

# PROBLEM KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT PEDESAAN

Sriningsih  
ABSTRAK

*Desa merupakan unit paling bawah dalam sistem pemerintahan di Indonesia, namun peran, fungsi dan kontribusi yang diharapkan terhadapnya justru vital, mengingat bahwa rakyat Indonesia kebanyakan tinggal di desa. Ada 71 ribu lebih desa di Indonesia, dan sebanyak 32.000 dikategorikan sebagai desa tertinggal. Dampak negatif yang ditimbulkan akibat ketertinggalan ini menumbuhkan berbagai problem kesehatan mental di pedesaan, antara lain gangguan adaptasi perilaku seperti: agresivitas dengan kekerasan, penyalahgunaan substansi psikoaktif, penyimpangan perilaku seksual; gangguan psikologis, mulai dari stres, kecemasan, atau depresi sampai dengan depresi berkelanjutan dan psikotik (skizofren). Usaha untuk mengatasi problem kesehatan mental masyarakat di pedesaan dapat ditempuh, antara lain dengan pemberdayaan masyarakat. Masyarakat dilibatkan secara aktif dalam rangka pelaksanaan prevensi primer, sekunder, tersier; pendidikan kesehatan mental masyarakat; dan intervensi krisis. Prevensi difokuskan pada populasi atau masyarakat yang ditujukan untuk mendidik masyarakat dan pemimpin masyarakat tentang hal-hal yang menjadi penyebab gangguan kesehatan mental dan untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat itu sendiri. Sedangkan intervensi krisis lebih ditujukan untuk mengembangkan ketrampilan coping yang lebih efektif dan memahami keterkaitan antara proses-proses pengalaman individu, kejadian dalam masyarakat dengan keberadaan gangguan psikologis. Anggota masyarakat yang dilibatkan, antara lain orang-orang nonprofesional seperti ibu-ibu anggota dan kader dasa wisma, kader posyandu, kader PKK, ataupun kader PAUD; serta pengelola organisasi kepemudaan atau keagamaan dan perangkat desa.*

**Kata kunci :** kesehatan mental, masyarakat pedesaan

## LATAR BELAKANG

Desa dalam pengertian umum seperti yang didefinisikan dalam Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia, masih menyisakan persoalan besar. Ada 71 ribu lebih desa di Indonesia, dan sebanyak 32.000 dikategorikan sebagai desa tertinggal (Rahayu, 2009)

Walaupun desa merupakan unit paling bawah dalam sistem pemerintahan di Indonesia, namun peran, fungsi dan kontribusi yang diharapkan terhadapnya justru vital, baik dari segi ilmu administrasi Negara dan lebih-lebih secara sosial. Hal itu mengingat bahwa rakyat Indonesia kebanyakan tinggal di desa, sehingga banyak masalah elementer yang hanya bisa dimulai mengatasinya dari unit wilayah di pedesaan (Said dalam Ali, 2007).

Pada sisi lain, pembangunan nasional juga menyiptakan kesenjangan antara desa dan kota.

Banyak peneliti yang sudah membuktikan bahwa pembangunan semakin memperbesar jurang antara kota dan desa. Sangat disadari bahwa negara berkembang seperti Indonesia mengonsentrasikan pembangunan ekonomi pada sektor industri yang membutuhkan investasi mahal untuk mengejar pertumbuhan. Akibatnya, sektor lain seperti sektor pertanian dikorbankan yang akhirnya pembangunan hanya terpusat di kota-kota. Faktor-faktor yang memengaruhi kesenjangan tersebut antara lain karena perbedaan pendidikan, ketersediaan lapangan pekerjaan, infrastruktur investasi, dan kebijakan (Arndt dalam Rahayu, 2009), termasuk perencanaan pembangunan yang tidak berbasis kebutuhan masyarakat pedesaan (Ali, 2007)

Dewasa ini, telah banyak para ahli pembangunan masyarakat pedesaan yang mengangkat permasalahan kesenjangan pembangunan dan dampak negatifnya bagi masyarakat pedesaan ini ke permukaan. Kenyataan sesungguhnya memperlihatkan bahwa petani tetap miskin, sebab persoalan yang berkaitan dengan kapasitas sumber daya manusia,

modal, dan kebijakan tetap sama dari tahun ke tahun walaupun bentuknya berbeda. Contoh konkrit terjadi di desa Karangpatihan, kecamatan Balong, kabupaten Ponorogo, Jawa Timur. Ratusan warga desa ini menderita gizi buruk sejak kecil yang mengakibatkan 49 Kepala Keluarga (KK) dari 1.756 KK atau 111 orang penduduknya mengalami keterbelakangan mental. Sebagian besar warga dengan keterbelakangan mental ini berusia 40 tahun ke atas, sebagian lain berusia antara 30-40 tahun, dan sebagian kecil berusia balita hingga dewasa atau 30 tahun (Zuhri, 2009)

Secara umum, Pembangunan Jangka Panjang diarahkan untuk meningkatkan kualitas manusia dan masyarakat Indonesia yang mencakup dua segi. Pertama, dari segi fisiknya, seperti peningkatan mutu kesehatan, terpenuhinya kebutuhan pangan, sandang, dan perumahan. Kedua, dari segi psikisnya, yaitu peningkatan mutu psikologis manusia dan masyarakat, seperti peningkatan harkat dan martabat manusia melalui pendidikan, peningkatan mutu kehidupan beragama atau religiusitas, peningkatan nilai-nilai moral berdasarkan kebudayaan hukum bangsa, dan peningkatan mutu kesehatan mental (Marbun, 1983)

Sekarang ini meskipun kualitas sumber daya manusia telah makin meningkat, ditunjang keserasian, keselarasan, keseimbangan kehidupan manusia dan masyarakat Indonesia lahir maupun batin makin berkembang, namun masih terdapat beberapa tantangan yang perlu dihadapi seperti berikut.

#### Permasalahan: Pembangunan dan dampaknya

Kehidupan di kota besar yang tampak modern, menyajikan kesempatan sukses dan banyak uang sering memicu keinginan masyarakat desa untuk meninggalkan kampung halamannya demi meraih mimpi sukses sebagaimana yang berhasil diperoleh saudara-saudara atau teman-teman satu desa yang telah berhasil meraih sukses. Akibatnya desa kehilangan banyak tenaga produktif yang sesungguhnya akan dapat membawa desa menuju kemajuan. Sebagian warga desa di kecamatan Bambanglipuro Bantul, di kecamatan Moyudan dan Minggir Sleman, warga desa di kabupaten Kulonprogo atau warga desa di kecamatan Karangmojo Gunungkidul, khususnya yang berusia produktif antara 18-30 tahun justru meninggalkan desanya untuk urbanisasi ke kota-kota besar, seperti Jakarta, Surabaya, Semarang, Bandung, atau Banten

(Zuhri, 2010). Namun kota-kota besar pun sedang giat-giatnya menekan jumlah warga pendatang untuk menekan jumlah pengangguran di kota yang akan berdampak pada risiko sosial, sehingga muncul konflik kepentingan. Niat awal pendatang dari desa ke kota untuk mengentaskan diri dari pengangguran justru berujung pada pintu pengangguran lainnya. Terlebih bagi pendatang yang berangkat dengan sasaran sektor informal tanpa bekal ketrampilan memadai (Praja dalam Sumadiyono, 2010). Tersingkir dan menimbulkan permasalahan-permasalahan sosial, seperti pengangguran, agresivitas dengan kekerasan, penyalahgunaan substansi psikoaktif, peningkatan jumlah hunian kumuh, dan penyimpangan perilaku seksual menjadi fenomena di kota besar yang disandang oleh pendatang-pendatang dari desa yang gagal meraih sukses di kota.

Di pedesaan pun bukan tak bermasalah. Daerah pedesaan menjadi salah satu fokus sasaran pembangunan nasional, karena sebagian besar masyarakat Indonesia masih tinggal di daerah pedesaan, khususnya di Jawa dan Bali. Akibatnya, terjadi pergeseran nilai-nilai tradisional menuju ke arah nilai-nilai modern. Pergeseran ini menuntut kesiapan mental yang besar, supaya masyarakat pedesaan tidak akan mengalami gegar budaya. Pada tahun 2004, WHO telah memperingatkan Indonesia agar memerhatikan kesehatan mental masyarakatnya. Bahkan WHO memrediksi, pada 2015 kesehatan mental masyarakat Indonesia dalam kondisi mengkhawatirkan, jika tidak segera diatasi akan berkembang ke arah yang tidak diinginkan, seperti pada kasus narkoba dan HIV/AIDS (Agung, 2009).

Saat ini arus globalisasi sudah mencapai pelosok tanah air. Dengan adanya kemajuan yang sangat pesat di bidang teknologi komunikasi elektronik dan komputer, informasi sangat mudah untuk diperoleh dari manapun dalam waktu yang amat singkat. Interaksi antar individu pun akan semakin meningkat. Hampir seluruh lapisan masyarakat telah memiliki radio dan televisi, sehingga semakin besar pula kemungkinan untuk memperoleh informasi yang beragam. Ada dua dampak yang dapat ditimbulkan yaitu positif dan negatif. Dampak positif globalisasi informasi adalah mempercepat penambahan khasanah pengetahuan dan memperkaya seseorang dengan bahan-bahan pertimbangan yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan. Dampak negatif adalah masuknya nilai-nilai asing yang bertentangan dengan nilai hukum budaya bangsa

yang dapat merusak nilai-nilai moral masyarakat. Di kalangan generasi muda khususnya, akan melemahkan konsep jati diri sebagai bangsa Indonesia. Hal ini tercermin dalam sikap, perilaku, dan mentalitas, seperti menurunnya toleransi dan tenggang rasa, *teposlira*; meningkatnya perilaku-perilaku bermasalah, misalnya penyalahgunaan substansi psikoaktif, perilaku seks bebas, pemanfaatan waktu luang yang tidak produktif (Hemas, 1996).

Menurut Hadjam (2005), terdapat empat faktor penyebab rendahnya mutu kesehatan mental. Pertama, minimnya perhatian terhadap pengembangan kepribadian. Orientasi pengembangan sumber daya manusia masih memusat pada pengembangan dimensi kognitif daripada pengembangan dimensi afektif. Pengembangan kapasitas keilmuan dan pengetahuan tidak sebanding dengan pengembangan kepribadian, padahal kepribadian manusia merupakan banteng penangkal dari keterpurukan yang mengarah ke gangguan mental. Kepribadian menjadi factor sangat penting bagi individu dalam menghadapi dan mengelola kejadian menekan. Tidak optimalnya karakteristik kepribadian terlihat dari harga diri rendah, serba tergantung, dan tidak tahan banting.

Kedua, mulai ditinggalkannya nilai-nilai kearifan lokal. Kearifan lokal adalah sumber nilai-nilai yang membawa kelangsungan hidup beretika. Hidup dalam keragaman, damai, toleran, penuh maaf dan pengertian, harmonis dengan lingkungan, rukun, bermoral, saling asah, asih dan asuh menjadi bagian terdalam dari kearifan kultur lokal (Nashir, 2003). Contoh empiris yang mengindikasikan mulai pudarnya kearifan lokal adalah memudarnya nilai hidup *tepa sliro* yang terlihat melalui berbagai macam perselisihan, baik konflik vertikal maupun horisontal. Kehidupan masyarakat terpuruk ketika watak *adigang, adigung, adiguna* sebagai bentuk tindakan yang cenderung menyalahgunakan kekuasaan untuk kepentingan pribadi diperagakan oleh para penguasa tanpa rasa malu. Keterpurukan semakin mendalam ketika usaha untuk mengingatkan kealpaan penguasa dilakukan dengan tindakan anarkhis, bukan dengan dialog konstruktif.

Ketiga, orientasi hidup materialistik. Remaja dewasa ini merasakan kehidupannya tidak bermakna karena orangtua sibuk bekerja demi memenuhi tuntutan hidup berkeluarga. Perasaan tidak diakui dan dibutuhkan oleh orangtua mereka adalah awal bencana kehidupan. Uang yang semula dianggap mampu menyelesaikan masalah

hidup berubah menjadi awal dari bencana hidup. Dengan maraknya budaya materialisme, korupsi pun marak berkembang, bahkan sudah merambah ke kehidupan paling bawah di masyarakat pedesaan. Berbagai bantuan untuk pengembangan kemasyarakatan tidak terwujud sebagaimana direncanakan karena disalahgunakan oknum-oknum tak bertanggung jawab. Banyak celah dapat dijadikan ajang korupsi sejak dari bawah sampai atas (Mirza, 2005)

Keempat, budaya konsumtif. Budaya konsumtif adalah bentuk penipuan terhadap diri sendiri melalui sejumlah metode eskapisme atau pelarian diri. Indikator individu konsumtif antara lain meletakkan uang dalam prioritas tertinggi tujuan hidupnya, senang membelanjakan uang di luar keperluan serta menemukan kebahagiaan hanya dari perolehan ekstrinsik. Budaya konsumtif merupakan bentuk kekalahan mental manusia dalam pertarungan melawan tekanan kehidupan. Budaya konsumtif bukan lagi didominasi oleh kelas tertentu, tetapi sudah bersifat populis yang menjadi milik semua lapisan masyarakat. Budaya konsumtif menjadi indikasi bahwa hidup seseorang cenderung pragmatis, menginginkan hasil instan dan lebih memilih jalan pintas daripada melakukan usaha berkesinambungan. *Gemi nastiti ngati-ati* sebagai ajaran hidup sederhana dan berhati-hati agar dapat mengantisipasi perubahan mendadak dalam kehidupan yang tidak pasti, tergantikan oleh perilaku konsumtif yang memperlihatkan kelemahan individu dalam mengendalikan hasrat, dorongan, tidak sabar dan bertindak impulsif.

Seharusnya, sejalan dengan keberhasilan pembangunan nasional, kualitas sumber daya manusia khususnya di bidang kesehatan mental pun meningkat. Kesehatan mental adalah kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan dari luar maupun dari dalam dirinya dengan baik dan selaras. Artinya seseorang dapat menempatkan diri secara tepat dalam setiap perubahan sosial, mampu mengaktualisasikan diri, dan dapat mencapai kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhannya (Kartono, 1989; Duffy & Wong, 1996). Diharapkan, dengan tercapainya kesejahteraan di bidang psikis, khususnya kesehatan mental akan terjadi penurunan perilaku-perilaku tidak adaptif, yaitu, manusia hidup sehat tanpa penyimpangan sikap, perilaku, kepribadian, dan mentalnya.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Apakah bentuk atau manifestasi gangguan kesehatan mental pada masyarakat pedesaan?
2. Bagaimana bentuk perlakuan terhadap penderita gangguan kesehatan mental di pedesaan?
3. Apa yang seharusnya dilakukan dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan mental masyarakat pedesaan?

Indikator-Indikator problem kesehatan mental masyarakat pedesaan

Di dalam kehidupan masyarakat, khususnya di pedesaan ada satu hal sangat penting yang harus diperhatikan yaitu kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu sisi dalam kehidupan masyarakat yang harus diberdayakan, karena kesehatan merupakan hal yang paling berharga dalam kehidupan manusia (Martaniah, 1995). Hasil penelitian Rokeach (Martaniah, 1995) menunjukkan bahwa dari nilai-nilai yang dihargai manusia, nilai kesehatan menempati ranking pertama.

Menurut definisi WHO, kesehatan merupakan keadaan fisik, mental, dan sosial yang sejahtera, bukan hanya keadaan terbebas dari penyakit. Definisi ini menunjukkan bahwa kesehatan mencakup tiga dimensi, yaitu aspek fisik, mental, dan sosial (Caplan dkk. dalam Martaniah, 1995).

Pembangunan dapat dipandang sebagai suatu proses transformasi yang akan membawa perubahan dalam segenap aspek pembangunan yaitu terjadi perubahan lingkungan dan perubahan kehidupan manusia. Perubahan-perubahan ini akan berakibat pula terhadap perubahan gaya hidup yang memerlukan penyesuaian dan *coping*. Adanya perubahan gaya hidup akan berpengaruh terhadap kesehatan manusia, baik fisik maupun psikis (Martaniah, 1995). Untuk mengantisipasinya perlu kesiapan yang baik mengenai arti kesehatan, khususnya kesehatan mental masyarakat.

Kesehatan mental masyarakat adalah suatu kemampuan masyarakat untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi terhadap problem-problem dalam kehidupannya secara baik dan selaras (Kartono, 1989; Duffy & Wong, 1996). Kesehatan mental masyarakat sangat penting artinya dalam pembangunan, karena masyarakat yang sehat secara mental akan mampu mengaktualisasikan potensinya secara optimal, sehingga mampu menghasilkan karya-karya cemerlang.

Masyarakat dikatakan memiliki kriteria sehat secara sosial psikologis bila mereka mampu belajar, bekerja, bermain, dan bercinta ((Prawitasari, 2003). Masyarakat mampu belajar adalah masyarakat yang mampu belajar dengan baik secara formal di sekolah atau di luar sekolah. Banyaknya tempat belajar menjadi indikator kesempatan belajar masyarakat. Indikator lain adalah rasio orang terdidik dan terlatih dibanding yang kurang terdidik dan terlatih. Adanya akses informasi bagi masyarakat dan ketersediaan perpustakaan masyarakat dapat juga digunakan sebagai indikator kesempatan belajar terus-menerus bagi masyarakat suatu daerah.

Masyarakat yang mampu bekerja apakah sebagai pegawai atau pengambil keputusan di sektor informal akan menunjukkan derajat kesehatan sosial psikologisnya. Secara umum indikator sehat dapat dilihat dari berapa luas lapangan pekerjaan tersedia, berapa banyak tenaga kerja telah terserap di sektor formal maupun informal. Ada keterkaitan erat antara kondisi kehidupan masyarakat dengan derajat kesehatan. Kemiskinan akibat tidak adanya pekerjaan dan penghasilan akan menimbulkan status kesehatan rendah, karena ketika mereka sakit tidak mempunyai cara untuk memperbaiki keadaannya.

Selanjutnya, setiap makhluk hidup membutuhkan kegiatan bermain. Pada manusia, indikator sehat sosial psikologis masyarakat dapat dilihat dari berapa lama waktu digunakan untuk bermain, berapa banyak tempat untuk bermain, seperti taman-taman yang asri dan bersih tersedia bagi masyarakat, dan berapa kali mereka bermain dalam seminggu. Manusia yang mampu bermain dengan aturan-aturan tertentu dan tanpa bertujuan membahayakan dirinya dan orang lain juga menjadi indikator sehat sosial psikologis. Kota Yogyakarta dengan semboyan Bersih Sehat Indah dan Nyaman (Berhati Nyaman) dapat dijadikan indikator kesehatan masyarakat.

Indikator kesehatan masyarakat lainnya adalah mampu bercinta, yang bukan berarti sempit seperti berkonotasi seksual, tetapi merupakan cara manusia menggunakan cinta kasihnya untuk menumbuhkan perdamaian di antara sesama manusia. Indikator sehat ini dapat dilihat dari seberapa banyak pasangan hidup dalam masyarakat, seberapa banyak masyarakat mempunyai sahabat sejati, seberapa banyak mereka melaporkan mempunyai teman dekat dan dukungan sosial yang memadai, dan seberapa damai suatu masyarakat (Prawitasari, 2003).

Seiring dengan kemajuan yang telah dicapai oleh masyarakat pedesaan, muncul salah satu dampak negatif yang mengkhawatirkan. Informasi dan pengetahuan yang diterima masyarakat pedesaan sangat beragam, kurang diimbangi dengan penyaringan yang memadai, sehingga masuk nilai-nilai asing yang bertentangan dengan nilai-nilai moral dan budaya. Hal ini didukung oleh karakteristik masyarakat pedesaan yaitu ada pertalian perasaan yang sama tentang kesukaan, kebiasaan, dan adat (Wiriaatmadja, 1986). Masyarakat pedesaan lebih mengutamakan keseragaman lahir, artinya penerimaan pola kelompok sebagai cara berperilaku seseorang. Orang adalah hasil dari masyarakat dan masyarakat adalah sumber utama kreativitas. Jika orang ingin diakui dan dianggap sebagai anggota suatu kelompok atau masyarakat, maka ia harus berperilaku seperti kelompoknya.

Konformitas sangat dijunjung tinggi, sehingga jika salah seorang anggota kelompok memperkenalkan suatu nilai baru, maka anggota lain pun akan mudah menerimanya. Contohnya, ketika salah seorang anggota kelompok atau masyarakat menyatakan bahwa menggunakan substansi psikoaktif (misalnya: alkohol, obat-obat terlarang) adalah menyenangkan, maka orang lain pun akan mengikuti langkahnya. Jika seseorang menyatakan bahwa menjalankan perilaku seks bebas lebih menguntungkan, maka orang lain akan menirunya. Pernyataan ini diperkuat oleh Ramadhani (2009) bahwa baik secara langsung ataupun melalui media informasi, baik cetak maupun elektronik, nampaknya fenomena hidup di pedesaan mulai mengalami pergeseran nilai, norma serta adat istiadat yang tidak lagi dihiraukan oleh banyak penduduk desa yang ingin merasa kehidupannya berubah, baik secara ekonomi maupun status sosial. Motto kehidupan di perkotaan yang berbunyi "*Biar tekor asal tersohor*" pun ikut menjadi sebuah gaya hidup, walaupun hal itu melanggar norma-norma hukum dan agama.

Menurut Orford (1992), ada beberapa problem psikologis dalam masyarakat yang sering mengganggu kestabilan kesehatan mental. Pertama, penyimpangan atau gangguan perilaku, seperti mengonsumsi alkohol secara berlebihan, penyalahgunaan obat, penyimpangan atau penyalahgunaan seksual, kenakalan anak dan remaja, serta usaha bunuh diri. Banyaknya kejadian bunuh diri di wilayah pedesaan terangkum dalam uraian berikut ini: empat orang dalam satu keluarga yang berdomisili di Rt 07,

Rw 03, Kelurahan Mulyoharjo, Kecamatan Pemalang, Kabupaten Pemalang, ditemukan tewas bersama-sama dengan dugaan bunuh diri (Sulistiyawati, 2010b). Hal yang sama dilakukan oleh Kepala Desa Wonokirti, Kecamatan Tosari, Kabupaten Pasuruan. Insiden ini cukup menggemparkan masyarakat setempat, karena selain tokoh pemerintahan desa, pelaku bunuh diri juga seorang tokoh masyarakat suku Tengger di gunung Bromo (Sawabi, 2009). Kejadian lain diidentifikasi di Desa Jelbudan, Kecamatan Dasuk, Kabupaten Sumenep, seorang wanita tewas gantung bunuh diri di rumahnya (Sujatmiko, 2009). Ada pula seorang guru SD di Purbalingga, Jawa Tengah, yang tewas dengan menyebarkan diri ke dalam sumur di rumahnya; atau di Kedungwaru, Tulungagung, Jawa Timur, seorang perwira TNI-AD, bunuh diri dengan cara menabrakkan diri ke angkutan umum di Terminal Tulungagung (Sujatmiko, 2009). Di Alok Timur, Maumere, Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur, seorang lelaki tewas gantung diri di rumahnya. Yang mengenaskan, warga Alok Timur, Maumere, itu sejak 2007 sudah 10 kali berusaha bunuh diri dengan minum racun serangga, tetapi selalu dapat diselamatkan keluarga dan tetangganya (Taolin, 2009). Selain kejadian bunuh diri, ada pula perilaku percobaan bunuh diri yang dilakukan oleh seorang wanita warga Gobakan, Kaloboto, Karanganyar. Setelah dipersuasi selama berjam-jam akhirnya pelaku berhasil diselamatkan oleh petugas keamanan (Sulistiyawati, 2010a).

Kedua, gangguan atau sakit jiwa, seperti skizofren dan gangguan-gangguan psikotik lain, delirium, demensia, amnesia maupun gangguan-gangguan kognitif yang lain. Di desa Karangpatihan, kecamatan Balong, kabupaten Ponorogo, Jawa Timur. Ratusan warga desa ini menderita gizi buruk sejak kecil yang mengakibatkan 49 Kepala Keluarga (KK) dari 1.756 KK atau 111 orang penduduknya mengalami keterbelakangan mental dengan ciri mengalami gangguan/keterbelakangan kognitif. Sebagian besar warga dengan keterbelakangan mental ini berusia 40 tahun ke atas, sebagian lain berusia antara 30-40 tahun, dan sebagian kecil berusia balita hingga dewasa atau 30 tahun (Zuhri, 2009)

Ketiga, stres, gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, seperti depresi dan manik depresif. Penelitian Lestari (2009) di Desa Bangun Rejo, Kecamatan Tanjung Morawa, Kabupaten Deli Serdang yang melibatkan 7 orang partisipan

ibu hamil memperlihatkan adanya kecemasan persalinan yang ditandai dengan gejala jantung berdebar-debar dan tidak bisa tidur. Stres juga diperlihatkan oleh suami istri di wilayah Desa Ngoro, Kecamatan Ngoro, Kabupaten Mojo kerto yang menikah di usia muda, walaupun tarafnya masih sedang. Hal ini diperlihatkan oleh hasil penelitian Khusnah (2010) yang melibatkan 94 orang subyek, 47 orang suami dan 47 orang istri. Stres juga ditemukan pada lansia di Desa Tambak Merang, Girimarto, Wonogiri yang ditandai dengan insomnia (Wibowo, 2009). Penelitian Wibowo ini melibatkan responden lansia sebanyak 84 orang. Wanita menopause di Dusun Jaranan, Desa Argomulyo, Kecamatan Cangkringan, Kabupaten Sleman juga memperlihatkan adanya kecemasan dalam taraf sedang, bahkan 20% dari 55 orang subyek penelitian memperlihatkan kecemasan berat (Hartini & Tugiyarti, 2007).

Keempat, gangguan interpersonal, seperti gangguan hubungan perkawinan (pisah atau cerai) dan kurang pergaulan.

Kelima, gangguan-gangguan fisik yang berkaitan erat dengan psikis, seperti psikosomatis, somatisasi, gangguan konversi, gangguan hipokondrasis. Contohnya, pada tahun 2008 jumlah penduduk Kabupaten Magelang terdata 1,17 juta. Pada tahun yang sama, jumlah penderita hipertensi terdata 26.908 orang, diabetes melitus, 6.602 orang, jantung koroner, 2.790 orang, dan stroke, 967 orang (*Kompas.com*, 2009).

Bentuk-bentuk perlakuan terhadap orang dengan gangguan kesehatan mental

Selain gangguan adaptasi perilaku, problem mendasar yang sering dijumpai pada masyarakat pedesaan adalah perlakuan tidak tepat terhadap penderita gangguan jiwa, khususnya skizofren. Keluarga yang memiliki anggota mengalami gangguan jiwa, sering memperlakukannya secara tidak manusiawi, misalnya dipasung (Nova, 1995). Dengan alasan, jika tidak dipasung akan mengamuk dan merugikan orang lain. Perlakuan lain yang lebih mudah dilakukan adalah, orang dengan gangguan jiwa dibiarkan berkeliaran di jalan, tidak diindahkan lagi oleh anggota keluarganya. Orang dengan gangguan jiwa lebih sering dikucilkan daripada diajak berinteraksi dan berkomunikasi oleh orang lain (Kartono, 1989). Sebenarnya, usaha pengobatan secara medis pernah dilakukan, namun tidak dilanjutkan karena memerlukan banyak biaya. Untuk mengimbangi, keluarga

pasien cenderung mencari pengobatan alternatif, misalnya: minta pertolongan *dukun*.

Pada orang dengan gangguan psikologis ringan, misalnya: stres, depresi, kecemasan; perlakuan orang-orang di sekelilingnya pun seringkali kurang tepat. Pada umumnya mereka belum memiliki bekal pengetahuan yang memadai tentang cara memerlakukan orang dengan gangguan psikologis secara tepat. Pada kasus orang dengan depresi pasca melahirkan akhirnya bunuh diri, karena keluarga dekatnya tidak peka terhadap kondisi orang tersebut (wawancara konseling dengan keluarga pelaku bunuh diri, 29 Agustus 2001). Keluarga dekat maupun masyarakat di sekitarnya tidak paham mengenai gejala gangguan psikologis ini dan bagaimana cara mengantisipasinya.

Gangguan penyesuaian diri pada remaja sebagai akibat memasuki masa pubertas, sebenarnya adalah gejala perkembangan wajar atau normal. Akan tetapi, seringkali lingkungan di sekitar remaja tersebut tidak memahaminya, sehingga perlakuan mereka terhadap remaja itu pun tidak tepat (Kartono, 1989). Misalnya: keluarga atau masyarakat sekitar menyatakan remaja yang sedang mengalami krisis identitas sebagai anak nakal, tidak patuh pada orangtua, atau pengganggu ketentraman lingkungan. Akibatnya, remaja melarikan diri ke perilaku negatif, seperti mengkonsumsi zat-zat psikoaktif (alkohol dan obat-obatan), atau bertindak agresif (perkelahian, tindakan kriminal).

Pemberdayaan masyarakat pedesaan

Pedesaan adalah suatu daerah hukum, tempat beberapa keturunan yang memiliki ikatan kekeluargaan atau ikatan sosial menetap berdasarkan adat-istiadat yang berlaku di daerah tersebut dengan dipimpin oleh seorang pimpinan formal (Marbun, 1983). Menurut catatan BPS, pertumbuhan PDB triwulan I tahun 2006 sebesar 2,03% dibandingkan pada triwulan IV tahun 2005. Kontribusi terbesar adalah sektor pertanian sebesar 18,77% (Rahayu, 2009). Walaupun perkembangan sektor pertanian mengalami pasang surut, namun kenyataannya sektor ini masih diandalkan untuk mendorong pertumbuhan perekonomian nasional. Potensi yang cukup besar masih dapat digali di sektor ini, baik berupa ketersediaan sumber daya alam maupun sumber daya manusia. Hampir 60% jumlah penduduk Indonesia tinggal di daerah pedesaan yang persebarannya sampai di desa terpencil. Sektor pertanian ini juga menyerap

tenaga kerja yang cukup besar hampir sekitar 74%.

Dinamika pembangunan senantiasa membawa aspirasi tuntutan baru dari masyarakat untuk mewujudkan kualitas kehidupan yang lebih baik. Aspirasi dan tuntutan masyarakat itu dilandasi oleh hasrat untuk berperan serta dalam mewujudkan masyarakat yang maju, mandiri, dan berdasarkan keadilan. Dalam pembangunan yang makin kompleks, masyarakat perlu diberikan rangsangan untuk ikut memikirkan masalah-masalah pembangunan yang dihadapi dan turut merumuskan jalan keluar pemecahannya (Tukiran, 1997).

Selama ini masih terdapat kesenjangan atau ketidakmerataan pembangunan dilihat dari tiga sisi, yaitu antar golongan penduduk, antar sektor, dan antar daerah (Sumodiningrat, 1996). Kesenjangan antar golongan penduduk adalah kesenjangan yang dilihat dari distribusi pendapatan masyarakat. Sampai saat ini 60% dari distribusi pendapatan masih dinikmati oleh kelompok penduduk berpendapatan menengah ke atas dan 40% sisanya dirasakan oleh kelompok penduduk berpenghasilan rendah.

Kesenjangan antar sektor dapat dilihat sebagai berikut. Seiring dengan gerak pembangunan yang semakin cepat, memungkinkan perkembangan sektor industri dan jasa, sedangkan persentase sumbangan produksi pertanian semakin menurun. Namun dari segi penyerapan tenaga kerja, sektor pertanian masih tetap harus menyerap tambahan angkatan kerja dalam jumlah cukup besar, sedangkan sektor industri dan jasa yang terus meningkat belum diimbangi dengan kemampuannya dalam menyerap tenaga kerja. Implikasi dari keterbatasan sektor pertanian dalam menyerap tenaga kerja karena produksi yang menurun adalah pergeseran dari rumah tangga pertanian ke perindustrian, akibat dari jumlah rumah tangga yang terus bertambah.

Bersamaan dengan percepatan perpindahan tenaga kerja muncul permasalahan-permasalahan sosial, seperti urbanisasi dan penyediaan prasarana pendukung di perkotaan, penyiapan tenaga dari sektor pertanian menjadi tenaga trampil sesuai dengan pekerjaan baru di sektor industri dan jasa. Munculnya permasalahan-permasalahan sosial ini memerlukan kesiapan individu untuk beradaptasi dengan permasalahan-permasalahan tersebut, terutama kesiapan secara psikis. Bagi individu dan masyarakat yang tidak mampu beradaptasi akan

muncul konflik-konflik yang mengarah ke problem-problem lebih lanjut, seperti stres, gangguan kecemasan, penyimpangan perilaku, dan gangguan mental yang parah.

Kesenjangan antar daerah adalah ketidakmerataan tingkat kemajuan pembangunan antar daerah. Jawa dan Bali dengan luas wilayah hanya 6,98% dari seluruh luas wilayah Indonesia harus menampung sebanyak 110,3 juta jiwa atau 61,6% dari total jumlah penduduk. Konsekuensi dari ketidakmerataan persebaran penduduk adalah prasarana dan sarana sosial, seperti fasilitas pendidikan dan kesehatan, serta prasarana ekonomi seperti jalan, pelabuhan, listrik, telekomunikasi, yang dibangun untuk memenuhi kebutuhan penduduk terpusat di Jawa dan Bali. Dengan pemusatan pembangunan prasarana akan menimbulkan masalah tertentu, seperti terjadinya arus imigrasi ke daerah pemusatan pembangunan. Salah satu contohnya di Yogyakarta. Meskipun daerah ini belum memiliki investasi yang relatif besar dalam sektor manufaktur maupun jasa kemasyarakatan yang dapat menyerap banyak pekerja, namun memiliki fasilitas pendidikan dan kesehatan yang sangat memadai, sehingga arus migrasi masuk ke Daerah Istimewa Yogyakarta cukup tinggi yaitu sekitar 11,9% pada tahun 1995 (Tukiran, 1997). Padahal semestinya terdapat kehidupan serasi dengan tingkat kemajuan masyarakat yang sama, merata, dan seimbang, serta adanya keselarasan yang sesuai dengan tingkat kemajuan bangsa.

Pembangunan yang berorientasi pada masyarakat memberikan kesempatan kepada setiap anggota masyarakat untuk dapat ikut serta dalam proses pembangunan dengan mendapatkan kesempatan yang sama dan menikmati hasil pembangunan tersebut sesuai dengan kemampuannya. Syarat dari keikutsertaan seluruh anggota masyarakat selain peluang dan akses yang sama, juga menyangkut kemampuan masing-masing untuk berperan serta. Konsekuensinya, masyarakat harus berdaya untuk berperan serta dalam pembangunan. Oleh karena itu masyarakat harus diberdayakan.

Pemberdayaan adalah bagian dari paradigma pembangunan yang memfokuskan perhatiannya kepada semua aspek prinsipil dari manusia di lingkungannya yakni mulai dari aspek intelektual (Sumber Daya Manusia), aspek material dan fisik, sampai kepada aspek manajerial. Aspek-aspek tersebut bisa jadi dikembangkan menjadi aspek sosial-budaya,

ekonomi, politik, keamanan dan lingkungan (Rahayu, 2009).

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk memandirikan masyarakat melalui perwujudan potensi kemampuan yang mereka miliki (Sumodiningrat, 1996). Pada dasarnya, masyarakat merupakan pusat perhatian sekaligus sebagai pelaku utama pembangunan. Pemberdayaan merupakan suatu konsep yang berputar di sekitar partisipasi. Pemberdayaan masyarakat menekankan partisipasi masyarakat untuk

menemukan sendiri permasalahan sendiri, mengatasi dengan program kerja yang sesuai dan mengatur penyelenggaraan untuk keberlanjutannya. Mubyarto (Rahayu, 2009) mendefinisikan partisipasi sebagai kesediaan membantu berhasilnya setiap program sesuai kemampuan setiap orang tanpa mengorbankan kepentingan diri sendiri. Yang terpenting, pemberdayaan menolong orang-orang untuk membebaskan diri dari ketergantungan mental maupun fisik. Pada intinya, merupakan kemampuan untuk berdikari, berpikir progresif, merencanakan dan mengimplementasikan perubahan secara sistematis dan menerima hasil secara rasional (Ali, 2007)

Upaya pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari tiga sisi. Pertama, pemberdayaan dengan menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang. Hal ini berarti bahwa setiap anggota masyarakat dapat memanfaatkan potensi yang dimiliki menuju kehidupan yang lebih baik. Kedua, pemberdayaan untuk memerkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat. Dalam rangka memerkuat potensi ini, upaya pokok adalah peningkatan taraf pendidikan dan derajat kesehatan, baik jasmani maupun rohani atau mental, serta akses terhadap sumber-sumber kemajuan seperti teknologi, informasi. Persoalannya terletak pada peningkatan kapasitas sumberdaya manusia masyarakat pedesaan yang rata-rata pendidikan formalnya terbatas. Bahkan di beberapa desa terpencil masih ditemukan mereka yang buta huruf. Oleh karena itu perlu dipilih metode dan media pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi masyarakat (Rahayu, 2009). Ketiga, pemberdayaan melalui pengembangan ekonomi rakyat yang berarti upaya untuk melindungi dan menyegah terjadinya persaingan tidak seimbang serta menyiptakan kebersamaan dan kemitraan antara yang sudah maju dengan yang belum berkembang (Sumodiningrat, 1996).

Dampak pemberdayaan masyarakat adalah kemandirian masyarakat dalam mengatasi permasalahan mereka melalui prakarsa dan kreativitas untuk meningkatkan kualitas hidup. Hal ini tentunya membutuhkan masyarakat yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan sikap positif untuk keluar dari permasalahan mereka (Rahayu, 2009)

Usaha-usaha mengatasi problem kesehatan mental

Untuk mengatasi problem-problem kesehatan mental yang muncul dalam masyarakat perlu dilakukan prevensi. Ada tiga jenis prevensi menurut Kaplan (Orford, 1992), yaitu:

1. Prevensi primer merupakan program untuk mengurangi insidensi atau jumlah kemunculan kasus-kasus baru untuk suatu fenomena gangguan tertentu dalam suatu masyarakat tertentu dan dalam periode waktu tertentu. Sasarannya adalah anggota masyarakat yang saat ini sama sekali belum mengalami gangguan psikologis tertentu namun mempunyai risiko tinggi atau rentan mengalami gangguan tersebut. Teknik-teknik prevensi primer menyakup: (a) untuk masyarakat luas, meliputi: peningkatan kualitas hidup, peningkatan kesejahteraan sosial, peningkatan berpendidikan, peningkatan kualitas perawatan medis, peningkatan kesempatan kerja; (b) dalam komunitas, meliputi: mendidik pemuka masyarakat, konsultasi perencanaan tata pemukiman, konsultasi agen-agen komunitas, seperti polisi atau guru, mengubah proses-proses sosial dalam sistem sekolah, bersama-sama komunitas menghapus perasaan apatis dan ketidakberdayaan dijadikan aksi kolektif guna pemenuhan kebutuhan; (c) untuk keluarga dan kelompok kecil, meliputi: program pendidikan bagi orangtua, pendidikan prenatal, terapi keluarga dan intervensi krisis untuk keluarga; (d) untuk individual, meliputi: memerkuat kemampuan coping terhadap krisis kehidupan, konsultasi terhadap wali/pelindung atau teman bermakna bagi individu bersangkutan, intervensi krisis perkembangan terhadap anak sekolah, pasangan yang hendak menikah, ibu hamil, pensiunan, atau pasangan bercerai
2. Prevensi sekunder merupakan program untuk mengurangi durasi jumlah penderita gangguan, untuk mendeteksi penderita gangguan psikologis yang masih berada pada tahap awal, dan memberikan tritmen yang



efektif. Peran terapis atau psikolog komunitas lebih pada usaha mencari kasus-kasus daripada “menanti” datangnya kasus-kasus. Usaha-usaha yang dilakukan mencakup: (a) deteksi dini adanya tanda-tanda gangguan; (b) sosialisasi informasi tentang sumber-sumber bantuan yang dapat dicapai, meliputi: tempat, biaya, dan layanan yang dapat diperoleh; (c) mengurangi usaha-usaha yang dapat menghalangi penyediaan bantuan atau menyegah timbulnya miskonsepsi tentang apa yang dilakukan petugas kesehatan mental.

3. **Prevensi tersier** adalah program untuk mengurangi kerusakan lebih lanjut yang dapat ditimbulkan oleh adanya gangguan psikologis, untuk mencegah timbulnya ketidakmampuan dan kecacatan. Teknik-tekniknya mencakup: (a) rehabilitasi, meliputi: memperbaiki keyakinan dan harga diri klien, memberi atau melatih kompetensi bekerja/bersosialisasi, memberikan konseling terapeutik untuk memperkuat kesiapan klien menghadapi tantangan berupa stigmatisasi/pelabelan negatif dari masyarakat; (b) mengubah sikap masyarakat melalui upaya mendidik masyarakat untuk mengembangkan sikap rasional dan manusiawi terhadap orang dengan gangguan mental berat, misalnya dengan menghapuskan stigmatisasi, penolakan, dan ketidakpercayaan terhadap orang dengan gangguan mental berat; (c) hospitalisasi dan alternatifnya, dengan menyelenggarakan institusi perantara (semacam rumah singgah) sebagai tempat transisi bagi klien sebelum kembali ke kehidupan bermasyarakat.

Prevensi ini difokuskan pada populasi atau masyarakat, bukan semata-mata individu melalui program pendidikan kesehatan mental pada masyarakat (Heller dkk., 1984; Korchin, 1976). Tujuan pendidikan kesehatan mental adalah (1) mendidik masyarakat dan pemimpin masyarakat tentang hal-hal yang menjadi penyebab gangguan kesehatan mental, sifat-sifat gangguan mental dan metode intervensinya; (2) untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat itu sendiri atau membudayakan aktivitas preventif.

Pendidikan kesehatan mental masyarakat dapat dilakukan oleh orang-orang nonprofesional, seperti pekerja sosial masyarakat, ibu-ibu anggota dasa wisma, ibu-ibu kader Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) yang telah memperoleh pelatihan dan pengetahuan mengenai pendidikan kesehatan mental. Dari golongan profesional dapat dilakukan oleh psikolog,

sosiolog komunitas, dan dokter ahli kesehatan masyarakat. Berbagai sarana dapat digunakan dalam program pendidikan kesehatan mental, seperti *talkshow* atau program khusus di radio/televisi untuk menyosialisasikan program dari departemen kesehatan, departemen pendidikan nasional atau departemen sosial, pemutaran film bertema kesehatan mental, surat kabar atau majalah, komik, atau iklan layanan masyarakat di media massa. Sasaran aktivitas ini adalah: (1) kelompok yang rentan terkena gangguan emosi, seperti anak-anak dan keluarganya atau orang-orang yang berada dalam situasi krisis perkembangan atau aksidental; (2) pemangku kekuasaan dalam masyarakat; (3) pihak-pihak yang berfungsi sebagai pemangku rawat, seperti guru, polisi, dokter (Korchin, 1976).

Ketika individu atau masyarakat sudah terlanjur berada dalam situasi krisis, maka tindakan paling tepat untuk dilakukan adalah intervensi krisis (Korchin, 1976). Ada dua macam krisis, yaitu (1) krisis perkembangan, merupakan kondisi krisis yang sekuensnya dapat diramalkan, misalnya: awal masuk sekolah, mengalami *menarche*, menikah, mulai menopause, atau memasuki masa pensiun; (2) krisis aksidental, yaitu kondisi krisis yang terjadi akibat peristiwa-peristiwa tak terduga, kejadiannya sulit diramalkan, misalnya: tiba-tiba sakit parah, dipensiun dini/dipeecat dari pekerjaan, kematian mendadak orang yang dicintai, terkena bencana alam, memperoleh promosi dalam karir, atau memperoleh undian berhadiah sangat besar.

Teknik intervensi krisis yang bersifat individual antara lain adalah psikoterapi jangka pendek. Tujuannya: (1) menghilangkan distres, kecemasan, kebingungan, ataupun perasaan kehilangan harapan pada orang-orang yang mengalami situasi krisis; (2) memperbaiki keberfungsian klien sebagaimana saat sebelum mengalami krisis; (3) membantu klien, keluarganya, atau orang-orang bermakna di sekitar klien untuk belajar tentang apa yang dapat dilakukan guna mengantisipasi krisis; (4) memahami hubungan antara krisis dengan pengalaman masa lalu dan keberadaan gangguan psikologis; (5) mengembangkan sikap, perilaku, dan teknik coping baru yang lebih efektif untuk menghadapi krisis berikutnya. Adapun teknik intervensi yang berbasis komunitas adalah dengan pemberdayaan lingkungan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan coping yang lebih efektif. Tujuannya untuk (1) menemukan pola terbentuknya krisis; (2) membantu masyarakat dan

lingkungan untuk belajar tentang bagaimana cara mengantisipasi krisis; (3) memahami hubungan antara krisis dengan proses-proses yang terjadi dalam masyarakat dan keberadaan gangguan psikologis (Korchin, 1976).

Dengan upaya prevensi, pendidikan kesehatan mental, dan intervensi krisis, problem-problem kesehatan mental masyarakat pedesaan dapat diupayakan untuk diatasi secara tepat dan akurat.

#### Kesimpulan dan Saran

Pembangunan ternyata menimbulkan efek ganda. Di satu sisi bermakna positif, di sisi lain dapat menyebabkan dampak negatif. Masyarakat, khususnya masyarakat pedesaan seharusnya memperoleh kemajuan baik secara fisik maupun psikis. Akan tetapi, di dalam kenyataan munculnya berbagai problem psikologis tidak dapat dihindarkan, seperti gangguan perilaku, stres dan gangguan kecemasan atau suasana hati, gangguan interpersonal, gangguan psikofisiologis, bahkan gangguan jiwa. Keadaan seperti ini sangat menghambat kelancaran pembangunan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kesehatan mental sangat berarti bagi kehidupan individu dan masyarakat. Oleh karena itu peningkatan kualitas kesehatan mental masyarakat harus selalu diupayakan agar masyarakat terhindar dari berbagai gangguan perilaku, mental, dan kepribadian. Untuk menjaga kualitas kesehatan mental masyarakat dapat dilakukan dengan prevensi, baik primer, sekunder maupun tersier oleh petugas nonprofesional dan profesional, maupun dengan melakukan pendidikan kesehatan mental. Apabila individu atau masyarakat sudah terlanjur berada dalam situasi krisis, maka dapat ditempuh upaya intervensi krisis untuk mengantisipasinya.

Kesehatan mental individu dan masyarakat akan berpengaruh terhadap optimalisasi pengembangan individu khususnya dan masyarakat pada umumnya, sehingga memperlancar proses pembangunan dan tercapainya tujuan bangsa untuk semakin berkembang sederajat dengan bangsa-bangsa lain yang telah maju.

#### DAFTAR PUSTAKA

Agung, N.M. 2009. Laporan khusus, *Gatra*, Nomor 6, 17 Desember 2009

- Ali, M. 2007. *Orang desa. Anak tiri perubahan*. Malang: Averroes Press
- Duffy, K.G. & Wong, F.Y. 1996. *Community psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hadjam, M.N.R. 2005. Ketrampilan psikologis dalam mewujudkan kesehatan mental. *Pidato pengukuhan jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. 20 Juni 2005.
- Hartini & Tugiyarti, U. 2007. Tingkat kecemasan wanita menopause di dusun Jaranan, Argomulyo, Cangkringan, Sleman. *Intisari skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Heller, K., Price, R.H., Reinharz, S., Riger, S., Wandersman, A., & D'Aunno, T.A. 1984. *Psychology and community change*. Second Ed. Chichago: The Dorsey Press.
- Hemas, GKR., 1996. Miras dan kenakalan remaja. *Makalah disajikan dalam Seminar*. Yogyakarta: Universitas Sarjana Wiyata Tamansiswa.
- Kartono, K. 1989. *Hygiene mental dan kesehatan mental dalam Islam*. Bandung: Mandar Maju.
- Khusnah, A. 2010. Perbedaan stres antara pria dan wanita pada perkawinan usia muda di desa Ngoro, kecamatan Ngoro, kabupaten Mojokerto. *Skripsi*. Malang: Fakultas Ilmu Pendidikan, Jurusan Bimbingan Konseling dan Psikologi, Universitas Negeri Malang
- Kompas.com. 2009. Penyakit hipertensi dan stroke rambah masyarakat pedesaan. Diunduh dari <http://kesehatan.kompas.com/read/2009/08/25/19584612/Penyakit.Hipertensi.dan.Stroke.Rambah.Masyarakat.Pedesaan>, diakses 27 Februari 2010
- Korchin, S.J. 1976. *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.
- Lestari, D. 2009. Pengalaman ibu hamil dalam menghadapi stres persalinan di desa

- Bangun Rejo, kecamatan Tanjung Morawa, kabupaten Deli Serdang tahun 2008-2009. Diunduh dari <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/16502>, diakses 30 Juni 2010
- Marbun, B.N. 1983. *Proses pembangunan desa, Menyongsong tahun 2000*. Cetakan 3. Jakarta: Erlangga.
- Martaniah, S.M. 1995. Peran psikologi dalam kesehatan. *Orasi purnabakti*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Mirza, H. 2005. Ekonomi: Rakyat menggugat. Diunduh dari *Waspada online*, diakses 23 Maret 2010
- Nashir, H. 2003. Menggali kearifan, menghalau kerakusan. *Republika minggu*, 02 Maret 2003
- Nova. 1995. Dipasung selama 14 tahun. No. 315/IX/17 April.
- Orford, J. 1992. *Community psychology: Theory and practice*. London: John Willey and Sons. Ltd.
- Prawitasari, J.E. 2003. Psikologi klinis: dari terapan mikro ke makro. *Pidato pengukuhan jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. 22 Februari 2003.
- Rahayu, M.G.A.B. 2009. Pembangunan perekonomian nasional melalui pemberdayaan masyarakat desa. Diunduh dari <http://wartawarga.gunadarma.ac.id/2010/01/kehidupan-sosial-masyarakat-pedesaan-dan-masyarakat-perkotaan-2/>, diakses 01 Mei 2010
- Ramadhani, O. 2009. Masyarakat pedesaan dan masyarakat perkotaan. Diunduh dari <http://obyramadhani.wordpress.com/2009/12/23/masyarakat-pedesaan-dan-masyarakat-perkotaan/>, diakses 23 Maret 2010
- Sawabi, I.G.N. 2009. Tradisi bunuh diri suku Tengger. Diunduh dari <http://m.kompas.com/xl/read/data/2009.07.15.22563290>, diakses 30 Juni 2010
- Sujatmiko, A. 2009. 14 kasus bunuh diri terjadi di Wonogiri dalam enam bulan terakhir. Laporan khusus, *Gatra*, Nomor 6, 17 Desember 2009
- Sulistiyawati, A. 2010a. Stres, warga Karanganyar mencoba bunuh diri. *Espos*, 27 April 2010
- Sulistiyawati, A. 2010b. Satu keluarga di Pemalang tewas, diduga bunuh diri. *Espos*, 17 Mei 2010
- Sumodiningrat, G. 1996. *Pembangunan daerah dan pemberdayaan masyarakat*. Jakarta: PT. Bina Rena Pariwisata.
- Sumadiyono. 2010. Sebuah keniscayaan. *Harian Jogja*. 19 Juli, h. 1-2. Yogyakarta: PT Aksara Dinamika Jogja
- Taolin, A.U. 2009. Laporan khusus, *Gatra*, Nomor 6, 17 Desember 2009
- Tukiran. 1997. Pola dan tren penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta menjelang Repelita VII (1999-2004). *Makalah disajikan dalam Seminar sehari*. Yogyakarta: IPADI, BAPPEDA, BKKBN, dan Pusat Penelitian Kependudukan UGM.
- Wibowo, A.D. 2009, hubungan antara tingkat stress dengan insomnia pada lansia di desa Tambak Merang Girimarto, Wonogiri. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Wiraatmadja. S. 1986. *Pokok-pokok sosiologi pedesaan*. Jakarta: CV. Yasaguna.
- Zuhri, A. 2009. Sebuah kisah pedih dari Ponorogo. *Harian Jogja*. 22 Oktober, h. 2. Yogyakarta: PT Aksara Dinamika Jogja
- Zuhri, A. 2010. Desa kian kesepian. *Harian Jogja*. 19 Juli, h. 1-2. Yogyakarta: PT Aksara Dinamika Jogja