

## **GAMBARAN STATUS MENTAL ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DI DESA KKN RAWASARI, CILEBAR, KABUPATEN KARAWANG**

Nuram Mubina

Fakultas Psikologi Universitas Buana Perjuangan Karawang

[nuram.mubina@ubpkarawang.ac.id](mailto:nuram.mubina@ubpkarawang.ac.id)

### **Abstrak**

Gangguan jiwa merupakan pola perilaku yang diarahkan pada individu yang mengakibatkan distress, disfungsi dan kualitas hidup menurun. Tanda atau gejala dari gangguan jiwa yaitu berupa kepribadian, pola hidup, gangguan kognisi, persepsi, ketegangan dan sebagainya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Status Mental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Desa KKN Rawasari, Cilebar, Kabupaten Karawang. Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan metode observasi dan wawancara. Metode observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui pengamatan terhadap subjek yang diteliti dan disertai dengan pencatatan yang sistematis. Sedangkan metode wawancara merupakan bentuk komunikasi yang secara langsung berupa tanya jawab antara peneliti dan responden. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa dua ODGJ dari anggota keluarga di Desa Rawasari Kecamatan Cilebar belum mendapatkan penanganan atau perawatan secara optimal, sehingga masih menampakkan symptom positif dan negatif sebagai ciri primer ODGJ. Akan tetapi kedua ODGJ tersebut tergolong mampu menjalankan kehidupan sehari-hari dan berpenampilan bersih.

**Kata Kunci:** Gambaran ODGJ, Gejala, Karawang.

### **Abstract**

*Mental disorders are behavioral patterns directed at individuals that result in distress, dysfunction and decreased quality of life. Signs or symptoms of mental disorders in the form of personality, lifestyle, impaired cognition, perception, tension and so on. This study aims to determine the description of the mental status of people with mental disorders in KKN Rawasari Village, Cilebar, Karawang Regency. This research uses a case study with observation and interview methods. The observation method is a data collection technique that is carried out through observation of the subject under study and accompanied by systematic recording. While the interview method is a form of direct communication in the form of questions and answers between researchers and respondents. The results of this study showed that two ODGJ from family members in Rawasari Village, Cilebar Subdistrict, had not received optimal treatment or care, so that they still showed positive and negative symptoms as primary characteristics of ODGJ. However, the two ODGJs are classified as being able to carry out daily life and have a clean appearance.*

**Keywords:** *Overview of ODGJ, Symptoms, Karawang.*

## **PENDAHULUAN**

Kesehatan merupakan aspek pendukung dalam kehidupan, karena ketika masyarakat sehat maka aktivitas yang dilakukan akan berjalan dengan baik dan lancar. Kesehatan tidak hanya berkaitan soal fisik, namun juga mengenai kesehatan jiwa. Gangguan/penyakit fisik disebabkan oleh bakteri dan infeksi virus maupun penurunan fungsi pada tubuh, semua jenis dari penyakit fisik ini dapat dengan mudah untuk diamati. Sedangkan penyakit atau gangguan jiwa disebabkan ketika individu mengalami ketidakstabilan fungsi psikososial, namun disatu sisi ada juga akibat dari ketidakfungsian organ fisik atau neurologis tertentu, sehingga penyakit dari gangguan jiwa lebih sulit untuk diamati jika dibandingkan dengan penyakit fisik.

Sari (2018) mengatakan bahwa penyebab utama dari gangguan jiwa yaitu pada badan (somogenetik), psikologienik, kultural (tekanan kebudayaan) atau sosiogenetik dan spiritual. Menurut Undang-undang RI N0. 18 tahun 2014, orang dengan gangguan jiwa atau yang biasa disingkat dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam tingkah laku, pikiran dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekelompok gejala dan berbagai perubahan tingkah laku yang bermakna, orang dengan gangguan jiwa memiliki hambatan dan penderitaan dalam menjalankan fungsi sebagaimana manusia pada umumnya.

Pada hakikatnya setiap manusia lahir dilengkapi dengan mental yang sehat, akan tetapi ada pula manusia yang lahir dalam keadaan fungsi mental yang kurang akibat suatu hal. Penyakit mental atau kejiwaan terjadi akibat dari permasalahan hidup, distorsi emosi atau konflik batin individu yang mengalami. Individu yang tidak mampu mengendalikan kondisi tersebut biasanya akan mengalami kondisi mental yang berantakan, sehingga memunculkan tingkah laku yang menyimpang atau tidak selaras dengan apa yang dipikirkan. Menurut Yosep (dalam Sari, 2018) penyebab utama dalam penyakit atau gangguan jiwa yaitu faktor internal seperti somatogenik (di badan) dan faktor eksternal, penyebab tersebut terjadi secara bersamaan dan memunculkan gangguan pada badan ataupun jiwa. Penyakit gangguan jiwa ini dapat terjadi oleh siapa pun tanpa memandang batasan usia, tingkat ekonomi dan sosial.

Orang yang menderita gangguan jiwa mendapati perilaku atau pandangan yang tidak menyenangkan oleh masyarakat akibat dari perilaku menyimpang. Menurut Suhendar (2018) masyarakat yang tidak mendukung dengan keberadaan orang dengan gangguan jiwa dapat meningkatkan frekuensi kekambuhan klien (ODGJ). Hal ini disebabkan karena masyarakat menganggap orang dengan gangguan jiwa sebagai individu yang memiliki keterbatasan sehingga masyarakat cenderung mengucilkan, mengejek hingga memberi label ODGJ adalah orang yang tidak berguna. Selanjutnya Rahmawati (2020) mengungkapkan bahwa dalam lingkungan sosial, orang dengan gangguan jiwa sering mengalami diskriminasi atau kekerasan dan label stigma oleh masyarakat, dan juga merambat pada keluarga yang memiliki klien dengan penyakit jiwa. Orang dengan gangguan jiwa berusaha melawan berbagai masalah dalam hidupnya dengan menghadapi gejala yang timbul dari penyakit yang dialami seperti rasa cemas, khawatir, halusinasi, perubahan suasana hati yang tidak beraturan dan menghadapi masyarakat dari ketidakpahaman pada keunikan gejala tersebut (stigmatisasi).

Orang dengan gangguan jiwa menjadi masalah kesehatan yang cukup serius karena setiap tahun mengalami fluktuasi dan termasuk pada golongan penyakit kronis, sehingga proses dalam penyembuhan memakan waktu yang lama (Sulastien dkk, 2022). Berdasarkan hasil Riskesdas kasus ODGJ di Indonesia tahun 2018, menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia/psikosis dari 1000 rumah tangga sebanyak 7%, dengan artian bahwa dari 1000 rumah tangga terdapat 70 rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit skizofrenia atau psikosis berat. Kemudian pada catatan dari Kemenkes RI tahun 2019, prevalensi gangguan jiwa tertinggi menempati pada Provinsi Yogyakarta dan Bali dengan masing-masing sebanyak 10,4% dan 11,1% per 1000 rumah tangga yang memiliki ART dengan mengidap skizofrenia atau psikosis. Data orang yang mengidap gangguan jiwa di Kabupaten Karawang dalam waktu satu tahun mengalami fluktuasi. Pada tahun 2018 ODGJ di Kabupaten Karawang sebanyak 17.395 orang dan pada tahun 2019 sebanyak 18.100 orang, dengan begitu kenaikan yang dialami sebanyak 4,05% atau 705 orang. Kisaran jumlah dari penderita gangguan jiwa di Kabupaten Karawang sebanyak 25% dari jumlah keseluruhan orang dengan gangguan jiwa di Provinsi Jawa Barat, sehingga dari pemaparan tersebut Kabupaten

Karawang menempati jumlah terbanyak pada kategori pengidap gangguan jiwa dari Provinsi yang ada di Jawa Barat.

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 menibang, bahwa pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan jaminan hak orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) belum dapat diwujudkan secara optimal. Kemudian pada BAB I pasal 3 yaitu terkait pemberian perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ berdasarkan hak asasi manusia. Pasal 28H ayat (1) bahwa orang dengan gangguan jiwa harus mendapatkan kehidupan yang layak. Oleh sebab itu, dengan diterbitkannya Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat No 5 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa menjadi pegangan bagi Pemerintah, Kabupaten/Kota termasuk Kabupaten Karawang beserta anggota masyarakat di dalamnya ikut serta dan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan tersebut dan jaminan kualitas hidup bagi orang yang mengidap penyakit jiwa. Akan tetapi, implementasi kebijakan dari penyelenggaraan kesehatan jiwa di Kabupaten Karawang masih memprihatinkan sebab belum dapat bekerja secara optimal sehingga menyebabkan meningkatnya penyakit gangguan jiwa (Setiawan dkk, 2021).

Keluarga yang memiliki anggota dengan pengidap gangguan jiwa cenderung enggan untuk melakukan pemeriksaan atau upaya dalam/untuk kesembuhannya. Hal ini dikarenakan beberapa alasan bahwa anggota dari keluarga yang memiliki ODGJ tidak tahu bahwa gangguan tersebut bias mendapatkan perawatan dari layanan kesehatan, tidak memiliki biaya untuk melakukan pemeriksaan atau menjalani pengobatan dan merasa malu akibat adanya diskriminasi dari masyarakat setempat (Yogyo dkk, 2015). Akibatnya, rumah tangga yang memiliki ODGJ mereka cenderung memutuskan untuk melakukan pemasangan. Hal tersebut dilakukan atas pertimbangan yang meliputi kekhawatiran akan buhun diri, takut akan berperilaku jahat atau melakukan kekerasan pada orang lain dan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota (ODGJ) atau belum tersedianya pusat penyelenggaraan kesehatan jiwa yang diselenggarakan oleh pemerintah (Lestari dan Wardhani, 2014). Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran status orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di daerah Kabupaten Karawang khususnya desa Rawasari sebagai desa terpencil dan terluar dari Kabupaten Karawang.

## **METODE**

Gambaran status mental orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dilakukan dengan metode studi kasus. Studi kasus adalah suatu serangkaian dari kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terperinci dan mendalam terkait suatu aktivitas atau program yang dilakukan baik pada individual maupun kelompok seperti lembaga atau organisasi guna memperoleh informasi yang mendalam mengenai peristiwa (Rahardjo, 2017). Studi kasus dilakukan melalui teknik:

### **Observasi**

Denzim (dalam Hasanah, 2017) menjelaskan metode observasi merupakan langkah awal dalam menuju fokus perhatian yang luas mencakup observasi partisipan sampai observasi hasil praktis sebagai metode dalam kapasitas masing-masing. Observasi dapat diusut pada keseimbangan akar teoritis metode interaksionis-simbolik, karena peneliti dapat berinteraksi secara langsung dengan subjek penelitian pada saat pengumpulan data. Hal ini juga diperjelas oleh Moleong (2016) bahwa melalui metode observasi peneliti dapat mempelajari berbagai hal salah satunya mengenai tingkah laku dan makna dari tingkah laku tersebut. Peneliti menggunakan kemampuan pengamatannya untuk mendapatkan berbagai informasi melalui motif yang dilakukan oleh subjek seperti perilaku tidak sadar, perhatian, kepercayaan, kebiasaan dan lain sebagainya. Metode observasi dilakukan secara langsung pada penderita gangguan jiwa, sehingga peneliti memperoleh berbagai informasi mengenai gambaran orang dengan gangguan jiwa di desa Rawasari, Cilebar, Kabupaten Karawang.

### **Wawancara**

Wawancara merupakan metode pengambilan data yang digunakan oleh peneliti ketika melakukan studi pendahuluan untuk mendapatkan informasi terkait permasalahan yang diteliti dan juga untuk mendapatkan informasi yang lebih dalam (Sugiyono, 2018). Hal serupa juga diungkapkan oleh Rosaliza (2017) bahwa wawancara digunakan untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan fakta, kepercayaan, keinginan, perasaan dan sebagainya yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan sebagaimana yang diharapkan oleh peneliti dalam melakukan penelitian. Selanjutnya, melalui metode wawancara peneliti dapat memasuki perspektif subjek penelitian yang berpengalaman dan

bermakna secara eksplisit. Teknik wawancara dilakukan oleh peneliti pada sebagian orang yang memiliki keterikatan dengan orang yang mengalami gangguan jiwa seperti orang tua, pasangan, keluarga, tokoh masyarakat dan sebagainya.

## **SUBJEK PENELITIAN**

### Subjek 1

Nama	DM
Usia	36 Tahun
Jumlah Anak	3 (Tiga)
Hasil Anamnesa	Gejala muncul setelah bercerai dengan suami dari pernikahannya yang kedua dan sudah berlangsung selama 5 tahun. Jika ditelusuri, dalam keluarganya tidak memiliki riwayat keluarga ODGJ. Dalam berpenampilan DM cukup terawat, bersih karena mampu membersihkan badan sendiri (mandi) dan mampu melakukan pekerjaan rumah tangga dengan baik. Akan tetapi DM memiliki nafsu makan yang rendah dan emosi yang sulit untuk dikontrol sehingga ketika emosi berlangsung DM akan menggerutu dan mengulang-ulang kalimat yang dilontarkan.

### Observasi

<b>Deskripsi Umum</b>	<b>Fungsi Psikologi</b>
DM berpenampilan cukup terawat. Sikap terhadap pemeriksa kurang kooperatif (tidak menunjukkan kerjasama yang baik) dengan afek datar dan roman wajah yang wajar. Dalam proses berpikir DM tergolong tidak realistik dan tidak memiliki gabungan persepsi.	Dalam aktivitas mental (kognitif), DM memiliki memori dan orientasi yang lemah, konsentrasi yang kurang dan kemampuan verbal yang rendah. Selain dari kognitif, DM memiliki emosi yang tidak stabil dan terkadang tidak dapat mengontrol emosi serta berperilaku menarik diri.

---

---

	Ya	Tidak
A. Dua atau lebih di bawah ini muncul dengan porsi yang signifikan selama satu bulan atau kurang jika berhasil diobati. Setidaknya satu dari ini harus (1), (2), atau (3).		
Delusi		√
Halusinasi		√
Bicara kacau (misalnya: sering menggelinciran atau <i>ngawur</i> ).	√	
Perilaku yang sangat tidak terorganisir atau katatonik.		√
Gejala negatif (yaitu: berkurangnya ekspresi emosional atau lemah semangat/ <i>avolisi</i> ).	√	
B. Episode gangguan berlangsung setidaknya 1 bulan tetapi kurang dari 6 bulan. Apabila diagnosis dilakukan tanpa menunggu pemulihan, maka diagnosis harus “sementara”.		
C. Gangguan <i>skizoafektif</i> dan gangguan depresi atau <i>bipolar</i> yang memiliki ciri <i>psikotik</i> telah dikesampingkan karena salah satu ; (1) tidak ada depresi atau <i>manik mayor</i> yang terjadi bersamaan dengan fase gejala aktif, atau (2) jika episode mood telah terjadi selama fase gejala aktif, maka episode tersebut telah muncul selama bagian kecil dari total durasi periode aktif dan periode residual dari penyakit.		

---

D. Gangguan tidak disebabkan oleh efek <i>fisiologis</i> dari suatu zat (misalnya: penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lain.	√
<b>Gejala</b>	
<b>Ya</b> <b>Tidak</b>	
A Dua (atau lebih) dari poin berikut ini, masing-masing hadir untuk porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil diobati) setidaknya salah satu dari poin tersebut (1), (2), atau (3):	
1. Delusi	√
2. Halusinasi	√
3. Bicara tidak terorganisir	√
4. Perilaku tidak teratur atau katatonik	√
5. Simtom negatif (yaitu berkurangnya ekspresi emosi atau kurangnya inisiatif/tujuan).	√
B. Untuk sebagian besar waktu sejak permulaan gangguan, tingkat fungsi disatu atau lebih area umum, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri sendiri, berada jauh dibawah tingkat yang dicapai sebelum <i>onset</i> (atau saat onset adalah di masa kanak-kanak atau remaja, ada kegagalan mencapai tingkat yang diharapkan dari fungsi interpersonal, akademik, atau pekerjaan.	√
C. Tanda-tanda gangguan terus-menerus selama paling sedikit 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan symptom (atau kurang jika berhasil diobati) yang memenuhi kriteria periode symptom <i>prodromal</i> atau <i>residual</i> . Selama <i>prodromal</i> atau periode residu, tanda-tanda	√

---

gangguan dapat diwujudkan hanya dengan *symptom* negatif atau dua/lebih *symptom* yang tercantum dalam kriteria A yang hadir dalam bentuk yang dilemahkan (misalnya kepercayaan aneh, pengalaman perseptual yang tidak biasa).

---

D. Gangguan *Skizoafektif* dan gangguan deperesi atau bipolar yang memiliki ciri *psikotik* telah dikesampingkan karena salah satu; (1) tidak ada depresi atau manik besar yang terjadi bersamaan dengan *simptom* fase aktif, mereka telah hadir untuk sebagian kecil durasi total masa aktif dari sisa penyakit.

---

E. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya, penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lain.

---

F. Jika ada riwayat gangguan *Spectrum Autisme* atau gangguan komunikasi pada *onset* masa kanak-kanak, diagnosis tambahan *Skizofrenia* dilakukan jika delusi atau halusinasi yang menonjol, di samping *simptom-simptom skizofrenia* hadir setidaknya selama 1 bulan (atau kurang) jika berhasil diobati.

---

## Subjek 2

Nama	W
Usia	55 Tahun
Alamat	Desa Rawa Kondang 01/01, Rawasari, Cilebar
Hasil Anamnesa	W mengalami gangguan jiwa sudah berkisar 20 tahun. W mampu melakukan aktivitas secara normal seperti dapat membersihkan/melakukan pekerjaan rumah dengan baik,

---

mengerjakan sholat, membersihkan badan (mandi) dan makan dengan sendirinya. Ketika dalam keramaian gejalanya akan kambuh yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam mengontrol ucapan sehingga W akan berbicara secara berulang walaupun W sedang tidak berbicara dengan siapapun dan ketidakmampuan dalam mengontrol emosi yang mengakibatkan W melakukan kekerasan dengan melempar batu pada orang yang ada disekitarnya, terkadang gejala ini akan muncul sekali dalam satu minggu. Namun W lebih sering “normal” dan ketika W normal, ia mampu berbaur dengan warga sekitar dengan baik dan menyukai kebersihan secara berlebihan.

---

Observasi

Deskripsi Umum	Fungsi Psikologi
DM berpenampilan cukup terawatt. Sikap terhadap pemeriksa kurang kooperatif (tidak menunjukkan kerjasama yang baik) dengan afek datar dan roman wajah yang wajar. Dalam proses berpikir DM tergolong tidak realistik dan memiliki persepsi yaitu halusinasi dan delusi.	Dalam aktivitas mental (kognitif), DM memiliki memori dan orientasi yang lemah, konsentrasi yang kurang dan kemampuan verbal yang rendah. Selain dari kognitif, DM memiliki emosi yang tidak stabil dan terkadang tidak dapat mengontrol emosi serta berperilaku agresif seperti ada hambatan dan menarik diri.

---

Gejala	Ya	Tidak
A. Dua atau lebih di bawah ini muncul dengan porsi yang signifikan selama 1 bulan atau kurang jika berhasil diobati. Setidaknya satu dari ini harus (1), (2), atau (3):		

---

Delusi	√
Halusinasi	√
Bicara kacau (misalnya: sering penggelinciran atau <i>ngawur</i> )	√
Perilaku yang sangat tidak terorganisir atau <i>katatonik</i>	√
Gejala negatif (yaitu: berkurangnya ekspresi emosional atau lemah semangat/ <i>avolisi</i> )	√
B. Episode gangguan berlangsung setidaknya 1 bulan tetapi kurang dari 6 bulan. Bila diagnosis dilakukan tanpa menunggu pemulihan, maka diagnosisnya harus “sementara”	√
C. Gangguan <i>skizoafektif</i> dan gangguan deperesi atau bipolar yang memiliki ciri psikotik telah dikesampingkan karena salah satu (1) tidak ada depresi atau <i>manik mayor</i> yang terjadi bersamaan dengan fase gejala aktif, atau (2) jika episode <i>mood</i> telah terjadi selama fase gejala aktif, episode tersebut telah muncul selama bagian kecil dari total durasi periode aktif dan periode residual dari penyakit.	√
D. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya: penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lain.	√
<b>Gejala</b>	<b>YA</b> <b>TIDAK</b>
A. Dua (atau lebih) dari poin berikut ini, masing-masing hadir untuk porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil diobati) setidaknya salah satu dari poin tersebut (1), (2), atau (3):	
1. Delusi	√
2. Halusinasi	√

3. Bicara tidak terorganisir	√
4. Perilaku tidak teratur atau <i>katatonik</i>	√
5. Simtom negatif (yaitu berkurangnya ekspresi emosi atau kurangnya inisiatif/tujuan).	√
6. Untuk sebagian besar waktu sejak permulaan gangguan, tingkat fungsi disatu atau lebih area umum, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri sendiri, berada jauh di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau saat onset adalah di masa kanak-kanak atau remaja, ada kegagalan mencapai tingkat yang diharapkan dari fungsi interpersonal, akademik, atau pekerjaan.	√
7. Tanda-tanda gangguan terus-menerus selama paling sedikit 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan <i>symptom</i> (atau kurang jika berhasil diobati) yang memenuhi kriteria periode <i>symptom</i> prodromal atau residual. Selama prodromal atau periode residu, tanda-tanda gangguan dapat diwujudkan hanya dengan <i>symptom</i> negatif atau dua atau lebih <i>symptom</i> yang tercantum dalam kriteria A yang hadir dalam bentuk yang dilemahkan (misalnya: kepercayaan aneh, pengalaman perseptual yang tidak biasa).	√
8. Gangguan <i>Skizoafektif</i> dan gangguan deperesi atau bipolar yang memiliki ciri psikotik telah dikesampingkan karena salah satu (1) tidak ada depresi atau manik besar yang terjadi bersamaan dengan <i>symptom</i> fase aktif, mereka telah hadir untuk sebagian kecil durasi total masa aktif dari sisa penyakit.	√

---

9. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya: penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lain.

√

---

10. Jika ada riwayat gangguan *Spectrum Autisme* atau gangguan komunikasi pada onset masa kanak-kanak, diagnosis tambahan *Skizofrenia* dilakukan jika delusi atau halusinasi yang menonjol, di samping simptom-simptom *skizofrenia* hadir setidaknya selama 1 bulan (atau kurang) jika berhasil diobati.

---

√

## PEMBAHASAN

Pada kasus ODGJ di Desa Rawasari Kecamatan Cilebar Kabupaten Karawang, terlihat bahwa kondisi dua ODGJ cenderung cukup stabil sehingga keduanya terlihat cukup mampu dalam melakukan aktivitas atau fungsi dasar hidup sehari-hari. Meskipun, baik subjek 1 maupun subjek 2 terlihat cukup terawat secara penampilan, tetapi tampaknya kedua subjek masih memunculkan simtom positif dan negatif yang menjadi ciri utama ODGJ dan subjek kedua yaitu W dengan usia 55 tahun lebih sering memunculkan simtom. Simtom tersebut antara lain masih adanya gejala-gejala yang muncul seperti delusi, halusinasi, proses pikir yang tidak realistis yang menyebabkan berbicara tidak beraturan (*ngawur*), afek yang datar, tergolong agresif bila mendapatkan stimulus dari lingkungan, serta adanya upaya menarik diri dari kerumunan dan tidak ingin bersosialisasi.

Kondisi tersebut terjadi akibat kurangnya pengetahuan keluarga mengenai cara pendampingan yang tepat bagi ODGJ. Kedua subjek dalam penelitian ini tidak mendapatkan perawatan psikiatri baik dari keluarga ataupun dari tokoh masyarakat dan masih belum optimalnya penyediaan layanan kesehatan jiwa sehingga tidak ada obat yang dapat dikonsumsi untuk menekan gejala gangguan jiwa. Oleh sebab itu, keluarga tampak masih menggunakan cara tradisional dalam melakukan pendampingan. Bahkan pada subjek 2 terlihat bahwa keluarga akan memasukkannya ke dalam ruangan khusus ketika ada tamu yang datang berkunjung ke keluarga.

Gangguan jiwa juga merupakan masalah kesehatan yang serius karena jumlahnya yang terus mengalami peningkatan disetiap tahunnya. Selain itu gangguan jiwa adalah penyakit kronis yang membutuhkan proses panjang dalam penyembuhannya. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian melainkan secara langsung akan menyebabkan persepsi yang negatif terhadap diri sendiri, adanya stigmatisasi dan penolakan dari lingkungan sekitar, berkurangnya aktivitas dan kesulitan dalam melakukan fungsi sehari-hari sebagaimana manusia pada umumnya, serta pandangan negatif pada diri sendiri (Sanchaya, dkk. 2018). Proses pemulihan dan penyembuhan pada orang dengan gangguan jiwa tidak selalu mudah dan membutuhkan dukungan dari keluarga untuk menentukan keberhasilan pemulihan tersebut. Dalam proses pemulihan, ODGJ memerlukan bantuan berupa obat untuk menekan atau meminimalisir gejala-gejala yang menjadi ciri utama gangguan jiwa seperti simtom positif dan negatif yang menyertai.

Simtom-simtom positif mencakup hal-hal yang berlebihan dan distorsi seperti halusinasi dan waham atau keyakinan yang didasari dari penilaian yang salah. Simtom-simtom ini, sebagian terbesarnya menjadi ciri suatu episode akut *skizofrenia* (Davidson dkk, 2014). Waham (delusi) yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan, semacam itu merupakan simtom-simtom positif yang umum pada *skizofrenia*. Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan dari kelima indera yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran (*auditory*) dan halusinasi penglihatan (*visual*).

Simtom-simtom negatif *skizofrenia* mencakup berbagai *deficit behavioral*, seperti *avolition*, *alogia*, *anhedonia*, afek datar, dan *asosialitas*. Simtom-simtom ini cenderung bertahan melampaui satu episode akut dan memiliki efek parah terhadap kehidupan para pasien *skizofrenia*. Simtom-simtom ini juga penting secara *prognostic*; banyaknya simtom negatif merupakan *predictor* kuat terhadap kualitas hidup yang rendah seperti ketidakmampuan kerja dan atau hanya memiliki sedikit teman (Ho dkk., 1998 dalam Davison, 2014). *Avolition* (apati) merupakan kondisi kurangnya energi dan ketiadaan minat atau ketidakmampuan untuk tekun melakukan apa yang biasanya merupakan aktivitas rutin, misalnya menjaga kebersihan diri dan mengalami kesulitan untuk tekun

dalam beraktivitas seperti sekolah, bekerja, dan pekerjaan sukarela seperti pekerjaan rumah tangga.

*Alogia* merupakan suatu gangguan pikiran negatif. *Alogia* dapat terwujud dalam beberapa bentuk misalnya miskin percakapan, jumlah percakapan memadai namun hanya mengandung sedikit informasi dan cenderung membingungkan serta diulang-ulang. *Anhedonia* yaitu ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan yang tercermin dalam kurangnya minat pada berbagai aktivitas rekreasi, gagal untuk mengembangkan hubungan dekat dengan orang lain dan kurangnya minat dalam hubungan seks. Asosialitas adalah ketidakmampuan yang parah dalam hubungan sosial atau kurangnya motivasi untuk terlibat dalam interaksi sosial, mereka hanya memiliki sedikit teman, keterampilan sosial yang rendah, preferensi kegiatan menyendiri dan sangat kurang berminat untuk berkumpul bersama orang lain. Simptom disorganisasi pembicaraan (Gangguan berpikir formal) yaitu menurut (Davidson dkk, 2014) merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan dalam berbicara sehingga pendengar dapat memahaminya.

Davidson dkk (2014) mengatakan beberapa simptom lain *skizofrenia* tidak cukup tepat untuk digolongkan dalam ketiga kategori sebelumnya. Dua simptom penting dalam kelompok ini adalah katatonia dan afek tidak sesuai. Katatonia beberapa abnormalitas motorik menjadi ciri katatonia. Para ODGJ dapat melakukan suatu gerakan yang tidak normal atau gerakan berulang kali, gerakan tersebut menggunakan urutan yang aneh dan kadang kompleks antara gerakan jari, tangan, dan lengan, yang sering kali tampaknya mempunyai tujuan tertentu.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian terungkap bahwa dua ODGJ di Desa Rawasari Cilebar belum mendapatkan penanganan yang tepat sehingga masih memunculkan symptom positif dan negatif sebagai ciri utama ODGJ. Kedua ODGJ tidak mendapatkan perawatan yang cukup layak seperti pemberian obat untuk menekan gejala-gejala yang muncul dan masih diasingkan ketika keluarga menerima tamu serta tidak optimalnya penyediaan layanan kesehatan jiwa. Walaupun demikian, ODGJ tergolong memiliki

penampilan yang cukup rapi dan bersih serta masih tergolong mampu untuk melakukan fungsi kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, saran yang diajukan adalah perlunya pemberian psikoedukasi pada keluarga ODGJ mengenai pendampingan pada pasien. Selanjutnya, bagi tokoh masyarakat juga perlu lebih peduli dan menyediakan fasilitas umum yang dapat digunakan keluarga ketika memberikan pendampingan pada ODGJ.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Sari. (2018). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Kelurahan Rowosari Kota Semarang. Sarjana Terapan (S1/D4) Thesis. Universitas Muhammadiyah: Semarang.
- Cahyani, N. D. (2019). Peran Kader Kesehatan Dalam Memberdayakan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Gangguan Jiwa Di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman. Diploma Thesis. Poltekkes Kemenkes :Yogyakarta.
- Davidson. Gerald, C. dkk. (2014). Psikologi Abnormal. Jakarta: PT.Rajagrafindo Persada.
- Hasanah, H. (2017). Teknk-Teknik Observasi. Universitas Islam Negeri Semarang.
- Lestari. Wardhani. (2014). Stigma dan Penanganan Gangguan Jiwa Berat Yang Di Pasung bulletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 17 No.2 April 2014: 157-166.
- Mane, G. Kuwa, R. K. M. Sulastien, H. (2022). Gambaran Stigma Masyarakat Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Jurnal Keperawatan Jiwa (JKI). Universitas Muhammadiyah Semarang. Vol 10 No 1 Hal 185-192.
- Moleong. Lexy, J. (2016). Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Rahardjo, M. (2017). Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif Konsep Dan Prosedurnya. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Rosaliza, M. (2015). Wawancara Sebuah Interaksi Komunikasi Dalam Penelitian Kualitatif. Universitas Riau. Vol 11, No 2. Februari 2015.
- Setiawan, B. Yulyana, E. Priyanti, E. (2021). Implementasi Peraturan Daerah Povinsi

Jawa Barat Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Kabupaten Karawang. Vol.8 No.1. 2021.

Sanchaya, P. K. Sulistiowati, D. M. N. Yanti, D. E. P. N. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 1(2), 87-92.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Suhendar, I. Widianti, E. Islamiati, R. (2018). Sikap Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa di Desa Kersamanah Kabupaten Garut. Vol. VI No. September 2018.

Yogyo, DS., Andarin, S., Lestari R. (2015). Studi Fenomenologi: pengalaman Keluarga terhadap Pemasungan dan Lepas Pasung pada Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Ners dan Kebidanan*. Vol.2, No.2. Agustus 2015, hal 189-201.