

**ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA  
DITINJAU DARI SEGI KEDOKTERAN DAN ISLAM**



*29/11/11*

**Disusun Oleh :**

**DEWI ARISTI ALFIANTI**

**110.2002.054**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk mencapai gelar Dokter Muslim**

**Pada**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS YARSI  
J A K A R T A  
SEPTEMBER 2009**

## ABSTRAK

### ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN DAN ISLAM

Visi pembangunan kesehatan adalah Indonesia sehat 2010. Tubuh yang sehat dan ideal dari segi kesehatan meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan tidak hanya terbebas dari penyakit. Kesehatan, pendidikan dan pendapatan merupakan tiga faktor utama yang sangat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia. Kesehatan jiwa merupakan bagian yang integral dari kesehatan. Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju, modern dan industri dimana salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah gangguan Skizofrenia. Tujuan umum skripsi ini adalah untuk memahami aspek hukum penderita Skizofrenia ditinjau dari kedokteran dan Islam. Secara khusus skripsi ini bertujuan untuk memahami etiologi, psikodinamika, penatalaksanaan dan aspek hukum menurut pandangan kedokteran dan Islam pada penderita Skizofrenia.

Prevalensi Skizofrenia secara umum berkisar antara 0,2% hingga 2,0% dengan risiko kematian terbesar adalah akibat bunuh diri. Etiologi gangguan skizofrenia belum dapat dipastikan dan masih banyak teori yang menerangkan mengenai penyebab Skizofrenia. Psikodinamika gangguan Skizofrenia sendiri disebabkan oleh ketidakseimbangan antara Id, ego dan superego. Hukum telah mengatur dalam undang-undang perdata dan pidana mengenai kedudukan seorang penderita Skizofrenia. Ilmu kedokteran telah banyak mengembangkan terapi untuk penderita Skizofrenia bukan hanya dari segi psikofarmaka akan tetapi juga terapi sosial.

Menurut agama Islam penderita Skizofrenia dikategorikan dalam penyakit gila dimana Islam telah mengatur hukum-hukum yang berlaku bagi penderita Skizofrenia dalam hal ibadah, mu'amalah dan pidana dengan didasari akal sebagai hal utama bagi seseorang dalam berbuat.

Kedokteran dan Islam menyepakati beberapa hal mengenai aspek hukum pada penderita Skizofrenia baik dalam hal pidana ataupun perdata, begitu juga dalam hal terapi dimana terapi religi tidak dapat dipisahkan dengan terapi secara medis.

Skripsi ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua pihak terutama kepada penderita gangguan Skizofrenia untuk tetap bersabar dalam menghadapi cobaan, untuk keluarga, kerabat atau teman penderita gangguan Skizofrenia agar tidak mengucilkan orang tersebut dan memperlakukannya sebagaimana layaknya manusia biasa dan untuk ulama hendaknya memberi dukungan dan nasehat keagamaan untuk selalu tawakkal dan juga berikhtiar untuk berobat.

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah kami setuju untuk dipertahankan di hadapan Komisi  
Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas YARSI

Jakarta, 15 September 2009

Komisi Penguji

Ketua,



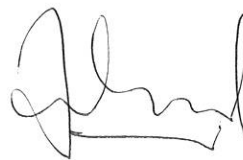
Dr. Hj. Riyani Wikaningrum, DMM, MSc

Pembimbing Agama

Pembimbing Medik



(Dr. H. Nasruddin Noor, Sp.KJ)



(Amir Mahmud, LLM)

## KATA PENGANTAR

*Bismillahirrahmaanirrahiim*

Segala puji bagi dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah dan karuniaNya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul **"ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN DAN ISLAM"**

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Dokter Muslim Fakultas Kedokteran Universitas YARSI. Terwujudnya skripsi ini adalah berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan kepada :

1. **Prof. Dr. Hj. Qomariyah, MS, PKK, AIFM**, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas YARSI yang telah memberikan masukan-masukannya demi kesempurnaan skripsi ini.
2. **Dr. Wan Nedra Komarudin, Sp.A**, selaku Wakil Dekan I Universitas YARSI yang telah memberikan masukan serta arahan demi selesainya skripsi ini
3. **Dr. Hj. Riyani Wikaningrum, DMM, MSc**, selaku ketua komisi penguji yang telah membantu dalam memberikan arahan dan masukan demi selesainya skripsi ini
4. **Dr. Nasruddin Noor, Sp.KJ**, selaku dosen dan pembimbing medik yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan memberikan masukan serta arahan
5. **Bapak Amir Mahmud, LLM**, selaku dosen dan pembimbing agama Islam yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan memberikan masukan serta arahan demi selesainya skripsi ini

6. Ayahanda dan ibunda tercinta **Daud Sudjana** dan **Ade Nuraini** atas do'a untuk kelancaran pendidikan selama ini, kasih sayang dan perhatian yang berlimpah serta motivasi dan dukungan setiap saat sehingga skripsi ini dapat diselesaikan
7. Kakak dan adikku tercinta, **dr. Erda Ayu Umami, Astri Nurdiana, Am.Keb, S.SiT, Muhammad Abi dzar, Muhammad Ramadhan dan Muhammad Ghifar**, terima kasih atas dukungan setiap saat sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
8. Suami tercinta **Andri Abdullah, ST** dan keluarganya atas kasih sayang dan semangatnya yang tak terbatas.
9. Teman-teman seperjuangan **dr.Intan Masita Hayati, dr.Andina Anggriani Putri Dewi, dr.Citra Novi Brillianti, dr.Irmawati, dr.Ami Amelia, dr.Novira Fidelia, dr.Fitria Ramdhitabudi, dr.Dina Mia Sari, dr. Itha Armyanti, dr. Marissa Anditara, dr. Ririn Ahdiati, dr. Reti Anggraini, dr.Triananinsih, dr.Febi Dwi Febriani, dr.Ega Primadona, Getania Fatmasari, S.Ked, Intan Fitriyuni, S.Ked, Nala Pebriani, S.Ked, Newanda Johni Muchtar, S.Ked, Rahmawati, S.Ked** dan lain-lain yang tidak dapat saya tulis satu persatu. Terima kasih atas nasehat, semangat dan dukungannya selama ini sehingga skripsi ini dapat selesai.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun sehingga penyusunan skripsi ini dapat menjadi lebih baik sesuai dengan hasil yang diharapkan.

Akhirnya dengan mengucapkan Alhamdulillah, semoga Allah selalu meridhoi kita semua dengan harapan skripsi ini dapat bermanfaat.

Jakarta, 15 September 2009

(Penulis)

## DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Permasalahan.....	4
I.3 Tujuan	
I.3.1 Tujuan Umum.....	4
I.3.2 Tujuan Khusus.....	4
I.4 Manfaat.....	5
<b>BAB II ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN</b>	
II.1 Pengertian Skizofrenia.....	6
II.2 Epidemiologi Skizofrenia.....	7
II.3 Etiologi Gangguan Skizofrenia.....	9
II.4 Psikodinamika Gangguan Skizofrenia.....	17
II.5 Gambaran Klinik dan Kriteria Diagnosis Gangguan Skizofrenia.....	21
II.6 Aspek Hukum pada Penderita Skizofrenia.....	25
II.7 Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia.....	36
<b>BAB III ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA DITINJAU DARI ISLAM</b>	
III.1 Keutamaan Akal.....	44

III.2 Psikodinamika Gangguan Jiwa Skizofrenia Menurut Agama Islam.....	45
III.3 Al Mahkum ‘Alaih ( <i>Mukallaf</i> ) dan Kaitannya dengan Akal.....	47
III.4 Aspek Hukum pada Penderita Skizofrenia Menurut Agama Islam.....	48
III.5 Terapi Gangguan Skizofrenia Menurut Agama Islam.....	54
<b>BAB IV KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM MENGENAI ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA.....</b>	<b>57</b>
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
V.1 Simpulan.....	59
V.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	61



# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Visi pembangunan bidang kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010, diharapkan akan menjadikan masyarakat Indonesia untuk dapat hidup dalam lingkungan sehat dan berperilaku hidup sehat. Indonesia sehat 2010 dimaksudkan juga untuk mendorong agar masyarakat dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata guna mencapai derajat kesehatan yang optimal (Azwar, 2004).

Manusia yang sehat tidak hanya sehat jasmani, tetapi juga sehat rohani. Sehingga tubuh sehat dan ideal dari segi kesehatan meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit (Definisi Sehat WHO Tahun 1950). Semua aspek tersebut akan mempengaruhi penampilan atau *performance* setiap individu, dalam melakukan aktivitas sehari hari seperti bekerja, berkarya, berkreasi dan melakukan hal-hal yang produktif serta bermanfaat (Azwar, 2004).

Kesehatan, pendidikan dan pendapatan setiap individu merupakan tiga faktor utama yang sangat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu setiap individu berhak dan harus selalu menjaga kesehatan, yang merupakan modal utama agar dapat hidup produktif, bahagia dan sejahtera (Azwar, 2004).

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang integral dari kesehatan. Kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, akan tetapi merupakan suatu hal yang dibutuhkan oleh semua orang. Kesehatan jiwa

adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya, serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Orang yang sehat jiwa dapat mempercayai orang lain dan senang menjadi bagian dari satu kelompok (Supari, 2005).

Gangguan jiwa (*mental disorder*) merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju, modern dan industri. Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2003).

Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah gangguan jiwa Skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan mental yang kompleks dan banyak aspek tentang Skizofrenia yang sampai saat ini belum dapat dipahami sepenuhnya. Sebagai suatu sindrom, pendekatan Skizofrenia harus dilakukan secara holistik dengan melibatkan aspek psikososial, psikodinamik, genetik, farmakologi, dan lain-lain (Nantingkaseh, 2007).

Pasien Skizofrenia seringkali luput dari perhatian kita. Data demografik menyatakan terdapat sekitar 1% populasi dunia yang menderita gangguan jiwa jenis ini, suatu jumlah yang sangat besar dengan populasi manusia dunia saat ini (Andri, 2008).

Hal ini karena berhubungan dengan beban masyarakat dan negara yang ditanggung karena penyakit ini. Dalam masyarakat pasien Skizofrenia sering

dianggap sudah tidak punya perasaan lagi dan terkadang dianggap berbahaya (Andri, 2008).

Studi epidemiologi menyebutkan bahwa perkisaran angka prevalensi Skizofrenia secara umum berkisar antara 0,2% hingga 2,0% tergantung di daerah atau negara mana studi itu dilakukan. Di Indonesia sendiri angka penderita Skizofrenia 25 tahun yang lalu diperkirakan 1/1000 penduduk dan proyeksi 25 tahun mendatang mencapai 3/1000 penduduk (Hawari, 2003).

Beberapa penelitian juga menemukan bahwa 80% semua pasien Skizofrenia menderita penyakit fisik dan 50% nya tidak terdiagnosis. Bunuh diri adalah penyebab umum kematian diantara penderita Skizofrenia, 50% penderita Skizofrenia pernah mencoba bunuh diri satu kali seumur hidupnya dan 10% berhasil melakukannya. Faktor risiko bunuh diri adalah adanya gejala depresif, usia muda dan tingkat fungsi premorbid yang tinggi (Nantingkaseh, 2007).

Mengingat kompleksnya gangguan Skizofrenia, untuk mendapatkan hasil terapi yang optimal, klinikus perlu memperhatikan beberapa fase simptom gangguan Skizofrenia, yaitu : fase prodromal, fase aktif dan fase residual. Hasil akhir yang ingin dicapai adalah penderita Skizofrenia dapat kembali berfungsi dalam bidang pekerjaan, sosial dan keluarga (Nantingkaseh, 2007).

Dalam praktek kedokteran jiwa sering dijumpai pada penderita Skizofrenia terdapat gejala-gejala waham atau delusi keagamaan yang patologis. Pentingnya riwayat kehidupan beragama bagi penderita gangguan jiwa dikemukakan oleh Kaplan dan Sadock (1991) yang menyatakan bahwa dalam wawancara psikiatrik (anamnesis) perlu ditelusuri latar belakang

keagamaannya. Dalam agama Islam mereka yang mengalami gangguan jiwa ini bebas dari tuntutan hukum (Hawari, 2003).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengetahui lebih jauh mengenai aspek hukum pada penderita Skizofrenia ditinjau dari kedokteran dan Islam

## **I.2 Permasalahan**

1. Apakah etiologi gangguan Skizofrenia dan bagaimana psikodinamika gangguan tersebut
2. Bagaimanakah aspek hukum pada penderita Skizofrenia
3. Bagaimana penatalaksanaan gangguan Skizofrenia
4. Bagaimana pandangan Islam mengenai aspek hukum pada penderita Skizofrenia

## **I.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memahami aspek hukum penderita Skizofrenia ditinjau dari kedokteran dan Islam

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Memahami etiologi dan psikodinamika gangguan Skizofrenia
2. Memahami aspek hukum pada penderita Skizofrenia
3. Memahami penatalaksanaan gangguan Skizofrenia
4. Memahami pandangan Islam mengenai aspek hukum pada penderita Skizofrenia

#### **I.4 Manfaat**

1. Bagi Penulis

- Menambah pengetahuan tentang aspek hukum pada penderita Skizofrenia di tinjau dari kedokteran dan Islam
- Menambah pengalaman dalam membuat karya tulis ilmiah yang baik dan benar

2. Bagi Universitas YARSI

Diharapkan skripsi ini dapat menambah khazanah ilmiah yang bermanfaat khususnya bagi civitas akademika Universitas YARSI

3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat mengenai penyakit Skizofrenia dan aspek hukum pada penderita Skizofrenia

**BAB II**  
**ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA**  
**DITINJAU DARI KEDOKTERAN**

**II.1 Pengertian Skizofrenia**

Hingga sekarang penanganan penderita Skizofrenia belumlah memuaskan, hal ini terutama terjadi di negara-negara yang sedang berkembang, karena ketidaktahuan keluarga maupun masyarakat terhadap jenis gangguan ini. Di antaranya adalah masih terdapatnya pandangan yang negatif dan bahwa Skizofrenia bukanlah suatu penyakit yang dapat diobati dan disembuhkan. Kedua hal tersebut diatas menyebabkan penderita Skizofrenia mengalami perlakuan yang diskriminatif dan tidak mendapatkan pertolongan yang memadai (Hawari, 2003).

Kemajuan di bidang ilmu kedokteran jiwa dan juga di bidang ilmu obat-obatan (psikofarmaka) telah banyak mengungkapkan perjalanan gangguan Skizofrenia ini dan keberhasilan pengobatannya. Bila di masa lalu banyak orang meragukan Skizofrenia ini sebagai penyakit yang dapat disembuhkan, maka kini anggapan itu telah berangsur hilang dan diakui bahwa Skizofrenia sebenarnya termasuk gangguan kesehatan dan karenanya termasuk dalam ilmu kedokteran khususnya ilmu kedokteran jiwa dan merupakan penyakit yang penanganannya sesuai dengan azas-azas kedokteran sebagaimana halnya penyakit fisik (jasmani) lainnya (Hawari, 2003).

Di dalam disiplin ilmu kedokteran sesuatu kelainan disebut sebagai penyakit apabila memenuhi kriteria yang dapat dibuktikan secara ilmiah

(rasional). Dalam hal ini Skizofrenia dan juga gangguan jiwa lainnya memenuhi kriteria yang di maksud, yaitu (Hawari, 2003) :

- a. Perjalanan penyakit dapat diterangkan dengan bukti-bukti ilmiah
- b. Dengan pemahaman tersebut dapat ditegakkan diagnosis penyakit
- c. Penyakit tersebut dapat diobati
- d. Dari hasil pengobatan ternyata dapat dibuktikan keberhasilannya.

## II.2 Epidemiologi Skizofrenia

Studi epidemiologi menyebutkan bahwa perkiraan angka prevalensi Skizofrenia secara umum berkisar antara 0,2% hingga 2,0%, tergantung didaerah atau negara mana studi itu dilakukan. Selanjutnya dikemukakan bahwa *lifetime* prevalensi Skizofrenia diperkirakan antara 0,5% dan 1%, karena Skizofrenia cenderung menjadi penyakit yang menahun (kronis) maka insidensi penyakit ini dianggap lebih rendah dari angka prevalensi dan diperkirakan mendekati 1 per 10.000 penduduk per tahun (Hawari, 2003).

Skizofrenia biasanya dimulai sebelum usia 25 tahun. Skizofrenia yang bermula sebelum usia 10 tahun dan sesudah 60 tahun jarang sekali dijumpai (Lumbantobing, 2007).

Prevalensi Skizofrenia di Amerika Serikat dilaporkan bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5% dengan angka insidens 1 per 10.000 orang per tahun. Berdasarkan jenis kelamin prevalensi Skizofrenia adalah sama, perbedaannya terlihat dalam onset dan perjalanan penyakit. Onset untuk laki

laki 15 sampai 25 tahun sedangkan wanita 25-35 tahun. Prognosisnya adalah lebih buruk pada laki laki dibandingkan wanita (Nantingkaseh, 2007).

Penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 1,3%, kira-kira 0,025 sampai 0,05% populasi total diobati untuk skizofrenia dalam satu tahun. Walaupun dua pertiga dari pasien yang diobati tersebut membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari semua pasien skizofrenia mendapatkan pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit (Kaplan dkk, 1997).

Beberapa penelitian menemukan bahwa 80% semua pasien Skizofrenia menderita penyakit fisik dan 50% nya tidak terdiagnosis. Bunuh diri adalah penyebab umum kematian diantara penderita Skizofrenia, 50% penderita Skizofrenia pernah mencoba bunuh diri satu kali seumur hidupnya dan 10% berhasil melakukannya. Faktor risiko bunuh diri adalah adanya gejala depresif, usia muda dan tingkat fungsi premorbid yang tinggi (Nantingkaseh, 2007).

Komorbiditas Skizofrenia dengan penyalahgunaan alkohol kira kira 30% sampai 50%, kanabis 15% sampal 25% dan kokain 5%-10%. Sebagian besar penelitian menghubungkan hal ini sebagai suatu indikator prognosis yang buruk karena penyalahgunaan zat menurunkan efektivitas dan kepatuhan pengobatan. Hal yang biasa kita temukan pada penderita Skizofrenia adalah adiksi nikotin, dikatakan 3 kali populasi umum (75%-90% vs 25%-30%). Penderita Skizofrenia yang merokok membutuhkan anti psikotik dosis tinggi karena rokok meningkatkan kecepatan metabolisme obat tetapi juga menurunkan parkinsonisme. Beberapa laporan mengatakan Skizofrenia lebih banyak dijumpai pada orang-orang yang tidak menikah tetapi penelitian tidak



dapat membuktikan bahwa menikah memberikan proteksi terhadap Skizofrenia (Nantingkaseh, 2007).

Di Indonesia sendiri angka penderita Skizofrenia 25 tahun yang lalu diperkirakan 1 per seribu penduduk dan proyeksi 25 tahun mendatang mencapai 3 per seribu penduduk (Hawari, 2003).

### **II.3 Etiologi Gangguan Skizofrenia**

#### **a. Model diatesis -stres**

Menurut teori ini Skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Model ini berpendapat bahwa seseorang yang memiliki kerentanan (diatesis) jika dikenai stresor akan lebih mudah menjadi Skizofrenia (Nantingkaseh, 2007).

#### **b. Faktor Biologi**

##### **1. Komplikasi Kelahiran**

Bayi yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami Skizofrenia, hipoksia perinatal yang akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap Skizofrenia (Nantingkaseh, 2007).

##### **2. Infeksi**

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang-orang dengan Skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi

virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi Skizofrenia (Nantingkaseh, 2007).

### 3. Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala Skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan diatas dikemukakan bahwa gejala-gejala Skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik (Nantingkaseh, 2007).

Teori dasarnya tidak mengelaborasi apakah hiperaktifitas dopamin disebabkan oleh pelepasan dopamin terlalu banyak, terlalu banyak reseptor dopamin, hipersensitifitas reseptor dopamin atau ketiga kombinasi mekanisme tersebut diatas (Lumbantobing, 2007).

### 4. Hipotesis Serotonin

Gaddum, wooley dan show tahun 1954 mengobservasi efek *Lysergic Acid Diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal. Kemungkinan serotonin berperan pada Skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal

clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2 (Nantingkaseh, 2007).

#### 5. Norepinefrin

Hubungan antar aktivitas dopaminergik dan noradrenergik belum jelas, namun didapat beberapa data bahwa abnormalitas sistem noradrenergik membuat rentan terhadap kekambuhan (Lumbantobing, 2007).

#### 6. Gaba

Gaba adalah neurotransmitter inhibitor yang diimplikasikan mempunyai peranan pada patofisiologi Skizofrenia. Ada pasien dengan Skizofrenia yang neuron gabaergiknya berkurang di hipokampus. Neuron gabaergik dapat menyebabkan hiperaktivitas neuron dopaminergik dan noradrenergik (Lumbantobing, 2007).

#### 7. Glutamat

Peran glutamat diimplikasikan karena penggunaan akut zat *phencyclidine*, suatu antagonis glutamat yang dapat menyebabkan sindrom yang serupa dengan Skizofrenia (Lumbantobing, 2007).

## **8. Neuropeptide**

Dua zat neuropeptide yaitu cholecystokinin dan neurotensin ditemukan di berbagai daerah otak penderita Skizofrenia. Konsentrasi zat ini berubah pada keadaan psikosis (Lumbantobing, 2007).

## **9. Struktur Otak**

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita Skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel lateral terlihat melebar, penurunan massa abu abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir (Nantingkaseh, 2007).

### **c. Genetik**

Seperti halnya psikosis lain, Skizofrenia nampaknya cenderung berkembang lewat keluarga. Penelitian terhadap munculnya Skizofrenia dalam keluarga biasanya diadakan dengan mengamati penderita Skizofrenia yang ada di rumah sakit jiwa dan kemudian meneliti tentang perkembangan kesehatannya serta mencari keterangan dari berbagai pihak untuk menentukan bagaimana Skizofrenia dan

psikosis lainnya muncul di antara keluarga penderita. Dari penelitian yang dilakukan ditemukan bahwa resiko timbulnya psikosis, termasuk Skizofrenia, sekitar empat kali lebih besar pada hubungan keluarga tingkat pertama (saudara kandung, orang tua, anak kandung) dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya (Sutatminingsih, 2002).

Semakin dekat hubungan genetis antara penderita Skizofrenia dan anggota keluarganya, semakin besar kemungkinannya untuk terkena Skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa kecenderungan terkena Skizofrenia dapat ditularkan secara genetis. Keluarga penderita Skizofrenia tidak hanya terpengaruh secara genetis akan tetapi juga melalui pengalaman sehari-hari. Orang tua yang menderita Skizofrenia dapat sangat mengganggu perkembangan anaknya. Hal ini menimbulkan persoalan tentang mana yang lebih berpengaruh, genetis atau lingkungan. Untuk membedakan hal tersebut, para ahli mengusahakan suatu penelitian terhadap anak kembar. Kembar identik (*monozygotic*) adalah sama/identik secara genetis, karena itu perbedaan antara anak kembar identik kiranya dapat dihubungkan dengan perbedaan dalam lingkungan mereka. Jika mereka dibesarkan bersama, maka kembar identik sama-sama mengalami, baik lingkungan yang sama maupun genetis yang sama (Sutatminingsih, 2002).

Di pihak lain, kembar yang tidak identik meskipun lahir pada saat yang hampir bersamaan tetapi secara genetis mereka sama halnya dengan dua orang saudara kandung. Jika kembar tidak identik dibesarkan bersama, mereka akan sama mengalami lingkungan yang

sama tetapi latar belakang genetisnya hanya identik sebesar 50%. Dalam penelitian terhadap anak kembar secara umum, tingkat kemungkinan terkena Skizofrenia di antara anak kembar identik adalah sekitar dua atau empat kali lebih tinggi daripada antara anak kembar yang tidak identik. Hal ini menunjukkan kuatnya pengaruh faktor genetis. Akan tetapi, dalam suatu penelitian terhadap kembar identik lainnya ternyata menunjukkan bahwa tidak satupun dari anak yang kembarannya terkena Skizofrenia yang juga menderita Skizofrenia. Dengan demikian, usaha untuk membedakan pengaruh genetis dan pengaruh lingkungan masih kabur (Sutatminingsih, 2002).

Hasil penelitian terhadap anak kembar belum dapat membedakan pengaruh genetis dan pengaruh lingkungan karena anak kembar biasanya dibesarkan bersama. Oleh karena itu, apabila anak yang orang tuanya menderita Skizofrenia juga menderita Skizofrenia maka ada tiga kemungkinan jawaban, ibu atau ayah yang menderita Skizofrenia mungkin menularkannya secara genetis, atau anak hidup dalam lingkungan tertentu yang diciptakan oleh orang tua atau anak itu menderita Skizofrenia akibat dari faktor genetik dan lingkungan yang menekan (Sutatminingsih, 2002).

Untuk membedakan akibat gen dan akibat lingkungan tersebut, diusahakan berbagai penelitian terhadap sekelompok anak yang lahir dari ibu yang menderita Skizofrenia tetapi dipisahkan dari ibunya setelah dilahirkan sehingga tidak ada kontak dengan ibunya. Anak-anak tersebut kemudian diadopsi oleh keluarga lain. Kelompok lainnya terdiri dari anak-anak yang lahir dari ibu yang normal dan juga

diadopsi oleh keluarga lain. Dari kelompok anak-anak yang lahir dari ibu yang terkena Skizofrenia, ternyata lima orang menderita Skizofrenia dan beberapa lainnya menderita psikosis lainnya, sedangkan kelompok anak-anak yang lahir dari ibu yang normal, tidak seorang pun yang terkena Skizofrenia. Hal ini mendukung pendapat bahwa Skizofrenia lebih besar kemungkinannya ditularkan secara genetik. Hasil ini juga didukung oleh beberapa penelitian lain yaitu bahwa anak-anak dari orang tua Skizofrenia mempunyai kemungkinan terkena Skizofrenia dua kali lipat dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua yang normal, entah mereka dibesarkan oleh orang tua angkat yang menderita Skizofrenia maupun tidak. Singkatnya hubungan biologis atau genetik dengan penderita Skizofrenia nampaknya merupakan faktor yang paling mencolok untuk menimbulkan Skizofrenia (Sutatminingsih, 2002).

Beberapa penelitian tersebut menunjukkan pengaruh faktor genetik dalam menularkan Skizofrenia, namun tetap menjadi pertanyaan bagaimana penularan genetik terjadi. Beberapa peneliti mencoba hal itu dengan berbagai model antara lain (Sutatminingsih, 2002) :

1. ***Distinct Heterogeneity Model.***

Model ini menyatakan bahwa Skizofrenia terdiri dari sejumlah psikosis, beberapa diantaranya disebabkan oleh kerusakan gen yang dapat diikuti oleh gen-gen tertentu dan yang hanya disebabkan oleh faktor lingkungan. Skizofrenia katatonik misalnya, mungkin merupakan penyakit yang

muncul secara genetik yang akhirnya diikuti ketidaknormalan gen pada kromosom tertentu.

## 2. *Monogenic Model.*

Model ini menyatakan bahwa semua bentuk Skizofrenia dapat disebabkan oleh suatu gen yang cacat. Gen yang cacat ini akan menyebabkan Skizofrenia pada orang yang menerima gen itu dari kedua orang tuanya (monozigot), namun kemungkinannya kecil bila hanya dari satu orang tua (heterozigot).

## 3 *Multifactorial-Polygenic Model.*

Model ini menekankan pengaruh nilai ambang. Menurut model ini, Skizofrenia disebabkan oleh pengaruh berbagai gen, trauma biologis prenatal dan postnatal dan tekanan psikososial yang saling berinteraksi. Aspek Skizofrenia muncul bila faktor-faktor itu berinteraksi melebihi batas ambang tertentu. Model-model lainnya mengkombinasikan ciri-ciri dari ketiga model tersebut. Skizofrenia, misalnya, muncul sebagai akibat dari interaksi gen tunggal dan tekanan lingkungan. Model *Multifactorial-Polygenic* nampaknya lebih banyak diterima.

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa Skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki laki ataupun perempuan dengan



Skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek / nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita Skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang Skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%. (Nantingkaseh, 2007)

#### II.4 Psikodinamika Gangguan Skizofrenia

Mekanisme terjadinya Skizofrenia pada diri seseorang dari sudut psikodinamik dapat diterangkan dengan dua buah teori, yaitu teori homeostatik-deskriptif dan fasilitatif-etilogik. (Hawari, 2003)

Dalam teori homeostatik-deskriptif, diuraikan gambaran (deskripsi) gejala-gejala dari suatu gangguan jiwa yang menjelaskan terjadinya gangguan keseimbangan (*balance*) atau homeostatik pada diri seseorang, sebelum dan sesudah terjadinya gangguan jiwa tersebut (Hawari, 2003).

Sebagai contoh misalnya Eugen Bleurer (1911) menguraikan gejala-gejala Skizofrenia itu dalam dua bagian yang disebut gejala primer dan sekunder. Selanjutnya dicoba menjelaskan mengapa dan bagaimana gejala-gejala Skizofrenia itu bisa muncul didalam suatu sistem homeostatik. Contoh lain misalnya apa yang dikemukakan oleh Sigmund Freud (1923), yang menyatakan bahwa gangguan jiwa paranoida merupakan jelmaan dari proyeksi laten dan pembalikan dari dorongan-dorongan homoseksual (Hawari, 2003).

Dalam teori fasilitatif-etilogik, diuraikan faktor-faktor yang memudahkan (fasilitasi) penyebab (etiologi) suatu penyakit itu muncul,

bagaimana perjalanan penyakitnya dan penjelasan mekanisme psikologis dari penyakit yang bersangkutan. Sebagai contoh misalnya menurut Melanie Klein (1926), bahwa Skizofrenia muncul karena terjadi fiksasi pada fase paranoid-skizoid pada perkembangan awal masa bayi. Teori lain menyatakan bahwa pada penderita Skizofrenia memang sudah terdapat faktor psikogenik sebelumnya (Hawari, 2003).

Selanjutnya menurut teori Freud, suatu gangguan jiwa muncul akibat terjadinya konflik internal (dunia dalam) pada diri seseorang yang tidak dapat beradaptasi dengan dunia luar. Sebagaimana diketahui bahwa di setiap diri terdapat tiga unsur psikologik yaitu yang dinamakan istilah Id, Ego dan Super-Ego. Menurut teori Freud ini Id adalah bagian dari jiwa seseorang berupa dorongan atau nafsu yang sudah ada sejak manusia dilahirkan yang memerlukan pemenuhan segera. Unsur Id ini sifatnya vital sebagai suatu mekanisme pertahanan diri, sebagai contoh misalnya dorongan nafsu makan, minum, seksual, agresivitas dan sejenisnya. Unsur Super-Ego sifatnya sebagai badan sensor, memiliki nilai-nilai moral etika yang membedakan mana yang boleh mana yang tidak, mana yang baik mana yang buruk, mana yang halal mana yang haram dan sejenisnya atau dengan kata lain merupakan hati nurani manusia. Sedangkan unsur Ego merupakan badan pelaksana yang menjalankan kebutuhan Id setelah disensor oleh Super-Ego (Hawari, 2003).

Pertimbangan antara id dan superego seringkali tidak seimbang dan menimbulkan konflik. Apabila ego berfungsi dengan baik, maka situasi konflik tersebut akan dapat dikendalikan dan diselesaikannya secara adekuat. Sementara jika ego lemah, maka situasi konflik tersebut tidak akan dapat diselesaikannya, dan akan timbul banyak konflik internal atau bahkan konflik

yang sifatnya sangat hebat, yang diekspresikannya dalam bentuk tingkah laku yang abnormal. Jika superego-nya dominan dan bersifat sangat moralistik, biasanya individu justru akan kurang mampu menanggapi insting seksual dan agresinya, sehingga individu akan mengembangkan pola rasa bersalah, penuh dosa, dan penyesalan yang kronis sifatnya, serta dibarengi dengan simptom kelelahan dan kebingungan (Hawari, 2003).

Perkembangan kepribadian individu menurut Freud akan sangat ditentukan oleh perkembangan psikoseksual dimasa kanak-kanaknya. Apabila anak terus-menerus mengalami frustrasi, mendapatkan perlakuan kejam, dan tidak mendapatkan cinta kasih, atau sebaliknya terlalu dimanjakan secara berlebih-lebihan, ia akan mengalami keberhentian dan kerugian dalam perkembangan kepribadiannya, yang disebut dengan proses fiksasi. Anak akan mengembangkan bermacam-macam sikap yang *immature* atau tidak matang dan tingkah laku yang abnormal. Pola kepribadian yang demikian tidak jarang terus berlarut-larut dan dapat menjadi predisposisi terjadinya gangguan abnormalitas perilaku dimasa berikutnya (Hawari, 2003).

Pada Skizofrenia, pola kepribadian *immature* yang berkaitan dengan impuls seksual dan agresi merupakan predisposisi untuk menimbulkan gangguan tersebut. Berkembangnya gangguan Skizofrenia lebih lanjut biasanya diawali oleh apa yang disebut sebagai *precipitating event* atau peristiwa pencetus (Sutatminingsih, 2002).

Dalam menghadapi peristiwa pencetus tersebut, melalui pola kepribadian yang *immature*, individu mengembangkan *defence mechanism* yang berlebihan, dimana individu akan mengembangkan pola penyelesaian masalah yang tidak berhubungan dengan realita yang ada, yang sampai

akhirnya antar aspek-aspek kepribadian terjadi disintegrasi atau terpecah. Kondisi tersebut, menyebabkan putusnya hubungan antara individu dengan dunia nyata. Dalam hal ini terjadi beberapa *defence mechanism* yang saling berbenturan secara bersamaan. Misalnya, pada mulanya individu menggunakan mekanisme pertahanan rasionalisasi. Kemudian, rasionalisasi tersebut *direpressnya*. Kemudian, individu mengungkapkan hal yang berlawanan dengan perasaan yang *direpressnya* melalui reaksi formasi. Oleh karena itu, simptom delusi dan halusinasi yang dikembangkan oleh Skizofrenia merupakan *defence* terhadap *defence* yang lain (*defence againts a defence*) (Sutatminingsih, 2002).

Para ahli teori belajar menerangkan tingkah laku Skizofrenia sebagai hasil proses belajar lewat pengkondisian dan pengamatan. Seseorang belajar untuk "menampakkan" tingkah laku Skizofrenia bila tingkah laku demikian lebih memungkinkan untuk diperkuat daripada tingkah laku yang normal. Teori ini menekankan nilai penguatan stimulasi sosial. Skizofrenia mungkin muncul oleh karena lingkungan tidak memberi penguatan akibat pola keluarga yang terganggu atau pengaruh lingkungan lainnya sehingga seseorang tidak pernah belajar merespon stimulus sosial secara normal. Bersamaan dengan itu, mereka akan semakin menyesuaikan diri dengan stimulus pribadi atau idiosinkratis. Selanjutnya, orang-orang akan melihat bahwa mereka sebagai orang aneh sehingga mengalami penolakan sosial dan pengasingan yang akan semakin memperkuat tingkah laku yang aneh. Perilaku aneh ini akan semakin bertahan karena tidak ada penguatan dari orang lain berupa perhatian dan simpati (Sutatminingsih, 2002).

Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa perilaku yang aneh dapat dibentuk melalui proses penguatan. Akan tetapi fakta ini belum dapat memperlihatkan apakah tingkatan perilaku yang aneh pada Skizofrenia dapat dijelaskan melalui pengalaman belajar. Selain itu, fakta lain menunjukkan bahwa beberapa orang yang hidup dalam lingkungan yang keras dan tertekan tetapi tidak menarik diri ke dalam dunia khayalannya dan tidak bertingkah aneh. Beberapa penderita Skizofrenia bahkan tumbuh dalam lingkungan keluarga yang mendapat dukungan sosial (Sutatminingsih, 2002).

Teori belajar sosial menerangkan bahwa gejala-gejala Skizofrenia terjadi dalam lingkungan rumah sakit jiwa. Dalam lingkungan tersebut, penderita belajar dengan mengamati perilaku pasien lain dan mengikutinya. Hal ini diperkuat lagi oleh petugas yang memberi perhatian khusus pada penderita yang berperilaku aneh. Pandangan ini sesuai dengan pengalaman di sekolah dimana guru memberi perhatian khusus justru pada anak yang nakal. Barangkali beberapa perilaku Skizofrenia dapat diterangkan dengan peniruan dan penguatan, akan tetapi banyak orang menderita Skizofrenia tanpa lebih dahulu bertemu dengan penderita lainnya. Selain itu, kenyataannya justru gejala-gejala Skizofrenialah yang menyebabkan seseorang dimasukkan ke rumah sakit jiwa, dan bukannya akibat yang diperoleh di dalam rumah sakit jiwa (Sutatminingsih, 2002).

## **II.5 Gambaran Klinik dan Kriteria Diagnosis Gangguan Skizofrenia**

Menurut PPDGJ III, Skizofrenia pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental pada karakteristik pikiran dan persepsi serta afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan

intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2001).

Dalam melakukan diagnosa Skizofrenia pada penderita, terdapat beberapa pedoman diagnostik yang harus diikuti, yaitu pertama harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (biasanya 2 gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) (Maslim, 2001):

**a. Isi Pikiran**

**1. *Thought Echo.***

Isi pikiran dirinya sendiri yang berulang dan bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.

**2. *Thought Insertion atau Withdrawl.***

Isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawl*)

**3. *Thought Broadcasting.***

Isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

**b. Delusi**

**1. *Delusion of Control.***

Waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

2. ***Delusions of Influence.***

Waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

3. ***Delusions of Passivity.***

Waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar. "tentang dirinya" artinya secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus.

4. ***Delusional Perception.***

Pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. **Halusinasi Auditorik.**

1. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku penderita.
2. Mendiskusikan perihal penderita di antara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara)
3. Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

**d. Waham yang menurut budaya dianggap tidak wajar.**

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

Kedua, dalam melakukan diagnosa Skizofrenia pada penderita paling sedikit terdapat 2 (dua) gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas (Maslim, 2001):

1. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengembang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
2. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
3. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
4. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial. Tetapi, harus jelas



bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

Ketiga, adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal) (Maslim, 2001).

Keempat, harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial (Maslim, 2001).

## **II.6 Aspek Hukum pada Penderita Skizofrenia**

Manusia hidup berkelompok. Ia bersama manusia lain merupakan anggota-anggota dari kelompok tersebut. Kelompok ini merupakan bagian dari kelompok manusia yang lebih besar dan seterusnya. Dalam kehidupan sehari-harinya setiap manusia mempunyai kepentingan masing-masing. Ia harus memenuhi kepentingan tersebut. Di lain pihak ia harus pula memperhatikan kepentingan-kepentingan orang lain. Jadi di satu pihak ia mempunyai hak untuk dapat memenuhi kepentingannya, tetapi ia mempunyai kewajiban untuk memperhatikan dan memenuhi hal-hal yang dituntut orang lain (Darmabrata, 2003).

Sering terjadi benturan antara kepentingan masing-masing orang. Perlu suatu alat untuk menghindarkan dan menyelesaikan benturan-benturan

kepentingan tersebut. Alat inilah yang disebut hukum. Hukum mengatur hak dan kewajiban manusia dalam kelompoknya (Darmabrata, 2003).

Kesaksian ahli psikiatri akan dimintakan apabila pada salah satu pihak yang berperkara diduga terdapat gangguan jiwa. Untuk hal tersebut diperlukan batasan antara keadaan normal dan tidak normal ditinjau dari aspek psikiatri (Darmabrata, 2003).

Sebenarnya untuk menentukan seseorang normal atau tidak adalah suatu hal yang tidak mudah. Normal tidaknya seseorang bukanlah sesuatu yang merupakan gambaran untuk suatu saat dan tempat tertentu, tetapi merupakan sesuatu yang bersifat relatif (Darmabrata, 2003).

Dalam ilmu psikiatri, seseorang dianggap normal apabila ia masih menunjukkan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya, mampu memenuhi tuntutan lingkungannya sesuai dengan norma dan nilai lingkungan tersebut, serta menunjukkan produktifitas yang wajar. Kriteria normal ini masih harus dipertimbangkan dari aspek umur, tempat dan jangka waktu (Darmabrata, 2003).

Dalam kasus-kasus psikiatri sering suatu gejala pada suatu saat ditentukan dengan pasti tapi di lain saat gejala tersebut dalam pemeriksaan klinis tidak ditemukan (Darmabrata, 2003).

Dapat disimpulkan walaupun terdapat fakta-fakta dalam pemeriksaan klinis, tidak dapat diingkari bahwa interpretasi dari pemeriksa masih mempengaruhi kesaksian ahli. (Darmabrata, 2003)

Walaupun hukum di pengadilan menuntut secara langsung terhadap suatu pembuktian, tuntutan ini tidak dapat dipenuhi oleh ilmu kedokteran yang memberikan peluang terhadap kemungkinan-kemungkinan sehingga tidak

dapat memberikan jawaban yang pasti yang bersifat menghakimi atau memastikan suatu putusan. Dalam hal demikian, kepastian hukum ditentukan hakim sedangkan *Visum et Repertum* sebagai kesaksian ahli tertulis tetap merupakan bahan yang penting untuk pengambilan keputusan hukum (Darmabrata, 2003).

Legalisasi psikiatri telah memiliki efek samping yang besar dan serius, meningkatnya praktek pengobatan defensif. Praktek defensif mengubah pasien menjadi musuh terhadap siapa dokter harus melindungi dirinya sendiri. Pasien dengan cepat merasa pergeseran dari minat klinisi terhadap pasien menjadi perlindungan diri klinisi. Perasaan pasien dapat mencetuskan tuntutan dan juga meniadakan elemen yang paling penting yang dimiliki klinisi dalam menghindari tuntutan terapeutik (Kaplan dkk, 1997).

Hubungan antara psikiatri dan hukum adalah kompleks dan memiliki kemungkinan untuk salah pengertian yang besar (Kaplan dkk, 1997).

Kasus-kasus yang paling sering dimintakan pembuatan *Visum et Repertum Psychiatricum* adalah kasus pidana. Dengan berkembangnya ilmu hukum dan ilmu kedokteran, berkembang pulalah kasus-kasus hukum yang diminta untuk dibuatkan *Visum et Repertum Psychiatricum*. Pada garis besarnya, kasus-kasus hukum yang sering dimintakan *Visum et Repertum Psychiatricum* adalah sebagai berikut (Darmabrata, 2003):

1. Kasus Pidana
  - a. diperiksa sebagai pelaku
  - b. diperiksa sebagai korban
2. Kasus Perdata
  - a. pembatalan kontrak

- b. pengampuan atau *curatelle*
  - c. hibah
  - d. perceraian
  - e. adopsia
3. Kasus-kasus lain
- a. kompetensi untuk diinterview
  - b. kelayakan untuk diajukan di sidang pengadilan

Beberapa pemeriksaan yang lazim dilaksanakan adalah sebagai berikut:

**1. Pemeriksaan kemampuan bertanggung jawab**

Pada awalnya yang ditanyakan oleh yang meminta *Visum et Repertum* adalah apakah terdakwa menderita gangguan jiwa. Terdakwa sebelumnya diduga telah melakukan pelanggaran tindak pidana, penganiayaan, pembunuhan, pengrusakan atau tindakan destruktif lainnya. Ada anggapan bahwa gangguan jiwa yang diderita terdakwa selalu merupakan alasan untuk melakukan pelanggaran pidana, dalam arti bahwa tindakan pelanggaran hukum merupakan bagian atau gejala dari gangguan jiwa. Namun ternyata tidak selalu demikian (Darmabrata, 2003).

Dahulu, adanya diagnosis gangguan jiwa dianggap cukup untuk menyatakan bahwa terdakwa dibebaskan dari tuntutan. Padahal sebenarnya yang diharapkan adalah kepastian seberapa jauh tanggung jawab terdakwa terhadap perbuatannya yang melanggar hukum (Darmabrata, 2003).

Dalam Kaplan dkk, 1997, sebagai jawaban atas pertanyaan tentang pedoman apa yang dapat digunakan untuk menentukan orang mana yang dapat mengadakan pembelaan karena penyakit jiwa sebagai pembelaan terhadap tanggung jawab kriminal, hakim kepala Inggris menulis (Kaplan dkk, 1997):

1. Untuk menentukan suatu pembelaan berdasarkan penyakit jiwa harus jelas terbukti bahwa, pada saat melakukan tindakan, pihak tertuduh adalah menderita gangguan berpikir tertentu dari penyakit pikiran, sehingga tidak mengetahui sifat dan kualitas tindakan yang dilakukannya atau ia tidak mengetahuinya, ia tidak mengetahui bahwa ia telah melakukan hal yang salah.
2. Dimana orang hanya salah paham dan tidak menderita penyakit jiwa lain dan sebagai akibat melakukan pelanggaran ia harus dianggap dalam situasi pertanggungjawaban yang sama seperti jika keberadaan waham adalah nyata.

## **2. Pemeriksaan Kompetensi (cakap) dalam Lalu Lintas Hukum**

- Penilaian kompetensi untuk mengikuti suatu pengadilan adalah pemeriksaan yang umum dilakukan oleh psikiater untuk sistem pengadilan. Kira-kira sebanyak tujuh ribu pembela setiap tahunnya berkomitmen dengan sukarela kepada rumah sakit umum untuk memperbaiki kompetensi untuk dapat mengikuti pengadilan. Pengobatan darurat seorang terdakwa untuk dapat mengikuti pengadilan adalah suatu hal yang kompleks (Mehta dkk, 2007).

Dasar pemeriksaan kompetensi pada hakikatnya adalah penilaian tentang kemampuan mengambil keputusan atau tindakan yang benar dan baik. Dengan demikian, pengambilan keputusan didasarkan kepada kemampuan menyusun suatu logika yang sistematis untuk membuat suatu proses tindakan dan untuk mencapai suatu target tertentu. Selanjutnya suatu keputusan dilaksanakan atau tidak tergantung kepada bermacam-macam nilai, yaitu nilai rasional intelektual (benar atau salah), nilai ekonomi (untung atau rugi), nilai etika (baik atau buruk) dan nilai yuridis (benar atau salah dalam arti melanggar hukum atau tidak, dapat dihukum atau tidak). Dengan demikian, penentuan kompetensi mempunyai dasar yang sangat mirip dengan penentuan bertanggung jawab (Darmabrata, 2003).

**3. Penentuan hubungan sebab akibat (kausalitas) antara suatu kondisi dengan timbulnya suatu gangguan jiwa**

Gangguan jiwa merupakan gangguan yang bersifat multikausal dan multifaktorial. Selain itu jiwa merupakan suatu kesatuan integral tempat suatu gangguan pada suatu komponen jiwa. Dengan demikian sangatlah sulit untuk memastikan bahwa suatu kondisi merupakan satu-satunya penyebab gangguan jiwa. Apalagi apabila kita mengingat bahwa gangguan jiwa timbul melalui proses interaksi antara faktor-faktor dasar dan faktor pencetus, sedangkan suatu kondisi umumnya hanyalah merupakan faktor pencetus saja yang menyebabkan gangguan jiwa yang sebenarnya sudah membakat melalui adanya faktor-faktor predisposisi menjadi manifest. Barangkali hanya faktor penyebab yang

menimbulkan gangguan otak organik, seperti cedera kepala, infeksi otak dan selaput otak atau keracunan zat yang merusak faal otak yang dapat kita pastikan sebagai penyebab dari gangguan jiwa. Sedangkan kondisi-kondisi yang merupakan stres psikologis tidak dapat dipastikan. Hal yang mungkin dapat dikemukakan hanyalah satu kondisi merupakan faktor yang paling besar (yang paling menentukan) dalam timbulnya gangguan jiwa (Darmabrata, 2003).

Seseorang dapat menderita gangguan jiwa setelah mengalami stres yang berat. Dianggap pula pelanggaran hukum yang berupa penganiayaan, pemerkosaan, penyekapan, penyanderaan dan kondisi kerja yang tidak sesuai yang secara psikologis memberatkan orang tersebut merupakan hal-hal yang dapat mengakibatkan stres berat. Di lain pihak, kita ketahui juga gangguan jiwa merupakan gangguan yang bersifat multikausal. Dengan demikian pada kasus seperti ini harus ditentukan bahwa pelanggaran hukum atau situasi kerja yang menimbulkan stres merupakan penyebab timbulnya gangguan jiwa atau merupakan faktor yang paling dominan dalam timbulnya gangguan jiwa tersebut (Darmabrata, 2003).

Sebenarnya sulit untuk memastikan ada tidaknya gangguan jiwa sebelum pelanggaran hukum atau kondisi kerja yang stres. Demikian pula korelasi kausalitas antara gangguan jiwa dan pelanggaran hukum yang dialami terperiksa atau kondisi kerja yang stres kecuali pada kelainan organik otak, cedera kepala atau pada gangguan jiwa pasca trauma (Darmabrata, 2003).

**4. Kompetensi untuk ditanya dan kelayakan untuk diajukan di sidang pengadilan**

Sidang yang dilaksanakan pengadilan harus berlangsung secara tertib. Orang-orang yang berada di ruang sidang tanpa terkecuali, harus bersikap tenang dan sopan, harus mampu mentaati peraturan yang berlaku. Terperiksa baik dalam kedudukan sebagai terdakwa, penggugat, saksi ataupun kedudukan yang lain harus pula mampu mentaati peraturan tersebut, dalam arti di dalam sidang terperiksa harus mampu untuk duduk tenang dan sopan selama waktu yang relatif lama, serta harus mampu berkomunikasi secara baik, wajar dan sopan (Darmabrata, 2003).

**5. Pemeriksaan-pemeriksaan lain.**

Ada beberapa pemeriksaan yang sering diperlukan untuk pembuatan *Visum et Repertum Psychiatricum*. Pemeriksaan tersebut antara lain adalah hal-hal yang menyangkut perceraian atau talak, adopsi, wasiat, perjanjian dan lain-lain. Model pemeriksaan untuk hal-hal tersebut masih perlu dikembangkan lebih lanjut (Darmabrata, 2003).

Dokter psikiatrik mungkin diminta untuk memeriksa kemampuan pasien untuk membuat wasiat, yaitu kompetensi mereka untuk membuat surat wasiat. Diperlukan tiga kemampuan psikologis untuk membuktikan kompetensi. Pasien harus mengetahui sifat dan besarnya kekayaan mereka, bahwa mereka sedang membuat warisan dan siapa pewaris alami mereka (Kaplan dkk, 1997).



Jika sebuah surat wasiat akan disahkan, salah seorang ahli waris atau orang lain sering meragukan keabsahannya. Pertimbangan pada kasus tersebut harus didasarkan pada rekonstruksi bagaimana kasus mental pembuat surat wasiat saat surat wasiat tersebut ditulis, dengan menggunakan data dari dokumen dan dari kesaksian ahli psikiatrik (Kaplan dkk, 1997).

Jika seseorang adalah tidak mampu atau tidak menggunakan haknya untuk membuat sebuah surat wasiat, hukum menetapkan pembagian kekayaan tersebut kepada ahli warisnya, jika tidak ada ahli waris, kekayaan menjadi milik masyarakat (Kaplan dkk, 1997).

Kompetensi ditentukan berdasarkan kemampuan seseorang untuk membuat pertimbangan yang sehat, yaitu untuk mempertimbangkan, untuk memikirkan, dan untuk mengambil keputusan yang tepat. Tidak ada hal tertentu sebagai kompetensi umum, kompetensi adalah spesifik terhadap pekerjaan. Kapasitas untuk mempertimbangkan faktor pengambilan keputusan (kompetensi) sering ditunjukkan oleh pasien jika bertanya pertanyaan yang berhubungan dan penuh pemahaman setelah dijelaskan risiko dan manfaatnya. Walaupun dokter (terutama dokter psikiatrik) sering memberikan opini tentang kompetensi, hanya peraturan hakim yang mengubah opini menjadi suatu temuan; pasien adalah tidak kompeten atau inkompeten sampai pengadilan mengatakan demikian. Diagnosis gangguan mental sendiri tidak cukup untuk membenarkan temuan inkompetensi. Tetapi, gangguan mental harus menyebabkan suatu gangguan dalam pertimbangan terlepas dari masalah spesifik yang terlibat. Jika

dinyatakan inkompeten, orang dicabut dari hak tertentu: mereka tidak dapat membuat perjanjian, menikah, memulai tuntutan perceraian, mengendarai kendaraan, menangani kekayaannya sendiri atau mempraktekan profesinya. Inkompetensi diputuskan dalam ruang pengadilan yang resmi dan pengadilan biasanya menunjuk seorang wali yang akan melayani urusan pasien. Pemeriksaan lain diperlukan untuk menyatakan pasien kompeten. Perawatan di rumah sakit mental tidak secara otomatis menyatakan orang tersebut adalah inkompeten (Kaplan dkk, 1997).

Kompetensi juga penting dalam perjanjian, karena suatu perjanjian adalah persetujuan antara dua pihak untuk melakukan tindakan tertentu. Perjanjian dinyatakan tidak sah jika, walaupun telah ditandatangani, salah satu pihak adalah tidak mampu untuk mengerti sifat dan efek tindakannya. Perjanjian perkawinan adalah memiliki standar yang sama dan dengan demikian dapat ditolak jika salah satu pihak tidak mengerto sifat, kewajiban, tugas dan karakteristik lain yang ada saat mereka telah menikah. Tetapi pada umumnya pengadilan tidak mau menyatakan suatu pernikahan ditolak atas dasar inkompetensi (Kaplan dkk, 1997).

Adapun dalam undang-undang telah disusun beberapa pasal yang berlaku bagi penderita gangguan jiwa antara lain :

1. Pasal 44 hukum pidana yang menyatakan:

1. Orang yang melakukan suatu perbuatan tidak dapat dipertanggung jawabkan kepadanya sebab kurang sempurna akalnya atau sakit berubah akal, tidak boleh dihukum

2. Jika nyata perbuatan itu tidak dapat dipertanggungjawabkan kepadanya sebab kurang sempurna akalnya atau sakit berubah akal maka bolehlah hakim memerintahkan memasukkan dia ke rumah sakit orang gila selama-lamanya satu tahun untuk diperiksa
2. Pasal 433 hukum perdata menyatakan:

Orang dewasa yang selalu berada dalam keadaan dungu, gila/mengamuk, harus ditaruh di bawah kuratele, sungguhpun kadang-kadang pada waktu tertentu dia dapat mempergunakan kesanggupan berpikirnya (seorang dewasa karena pemboros juga dapat ditaruh dibawah kuratele)
3. Pasal 434 hukum perdata menyatakan:

Tiap-tiap anggota sedarah dapat dimintakan kuratele anggota keluarga karena kedunguan atau gila.
4. Pasal 446 hukum perdata menyatakan:

Sejak pengampuan tersebut diumumkan maka segala hubungan perdata dengan pasien batal yang dibuat setelah pengampuan tersebut.
5. Pasal 452 hukum perdata menyatakan:

Kedudukan orang di bawah pengampuan sama dengan anak dibawah umur
6. Pasal 1320 hukum perdata menyatakan:

Untuk suatu perjanjian yang sah harus terpenuhi empat syarat, yaitu:

  - a. perizinan yang bebas dari orang-orang yang mengikatkan diri.

- b. Kecakapan untuk membuat suatu perjanjian
  - c. Suatu hal tertentu yang diperjanjikan
  - d. Suatu sebab yang halal artinya tidak terlarang
7. Pasal 1330 hukum perdata menyatakan:
- Orang-orang yang tidak cakap atau tidak bisa membuat suatu perjanjian adalah:
- 1. Orang yang belum dewasa
  - 2. Mereka yang ditaruh dibawah pengampuan
  - 3. Wanita dalam hal-hal yang ditetapkan undang-undang dan semua orang kepada siapa undang-undang telah melarang membuat perjanjian tertentu.

Berdasarkan ayat-ayat yang terkandung dalam pasal-pasal yang telah diatur oleh undang-undang tersebut maka dapat disimpulkan bahwa apabila seseorang telah terdiagnosis menderita Skizofrenia (gangguan jiwa) maka segala macam hukum tidak berlaku untuknya, dalam hukum pidana penderita Skizofrenia tidak boleh dihukum dan harus dirawat di rumah sakit jiwa sedangkan untuk segala hal yang berhubungan dengan hukum perdata, karena penderita Skizofrenia adalah orang yang tidak cakap untuk membuat suatu perjanjian maka harus diampukan (Subekti, 2003).

## II.7 Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia

### a. Terapi Biologi

#### 1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Antagonis reseptor dopamin adalah obat antipsikotik yang klasik dan efektif dalam pengobatan skizofrenia. Obat memiliki dua kekurangan utama. Pertama, hanya sejumlah kecil pasien cukup tertolong untuk mendapatkan kembali fungsi mental yang cukup normal. Kedua, antagonis reseptor dopamin disertai dengan efek merugikan yang mengganggu dan serius. Efek mengganggu yang paling utama adalah akatisia dan gejala mirip parkinsonisme berupa rigiditas dan tremor. Efek serius yang potensial adalah *tardive dyskinesia* dan sindroma neuroleptik malignan (Kaplan dkk, 1997).

Remoxipiride adalah antagonis reseptor dopamine dari kelas yang berbeda daripada antagonis reseptor dopamin yang sekarang ini tersedia. Di Eropa remoxipiride telah dibuktikan merupakan antipsikotik yang paling efektif, tetapi data paling akhir menyatakan bahwa remoxipiride mungkin disertai dengan anemia aplastik, jadi membatasi nilai klinisnya (Kaplan dkk, 1997).

Risperidone adalah suatu obat antipsikotik dengan aktivitas antagonis yang bermakna pada reseptor serotonin tipe 2 dan pada reseptor dopamin tipe 2. Data penelitian menyebutkan bahwa obat ini mungkin lebih efektif dalam mengobati gejala positif maupun gejala negatif dari skizofrenia,

risperidone juga disertai dengan efek samping neurologis yang kurang bermakna dan kurang parah dibandingkan obat antagonis dopamin yang tipikal (Kaplan dkk, 1997).

Clozapine adalah obat antipsikotik yang efektif. Mekanisme kerjanya belum dimengerti secara baik, walaupun diketahui bahwa clozapine adalah suatu antagonis lemah terhadap reseptor D2 tetapi tampaknya merupakan antagonis yang kuat terhadap reseptor D4 dan mempunyai aktifitas antagonistik pada reseptor serotonergik (Kaplan dkk, 1997).

## **2. Terapi Elektrokonvulsif**

Terapi Elektrokonvulsif disingkat ECT juga dikenal sebagai terapi *elektroshock*. ECT telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. Di masa lalu ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk Skizofrenia. Namun terapi ini tidak membuahkan hasil yang bermanfaat. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Sutatminingsih, 2002).

Terapi elektrokonvulsif dapat diindikasikan pada pasien katatonik dan bagi pasien yang karena suatu alasan tidak dapat menggunakan antipsikotik. Pasien yang telah sakit selama kurang dari satu tahun adalah pasien yang paling mungkin berespon (Kaplan dkk, 1997).

**b. Psikoterapi**

Psikoterapi adalah metode terapi gangguan jiwa dengan menggunakan pendekatan psikologis. Beberapa pakar psikoterapi beranggapan bahwa perubahan perilaku tergantung pada pemahaman individu atas motif dan konflik yang tidak disadari (Sutatminingsih, 2002).

Psikoterapi dapat berfungsi membantu terapi biologis farmakoterapi terhadap gangguan Skizofrenia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh *The American Psychiatric Association Commission on Psychotherapy*, psikoterapi tidak bermanfaat bila digunakan sendiri saja, harus digunakan untuk membantu terapi biologi (Lumbantobing, 2007).

**c. Terapi Perilaku (Behavioristik)**

Rencana pengobatan untuk skizofrenia harus ditujukan pada kemampuan dan kekurangan pasien. Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan,

seperti hak istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang dapat diturunkan (Kaplan dkk, 1997).

Latihan keterampilan berperilaku (*behavioral skills training*) seringkali dinamakan terapi keterampilan sosial (*social skills therapy*), terlepas dari namanya, terapi dapat secara langsung membantu dan berguna bagi pasien dan merupakan tambahan alami bagi terapi farmakologis. Di samping gejala personal dari Skizofrenia, beberapa gejala Skizofrenia yang paling terlihat adalah menyangkut hubungan pasien dengan orang lain, termasuk kontak mata yang buruk, keterlambatan respon yang tidak lazim, ekspresi wajah yang aneh, tidak adanya spontanitas dalam situasi sosial dan persepsi yang tidak akurat atau tidak adanya persepsi emosi terhadap orang lain. Perilaku tersebut secara spesifik dipusatkan di dalam latihan keterampilan perilaku (Kaplan dkk, 1997).

#### **d. Terapi Humanistik**

##### **1. Terapi Kelompok.**

Banyak masalah emosional menyangkut kesulitan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain, yang dapat menyebabkan seseorang berusaha menghindari relasinya dengan orang lain, mengisolasi diri, sehingga menyebabkan pola penyelesaian masalah yang dilakukannya tidak tepat dan tidak sesuai dengan dunia empiris. Dalam menangani kasus tersebut, terapi kelompok akan sangat bermanfaat bagi proses



penyembuhan klien, khususnya klien Skizofrenia (Sutatminingsih, 2002).

Terapi kelompok bagi penderita Skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau tilikan atau suportif. Terdapat suatu keraguan tentang apakah interpretasi dinamik dan terapi tilikan adalah berguna bagi pasien Skizofrenia tipikal. Tetapi terapi kelompok adalah efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan dan meningkatkan tes realitas bagi pasien dengan Skizofrenia. Kelompok yang memimpin dalam cara yang suportif, bukannya dalam cara interpretatif tampaknya paling membantu bagi pasien Skizofrenia (Kaplan dkk, 1997).

## **2. Terapi Keluarga.**

Terapi keluarga ini merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Kelompoknya terdiri atas suami istri atau orang tua serta anaknya yang bertemu dengan satu atau dua *therapist* (Sutatminingsih, 2002).

Berbagai terapi berorientasi keluarga adalah berguna dalam pengobatan Skizofrenia. Karena pasien Skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien Skizofrenia kembali seringkali mendapatkan

manfaat dari terapi keluarga yang singkat tetapi intensif (Kaplan dkk, 1997).

Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Keluarga juga diberi penjelasan tentang cara untuk mendampingi, mengajari, dan melatih penderita dengan sikap penuh penghargaan. Perlakuan-perlakuan dan pengungkapan emosi anggota keluarga diatu dan disusun sedemikian rupa serta dievaluasi (Sutatminingsih, 2002).

Dari beberapa penelitian, ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual (Sutatminingsih, 2002).

**e. Psikoreligius**

Terapi keagamaan (psikoreligius) terhadap penderita Skizofrenia ternyata mempunyai manfaat. Dari penelitian yang dilakukan, secara umum memang menunjukkan bahwa komitmen

agama berhubungan dengan manfaatnya di bidang klinik (Hawari, 2003).

Terapi keagamaan yang dimaksud adalah berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdo'a, ceramah keagamaan dan kajian kitab suci dan lain sebagainya (Hawari, 2003).

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka bagi umat yang beragama berdo'a dan berdzikir dikala sedang menghadapi musibah (penyakit) merupakan upaya yang amat dianjurkan guna memperoleh ketenangan dan penyembuhan penyakit. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Synderman (1996) yang berkesimpulan bahwa "Terapi medis tanpa doa dan dzikir tidak lengkap, do'a dan dzikir tanpa terapi medis tidak efektif" (Hawari, 2003).

**BAB III**  
**ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA**  
**DITINJAU DARI ISLAM**

**III.1 Keutamaan Akal**

Manusia adalah makhluk yang berakal. *Al'aql* (bahasa arab) yang kemudian menjadi akal dalam bahasa Indonesia itu mempunyai beberapa arti. Selain dari berarti pikiran dan intelek, kata itu juga menerangkan tentang sesuatu yang mengikat manusia dengan Tuhan (Ali dkk, 1986).

Kedudukan akal sangat penting dalam Islam, karena ia adalah kunci untuk memahami ajaran Islam. Seseorang tidak akan dapat memahami ajaran Islam secara baik dan benar tanpa mempergunakan akalnya. Agama Islam hanya dapat dimengerti dan difahami dengan mempergunakan akal. Disinilah letak hikmah sunnah Nabi Muhammad yang mengatakan “agama itu akal, tidak ada agama bagi orang yang tidak berakal” (Ali dkk, 1986).

Akal adalah ciptaan Allah yang diberikannya kepada manusia agar manusia dapat melaksanakan fungsi dan tugasnya sebagai khalifah Ilahi yang mengatur hidup dan kehidupan di dunia ini. Kesejahteraan manusia di dunia ini hanya dapat terwujud kalau dan karena manusia mempergunakan akalnya. Hidup dan kehidupan dapat dipelihara jika manusia mempergunakan akalnya (Ali dkk, 1986).

Dari uraian di atas jelas bahwa akal mempunyai fungsi sangat penting dalam kehidupan manusia. Ia menjadi unsur penentu. Dengan akalnya manusia dapat memecahkan sesuatu dan mengembangkan ilmu (Ali dkk, 1986).

Firman Allah SWT:

إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَأَخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ  
وَالْمُلْكِ الَّتِي تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِمَا يَنْفَعُ النَّاسَ وَمَا أَنْزَلَ  
اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ مِنْ مَّاءٍ فَأَحْيَا بِهِ الْأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا وَبَثَّ  
فِيهَا مِنْ كُلِّ دَابَّةٍ وَتَضْرِيفِ الرِّيْحِ وَالسَّحَابِ الْمُسَخَّرِ  
بَيْنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَعْقِلُونَ ﴿١٦٤﴾

Artinya:

*”Sesungguhnya dalam penciptaan langit dan bumi, silih bergantinya malam dan siang, bahtera yang berlayar di laut membawa apa yang berguna bagi manusia dan apa yang diturunkan Allah dari langit berupa air, lalu dengan air itu dihidupkan-Nya bumi yang mati dan Dia sebarkan di bumi itu segala jenis hewan dan perkisaran angin dan awan yang dikendalikan antara langit dan bumi, sungguh merupakan tanda-tanda (keesaan dan kekuasaan) Allah bagi orang-orang yang berakal.”(Q.S. Al-Baqoroh:164)*

### III.2 Psikodinamika Gangguan Jiwa Skizofrenia Menurut Agama Islam

Manusia adalah makhluk fitrah, sejak manusia lahir sudah dibekali dengan dorongan-dorongan atau nafsu seperti nafsu makan, minum, dan nafsu seksual. Tanpa adanya dorongan nafsu maka manusia tidak akan dapat mempertahankan diri keberadaannya di dunia (Hawari, 2003).

Untuk melaksanakan kebutuhan nafsu itu manusia berbeda dengan hewan karena pada diri manusia sudah ada fitrah ke-Tuhan-an yang berisikan akal (rasio), moral dan etika sehingga manusia dapat membedakan mana yang halal dan yang haram, mana yang baik dan yang buruk, mana yang boleh dan

yang tidak, dalam agama Islam dapat dianalogikan dengan Iman yang berfungsi sebagai pengendalian diri (*self control*) (Hawari, 2003).

Firman Allah SWT:

فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ  
لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴿٣٠﴾

Artinya:

“Maka hadapkanlah wajahmu dengan lurus kepada agama (Allah); (tetaplah atas) fitrah Allah yang telah menciptakan manusia menurut fitrah itu. Tidak ada perubahan pada fitrah Allah.(Itulah) agama yang lurus; tetapi kebanyakan manusia tidak mengetahui.” (Q.S. Ar-Ruum:30)

Manusia melaksanakan kebutuhan-kebutuhan nafsu dalam bentuk perbuatan, perilaku atau amal yang kesemuanya itu disebut sebagai akhlak. Akhlak seseorang akan menjadi baik atau buruk tergantung dari hasil tarik menarik antara nafsu dan iman. Hasil tarik menarik antara nafsu dan iman tadi pada sebagian orang dapat menimbulkan konflik batin (Hawari, 2003).

Konflik batin inilah yang menyebabkan gangguan jiwa dalam diri seseorang (Hawari, 2003).

Firman Allah SWT:

فِي قُلُوبِهِمْ مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ بِمَا كَانُوا  
يَكْذِبُونَ ﴿١٠﴾

Artinya:

“Di dalam hati mereka ada penyakit lalu ditambah oleh Allah penyakitnya dan bagi mereka siksa yang pedih disebabkan mereka berdusta.” (Al-Baqarah:10)

Dalam praktek kedokteran jiwa sering dijumpai pada penderita gangguan jiwa Skizofrenia gejala-gejala waham atau delusi keagamaan yang sifatnya patologis, misalnya merasa dirinya sebagai utusan Tuhan bahkan sampai pada keyakinan dirinya Tuhan. Dalam masyarakat juga sering dijumpai kelompok-kelompok dengan label agama yang dalam prakteknya justru menyimpang dari agama yang sesungguhnya (Hawari, 2003).

### III.3 *Al Mahkum 'Alaih (Mukallaf) dan Kaitannya dengan Akal*

*Al Mahkum 'alaih* adalah *mukallaf* yang perbuatannya berhubungan dengan hukum syara. Seorang *mukallaf* dianggap sah menanggung beban syara' salah satunya adalah apabila *mukallaf* mampu memahami dalil taklif (pembebanan). Seperti jika dia mampu memahami nash-nash hukum yang dibebankan kepadanya dari Al-quran dan As-sunnah secara langsung atau dengan perantaraan. Karena orang yang tidak mampu memahami dalil taklif, tentu dia tidak dapat melaksanakan tuntutan itu dan tujuan pembebanan tidak akan tercapai. Kemampuan memahami dalil taklif hanya dapat terwujud dengan akal. Sedangkan nash yang dibebankan kepada orang-orang yang berakal hanya dapat difahami oleh akal mereka, karena akal adalah alat memahami dan menemukan dan dengan akal suatu keinginan itu dapat diarahkan untuk mengikuti. Namun karena akal adalah sesuatu yang samar yang tidak dapat diketahui oleh indera lahir maka syar'i mengikat pembebanan itu dengan sesuatu yang diketahui oleh indera yaitu tempat dugaan akal yaitu usia baligh. Siapa yang sampai masa baligh tanpa ada tanda-tanda kerusakan pada kekuatan akalnya, maka dia dianggap mampu diberi beban hukum. Oleh

karena itu orang gila, anak kecil tidak boleh diberi beban, karena tidak mempunyai akal sebagai sarana untuk memahami dalil taklif (Khallaf, 2003).

### III.4 Aspek Hukum pada Penderita Skizofrenia Menurut Agama Islam

#### a. Bidang Ibadah

Dalam hal ibadah sesungguhnya Allah mewajibkan berbagai bentuk ibadah kepada manusia jika memang ia berhak diberi beban kewajiban, yaitu ia harus berakal yang bisa digunakan untuk mengetahui segala sesuatu. Sedangkan orang yang tidak berakal tidak diberi kewajiban-kewajiban syar'i. Oleh karena itu orang gila tidak diberi kewajiban syariat. Dan ini adalah rahmat Allah. Contoh lainnya adalah orang yang akalnya tidak normal meski belum sampai pada tingkat gila, atau orang tua yang sudah kehilangan ingatan maka tidak wajib atasnya shalat dan puasa karena ingatannya telah hilang yang mana ia sama kedudukannya seperti bayi yang tidak bisa membedakan. Maka terlepaslah beban syariat darinya (Muhammad, 2005).

Firman Allah SWT:

وَلَا نُكَلِّفُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا وَلَدَيْنَا كِتَابٌ يَنْطِقُ بِالْحَقِّ وَهُمْ لَا يُظْلَمُونَ

Artinya:

*“Kami tiada membebani seseorang melainkan menurut kesanggupannya, dan pada sisi Kami ada suatu kitab yang membicarakan kebenaran dan mereka tidak dianiaya”. (Q.S. Al-Mu`minun : 62)*



Pada dasarnya setiap manusia diciptakan memiliki kemampuan untuk menerima kewajiban dan menerima hak. Artinya, manusia pantas untuk menanggung hak-hak orang lain dan pantas pula untuk melaksanakannya. Kemampuan manusia tersebut jika dikaitkan pada akibat hukumnya salah satunya adalah kemampuan untuk melahirkan kewajiban atas dirinya sendiri dan melahirkan hak untuk orang lain. Dasar keberadaan kemampuan ini adalah kecakapan. Kecakapan lahir dari akal yang sehat. Oleh sebab itu kemampuan ini didasarkan pada akal. Selama seseorang dipandang mempunyai akal yang dapat menangkap dan memahami suatu objek, selama itu pula ia dipandang mempunyai kemampuan tersebut. Jika akalnya tidak dapat menangkap dan memahami suatu objek, maka kemampuan yang dimaksud dianggap gugur (Dahlan, 1997).

Berdasarkan ketentuan diatas, fukaha sepakat menetapkan bahwa orang gila tidak dikenakan kewajiban yang menyangkut hak-hak Allah SWT yang bersifat fisik misalnya salat, haji, kafarat dan puasa. Disebut bersifat fisik, karena ibadah-ibadah tersebut harus dilakukan sendiri oleh yang bersangkutan secara fisik. Dalam hal ini fukaha merujuk kepada hadits Nabi :

رُفِعَ الْقَلَمُ عَنْ ثَلَاثَةٍ: عَنِ النَّائِمِ حَتَّى يَسْتَيْقِظَ، وَعَنِ الصَّبِيِّ حَتَّى يَحْتَلِمَ، وَعَنِ الْمَجْنُونِ حَتَّى يَعْقِلَ.

Artinya:

*“Diangkat kalam (dibebaskan dari ketentuan-ketentuan hukum) dari tiga golongan: orang yang sedang tidur sampai ia bangun, dari anak-anak*

sampai ia bermimpi dan dari orang sakit ingatan (hilang akal) sampai dengan ia berakal (sembuh)” (HR. Muslim dari Anas bin Malik)

Hadits ini mengandung arti bahwa kewajiban beribadah pada orang gila gugur. Gugurnya kewajiban tersebut disebabkan kegiatan ibadah harus dilakukan dengan dasar *al-qasd* (kesengajaan atau niat). Hal ini tidak mungkin dilakukan oleh orang gila (Dahlan, 1997).

Beliau juga bersabda:

مَنْ نَامَ عَنِ صَلَاةٍ أَوْ نَسِيَهَا فَلْيُصَلِّهَا إِذَا ذَكَرَهَا، فَإِنَّ ذَلِكَ وَفَّقَهَا.

Artinya:

“Barang siapa tidur sampai tidak melakukan shalat (habis waktunya) atau lupa mengerjakannya maka hendaklah dia shalat ketika dia ingat, karena sesungguhnya ketika ingat itulah waktu shalatnya”

Firman Allah SWT:

الْحَجُّ أَشْهُرٌ مَّعْلُومَاتٌ فَمَنْ فَرَضَ فِيهِنَّ الْحَجَّ فَلَا رَفَثَ وَلَا فُسُوقَ وَلَا جِدَالَ فِي الْحَجِّ وَمَا تَفَعَّلُوا مِنْ خَيْرٍ يَعْلَمُهُ اللَّهُ وَتَزُودُوا فَإِنَّ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَىٰ وَاتَّقُونِ يَا أُولِيَ الْأَلْبَابِ ﴿١٩٧﴾

Artinya:

“(Musim) haji adalah beberapa bulan yang dimaklumi, barangsiapa yang menetapkan niatnya dalam bulan itu akan mengerjakan Haji, maka tidak boleh rafats, berbuat fasik dan berbantah-bantahan di dalam masa mengerjakan haji. Dan apa yang kamu kerjakan berupa kebaikan, niscaya Allah mengetahuinya. Berbekallah, dan sesungguhnya sebaik-baik bekal adalah taqwa dan bertaqwalah kepada-Ku hai orang-orang yang berakal.” (Q.S: Al-Baqarah:197)

Sedangkan kewajiban zakat atas orang gila bukan merupakan beban baginya, akan tetapi beban walinya untuk melaksanakan kewajiban harta miliknya (Khallaf, 2003).

Firman Allah SWT:

وَلَا تُؤْتُوا السُّفَهَاءَ أَمْوَالَكُمُ الَّتِي جَعَلَ اللَّهُ لَكُمْ قِيَامًا وَارْزُقُوهُمْ فِيهَا  
وَأَكْسُوهُمْ وَقُولُوا لَهُمْ قَوْلًا مَعْرُوفًا ﴿٥﴾

Artinya:

*“Dan janganlah kamu serahkan kepada orang-orang yang belum sempurna akalnya, harta (mereka yang ada dalam kekuasaanmu) yang dijadikan Allah sebagai pokok kehidupan. Berilah mereka belanja dan pakaian (dari hasil harta itu) dan ucapkanlah kepada mereka kata-kata yang baik.” (QS. An-Nisaa:5)*

#### **b. Bidang Muamalah**

Dalam asas-asas hukum perdata Islam seseorang yang dipandang mampu berbuat atau bertindak melakukan hubungan perdata adalah mereka yang mukallaf, yaitu mereka yang mampu memikul kewajiban dan hak, sehat rohani dan jasmaninya. Hubungan perdata yang dibuat oleh orang yang tidak mampu memikul kewajiban dan hak, dianggap melanggar asas ini, karena itu hubungan perdatanya batal karena dipandang bertentangan dengan salah satu asas hukum Islam (Ali, 2007).

Untuk itu diperlukan perwalian bagi orang-orang yang termasuk golongan tersebut, seperti orang idiot, lemah akal atau tidak memiliki kompetensi pelaksanaan hak dan kewajiban. Hal ini dinyatakan dalam

Firman Allah SWT:

يَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِذَا تَدَايَنْتُمْ بِدَيْنٍ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى فَاكْتُبُوهُ  
وَلْيَكْتُب بِيْنَكُمْ كَاتِبٌ بِالْعَدْلِ وَلَا يَأْب كَاتِبٌ أَنْ يَكْتُبَ كَمَا عَلَّمَهُ  
اللَّهُ فَلْيَكْتُبْ وَلْيُمْلِلِ الَّذِي عَلَيْهِ الْحَقُّ وَلْيَتَّقِ اللَّهَ رَبَّهُ وَلَا يَبْخَسْ  
مِنْهُ شَيْئًا فَإِن كَانَ الَّذِي عَلَيْهِ الْحَقُّ سَفِيهًا أَوْ ضَعِيفًا أَوْ لَا يَسْتَطِيعُ  
أَنْ يُمِلَّ هُوَ فَلْيُمْلِلْ وَلِيُّهُ بِالْعَدْلِ وَاسْتَشْهِدُوا شَهِيدَيْنِ مِنْ رِجَالِكُمْ  
فَإِن لَّمْ يَكُونَا رَجُلَيْنِ فَرَجُلٌ وَأَمْرٌ آتَانِ مِمَّنْ تَرْضَوْنَ مِنَ الشُّهَدَاءِ أَن  
تَضِلَّ إِحْدَاهُمَا فَتُذَكَّرَ إِحْدَاهُمَا الْأُخْرَىٰ وَلَا يَأْب الشُّهَدَاءُ إِذَا مَا دُعُوا

Artinya:

"Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu bermuamalah tidak secara tunai untuk waktu yang ditentukan, hendaklah kamu menuliskannya. Dan hendaklah seorang penulis di antara kamu menuliskannya dengan benar. Dan janganlah penulis enggan menuliskannya sebagaimana Allah telah mengajarkannya, maka hendaklah ia menulis, dan hendaklah orang yang berhutang itu mengimlakkan (apa yang akan ditulis itu), dan hendaklah ia bertaqwa kepada Allah Rabbnnya, dan janganlah ia mengurangi sedikitpun daripada hutangnya. Jika yang berhutang itu orang yang lemah akalnya atau lemah (keadaannya) atau dia sendiri tidak mampu mengimlakkan, maka hendaklah walinya mengimlakkan dengan jujur. Dan persaksikanlah dengan dua orang saksi dari orang-orang lelaki (di antaramu). Jika tak ada dua orang lelaki, maka (boleh seorang lelaki dan dua orang perempuan dari saksi-saksi yang kamu ridhai, supaya jika seorang lupa maka seorang lagi mengingatkannya. Janganlah saksi-saksi itu enggan (memberi keterangan) apabila mereka dipanggil". (QS. Al-Baqoroh: 282)

Dalam tindakan yang menyangkut harta kekayaan tidak diperlukan adanya akal atau kesengajaan berbuat, karena dasar pertanggungjawabannya adalah kemanusiaan. Setiap manusia mempunyai hak memiliki, menerima harga barangnya, menerima pembayaran piutang,

menerima harta warisan, wasiat, hibah dan sebagainya meskipun ia tidak berakal. Demikian juga dalam melaksanakan hak orang lain, seperti membayar utang, mengganti kerugian yang diakibatkannya, dan lain-lain, tidak mesti orang yang gila itu sendiri yang melakukannya, melainkan dapat dilaksanakan oleh walinya (Dahlan, 1997).

Dalam hal nikah, talak, nazar, dan rujuk orang gila dasar hukumnya sama dengan orang yang terpaksa (*ikrah*) untuk melakukan perbuatan tersebut. Juhur ulama menyatakan bahwa *ikrah* dalam akad-akad seperti disebutkan diatas mempunyai pengaruh. Artinya jika seseorang dipaksa untuk menalak istrinya, maka talaknya tidak jatuh (Dahlan, 1997).

### c. Bidang Pidana

Menurut mazhab maliki, orang yang gila setelah melakukan pelanggaran pidana tidak boleh dijatuhi hukuman sampai ia waras, karena pelaksanaan hukuman tidak dianggap sempurna jika yang dihukum itu dalam keadaan gila. Menurut mazhab ini dasar pelaksanaan hukuman adalah akal, sedang orang yang gila tidak mempunyai akal. Jika kegilaannya kemudian berkepanjangan dan tidak diharapkan kesembuhannya, maka tanggung jawab atas perbuatannya ketika waras itu menjadi gugur. Apabila keadaan gila datang sebelum sanksi hukum kisasnya diputuskan oleh hakim, maka sanksi hukumnya diganti dengan diat. Tetapi jika keadaan gila terjadi setelah ada keputusan hakim terhadap dirinya, maka terdapat dua pendapat dalam mazhab ini. Pendapat pertama, hukum kisas diganti dengan denda dengan menganalogikan kepada orang gila yang tidak diharapkan kesembuhannya sebelum hukum

ditetapkan. Pendapat kedua, diserahkan kepada wali korban untuk melaksanakan hukuman di bawah pengawasan pengadilan (Dahlan, 1997).

Menurut fukaha, terbebasnya seorang yang gila dari hukum kisas, potong tangan dan hukuman hadd lainnya disebabkan salah satu syarat penting diterapkannya hukuman tersebut ialah pelakunya berakal dan ada kesengajaan berbuat (Dahlan, 1997).

Firman Allah SWT:

وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيٰوةٌ يٰۤاُولِيَ الْاَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُوْنَ



Artinya:

*“Dan dalam kisas itu ada (jaminan kelangsungan)hidup bagimu, wahai orang-orang yang berakal, supaya kamu bertakwa.” (Q.S: Al-Baqarah:179)*

### III.5 Terapi Gangguan Jiwa Skizofrenia Menurut Agama Islam

Unsur utama dalam beragama adalah iman atau percaya kepada keberadaan Tuhan dengan sifat-sifatnya, antara lain: Maha Pemurah, Maha Pengasih, Maha Penyayang, Maha Pengampun, Maha Pemberi, Maha Melihat, Maha Mendengar, Maha Kuasa, Maha Besar, Maha Suci, serta nilai-nilai lebih/Maha yang lainnya. Oleh karena itu, orang yang merasa dirinya dekat dengan Tuhan, diharapkan akan timbul rasa tenang dan aman, yang merupakan salah satu ciri sehat mental (Fanani, 2009).

Pentingnya riwayat kehidupan beragama bagi penderita gangguan jiwa dikemukakan oleh Kaplan dan Saddock (1991) yang menyatakan bahwa dalam wawancara psikiatrik (anamnesa) perlu ditelusuri latar belakang keagamaannya antara lain, kehidupan beragama kedua orang tua penderita

sejauh mana hal ini pengaruhnya bagi penderita, apakah pengalaman agamanya itu fanatik, moderat atau permisif dan adakah konflik yang timbul antara orang tua dan anak (penderita) di dalam pendidikan agama di rumah. Selain dari pada itu juga perlu diketahui sejauh mana pengaruh agama dalam kehidupan penderita sebelum sakit (Hawari, 2003).

Di dalam ajaran agama (Islam) adanya penyakit itu dianggap sebagai suatu cobaan dan ujian keimanan seseorang, oleh karenanya orang harus bersabar dan tidak boleh berputus asa berusaha untuk mengobatinya dengan senantiasa berdo'a memohon pertolongan Allah SWT, seperti di sebutkan dalam ayat Al-quran berikut ini:

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَرَفِ وَالْجُوعِ وَنَفْسٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ  
وَالْأَنْفُسِ وَالْثَّمَرَاتِ وَبَشِيرٍ وَالصَّابِرِينَ

Artinya:

*"Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar".(QS.Al-Baqoroh:155)*

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ

Artinya:

*"Wahai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan dengan sabar dan sholat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar".(QS.Al-Baqoroh: 153)*

أَنْزَلَ مَا أُوحِيَ إِلَيْكَ مِنَ الْكِتَابِ وَأَقِمِ الصَّلَاةَ إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَى  
عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ ﴿٤٥﴾

Artinya:

*"Bacalah apa yang telah diwahyukan kepadamu, yaitu Al-Kitab (Al-Quran) dan dirikanlah shalat. Sesungguhnya shalat itu mencegah dari (perbuatan-perbuatan) keji dan mungkar. Dan sesungguhnya mengingat Allah (shalat) adalah lebih besar (keutamaannya dari ibadat-ibadat yang lain). Dan Allah mengetahui apa yang kamu kerjakan". (Q.S Al-Ankabut : 45)*

Sedangkan terapi kejang listrik yang biasa dilakukan di rumah sakit jiwa untuk penyakit gangguan jiwa jenis tertentu, menurut agama Islam tidak boleh dilakukan karena hal itu dapat menyebabkan ketidaksadaran sementara serta kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan sesudah itu. Hal ini sama dengan hukum mabuk-mabukan dalam Islam yang dapat menyebabkan ketidak sadaran sementara sehingga menggugurkan kewajiban-kewajiban syar'i yang telah ditetapkan oleh Allah SWT.

Firman Allah SWT:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنتُمْ سُكَرَىٰ حَتَّىٰ تَعْلَمُوا مَا  
تَقُولُونَ

Artinya:

*"Hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu shalat, sedang kamu dalam keadaan mabuk, sehingga kamu mengerti apa yang kamu ucapkan." (Q.S: An-Nisaa: 43)*



## **BAB IV**

### **KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM MENGENAI ASPEK HUKUM PADA PENDERITA SKIZOFRENIA**

Kedokteran dan agama Islam sependapat dalam hal:

1. Penyebab terjadinya gangguan Skizofrenia adalah terdapatnya konflik internal antara id, ego dan super ego dan dalam agama Islam dianalogikan terdapatnya konflik antara nafsu dan iman yang tidak mampu dikendalikan.
2. Penderita gangguan Skizofrenia yang melakukan tindak pidana tidak boleh dihukum karena perbuatan yang dilakukannya tidak didasarkan pada pertimbangan akal sehatnya dan biasanya perlu perawatan di rumah sakit jiwa. Hubungan perdata yang dilakukan oleh penderita gangguan Skizofrenia adalah tidak sah hukumnya dan harus diampukan. Dalam agama Islam penderita gangguan jiwa yang melakukan tindak pidana tidak boleh dihukum karena salah satu syarat penting diterapkannya hukuman tersebut ialah pelakunya berakal dan ada kesadaran berbuat. Namun tidak demikian halnya dalam tindakan yang menyangkut hukum perdata. Dalam tindakan tersebut tidak diperlukan adanya akal atau kesengajaan berbuat karena dasar pertanggung jawabannya adalah kemanusiaan. Maka apabila seseorang yang tidak cakap untuk melakukan tindakan perdata karena kekurangan akalnya, tindakan tersebut dapat dilakukan melalui walinya.

3. Terapi gangguan Skizofrenia menggunakan pendekatan yang komprehensif, seperti obat-obatan (psikofarmaka), terapi kejang listrik, terapi perilaku, terapi humanistik dan juga terapi religi dimana setiap penderita diharuskan untuk selalu bersabar dan tidak berputus asa untuk mencapai kesembuhan dan juga melaksanakan ibadah sholat dan berdzikir sesuai dengan tuntunan yang berlaku karena sesungguhnya sholat itu menghindarkan setiap manusia dari perbuatan keji dan munkar.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### V.1 Simpulan

1. Faktor biologi, genetik dan terdapatnya kondisi yang menjadi stresor bagi seseorang dianggap sebagai penyebab terjadinya gangguan Skizofrenia. Mekanisme terjadinya gangguan Skizofrenia adalah terdapatnya konflik internal antara id, ego dan superego atau antara iman dan nafsu yang tidak mampu dikendalikan.
2. Penderita gangguan Skizofrenia yang melakukan tindak pidana tidak boleh dihukum dan harus di rawat di Rumah Sakit Jiwa, namun pada hubungan dengan kasus perdata yang melibatkan penderita gangguan Skizofrenia harus diwakili oleh pengampu.
3. Penatalaksanaan gangguan Skizofrenia menggunakan pendekatan yang komprehensif, seperti obat-obatan (psikofarmaka), terapi kejang listrik, terapi perilaku, terapi humanistik dan juga terapi religi.
4. Menurut agama Islam dalam bidang ibadah penderita Skizofrenia tidak dibebankan untuk melakukan ibadah syar'i .Sedangkan dalam hal muamalah yang menyangkut harta kekayaan, akad yang dilakukan oleh penderita Skizofrenia hukumnya tidak sah dan harus dilakukan melalui wali. Dalam hal nikah, talak, nazar dan rujuk perkataan penderita Skizofrenia tidak sah hukumnya karena dasar hukumnya seperti orang yang dalam keadaan terpaksa (*ikrah*), dan dalam hukum pidana penderita Skizofrenia tidak boleh dihukum karena salah satu syarat diberlakukannya hukum *qishosh* adalah pelakunya berakal dan adanya kesadaran berbuat.

## V.2 Saran

1. Kepada para penderita gangguan Skizofrenia untuk tetap bersabar dalam menghadapi cobaan dan tidak berputus asa dalam melakukan pengobatan.
2. Kepada para keluarga, kerabat atau teman penderita gangguan Skizofrenia agar tidak mengucilkan orang tersebut dan memperlakukannya sebagaimana layaknya manusia biasa.
3. Kepada setiap ulama hendaknya memberi dukungan dan nasehat keagamaan untuk selalu tawakkal dan juga berikhtiar untuk berobat. Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh setan, jin atau santet dan dapat dikendalikan oleh obat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alquran dan terjemahnya* 2004. Departemen Agama Republik Indonesia, Jakarta.
- Ali Mohammad Daud 2007. *Hukum Islam*, hal 135. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Ali Mohammad Daud, Azhary Tahir dan Daud Habibah 1986. *Islam untuk Disiplin Ilmu Hukum, Sosial dan Politik*, hal 12-13. Departemen Agama, Jakarta.
- Andri 2008. *Kongres Nasional Skizofrenia V Closing The Treatment Gap For Schizofrenia*, [www.kabarindonesia.com](http://www.kabarindonesia.com), diakses pada tanggal 24 Juni 2009.
- Azwar Azrul 2004. *Tubuh Sehat Ideal dari Segi Kesehatan*, [www.gizi.net](http://www.gizi.net), diakses pada tanggal 22 Juni 2009.
- Dahlan Abdul Aziz 1997. *Ensiklopedi Hukum Islam*, Jilid 2, hal 407-686. Ichtiar Baru Van Hoeve, Jakarta.
- Darmabrata Wahjadi 2003. *Psikiatri Forensik*, hal 26-37. EGC, Jakarta.
- Fanani Mohammad 2009. *Agama sebagai Salah Satu Modalitas Terapi dalam Psikiatri*, [www.diglib.uns.ac.id](http://www.diglib.uns.ac.id), diakses pada tanggal 28 Juni 2009.
- Hawari Dadang 2003. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, hal 3-113. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Kaplan, Sadock dan Grebb 1997. *Kaplan dan Sadock Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan perilaku Paikiatri Klinis*, Edisi Ketujuh, Jilid Satu, hal 687-729. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Khallaf Abdul Wahab 2003. *Ilmu Ushul Fikih Kaidah Hukum Islam*, hal 188-189. Pustaka Amani, Jakarta.
- KUHP dan KUHP 2006. Citra Umbara, Bandung.
- Lumbantobing SM 2007. *Skizofrenia Gila*, hal 7-9. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Maslim Rusdi 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*, hal 46-47. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya, Jakarta.
- Mehta Aditi 2007. *Adjuvative Competente and The Ethical Dilemma of Forcing Medication to Restore Competency*, *American Journal of Psychiatry*. 2, 3-4
- Muhammad Syaikh 2005. *Beban Syar'i untuk Orang yang Kehilangan Ingatan dan Pingsan*, [www.almanhaj.or.id](http://www.almanhaj.or.id), diakses pada tanggal 6 Juli 2009.

Nantingkaseh Luana 2007. *Simposium Sehari Kesehatan Jiwa dalam Rangka Menyambut Hari Kesehatan Jiwa Sedunia*, [www.idijakbar.com](http://www.idijakbar.com), diakses pada tanggal 22 Juni 2009.

Subekti 2003. *Pokok-Pokok Hukum Perdata*, hal 134. Intermasa, Jakarta

Supari Fadilah Siti 2005. *Kesehatan Jiwa Bagian yang Integral dari Kesehatan*, [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) diakses pada tanggal 22 Juni 2009.

Sutatminingsih Raras 2002. *Schizophrenia*, [www.library.usu.ac.id](http://www.library.usu.ac.id), diakses pada tanggal 24 Juni 2009.