⁾.

Dari gambaran teori di atas maka pentingnya permasalahan gangguan mental emosional anak membutuhkan perhatian pembuat kebijakan. Penanganan gangguan mental emosional secara tepat sejak dini, diharapkan dapat membantu anak mempunyai perkembangan yang lebih baik bagi masa depannya. Tujuan tinjauan berikut dimaksudkan untuk memberi gambaran mengenai besarnya masalah gejala gangguan mental emosional anak berdasarkan survei yang bersifat nasional.

Diharapkan bahwa hasil analisis berikut dapat membantu mengarahkan penanganan permasalahan kesehatan jiwa anak.

METODOLOGI

Subyek penelitian adalah responden Morbiditas-Susenas 95 berusia di bawah 15 tahun. Pada studi Morbiditas-Disabilitas SKRT 95 dilakukan pemeriksaan psikologis dengan menggunakan *Report Questionnaire for Children* (RQC) kepada anak usia 5--14 tahun.

RQC adalah kuesioner yang berisi 10 pertanyaan mengenai perilaku anak yang mencerminkan adanya gangguan emosional. Kuesioner dirancang untuk menyaring anak yang mengalami gangguan mental emosional dan ditanyakan atau diberikan kepada orangtua anak³⁾.

Terdapat 2396 anak yang mengisi RQC. Variabel sertaan dalam analisis adalah ada/tidaknya kemungkinan seseorang mengalami gejala gangguan mental emosional. Seseorang digolongkan memiliki gejala gangguan mental emosional bila memiliki skor paling sedikit 1 pada instrumen RQC.

Ada beberapa variabel bebas untuk membedakan kejadian gejala gangguan mental emosional anak. Dalam analisis ini ingin diketahui hubungan antara faktor sosio demografi dengan kejadian gejala gangguan mental emosional anak.

Kelompok variabel demografi adalah, usia anak, jumlah anggota rumah tangga, daerah tempat tinggal, lokasi, keadaan sosial ekonomi dan jenis kelamin. Pada variabel-variabel ini dilakukan pengelompokan (*recoding*) agar hasil lebih mudah dimengerti dan mempunyai makna. Analisis menggunakan *Ka* kuadrat dengan gejala gangguan mental emosional

sebagai variabel seritaan dan variabel demografi sebagai variabel bebas. Analisis dibagi berdasarkan lokasi Jawa Bali/luar Jawa Bali dan jenis kelamin untuk lebih memperjelas gambaran.

HASIL ANALISIS

Terdapat 244 anak dengan skor RQC positif dari 2396 anak yang mengisi RQC.

Tabel 1. Gejala Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Faktor Demografi.

Faktor demografi	RQC = 0		RQC > 0		P	n
	Responden	%	Responden	%		
Daerah Kota	813	89,2	98	10.8 8.87 CI 12.9	0.47	911
Desa	1339	90,2	146	9.8 8.39 CI 11.43		1485
Anggota rumah tangga <= 5	1139	89,3	136	10.7 9.06 CI 12.45	0.85	1275
> 5	815	89,1	100	10.9 9.05 CI 13.08		915
Jenis kelamin Laki	1041	89,1	127	10.9 9.18 CI 12.76	0.27	1168
Perempuan	1111	90,5	117	9.5 7.98 CI 11.27		1228
usia 4--9 thn	1089	91,2	105	8.8 7.29 CI 10.50	0.02	1194
10--14 thn	1063	88,4	139	11.6 9.85 CI 13.47		1202
ekonomi < Rp 95571	385	88,1	52	11.9 9.11 CI 15.19	0.09	437
> Rp 190715	517	91,3	49	8.7 6.54 CI 11.19		566
propinsi Jawa-Bali	1041	90,7	107	9.3 7.74 CI 11.11	0.18	1148
L. Jawa-Bali	1111	89,0	137	11.0 9.33 CI 12.80		1248

Sumber: Analisis data primer SKRT 95.

Tidak terdapat perbedaan angka gejala gangguan mental emosional anak yang signifikan berdasarkan faktor demografi.

DISKUSI

Berdasarkan kriteria skor RQC di atas nol mencerminkan adanya gejala gangguan mental emosional, hasil analisis SKRT 95 mendapatkan angka gejala gangguan mental emosional pada 244 anak dalam 2396 anak atau 102 dalam 1000 anak usia 5--14 tahun. Angka ini cukup tinggi, namun mendukung hasil dari penelitian lain. Penelitian gangguan mental emosional di Tambora mendapatkan angka 300 per 1000⁴⁾. Empat belas persen dari seluruh murid sekolah dasar mempunyai problem emosional yang memerlukan terapi⁵⁾ Gangguan mental emosional pada anak dapat menimbulkan hambatan dalam berbagai aspek perkembangan, namun orangtua baru berupaya mengadakan konsultasi bila kasus sudah berat, karena sebelumnya terlebih dahulu dibawa pada pengobat tradisional, atau ditangani sendiri⁶⁾

Tidak adanya perbedaan proporsi gejala gangguan mental emosional berdasarkan daerah perkotaan/pedesaan seperti yang ditunjukkan di Tabel 1 dapat diartikan bahwa dampak dari proses perubahan yang terjadi di desa sama dengan di kota. Menurut penelitian besarnya angka gangguan jiwa di suatu masyarakat mencerminkan keadaan integrasi/disintegrasi masyarakat yang bersangkutan⁷⁾ Hal ini diperkuat hasil dari angka gejala gangguan mental emosional orang dewasa dengan menggunakan instrumen *Self Report Questionnaire*, di mana tidak terdapat perbedaan signifikan antara daerah perkotaan dan daerah pedesaan. Hasil ini menarik dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan jiwa.

Di daerah perkotaan terdapat banyak profesional yang menangani kesehatan jiwa anak dan remaja, seperti psikolog atau psikiater. Hal yang demikian tidak terdapat di pedesaan. Untuk pelayanan kesehatan jiwa, masyarakat bertumpu pada Puskesmas. Namun kemampuan Puskesmas untuk melayani permasalahan gangguan mental emosional anak masih dipertanyakan.

Sekitar dua puluh tahun lalu, prioritas kesehatan nasional adalah pengobatan dan pencegahan penyakit fisik, sedangkan prioritas kesehatan jiwa adalah pelayanan kesehatan mental orang dewasa. Dasa warsa terakhir ini, prioritas kesehatan diutamakan pada kesehatan ibu dan anak. Dapat diduga bahwa pelayanan kesehatan jiwa anak mendapat prioritas rendah dalam kebijakan kesehatan nasional⁸⁾

Walaupun pelayanan kesehatan jiwa belum mendapat prioritas dalam kebijaksanaan program Depkes, diakui bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa meningkat, sehingga pada tahun 1974 telah dimulai pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas yang terdiri dari 3 tahapan, yaitu pembinaan, pemantapan, dan penguatan⁹⁾. Tujuan akhir dari pelayanan kesehatan jiwa ini adalah dokter Puskesmas dapat bertindak secara mandiri dalam menghadapi kondisi kesehatan jiwa termasuk kesehatan jiwa anak dan remaja⁸⁾.

Walaupun program ini dapat berjalan baik di beberapa Puskesmas terutama di kota besar seperti DKI Jakarta dan Ujung Pandang, program ini tidak lepas dari hambatan, di antaranya ialah: keterbatasan jumlah psikiater, pemindah-tugasan dokter Puskesmas yang telah dibina, kurangnya motivasi dari dokter. Dari faktor Puskesmas, keterbatasannya ialah bahwa jumlah pasien yang terlalu banyak, lamanya waktu pelayanan kesehatan jiwa, serta tidak ada pedoman praktis yang memuaskan.

Hal-hal ini menjadi hambatan kelangsungan program⁸⁾. Keterbatasan penyediaan obat psikotropik di Puskesmas merupakan faktor penghambat juga.

Dari faktor pasien didapatkan bahwa kurangnya pengertian pasien akan manfaat kesehatan jiwa di Puskesmas dan kecenderungan ingin dilayani oleh psikiater merupakan masalah program ini pula. Salah satu jalan keluar untuk mengatasi hambatan ialah deteksi faktor mental emosional oleh paramedis sebelum diperiksa dokter⁸⁾. Alasannya adalah bahwa paramedis tidak terlalu cepat berpindah, maka pembinaan paramedis lebih efisien (Rudy Salan, komunikasi pribadi).

Tabel 1 menunjukkan bahwa secara garis besar tidak terdapat perbedaan angka gejala gangguan mental emosional antara anak pria dan wanita. Namun jenis gangguan yang dialami anak pria berbeda dengan wanita. Pria lebih cenderung mengalami gangguan kepribadian anti sosial, sedangkan wanita lebih cenderung pada kepribadian depresif/gangguan bipolar²⁾

Golongan usia 10--14 tahun mempunyai angka gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding golongan usia 5--9 tahun. Tingginya angka gejala gangguan mental emosional pada masa menjelang pubertas dan masa pubertas dapat disebabkan oleh perubahan hormon, di mana hormon estrogen pada wanita dan hormon testosteron pada pria mempengaruhi perkembangan emosi. Perasaan terhadap perubahan fisik yang dialami dapat mengganggu kestabilan emosi, walaupun hal ini tidak berlangsung lama dan akan menurun setelah dewasa²⁾. Yang lebih penting diperhatikan adalah adanya gejala gangguan mental emosional pada anak yang lebih muda, karena memiliki prognosis buruk dan

membutuhkan penanganan terus-menerus. Adanya gangguan mental emosional pada anak yang lebih muda disebabkan adanya faktor genetik.

Tabel 1 juga menunjukkan anak di daerah di luar Jawa-Bali mempunyai angka gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding sebayanya di Jawa-Bali, dengan perbedaan yang tidak signifikan. Penelitian di Makasar mengungkapkan 59% dari pasien Unit Rawat Jalan Anak/remaja didiagnosis sebagai gangguan perkembangan pervasif⁹⁾. Hal ini berkaitan dengan pelayanan kesehatan jiwa anak yang dapat diberikan. Seperti telah disebutkan, pelayanan kesehatan jiwa terutama untuk anak belum menduduki prioritas dalam kebijaksanaan kesehatan nasional. Daerah di luar Jawa-Bali masih menghadapi permasalahan besar dalam kesehatan ibu anak, sehingga perlu ditingkatkan program integrasi kesehatan jiwa di puskesmas yang telah berjalan baik di kota besar, terutama Jakarta⁸⁾

Hasil juga menunjukkan bahwa anak/remaja dari golongan sosial ekonomi rendah (pengeluaran kurang dari Rp 95000 per bulan) mempunyai angka gejala gangguan mental emosional lebih tinggi dari yang berasal dari golongan sosial ekonomi tinggi (pengeluaran lebih dari Rp 190000) walaupun tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Dari hasil ini, agaknya pelayanan kesehatan jiwa anak memerlukan subsidi pemerintah. Telah diketahui bahwa penanganan gangguan mental emosional memakan waktu lebih banyak dibanding pengobatan penyakit fisik. Sedangkan obat bagi penderita gejala gangguan mental emosional harganya relatif mahal

Dari penelitian ini belum dapat dirinci jenis gangguan mental emosional yang dialami anak/remaja, namun ada beberapa jenis gangguan mental emosional anak yang perlu

diperhatikan, di antaranya adalah depresi masa kanak dan remaja, gangguan bipolar, psikosomatik, dll. Manifestasi gejala gangguan mental emosional bermacam-macam, di antaranya ialah: gangguan tingkah laku (kenakalan remaja, penyalahgunaan obat, gangguan belajar, dll) dan gangguan psiko-fisiologis (asma, sakit perut, migraine). Sampai saat ini belum ada data di Indonesia yang menggambarkan keadaan kesehatan mental emosional anak dalam skala besar.

Data dari Amerika Serikat menunjukkan bahwa angka depresi pada anak usia pra sekolah 0.3%, yang meningkat menjadi 1.8% pada usia prepubertas²⁾. Angka bertambah pada golongan usia 14--16 tahun yaitu 4.7%. Banyak kasus depresi anak terutama depresi ringan yang luput dari perhatian karena dianggap sebagai upaya penyesuaian diri²⁾.

Kesedihan (*grief*) merupakan jenis gejala gangguan mental emosional lain yang juga umum terdapat pada anak-remaja. Suatu penelitian prospektif mendapatkan bahwa bencana dapat berakibat kesedihan lebih parah, distress mental lebih serius, serta berkaitan dengan tindakan kriminal²⁾. Penanganan yang paling cocok belum ditemukan, namun pembicaraan dan diskusi dengan orang dewasa mengenai harapan dan pikiran anak disarankan untuk mengatasi hal ini, serta konsultasi dengan orang profesional dapat berguna.

Perpisahan dengan orang tua dapat merupakan kontributor terjadinya gangguan mental emosional anak. Anak yang berpisah dengan orangtuanya pada umur sebelum 0--7 tahun mempunyai angka gangguan jiwa lebih tinggi dibanding dengan mereka yang berpisah dengan orangtuanya pada golongan usia yang lebih tua. Anak yang berpisah dengan orangtuanya sebelum usia 10 tahun mempunyai

kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami gangguan tingkah laku¹⁰⁾

Gangguan psikofisiologis, merupakan bentuk gangguan emosional anak yang lain lagi; 34.4% dari pengunjung Puskesmas di Kecamatan Tambora mempunyai gangguan psikofisiologis¹¹⁾. Di Amerika Serikat didapatkan 80 sampai 100 per 1000 pengunjung anak-anak memiliki gangguan psikofisiologis²⁾.

Di atas telah dibahas mengenai keadaan/gambaran gejala gangguan mental emosional anak, dilanjutkan dengan keterangan singkat mengenai jenis gejala gangguan mental emosional yang umumnya diderita oleh anak/remaja. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah penanganan gejala gangguan mental emosional.

Berkaitan dengan perilaku pencarian pengobatan pada masyarakat Indonesia, peran pengobat tradisional menduduki peran penting. Sering penderita diobati oleh pengobat tradisional sebelum mendapat pertolongan psikiater. Empat puluh persen dari pasien baru RSJ Semarang sudah mengunjungi pengobat tradisional¹²⁾ dan 51,7% pengunjung RSJ Surabaya pernah dikirim ke pengobat tradisional¹³⁾. Enam puluh persen dari pasien pengobat tradisional mempunyai kelainan psikiatrik dan 14% menderita gangguan jiwa cukup berat¹⁴⁾. Enam puluh lima persen penderita gejala gangguan mental emosional anak dan remaja di Palembang telah berobat ke pengobat tradisional, karena orang tua mereka percaya pengobatan tradisional lebih kompeten dan mampu mengobati kesehatan jiwa anaknya¹⁵⁾.

Pengobatan tradisional digunakan oleh sebagian besar masyarakat bukan hanya karena kekurangan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan formal, namun lebih disebabkan oleh

faktor sosial budaya masyarakat tersebut. Pengobatan tradisional sudah merupakan bagian integral dari lingkungan sosial budaya dan ada nilai-nilai yang patut dipertahankan dan ditingkatkan yang dapat memberi sumbangan positif bagi upaya kesehatan⁶⁾. Peran serta pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan jiwa antara lain: penemuan *case finding*, perawatan dalam keluarga dan masyarakat, upaya operasional dan rehabilitasi bagi pasien mental, serta pertemuan dalam kelompok musyawarah mengenai masalah yang dihadapi oleh individu atau masyarakat⁷⁾.

KESIMPULAN DAN SARAN

Secara garis besar analisis data SKRT 95 mengenai gejala gangguan mental emosional anak menunjukkan adanya angka yang cukup tinggi, yaitu 259 per 1000 anak. Penanganan gangguan mental pada anak dan remaja melibatkan berbagai pihak terkait, keluarga, sekolah dan Departemen Kesehatan RI. Adanya gejala gangguan mental emosional anak dapat dideteksi dari keluarga dan sekolah, oleh sebab itu diperlukan kerja sama antara pihak terkait. Diakui untuk memastikan bahwa seorang anak memang memerlukan penanganan, diperlukan diagnosis lebih lengkap dalam hal ini oleh dokter yang pernah mengikuti pelatihan psikiatri, atau oleh psikiater. Perlu pula diingat bahwa gejala gangguan mental emosional anak berkaitan erat dengan keadaan keluarga, maka keluarga harus dilibatkan dalam pengobatan. Diakui hal ini bagus dalam teori, namun sulit untuk dilaksanakan, karena masing-masing anggota keluarga memiliki kesibukan atau tidak memahami perlunya keterlibatan keluarga dalam proses pengobatan. Selain itu kemampuan tenaga tersedia juga sulit untuk menangani masalah gangguan mental emosional anak

Kesimpulan dari analisis ini ialah perlunya peningkatan perhatian terhadap pelayanan kesehatan jiwa bagi anak dan remaja dengan melengkapi alat bantu pemeriksaan, karena sampai saat ini belum ada pedoman pasti untuk mendiagnosis adanya gejala gangguan mental emosional anak. Untuk masyarakat, diperlukan pengenalan secara baik mengenai gangguan jiwa anak/remaja terutama kepada orangtua. Tujuan pengenalan ini ialah agar mengadakan kontak secara dini pada institusi kesehatan atau RSJ dapat terlaksana.

Di daerah rural Puskesmas masih menjadi ujung tombak untuk melayani gangguan jiwa pada umumnya termasuk gangguan jiwa anak, namun tampaknya tugas ini cukup berat, karena adanya hambatan yang telah disebutkan di atas. Agaknya diperlukan kerjasama dengan pihak sekolah untuk permasalahan ini. Kerja sama dengan pengobat tradisional agaknya bisa dijadikan pertimbangan.

Gangguan mental emosional yang digambarkan dalam SKRT bersifat sangat luas, perlu diadakan studi mendalam untuk dapat membuat kategorisasi gangguan mental emosional. Kategorisasi penyebab biologis, psiko-sosio-kultural dalam hubungannya dengan gangguan mental emosional diperlukan untuk memperjelas posisi puskesmas dalam pencegahan dan penanganan dini gangguan mental emosional anak

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ucapkan terimakasih kepada dr. Rudy Salan, Sp.J atas bantuannya memberi masukan, serta menyempurnakan makalah ini. Hal yang penulis saya ucapkan kepada Dr. Suharsono Sumantri sebagai koordinator SKRT 1995 serta dr. Zainul Bakri, M.Sc dan staf yang telah membantu menyediakan data SKRT 1995.

DAFTAR RUJUKAN

1. Suhardi (1995). Studi Morbiditas Jawa-Bali. Laporan SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI.
2. Garfinkel, Carlson, Weller (1990). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Saunders Co. Philadelphia.
3. Departemen Kesehatan RI (1995). Studi Morbiditas dan Disabilitas SKRT 1995: Pedoman Wawancara dan Pemeriksaan Kesehatan.
4. Rudy Salan (1983). Prevalensi Gangguan Jiwa di Tiga Kelurahan di Tambora-Jakarta 1993. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI.
5. Goddes H.W. (1995). Learning disabilities and brain function: a neuropsychological approach (dalam Ika Widyawati, 1993). *Jiwa* XXVI no. 1
6. Jan Prasetyo, Edith Humris, et al (1977). *Some Thought On the Psychiatric Treatment of Children With Emotional Disorders in Jakarta*. *Jiwa* vol X no 3.
7. Schwabb JJ and Schwabb M.E. (1982). Sociocultural Roots in Mental Illness-An Epidemiologic Survey (Dikutip dari Salan. 1983. Prevalensi Gangguan Jiwa di Tiga Kelurahan di Tambora Jakarta). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI.
8. Dan Hidayat (1991). Pelayanan kesehatan di Puskesmas di DKI Jakarta (metode dua menit). *Jiwa* XXIV no. 1.
9. Hawaidah (1996). Prevalensi gangguan perkembangan pervasif di unit rawat jalan anak dan remaja RSJ Ujung Pandang. *Jiwa* vol. XXIX no. 1.
10. Ibrahim Nuhriwangsa, dan Sardjito (1985). Peranan Perpisahan dengan Orangtua pada Berbagai Gangguan Jiwa. *Jiwa* XVIII no. 2.
11. Departemen Kesehatan RI (1995). Pedoman pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan umum. Direktorat Kesehatan Jiwa. Depkes RI.
12. Ahmad Hardiman (1991). Pola upaya pencarian pelayanan kesehatan jiwa penderita gangguan mental di Semarang. *Jiwa* XXIV no. 1
13. Pranowo Sosrokusumo dan Rusdi Maslim (1991). Peran serta pengobatan tradisional dalam pelayanan kesehatan jiwa. *Jiwa* XXIV no. 3.
14. Salan dkk (eds) (1982). Faktor-faktor Psikososio-kultural Dalam Pengobatan Tradisional pada Tiga Daerah Palembang, Semarang, Bali. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI.
15. Ernaldi Bahar (1982). (dalam Pranowo dan Rusdi Maslim. 1991 Peran serta Pengobatan Tradisional dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa. *Jiwa* XXIV no. 3.
16. Rusdi Maslim (1987). *Psikiatri Budaya di Indonesia*. *Jiwa* XX no. 3.