

**EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPSIKOTIK
PASIEN SKIZOFRENIA DITINJAU DARI
KEDOKTERAN DAN ISLAM**



3220

Disusun Oleh :

NINA RUSMAYANTI RUSLI

110.2004. 172

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 2010

ABSTRAK
**EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPIPSIKOTIK
PASIEN SKIZOFRENIA DITINJAU DARI
KEDOKTERAN DAN ISLAM**

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosis yang perjalanannya menahun, ditandai dengan gangguan pada daya nilai realita, tingkah laku yang kacau, persepsi yang salah, proses pikir yang terganggu, disertai alam perasaan yang terganggu. Biasanya fungsi intelektual dan pekerjaan dapat dipertahankan.

Hal yang biasa ditemukan pada penderita skizofrenia adalah adiksi nikotin, dikatakan 3 kali populasi umum. Ketergantungan pasien skizofrenia pada rokok makin tinggi mengingat efek/manfaat 'semu' rokok pada penyakitnya.

Ajaran Islam di dalam Al-Quran dan hadits dengan tegas mengharamkan penyalahgunaan nikotin (rokok) karena kesesuaian sifatnya yang serupa dengan khamr, yakni memabukkan, merusak fungsi akal, melemahkan dan membahayakan fisik. Akal merupakan syarat yang harus ada dalam diri manusia untuk dapat menerima taklif (beban kewajiban) dari Allah SWT.

Dasar biologis atau interaksi fisiologis/farmakologis rokok dengan gejala skizofrenia, memang membuat pasien sukar berhenti merokok. Hukum-hukum syari'at tidak berlaku bagi mereka yang tidak menerima taklif, diantaranya adalah orang dengan keadaan psikotik karena tidak mampu menggunakan akalnya.

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosis yang memerlukan penatalaksanaan yang bersifat komprehensif, baik terapi medis maupun terapi psikososial yang melibatkan dokter dan orang tua. Ketergantungan pasien skizofrenia terhadap rokok akibat manfaat "semu" rokok dalam pengobatannya menjadi perhatian penting bagi dokter dan keluarga, karena mengingat dampaknya yang berat, pasien perlu untuk berhenti merokok.

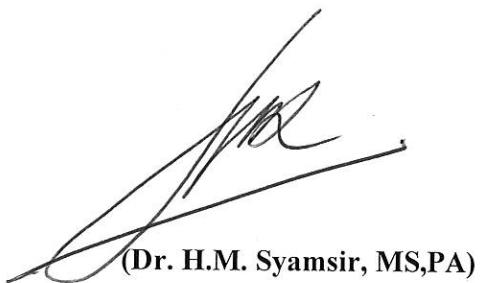
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah kami setujui untuk dipertahankan dihadapan Komisi Penguji Skripsi,
Fakultas Kedokteran Universita YARSI.

Jakarta, September 2010

Komisi Pembimbing

Ketua



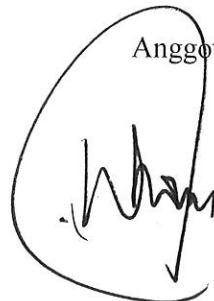
(Dr. H.M. Syamsir, MS,PA)

Anggota



(Dr. Nasruddin Noor, Sp.KJ)

Anggota



(DR. H. Zuhroni, MA)

KATA PENGANTAR



Segala puja dan puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena hanya dengan rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini yang berjudul "**EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPSIKOTIK PASIEN SKIZOFRENIA**".

Adapun penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Dokter Muslim di Fakultas Kedokteran Universitas YARSI. Penulis menyadari bahwa terwujudnya skripsi ini adalah berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. **Prof. Dr. Hj. Qomariyah, MS, PKK, AIFM**, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas YARSI
2. **Dr. Wan Nedra Komaruddin, SpA**, selaku Wakil Dekan bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fakultas Kedokteran YARSI
3. **Dr. H. M. Syamsir, MS, PA**, selaku Ketua Komisi Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas YARSI yang telah meluangkan waktunya untuk membantu menguji skripsi ini.
4. **Dr. H. Nasruddin Noor, Sp.KJ** selaku Pembimbing Medik, yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini. Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada dokter.

5. **DR. H. Zuhroni, M.Ag**, selaku Pembimbing Agama Islam yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini khususnya dari segi agama Islam.
6. **Drs. H. Rusli Ridwan, Msi, Hj. Rochimah Boesro, SPd, Dr. Anita Rusliana** merupakan ayah, ibu, dan kakak dari penulis sebagai keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. **Sahabat dan teman-teman Universitas YARSI** Nurleli, S.Ked; Sekar Henganing Ayu, Sked; Nora Indriasary, S.Ked; Heryani Rambe, S.Ked; Nanda Paramita S.Ked; Purnama Satria S.Ked; Mufida Muzakkie, S.Ked; Dr. Andra Asmara; Dr. Dira Firzanti serta semua pihak yang namanya tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis dengan tulus ikhlas dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna baik dari segi materi maupun bahasa, oleh karena itu penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya atas segala kekhilafan dan penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun yang akan membantu penulis dalam membuat karya tulis lain di masa datang.

Akhir kata, dengan mengucapkan Alhamdulillah dan dengan kerendahan hati penuh harap atas ridho-Nya, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, September 2010

(Penulis)

DAFTAR ISI

Bab	Halaman
Halaman Judul.....	i
Abstrak.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel.....	x
I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Permasalahan	4
1.3. Tujuan.....	4
1.4. Manfaat.....	5
II EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPIKOTIK PASIEN	
SKIZOFRENIA DITINJAU DARI ILMU KEDOKTERAN	
2.1. Skizofrenia.....	6
2.1.1. Pengertian Skizofrenia.....	6
2.1.2. Epidemiologi Skizofrenia.....	6
2.1.3. Etiologi Skizofrenia.....	7
2.1.4. Gambaran Klinis Skizofrenia.....	14
2.1.5. Klasifikasi Skizofrenia.....	21
2.1.6. Kriteria Diagnostik Skizofrenia.....	22
2.1.7. Diagnosis banding Skizofrenia.....	31

2.1.8.	Terapi Skizofrenia.....	33
2.1.9.	Prognosis Skizofrenia.....	41
2.2.	Nikotin.....	43
2.2.1.	Sejarah Nikotin.....	43
2.2.2.	Farmakokinetik Nikotin.....	44
2.2.3.	Farmakodinamik Nikotin.....	46
2.2.4.	Antipsikotik, Dopamin dan Adiksi Nikotin.....	48
III	EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPSIKOTIK PASIEN SKIZOFRENIA DITINJAU DARI AGAMA ISLAM	
3.1.	Skizofrenia Menurut Islam.....	60
3.2.	Pandangan Ulama Terhadap Nikotin.....	70
IV	KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM MENGENAI EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPSIKOTIK PASIEN SKIZOFRENIA	
	78
V	KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1.	Kesimpulan.....	80
5.2.	Saran.....	82
Daftar Pustaka.....		ix

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1	<i>Nicotiana tabacum (solanaceae)</i> dan tembakau kering.....	43
Gambar 2	Kelima Jalur Dopamin.....	51
Gambar 3	Jalur Dopamin Mesolimbik-Mesokortikal.....	52
Gambar 4	Nikotin dan Dopamin.....	57

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1	Gambaran Prognosis dalam Skizofrenia.....	42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “*skizo*” yang artinya retak atau pecah, dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Penderita skizofrenia mengalami keretakan kepribadian (*splitting of personality*), keretakan ini merupakan keretakan antara yang dibayangkan dengan kenyataan. Skizofrenia biasa menyerang usia remaja hingga dewasa. Merupakan penyakit yang timbul akibat ketidakseimbangan sel kimia otak (dopamin, serotonin). Skizofrenia termasuk psikosis fungsional, gangguan psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respon emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi (Kaplan et al, 1997).

Perkiraan resiko skizofrenia pada suatu waktu tertentu 0,5%-1%. Sekitar 15% penderita yang masuk rumah sakit jiwa merupakan pasien skizofrenia, hal ini lebih sering menyerang pria daripada wanita dan kebanyakan dimulai sebelum usia 30 tahun. Perbandingan antara jenis kelamin pria dan wanita prevalensinya sama akan tetapi menunjukkan perbedaan dalam onset skizofrenia dan perjalanan penyakit. Pria mempunyai onset skizofrenia lebih awal daripada wanita. Usia puncak onset untuk pria adalah 15-25 tahun, dan untuk wanita usia puncaknya adalah 25-35 tahun (Kaplan et al, 1997).

Merokok merupakan penyebab utama timbulnya berbagai penyakit yang sejatinya dapat dicegah di seluruh dunia. Kecanduan merokok sendiri merupakan penyebab kematian kedua di dunia, adalah penyebab untuk sekitar 5 juta kematian setiap tahun atau 1 dari 10 kematian orang dewasa. Saat ini, sekitar 1,3 miliar perokok hidup di dunia, sebagian besar (84%) tinggal di negara berkembang.

Dengan kecenderungan merokok saat ini, tembakau akan membunuh 10 juta orang pada tahun 2020 (Lande, 2010).

Beberapa orang yang menyalahgunakan zat menunjukkan gejala mirip dengan skizofrenia. Sebagian besar peneliti tidak percaya bahwa penyalahgunaan zat merupakan penyebab skizofrenia. Namun, orang-orang yang telah skizofrenia jauh lebih mungkin untuk memiliki *substance abuse* atau masalah penyalahgunaan zat daripada populasi umum. Kecanduan nikotin adalah bentuk paling umum dari penyalahgunaan zat pada orang dengan skizofrenia (Lande, 2010).

Telah diketahui selama bertahun-tahun bahwa pasien dengan berbagai gangguan jiwa terutama skizofrenia, merokok secara berlebihan. Bagaimanapun, telah ada suatu peningkatan minat kecanduan nikotin yang tinggi pada pasien skizofrenia. Hal tersebut terus meningkat jelas bahwa perokok berat dihubungkan dengan penyakit skizofrenia dan bahwa hal ini mungkin memiliki implikasi untuk mendasari neurobiologi skizofrenia. Satu penelitian melaporkan prevalensi pasien skizofrenia yang merokok mencapai 88%, hampir tiga kali lipat dari populasi umum dan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien gangguan jiwa lainnya. Peningkatan prevalensi tetap berlaku bahkan setelah penyesuaian untuk status perkawinan, penggunaan alkohol dan status sosio-ekonomi (Hughes, 1986).

Pasien dengan skizofrenia merokok lebih berat sebagai hasil dari pengobatan antipsikotik, dimana pengobatan tersebut menghasilkan blokade reseptor dopamin yang peka rangsang. Merokok dengan jumlah yang lebih banyak diperlukan untuk mengatasi blokade ini dan menghasilkan efek *reward* (kenikmatan). Telah ditunjukkan bahwa, pasien dengan skizofrenia merokok lebih banyak setelah mulai pengobatan haloperidol (Harris et al, 2004). Merokok dapat meningkatkan perhatian dan memori jangka pendek pada penderita skizofrenia dengan merangsang reseptor

nikotin di otak, menurut sebuah studi oleh para peneliti *Yale School of Medicine* dalam edisi Juni dari *The Archives of General Psychiatry*. (*Yale University Medical News*, 2005). Epidemiologi juga divalidasi bahwa banyak praktisi kesehatan mental telah lama menyadari : tingkat merokok di antara orang dengan skizofrenia, depresi, dan gangguan kecemasan jauh lebih tinggi daripada rata-rata. Banyak orang dengan beberapa masalah kesehatan mental percaya bahwa mereka dapat mengobati diri dengan merokok karena nikotin membantu pikiran mereka berfungsi lebih baik (Newhouse, 2010).

Sekitar 90 persen penderita skizofrenia telah merokok sebelum menderita gangguan jiwa. Namun, ketergantungan pasien skizofrenia pada rokok makin tinggi mengingat efek/manfaat 'semu' rokok pada penyakitnya. Rokok membuat gejala negatif skizofrenia berkurang akibat asupan nikotin. Selain itu, rokok pun mampu meningkatkan daya pikir, serta mengurangi gejala parkinsonisme (kaku, gemetar, jalan seperti robot, muka topeng) akibat pemberian obat antipsikotik. Sehingga untuk meningkatkan rasa nikmat atau semangat pada penderita skizofrenia, asupan nikotin pun terus ditingkatkan. Sebaliknya, jika penderita skizofrenia berhenti merokok, akan terjadi peningkatan gejala-gejala psikiatrik. Imbasnya obat-obatan antipsikotik generasi baru tidak mampu atau sedikit saja memberikan manfaat pada perbaikan penyakit. Konsekuensi lain adalah, nikotin membuat kadar obat dalam darah cepat menurun. Untuk mencapai efek terapi sama, maka dosis obat perlu ditingkatkan (dosisnya mencapai dua kali lebih besar dibandingkan yang bukan perokok). Hal ini membuat biaya beli obat yang memang sudah cukup mahal, makin bertambah. Bukan hanya itu, angka kematian pasien skizofrenia akibat penyakit yang berhubungan dengan rokok (jantung/pembuluh darah dan sistem pernapasan) juga sangat tinggi. Berdasarkan fakta tersebut, perlunya upaya berhenti merokok pada

pasien skizofrenia. Dasar biologis atau interaksi fisiologis/farmakologis rokok dengan gejala skizofrenia, memang membuat pasien sukar berhenti merokok. Tapi mengingat dampaknya yang berat, pasien perlu ditawarkan untuk berhenti merokok (Agnes, 2010).

Pasien skizofrenia, oleh Rasulullah SAW, dianggap sedang ditimpa penyakit (musibah). Akal merupakan syarat yang harus ada dalam diri manusia untuk dapat menerima taklif (beban kewajiban) dari Allah SWT. Hukum-hukum syari'at tidak berlaku bagi mereka yang tidak menerima taklif. Diantara yang tidak menerima *taklif* itu adalah orang dengan gangguan jiwa berat (psikosis) karena ketidakmampuan akalnya.

Dunia kedokteran telah membuktikan bahwa mengkonsumsi rokok dapat membahayakan, jika membahayakan maka hukumnya menurut Islam haram (Romli, 2006).

1.2. Permasalahan

1. Bagaimana psikodinamika Skizofrenia ditinjau dari Ilmu Kedokteran?
2. Bagaimana penatalaksanaan Skizofrenia ditinjau dari Ilmu Kedokteran?
3. Bagaimana pengaruh nikotin pada pasien Skizofrenia yang sedang menjalani pengobatan antipsikotik ditinjau dari Ilmu Kedokteran?
4. Bagaimana pandangan Islam mengenai nikotin pada rokok bagi manusia yang sehat akalnya dan bagi pasien Skizofrenia?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Memahami efek nikotin pada pemberian antipsikotik pasien Skizofrenia ditinjau dari sudut pandang Ilmu Kedokteran dan Islam.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Memahami psikodinamika Skizofrenia
2. Memahami penatalaksanaan Skizofrenia
3. Memahami efek nikotin pada pemberian anipsikotik pasien Skizofrenia
4. Memahami pandangan Islam mengenai nikotin pada rokok bagi manusia yang sehat akalnya dan bagi pasien Skizofrenia.

1.4. Manfaat

1. Bagi penulis:

Diharapkan skripsi ini dapat menambah pengetahuan penulis mengenai pengaruh nikotin pada pengobatan antipsikotik pasien Skizofrenia ditinjau dari Kedokteran dan Islam, serta penatalaksanaannya dan menambah pengalaman dalam membuat makalah yang baik dan benar.

2. Bagi YARSI:

Diharapkan skripsi ini dapat menjadi bahan masukan bagi civitas akademika Universitas YARSI sebagai sumber referensi untuk memahami pengaruh nikotin pada pengobatan skizofrenia.

3. Bagi masyarakat:

Diharapkan skripsi ini dapat menambah pengetahuan masyarakat mengenai pengaruh nikotin pada pengobatan antipsikotik pasien Skizofrenia dari sudut pandang Kedokteran dan Islam.

BAB II

PENGARUH NIKOTIN PADA PENGOBATAN ANTIPSIKOTIK

PASIEN SKIZOFRENIA DITINJAU DARI

ILMU KEDOKTERAN

2.1. SKIZOFRENIA

2.1.1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai di mana-mana. Sebelum Kraepelin, tidak ada kesatuan pendapat mengenai berbagai gangguan jiwa yang sekarang dinamakan skizofrenia. Kraepelin ialah seorang ahli kedokteran jiwa di kota Munich, Jerman dan ia mengumpulkan gejala-gejala dan sindroma itu dan menggolongkannya ke dalam satu kesatuan yang dinamakannya *demensia precoox*. Menurut Kraepelin pada penyakit ini terjadi kemunduran intelegensia sebelum waktunya; sebab itu dinamakannya *demensia* (kemunduran intelegensia) *precox* (muda, sebelum waktunya). Pada tahun 1911, oleh Alfred Bleuler, istilah tersebut kemudian digantikan dengan “skizofrenia” yang ditandai dengan empat gejala A yang menonjol (Asosiasi yang abnormal, gangguan Afek, Autisme, dan Ambivalensi) (Kaplan et al, 1997).

2.1.2. Epidemiologi Skizofrenia

Di Amerika Serikat prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5 persen; konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang di sponsor oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 1,3 persen. Kira-kira 0,025 sampai 0,05 persen 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. Perbandingan antara jenis kelamin pria dan wanita prevalensinya sama akan tetapi menunjukkan perbedaan dalam onset skizofrenia dan perjalanan penyakit. Pria mempunyai onset skizofrenia lebih awal daripada wanita. Usia puncak onset untuk pria adalah 15-25 tahun, dan untuk wanita usia puncaknya adalah 25-35 tahun (Kaplan et al, 1997).

Beberapa penelitian menemukan bahwa 80% 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 1 kali seumur hidupnya dan 10% berhasil melakukannya. Faktor risiko bunuh diri adalah adanya gejala depresif, usia muda dan tingkat fungsi premorbid yang tinggi. Komorbiditas skizofrenia dengan penyalahgunaan alkohol kira-kira 30% sampai 50%, kanabis 15% sampai 25% dan kokain 5% sampai 10%. Sebagian besar penelitian menghubungkan hal ini sebagai suatu indikator prognosis yang buruk karena penyalahgunaan zat menurunkan efektivitas dan kepatuhan pengobatan (Kaplan et al, 1997).

2.1.3. Etiologi Skizofrenia

Genetika

Penelitian klasik awal tentang genetika dari skizofrenia, dilakukan di tahun 1930-an, menemukan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia adalah terkait dengan dekatnya hubungan persaudaraan

tersebut (sebagai contohnya, sanak saudara derajat pertama atau derajat kedua) (Kaplan et al, 1997).

Model Diatesis-Stres

Satu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model diatesis-stres. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres, memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia. Pada model diatesis-stres yang paling umum dapat biologis atau lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis (sebagai contohnya, infeksi) atau psikologis (sebagai contohnya, situasi keluarga yang penuh ketegangan atau kematian teman dekat). Dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stres psikologis dan trauma (Kaplan et al, 1997).

Faktor Biologis

Penyebab skizofrenia tidak diketahui. Tetapi, dalam dekade yang lalu semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Talamus dan batang otak juga terlibat karena peranan talamus sebagai mekanisme pengintegrasikan dan kenyataan bahwa batang otak dan otak tengah adalah lokasi utama bagi neuronaminergik asenden (Kaplan et all, 1997).

Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolismik. Pemeriksaan mikroskopis pada

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 (Fadil, 2010).

Hipotesis Dopamin

Teori lain dari kelompok biologis adalah hipotesis dopamin yang mengatakan bahwa skizofrenia terjadi akibat ketidakseimbangan kadar *neurotransmitter* dopamin di otak. Teori dasar tidak memperinci apakah hiperaktivitas dopaminergik adalah karena terlalu banyaknya pelepasan dopamin, terlalu banyaknya reseptor dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut. Teori dasar juga tidak menyebutkan apakah jalur dopamin di otak mungkin terlibat, walaupun jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering terlibat. Neuron dopaminergik di dalam jalur tersebut berjalan dari badan selnya di otak tengah ke neuron dopaminoseptif di sistem limbik dan korteks serebral. Hipotesis dopaminergik tentang skizofrenia terus diperbaiki dan diperluas. Satu bidang spekulasi adalah bahwa reseptor dopamin tipe 1 (D1) mungkin memainkan peranan dalam gejala negatif, dan beberapa peneliti tertarik dalam menggunakan agonis D1 sebagai pendekatan pengobatan untuk gejala tersebut (Kaplan et al, 1997).

Teori Serotonin

Teori lain yakni hipotesis serotonin. Gaddum, Wooley dan Show pada 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 temyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2 (Fadil, 2010).

Secara spesifik, antagonis pada reseptor serotonin (5-HT2) telah disadari penting untuk menurunkan gejala psikotik dan dalam menurunkan perkembangan gangguan pergerakan berhubungan dengan antagonis-D2. Seperti yang telah dinyatakan dalam penelitian tentang gangguan mood, aktivitas serotonin telah berperan dalam perilaku bunuh diri dan impulsif yang juga dapat ditemukan pada pasien skizofrenia (Kaplan et al, 1997).

Teori Faktor Psikososial

1) Teori Tentang Individu Pasien

a. Teori Psikoanalitik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, yang muncul lebih awal daripada gangguan neurosis. Jika neurosis merupakan konflik antara id dan ego, maka psikosis merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Menurut Freud, kerusakan ego (*ego defect*) memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia. Disintegrasi ego yang terjadi pada pasien skizofrenia merepresentasikan waktu dimana ego belum atau masih baru terbentuk.

Konflik intrapsikis yang berasal dari fiksasi pada masa awal serta kerusakan ego -yang mungkin merupakan hasil dari relasi obyek yang buruk- turut memperparah gejala skizofrenia. Hal utama dari teori Freud tentang skizofrenia adalah “*decathexis*” obyek dan suatu regresi dalam respon terhadap frustasi dan konflik dengan orang lain. Harry Stack Sullivan mengatakan bahwa gangguan skizofrenia disebabkan oleh kesulitan interpersonal yang terjadi sebelumnya,

terutama yang berhubungan dengan apa yang disebutnya pengasuhan ibu yang salah, yaitu cemas berlebihan (Kaplan et al, 1997).

Secara umum, dalam pandangan psikoanalitik tentang skizofrenia, kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam, seperti seks dan agresi. Gangguan tersebut terjadi akibat distorsi dalam hubungan timbal balik ibu dan anak. Berbagai gejala dalam skizofrenia memiliki makna simbolis bagi masing-masing pasien. Misalnya fantasi tentang hari kiamat mungkin mengindikasikan persepsi individu bahwa dunia dalamnya telah hancur. Halusinasi mungkin merupakan substitusi dari ketidakmampuan pasien untuk menghadapi realitas yang obyektif dan mungkin juga merepresentasikan ketakutan atau harapan terdalam yang dimilikinya (Kaplan et al, 1997).

b. Teori Psikodinamik

Berbeda dengan model yang kompleks dari Freud, pandangan psikodinamik setelahnya lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus. Hambatan dalam membatasi stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama masa kanak-kanak dan mengakibatkan stres dalam hubungan interpersonal. Tanpa memandang model teoritisnya, semua pendekatan psikodinamik dibangun berdasarkan pemikiran bahwa gejala-gejala psikotik memiliki makna dalam skizofrenia. Misalnya waham kebesaran pada pasien mungkin timbul setelah harga dirinya terluka. Selain itu, menurut pendekatan ini, hubungan dengan manusia dianggap merupakan hal yang menakutkan bagi pengidap skizofrenia (Kaplan et al, 1997).

c. Teori Belajar

Menurut teori ini, orang menjadi skizofrenia karena pada masa kanak-kanak ia belajar pada model yang buruk. Ia mempelajari reaksi dan cara pikir yang tidak rasional dengan meniru dari orangtuanya, yang sebenarnya juga memiliki masalah emosional (Kaplan et al, 1997).

2) Teori Tentang Keluarga

Beberapa pasien skizofrenia berasal dari keluarga dengan disfungsi, yaitu perilaku keluarga yang patologis, yang secara signifikan meningkatkan stres emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia. Antara lain:

Double Bind (Ikatan Ganda)

Konsep yang dikembangkan oleh Gregory Bateson untuk menjelaskan keadaan keluarga dimana anak menerima pesan yang bertolak belakang dari orangtua berkaitan dengan perilaku, sikap maupun perasaannya. Akibatnya anak menjadi bingung menentukan mana pesan yang benar, sehingga kemudian ia menarik diri ke dalam keadaan psikotik untuk melarikan diri dari rasa konfliknya itu (Kaplan et al, 1997).

Schisms and Skewed Families (Keretakan dan Kecondongan Keluarga)

Menurut Theodore Lidz, pada pola pertama, dimana terdapat perpecahan yang jelas antara orangtua, salah satu orang tua akan menjadi sangat dekat dengan anak yang berbeda jenis kelaminnya. Sedangkan pada pola keluarga *skewed*, terjadi hubungan yang tidak seimbang antara anak dengan salah satu orangtua yang

melibatkan perebutan kekuasaan antara kedua orangtua, dan menghasilkan dominasi dari salah satu orang tua (Kaplan et al, 1997).

Pseudomutual and Pseudohostile Families (Keluarga yang Saling Mendukung Secara Semu dan Bermusuhan Semu)

Dijelaskan oleh Lyman Wynne, beberapa keluarga men-*suppress* ekspresi emosi dengan menggunakan komunikasi verbal yang *pseudomutual* atau *pseudohostile* secara konsisten. Pada keluarga tersebut terdapat pola komunikasi yang unik, yang mungkin tidak sesuai dan menimbulkan masalah jika anak berhubungan dengan orang lain di luar rumah (Kaplan et al, 1997).

Ekspresi Emosi

Emosi yang diekspresikan (seringkali disingkat EE [*expressed emotion*]) biasanya didefinisikan sebagai kecaman, permusuhan dan keterlibatan yang berlebihan yang dapat menandai perilaku orang tua atau pengasuh lain terhadap orang skizofrenia. Orang tua atau pengasuh mungkin memperlihatkan sikap kritis, kejam dan sangat ingin ikut campur urusan pasien skizofrenia. Banyak penelitian menunjukkan keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (dalam hal apa yang dikatakan maupun maksud perkataan) meningkatkan tingkat *relapse* pada pasien skizofrenia (Kaplan et al, 1997).

3) Teori Sosial

Beberapa teori menyebutkan bahwa industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Meskipun ada data pendukung, namun

penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit (Kaplan et al, 1997).

2.1.4. Gambaran Klinis Skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu fase prodromal, fase aktif dan fase residual. Pada **fase prodromal** biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya. Pada **fase aktif** gejala psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan. Fase aktif akan diikuti oleh **fase residual** di mana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial) (Luana, 2007).

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler, yaitu primer dan sekunder (Maramis, 2005).

Gejala-gejala primer (Maramis, 2005):

1. Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah, isi pikiran).

Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah timbul ide lain. Atau terdapat pemindahan maksud, umpamanya maksudnya “tani” tetapi dikatakan “sawah”. Tidak jarang juga digunakan arti simbolik, seperti dikatakan “merah” bila dimaksudkan “berani”. Atau terdapat “*clang association*” oleh karena pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu, umpamanya piring-miring, atau “...dulu waktu hari, jauh memang matahari, lalu saya lari...”. Semua ini menyebabkan jalan pikiran pada skizofrenia sukar atau tidak dapat diikuti dan dimengerti. Hal ini dinamakan inkoherensi. Jalan pikiran mudah dibelokkan dan hal ini menambah inkoherensinya.

Seorang dengan skizofrenia juga kecenderungan untuk menyamakan hal-hal, umpamanya seorang perawat dimarahi dan dipukuli, kemudian seorang lain yang ada disampingnya juga dimarahi dan dipukuli. Kadang-kadang pikiran seakan berhenti, tidak timbul ide lagi. Keadaan ini dinamakan “*blocking*”, biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari. Ada penderita yang mengatakan bahwa seperti ada sesuatu yang lain di dalam pikirannya, timbul ide-ide yang tidak dikehendaki: tekanan pikiran atau “*pressure of thoughts*”. Bila suatu ide berulang-ulang timbul dan diutarakan olehnya dinamakan preseverasi atau stereotipi pikiran.

Pikiran melompat (*flight of ideas*) lebih sering daripada inkoherensi. Pada inkoherensi sering tidak ada hubungan antara emosi dan pikiran. Pada pikiran melompat selalu ada *euphoria*. Pada inkoherensi biasanya jalan pikiran tidak dapat

diikuti sama sekali, pada pikiran melompat ide timbul sangat cepat, tetapi masih dapat diikuti, masih sampai pada tujuan.

2. Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini pada skizofrenia mungkin berupa :

- a. Kedangkalan afek dan emosi (“*emotional blunting*”), misalnya penderita menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Perasaan halus sudah hilang.
- b. Parathimi : apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.
- c. Paramimi : penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis.

Parathimi dan paramimi bersama-sama dalam bahasa Inggris dinamakan “*incongruity of affect*” dalam bahasa Belanda hal ini dinamakan “*inadequate*”.

- d. Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, umpamanya sesudah membunuh anaknya penderita menangis berhari-hari, tetapi mulutnya tertawa. Semua ini merupakan gangguan afek dan emosi yang khas untuk skizofrenia. Gangguan afek dan emosi lain adalah :

- 1) Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat, seperti penderita yang sedang bermain sandiwara.
- 2) Yang penting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk melakukan hubungan emosi yang baik (“*emotional rapport*”). Karena itu sering kita tidak dapat merasakan perasaan penderita.

- 3) Karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci satu orang yang sama ; atau menangis dan tertawa tentang satu hal yang sama. Ini dinamakan ambivalensi pada afek.

3. Gangguan kemauan

Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan., tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat, umpamanya bila ditanyai mengapa tidak maju dengan pekerjaan atau mengapa tiduran terus. Atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan. Kadang-kadang penderita melamun berhari-hari lamanya bahkan berbulan-bulan. Perilaku demikian erat hubungannya dengan autisme dan stupor katatonik.

Negativisme : sikap atau perbuatan yang negatif atau berlawanan terhadap suatu permintaan.

Ambivalensi kemauan : menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang sama, umpamanya mau makan dan tidak mau makan; atau tangan diulurkan untuk berjabat tangan, tetapi belum sampai tangannya sudah ditarik kembali; hendak masuk kedalam ruangan, tetapi sewaktu melewati pintu ia mundur, maju mundur. Jadi sebelum suatu perbuatan selesai sudah timbul dorongan yang berlawanan.

Automatisme : penderita merasa kemauannya dipengaruhi oleh orang lain atau tenaga dari luar, sehingga ia melakukan sesuatu secara otomatis.

4. Gejala psikomotor

Juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Bila gangguan hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakan-gerakan yang kurang luwes atau yang agak kaku. Penderita dalam keadaan stupor tidak menunjukkan pergerakan sama sekali. Stupor ini dapat berlangsung berhari-hari, berbulan-bulan dan kadang-kadang bertahun-tahun lamanya pada skizofrenia yang menahun. Mungkin penderita mutistik. Mutisme dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarang ia bicara. Mungkin juga oleh karena sikapnya yang negativistik atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekali hingga ia tidak ingin mengatakan apa-apa lagi. Sebaliknya tidak jarang penderita dalam keadaan katatonik menunjukkan hiperkinesia, ia terus bicara saja, maka keadaan ini dinamakan logorea. Kadang-kadang penderita menggunakan atau membuat kata-kata yang baru: neologisme.

Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau sikap disebut stereotipi; umpamanya menarik-narik rambutnya, atau tiap kali mau menuap nasi mengetok piring dulu beberapa kali. Keadaan ini dapat berlangsung beberapa hari sampai beberapa tahun. Stereotipi pembicaraan dinamakan verbigerasi, kata atau kalimat diulang-ulangi. Mannerisme adalah stereotipi yang tertentu pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk *grimace* pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya. Gejala katalepsi ialah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. Fleksibilitas cerea: bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin.

Negativisme : menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang disuruh. Automatisme komando (“*command automatism*”) sebetulnya merupakan lawan dari negativisme : semua perintah dituruti secara otomatis,

bagaimana ganjilpun. Termasuk dalam gangguan ini adalah ekolalia (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekophraksia (penderita meniru perbuatan atau pergerakan orang lain).

Gejala-gejala sekunder (Maramis, 2005):

1. Waham

Pada skizofrenia, waham sering tidak logis sama sekali dan sangat *bizarre*. Tetapi penderita tidak menginsafi hal ini dan untuk dia wahamnya adalah fakta dan tidak dapat diubah oleh siapapun. Sebaliknya ia tidak mengubah sikapnya yang bertentangan, umpamanya penderita berwaham bahwa ia raja, tetapi ia bermain-main dengan air ludahnya dan mau disuruh melakukan pekerjaan kasar. Mayer Gross membagi waham dalam dua kelompok yaitu waham primer dan waham sekunder, waham sistematis atau tafsiran yang bersifat waham (*delusional interpretations*).

Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Menurur Mayer Gross hal ini hampir patognomonis untuk skizofrenia. Umpamanya istrinya sedang berbuat serong sebab ia melihat seekor cicak berjalan dan berhenti dua kali, atau seorang penderita berkata “dunia akan kiamat sebab ia melihat seekor anjing mengangkat kaki terhadap sebatang pohon untuk kencing.

Waham sekunder biasanya logis kedengarannya dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain. Waham dinamakan menurut isinya :waham kebesaran atau ekspansif, waham nihilistik, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa, dan sebagainya.

2. Halusinasi

Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan gejala yang hampir tidak dijumpai dalam keadaan lain. Paling sering pada keadaan skizofrenia ialah halusinasi (auditif atau akustik) dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi citrarasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktil). Umpamanya penderita mencium kembang kemanapun ia pergi, atau ada orang yang menyinarinya dengan alat rahasia atau ia merasa ada racun dalam makanannya. Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik bila terdapat maka biasanya pada stadium permulaan misalnya penderita melihat cahaya yang berwarna atau muka orang yang menakutkan.

Diatas telah dibicarakan gejala-gejala. Sekali lagi, kesadaran dan intelegensi tidak menurun pada skizofrenia. Penderita sering dapat menceritakan dengan jelas pengalamannya dan perasaannya. Kadang-kadang didapati depersonalisasi, misalnya penderita mengidentifikasikan dirinya dengan sebuah meja dan menganggap dirinya sudah tidak adalagi. Atau pada *double personality* seakan-akan terdapat kekuatan lain yang bertindak sendiri didalamnya atau yang menguasai dan menyuruh penderita melakukan sesuatu. Pada skizofrenia sering dilihat autisme : penderita kehilangan hubungan dengan dunia luar ia seakan-akan hidup dengan dunianya sendiri tidak menghiraukan apa yang terjadi di sekitarnya.

Oleh Bleuler depersonalisasi, *double personality* dan autisme digolongkan sebagai gejala primer. Tetapi ada yang mengatakan bahwa autisme terjadi karena sangat terganggunya afek dan kemauan.

Tiga hal yang perlu diperhatikan dalam menilai gejala klinis skizofrenia adalah (Kaplan et al, 1997) :

- (1). Tidak ada gejala klinis yang patognomonik untuk skizofrenia. Artinya tidak ada gejala yang khas atau hanya terdapat pada skizofrenia. Tiap gejala skizofrenia mungkin ditemukan pada gangguan psikiatrik atau gangguan syaraf lainnya. Karena itu diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan dari pemeriksaan status mental saat ini. Riwayat penyakit pasien merupakan hal yang esensial untuk menegakkan diagnosis skizofrenia.
- (2). Gejala klinis pasien skizofrenia dapat berubah dari waktu ke waktu. Oleh karena itu pasien skizofrenia dapat berubah diagnosis subtipenya dari perawatan sebelumnya (yang lalu). Bahkan dalam satu kali perawatanpun diagnosis subtipe mungkin berubah.
- (3). Harus diperhatikan taraf pendidikan, kemampuan intelektual dan latar belakang sosial budaya pasien. Sebab perilaku atau pola pikir masyarakat dari sosial budaya tertentu mungkin dipandang sebagai suatu hal yang aneh bagi budaya lain. Contohnya memakai koteka di Papua merupakan hal yang biasa namun akan dipandang aneh jika dilakukan di Jakarta. Selain itu hal yang tampaknya merupakan gangguan realitas mungkin akibat keterbatasan intelektual dan pendidikan pasien.

2.1.5. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut PPDGJ-III Skizofrenia (F20) dibagi menjadi :

F20.0 Skizofrenia paranoid

- F20.1 Skizofrenia hebefrenik
- F20.2 Skizofrenia katatonik
- F20.3 Skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*)
- F20.4 Depresi pasca-skizofrenia
- F20.5 Skizofrenia residual
- F20.6 Skizofrenia simpleks
- F20.8 Skizofrenia lainnya
- F20.9 Skizofrenia YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk mengklasifikasi perjalanan penyakit :

- .x0 Berkelanjutan
- .x1 Episodik dengan kemunduran progresif
- .x2 Episodik dengan kemunduran stabil
- .x3 Episodik beulang
- .x4 Remisi tak sempurna
- .x5 Remisi sempurna
- .x8 Lainnya
- .x9 Periode pengamatan kurang dari satu tahun

2.1.6. Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Kriteria Diagnosis Menurut PPDGJ III (Depkes, 1993):

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

1. “*thought echo*” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau
“*thought insertion or withdrawal*” = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan
“*thought broadcasting*”= isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
2. “*delusion of control*” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
“*delusion of passivity*” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang ”dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus);
“*delusional perception*” = pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasnya bersifat mistik atau keajaiban;
3. Halusinasi auditorik:
 - a. suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
 - b. mendiskusikan perihal pasien pasein di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
 - c. jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

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

Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

1. halusinasi yang menetap dari panca-indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide 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 “*negative*”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik (prodromal).

Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dan 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.

Subtipe skizofrenia menurut PPDGJ III:

1. Skizofrenia Paranoid

Memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia

Sebagai tambahan :

Halusinasi dan atau waham harus menonjol :

- (a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit, mendengung, atau bunyi tawa.
- (b) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.
- (c) Waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau “Passivity” (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas.

Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata / menonjol.

2. Skizofrenia Hebefrenik

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun).
- c. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas : pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis.
- d. Untuk diagnosis hebefrenia yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan :
 1. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan;
 2. Afek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendirir (*self-absorbed smiling*), atau oleh sikap, tinggi hati (*lofty manner*), tertawa menyerengai (*grimaces*), mannerisme, mengibuli

- secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan hipokondrial, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*);
3. Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (*rambling*) serta inkoheren.
 - e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tetapi biasanya tidak menonjol (*fleeting and fragmentary delusions and hallucinations*). Dorongan kehendak (*drive*) dan yang bertujuan (*determination*) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (*aimless*) dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

3. Skizofrenia Katatonik

- a. Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia.
- b. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :
 - (a) stupor (amat berkurangnya dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas spontan) atau mutisme (tidak berbicara);
 - (b) Gaduh gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal)
 - (c) Menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh);

- (d) Negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan);
 - (e) Rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya);
 - (f) Fleksibilitas cerea/”*waxy flexibility*” (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar); dan
 - (g) Gejala-gejala lain seperti “*command automatism*” (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.
- c. Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi perilaku dari gangguan katatonik, diagnosis skizofrenia mungkin harus ditunda sampai diperoleh bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain.
 - d. Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolismik, atau alkohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif.

4. Skizofrenia tak terinci (*Undifferentiated*).

Seringkali, pasien yang jelas skizofrenik tidak dapat dengan mudah dimasukkan kedalam salah satu tipe. PPDGJ mengklasifikasikan pasien tersebut sebagai tipe tidak terinci. Kriteria diagnostis menurut PPDGJ III yaitu:

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia

- b. Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik.
- c. Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

5. Depresi Pasca-Skizofrenia

Diagnosis harus ditegakkan hanya jika :

- (a) Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria diagnosis umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini;
- (b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya); dan
- (c) Gejala-gejala depresif menonjol dan menganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif, dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.

6. Skizofrenia Residual

Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut ini harus dipenuhi semua :

- (a) Gejala “negative” dari skizofrenia yang menonjol misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non-verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk;

- (b) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia;
- (c) Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “*negative*” dari skizofrenia;
- (d) Tidak terdapat dementia atau penyakit/gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia Simpleks

- Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :
 - gejala “*negative*” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, dan
 - disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
- Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya.

8. Skizofrenia lainnya

9. Skizofrenia YTT

2.1.7 Diagnosis Banding (Kaplan et al, 1997)

1. Gangguan Psikotik Sekunder dan Akibat Obat

Gejala psikosis dan katatonia dapat disebabkan oleh berbagai macam keadaan medis psikiatrik dan dapat diakibatkan oleh berbagai macam zat. Jika psikosis atau katatonia disebabkan oleh kondisi medis nonpsikiatrik atau diakibatkan oleh suatu zat, diagnosis yang paling sesuai adalah gangguan psikotik akibat kondisi medis umum, atau gangguan katatonia akibat zat. Manifestasi psikiatrik dari banyak kondisi medis nonpsikiatrik dapat terjadi awal dalam perjalanan penyakit, seringkali sebelum perkembangan gejala lain. Dengan demikian klinisi harus mempertimbangkan berbagai macam kondisi medis nonpsikiatrik di dalam diagnosis banding psikosis, bahkan tanpa adanya gejala fisik yang jelas. Pada umumnya, pasien dengan gangguan neurologis mempunyai lebih banyak tilitan pada penyakitnya dan lebih menderita akibat gejala psikiatriknya daripada pasien skizofrenik, suatu kenyataan yang dapat membantu klinisi untuk membedakan kedua kelompok tersebut.

Saat memeriksa seorang pasien psikotik, klinisi harus mengikuti tiga pedoman umum tentang pemeriksaan keadaan nonpsikiatrik. Pertama, klinisi harus cukup agresif dalam mengejar kondisi medis nonpsikiatrik jika pasien menunjukkan adanya gejala yang tidak lazim atau jarang atau adanya variasi dalam tingkat kesadaran. Kedua, klinisi harus berusaha untuk mendapatkan riwayat keluarga yang lengkap, termasuk riwayat gangguan medis, neurologis, dan psikiatrik. Ketiga, klinisi harus mempertimbangkan kemungkinan suatu kondisi medis nonpsikiatrik, bahkan pada pasien dengan diagnosis skizofrenia sebelumnya. Seorang pasien skizofrenia mempunyai kemungkinan yang sama untuk menderita tumor otak yang menyebabkan gejala psikotik dibandingkan dengan seorang pasien skizofrenik.

2. Berpura-pura dan Gangguan buatan

Baik berpura-pura atau gangguan buatan mungkin merupakan suatu diagnosis yang sesuai pada pasien yang meniru gejala skizofrenia tetapi sebenarnya tidak menderita skizofrenia. Orang telah menipu menderita skizofrenia dan dirawat dan diobati di rumah sakit psikiatrik. Orang yang secara lengkap mengendalikan produksi gejalanya mungkin memenuhi diagnosis berpura-pura (*malingering*); pasien tersebut biasanya memiliki alasan finansial dan hukum yang jelas untuk dianggap gila. Pasien yang kurang mengendalikan pemalsuan gejala psikotiknya mungkin memenuhi diagnosis suatu gangguan buatan (*factitious disorder*). Tetapi, beberapa pasien dengan skizofrenia seringkali secara palsu mengeluh suatu eksaserbasi gejala psikotik untuk mendapatkan bantuan lebih banyak atau untuk dapat dirawat di rumah sakit.

3. Gangguan Psikotik Lain

Gejala psikotik yang terlihat pada skizofrenia mungkin identik dengan yang terlihat pada gangguan skizofreniform, reaksi psikotik singkat, dan gangguan skizoafektif. Gangguan skizofreniform berbeda dari skizofrenia karena memiliki lama (durasi) gejala yang kurang dari satu bulan. Reaksi psikotik singkat jika gejala berlangsung antara satu hari sampai dengan satu bulan ditemukan adanya stressor psikososial dan pasien dapat kembali ke tingkat fungsi pramorbidnya. Gangguan skizoafektif ditentukan jika sindroma manik atau depresif berkembang bersama-sama dengan gejala utama skizofrenia. Suatu diagnosis gangguan delusional diperlukan jika waham yang tidak aneh (*nonbizzare*) telah ada selama sekurangnya satu bulan tanpa adanya gejala skizofrenia lainnya atau suatu gangguan mood.

4. Gangguan Mood

Diagnosis banding skizofrenia dan gangguan mood dapat sulit, tetapi penting karena tersedianya pengobatan yang spesifik dan efektif untuk mania dan depresi. Gejala afektif atau mood pada skizofrenia harus relatif singkat terhadap lama gejala primer. Tanpa adanya informasi selain dari pemeriksaan status mental, klinisi harus menunda diagnosis akhir atau harus menganggap adanya gangguan mood, bukannya membuat diagnosis skizofrenia secara prematur.

5. Gangguan Kepribadian

Berbagai gangguan kepribadian dapat ditemukan dengan suatu ciri skizofrenia; gangguan kepribadian skizotipal, schizoid, dan ambang adalah gangguan kepribadian dengan gejala yang paling mirip. Gangguan kepribadian, tidak seperti skizofrenia, mempunyai gejala yang ringan, suatu riwayat ditemukannya gangguan selama hidup pasien, dan tidak adanya onset tanggal yang dapat diidentifikasi.

2.1.8. Terapi Skizofrenia

Tiga pengamatan dasar tentang skizofrenia yang memerlukan perhatian saat mempertimbangkan pengobatan, yaitu (Kaplan et al, 1997) :

1. Terlepas dari penyebabnya, skizofrenia terjadi pada seseorang yang mempunyai sifat individual, keluarga, dan sosial psikologis yang unik.
2. Kenyataan bahwa angka kesesuaian untuk skizofrenia pada kembar monozigotik adalah 50 persen telah diperhitungkan oleh banyak peneliti untuk menyarankan bahwa faktor lingkungan dan psikologis yang tidak diketahui tetapi kemungkinan spesifik telah berperan dalam perkembangan gangguan.

3. Skizofrenia adalah suatu gangguan yang kompleks, dan tiap pendekatan terapeutik tunggal jarang mencukupi untuk menjawab secara memuaskan gangguan yang memiliki berbagai segi.

Walaupun medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis.

Perawatan di Rumah Sakit (Kaplan et al, 1997)

Indikasi utama perawatan di rumah sakit adalah :

1. Untuk tujuan diagnostik.
2. Menstabilkan medikasi.
3. Keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh.
4. Perilaku yang sangat kacau atau tidak sesuai.
5. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan di rumah sakit tergantung pada keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri sendiri, kualitas hidup, pekerjaan dan hubungan sosial.

Obat Antipsikotik (Kaplan et al, 1997)

Antipsikotik termasuk tiga kelas obat yang utama, yaitu:

1. Antagonis reseptor dopamine
2. Risperidone (risperdal)

3. Clozapine (clozaril)

Potensi Obat (Liza, 2010)

- a. Golongan potensi rendah dengan dosis efektif >100 mg.hr) dan mempunyai efek sedasi kuat misalnya

Golongan tipikal: Chlorpromazine 100. Thioridazine 100

Golongan atipikal: Quetiapine 100, Clozapine 100

- b. Golongan dengan potensi tinggi (dengan dosis efektif <100 mg/hr) dan mempunyai efek sedasi ringan misalnya

TIPIKAL :

1. Flufenazine 5 mg
2. Trifluoperazine 5 mg
3. Perphenazine 4 mg
4. Haloperidol 2 mg

ATIPIKAL

1. Risperidone 1 mg
2. Olanzapine 5 mg

Pemilihan Obat

1. Antagonis Reseptor Dopamin

Adalah obat antipsikotik yang klasik dan efektif dalam pengobatan skizofrenia. Obat ini memiliki dua kekurangan utama, yaitu:

- a. Hanya sejumlah kecil pasien, cukup tertolong untuk mendapatkan kembali jumlah fungsi mental yang cukup normal.
- b. Disertai dengan efek merugikan yang mengganggu dan serius. Efek mengganggu yang paling utama adalah akatisia dan gejala mirip

parkinson berupa rigiditas dan tremor. Efek serius yang potensial adalah tardive dyskinesia dan sindroma neuroleptik maligna.

“*Remoxipride*“ adalah antagonis reseptor dopamin dari kelas yang berbeda dari pada antagonis reseptor dopamin yang sekarang ini tersedia. Awalnya obat ini disertai efek samping neurologis yang bermakna, tetapi akhirnya *remoxipride* disertai dengan anemia aplastik, jadi membatasi nilai klinisnya.

2. Risperidone

Adalah suatu obat antispikotik dengan aktivitas antagonis yang bermakna pada reseptor serotonin tipe 2 (5-HT₂) dan pada reseptor dopamine tipe 2 (D₂). Risperidone menjadi obat lini pertama dalam pengobatan skizofrenia karena kemungkinan obat ini adalah lebih efektif dan lebih aman daripada antagonis reseptor dopaminergik yang tipikal.

3. Clozapine

Adalah suatu obat antipsikotik yang efektif. Mekanisme kerjanya belum diketahui secara pasti. Clozapine adalah suatu antagonis lemah terhadap reseptor D₂ tetapi merupakan antagonis yang kuat terhadap reseptor D₄ dan mempunyai aktivitas antagonistic pada reseptor serotogenik. Agranulositosis merupakan suatu efek samping yang mengharuskan monitoring setiap minggu pada indeks-indeks darah. Obat ini merupakan lini kedua, diindikasikan pada pasien dengan *tardive dyskinesia* karena data yang tersedia menyatakan bahwa clozapine tidak disertai dengan perkembangan atau eksaserbasi gangguan tersebut.

Prinsip-Prinsip Terapeutik (Kaplan et al, 1997)

1. Klinisi harus secara cermat menentukan gejala sasaran yang akan diobati
2. Suatu antipsikotik yang telah bekerja dengan baik di masa lalu pada pasien harus digunakan lagi.
3. Lama minimal percobaan antipsikotik adalah empat sampai enam minggu pada dosis yang adekuat.
4. Penggunaan pada lebih dari satu medikasi antipsikotik pada satu waktu adalah jarang diindikasikan.
5. Pasien harus dipertahankan pada dosis efektif yang serendah mungkin yang diperlukan untuk mencapai pengendalian gejala selama periode psikotik.

Pemeriksaan Awal (Kaplan et al, 1997)

Obat antipsikotik cukup aman jika diberikan selama periode waktu yang cukup singkat. Dalam situasi gawat, obat ini dapat diberikan kecuali clozapine, tanpa melakukan pemeriksaan fisik atau laboratorium pada diri pasien. Pada pemeriksaan biasa harus didapatkan hitung darah lengkap dengan indeks sel darah putih, tes fungsi hati dan ECG khususnya pada wanita yang berusia lebih dari 40 tahun dan laki-laki yang berusia lebih dari 30 tahun.

Kontraindikasi Utama Antipsikotik:

1. Riwayat respon alergi yang serius
2. Kemungkinan bahwa pasien telah mengingesti zat yang akan berinteraksi dengan antipsikotik sehingga menyebabkan depresi sistem saraf pusat.
3. Resiko tinggi untuk kejang dari penyebab organic atau audiopatik.

4. Adanya glukoma sudut sempit jika digunakan suatu antipsikotik dengan aktivitas antikolinergik yang bermakna.

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan:

1. Onset efek primer (efek klinis): 2-4 minggu. Onset efek sekunder (efek samping): 2-6 jam.
2. Waktu paruh: 12-24 jam (pemberian 1-2x per hari)
3. Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita.
4. Obat anti psikosis *long acting*: fluphenazine decanoate 25 mg/cc atau haloperidol decanoas 50 mg/cc, IM untuk 2-4iningga. Berguna untuk pasien yang tidak/sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan.

Cara atau lama pemberian obat (Luana, 2007)

Mulai dengan dosis awal sesuai dengan dosis anjuran dinaikkan setiap 2-3 hari sampai mencapai dosis efektif (sindrom psikosis reda), dievaluasi setiap 2 minggu bila pertu dinaikkan sampai dosis optimal kemudian dipertahankan 8-12 minggu (stabilisasi). Diturunkan setiap 2 minggu (dosis maintenance) lalu dipertahankan 6 bulan sampai 2 tahun (diselingi *drug holiday tapering off* (dosis diturunkan 2-4 minggu) lalu dihentikan. Untuk pasien dengan serangan sindrom psikosis multi episode, terapi pemeliharaan paling sedikit 5 tahun (ini dapat menurunkan derajat kekambuhan 2,5 sampai 5 kali). Pada umumnya pemberian obat anti psikosis sebaiknya dipertahankan selama 3 bulan sampai 1 tahun setelah semua gejala psikosis reda sama sekali. Pada penghentian mendadak dapat timbul gejala *cholinergic rebound* gangguan lambung, mual, muntah, diare, pusing dan gemetar. Keadaan ini dapat diatasi dengan pemberian antikolinergik seperti injeksi sulfas atropin 0,25 mg (secara intra muskular), tablet trihexyphenidyl 3x2 mg/hari

Kegagalan Pengobatan (Kaplan et al, 1997)

Ketidakpatuhan dengan antipsikotik merupakan alasan utama untuk terjadinya relaps. Setelah menghilangkan alasan lain yang mungkin bagi kegagalan terapi antipsikotik, dapat dicoba antipsikotik kedua dengan struktur kimiawi yang berbeda dari obat yang pertama. Strategi tambahan adalah suplementasi antipsikotik dengan lithium (eskalith), suatu antikonvulsan seperti carbamazepine atau valproate (depakene), atau suatu benzodiazepine. Pemakaian terapi antipsikotik dosis-mega jarang diindikasikan, karena hampir tidak ada data yang mendukung praktik tersebut.

Obat Lain (Kaplan et al, 1997)

Lithium

Efektif dalam menurunkan gejala psikotik lebih lanjut pada sampai 50 persen pasien dengan skizofrenia dan merupakan obat yang beralasan untuk dicoba pada pasien yang tidak mampu menggunakan medikasi antipsikotik.

Antikonvulsan

Carbamazepine dan valproat dapat digunakan sendiri-sendiri atau dalam kombinasi dengan lithium atau suatu antipsikotik. Walaupun tidak terbukti efektif dalam menurunkan gejala psikotik pada skizofrenia, namun jika digunakan sendiri-sendiri mungkin efektif dalam menurunkan episode kekerasan pada beberapa pasien skizofrenia.

Benzodiazepin

Pemakaian bersama-sama alprazolam (xanax) dan antipsikotik bagi pasien yang tidak berespon terhadap pemberian antipsikotik saja, dan

pasien skizofrenia yang berespon terhadap dosis tinggi diazepam (valium) saja. Tetapi keparahan psikosis dapat di eksaserbasi setelah putus dari benzodiazepine.

Terapi Lainnya (Kaplan et al, 1997)

Elektrokonvulsif (ECT) dapat diindikasikan pada pasien katatonik dan bagi pasien yang karena suatu alasan tidak dapat menggunakan antipsikotik (kurang efektif). Pasien yang telah sakit selama kurang dari satu tahun adalah yang paling mungkin berespon.

Dimasa lalu skizofrenia diobati dengan koma yang di timbulkan insulin (*insulin-induced coma*) dan koma yang ditimbulkan barbiturat (*barbiturate-induced coma*).

Terapi Psikososial (Kaplan et al, 1997)

Terapi Perilaku

Tehnik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan merawat diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal.

Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan. Dengan demikian frekuensi perilaku mal adaptif atau menyimpang dapat diturunkan.

Latihan Keterampilan Perilaku (Behavioral Skills Training)

Sering dinamakan terapi keterampilan sosial (*social skills therapy*). Terapi ini dapat secara langsung membantu dan berguna bagi pasien dan merupakan tambahan alami bagi terapi farmakologis. Latihan

keterampilan ini melibatkan penggunaan kaset video dan permainan simulasi (*role playing*) dalam terapi, dan pekerjaan rumah tentang keterampilan yang telah dilakukan.

Terapi Berorientasi Keluarga

Pusat dari terapi harus pada situasi segera dan harus termasuk mengidentifikasi dan menghindari situasi yang kemungkinan menimbulkan kesulitan. Jika masalah memang timbul pada pasien di dalam keluarga, pusat terapi harus pada pemecahan masalah secara cepat. Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas dalam terapi keluarga adalah proses pemulihan khususnya lama dan kecepatannya. Di dalam sesi keluarga dengan pasien skizofrenia, ahli terapi harus mengendalikan intensitas emosional dari pasien.

2.1.9. Prognosis dan Kekambuhan Skizofrenia

Walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dengan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti : usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial / pekerjaan pramorbid baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah/janda/duda, riwayat keluarga skizofrenia, sistem

pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, tidak remisi dalam 3 tahun, sering relaps dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk, (Luana, 2007).

Tabel 1. Gambaran Prognosis dalam Skizofrenia

Prognosis Baik	Prognosis Buruk
<ul style="list-style-type: none"> · Onset lambat · Faktor pencetus yang jelas · Onset akut · Riwayat sosial, seksual dan pekerjaan premorbid yang baik · Gejala gangguan mood (terutama gangguan depresif) · Menikah · Riwayat keluarga gangguan mood · Sistem pendukung yang baik · Gejala positif 	<ul style="list-style-type: none"> · Onset muda · Tidak ada factor pencetus · Onset tidak jelas · Riwayat sosial dan pekerjaan premorbid yang buruk · Prilaku menarik diri atau autistik · Tidak menikah, bercerai atau janda/ duda · Sistem pendukung yang buruk · Gejala negatif · Tanda dan gejala neurologis · Riwayat trauma perinatal · Tidak ada remisi dalam 3 tahun · Banyak relaps · Riwayat penyerangan

Sumber: (Kaplan et al, 1997)

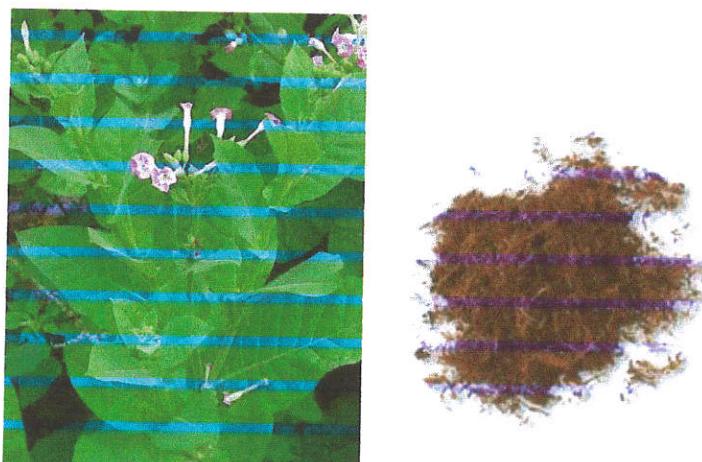
2.2. NIKOTIN

2.2.1. Sejarah Nikotin

Sudah sejak ribuan tahun yang lalu, daun dari tanaman tembakau, *Nicotiana tabacum*, digunakan oleh manusia, entah untuk dicampur dalam makanan sebagai penyedap rasa (mesir kuno), ataupun untuk dikunyah dan dihisap baunya dalam prosesi suci (Aztec, Inca) (Yanuar, 2009).

Nikotin penting bukan karena kegunaannya dalam terapi tetapi karena terdapat dalam tembakau, bersifat toksik dan menimbulkan ketergantungan psikis. Nikotin pertama kali di isolasi dari *Nicotiana tabacum* oleh Posselt dan Reiman di tahun 1828, kemudian Orfila melakukan penelitian farmakologik di tahun 1843. Langley dan Dickinson di tahun 1889 mendemonstrasikan bahwa tempat kerjanya di ganglion (Farmakologi dan Terapi, 1995).

Gambar 1. *Nicotiana tabacum (solanaceae)* dan tembakau kering



Sumber: Cordite, 2009

Daun tembakau adalah elemen utama untuk membuat sebatang rokok. Menurut literatur yang ada, tembakau pertama kali ditemukan dan dibudidayakan di daerah Amerika Utara. Seiring dengan penemuan dan penaklukan benua baru oleh orang-orang Eropa, tembakau pun mencapai daratan Eropa dan akhirnya menyebar

hingga ke seluruh dunia. Pada awalnya, terutama di masa *dark-age* di Eropa, karena ketidaktahuan, tembakau bahkan digunakan sebagai obat untuk mengatasi berbagai penyakit (Yanuar, 2009).

Nikotin merupakan alkaloid alam berbentuk cairan, tidak berwarna, suatu basa yang mudah menguap (*volatile base*) dgn pKa = 8,5. Zat ini berubah warna menjadi cokelat dan berbau mirip tembakau setelah bersentuhan dengan udara. Kadarnya dalam tembakau antara 1-2% (Farmakalogi dan Terapi, 1995).

Senyawa kimia alkaloid ini memiliki efek kuat dan bersifat stimulant terhadap tubuh manusia. Pada pembakaran tembakau menghasilkan sekitar 4000 senyawa kimia. Kandungan xenobiotik dalam tubuh perokok tergantung beberapa hal diantaranya kualitas tembakau, adanya filter, kecepatan dan suhu pembakaran, dalamnya hisapan dan lamanya menahan nafas. Pada rokok tembakau, nikotin terkandung dalam partikel kecil tar. Konsentrasi nikotin biasanya sekitar 5% dari per 100 gram berat tembakau. Sebatang rokok biasanya mengandung 8-20 mg nikotin, walaupun tentu saja, sangat bergantung pada merk rokok tersebut. Tubuh kita menyerap 1 mg nikotin untuk satu batang rokok yang dihisap. (Yessi, 2008)

2.2.2. Farmakokinetik

a. Absorbsi

Layaknya zat adiktif lainnya, ada beberapa cara bagi nikotin untuk terserap dalam tubuh manusia., yaitu melalui (Kusmawan, 2009):

1. Kulit
2. Paru-paru
3. Mucous membranes (misalnya pada bagian dalam mulut, atau lapisan dalam hidung)

Nikotin dapat diserap dari semua tempat termasuk kulit. Keracunan berat dilaporkan terjadi akibat absorpsi di kulit. Absorpsi di lambung sedikit karena sifat nikotin sebagai basa kuat. Absorpsi intestinal cukup untuk menyebabkan keracunan per oral (Farmakologi dan Terapi, 1995).

b. Distribusi

Setelah terserap melalui salah satu cara diatas, nikotin akan masuk ke dalam sistem peredaran darah menuju ke otak dan diedarkan ke seluruh sistem tubuh. Merokok, atau proses inhalasi, adalah cara yang paling umum dan tercepat bagi nikotin untuk terserap dalam darah. Paru-paru kita mengandung banyak alveolus. Alveolus adalah semacam kantung kecil, tempat terjadinya pertukaran antara udara kotor dan bersih yang kita hisap. Setelah berada dalam sistem peredaran darah, nikotin dengan cepat akan sampai ke otak, dan bereaksi dengan sel-sel otak sehingga terciptalah perasaan nyaman tersebut. Dibutuhkan 5-15 detik setelah hisapan pertama bagi nikotin untuk bereaksi dalam tubuh (otak) kita. Dalam satu kali merokok, kira-kira 0,031 mg nikotin yang akan tertinggal dalam tubuh manusia (Kusmawan, 2009).

c. Metabolisme

Nikotin terutama mengalami metabolisme di hati, juga di paru dan ginjal. Nikotin yang di inhalasi, di metabolisme dalam jumlah yang berarti di paru-paru. Metabolit utamanya adalah kotinin dan nikotin-1'-N-oksid. Masa paruh setelah pemberian oral atau parenteral kira-kira 2 jam (Farmakologi dan Terapi, 1995).

1. Di dalam organ hati, enzim yang disebut CYP2A6 akan mencerna sekitar 80% nikotin menjadi kotinin.

2. Proses metabolisme nikotin terjadi juga di dalam paru-paru. Disini, nikotin akan diubah menjadi kotinin dan nikotin oksida.
3. Kotinin dapat dikeluarkan melalui urin. Itulah mengapa, urin seorang perokok akan menimbulkan bau yang sangat tajam.

Tingkat metabolisme nikotin dalam tubuh tiap individu dapat berbeda satu sama lain. Seseorang yang memiliki kelainan pada enzim CYP2A6, akan membuat organ hati menjadi kurang efektif dalam mencerna nikotin. Akibatnya, kadar nikotin dalam darah masih berada pada level yang tinggi. Perokok dengan kelainan fungsi enzim ini, biasanya merokok lebih sedikit namun merasakan efek nikotin yang lebih besar dari perokok lain pada umumnya (Kusmawan, 2009).

d. Eksresi

Nikotin yang tersisa dalam darah, juga akan disaring di dalam ginjal dan akan dikeluarkan melalui urin (Kusmawan, 2009).

Kecepatan eksresi melalui urin tergantung dari pH urin: berkurang pada pH alkali dan meningkat pada pH asam. Nikotin di eksresi melalui air susu. Kadarnya dalam air susu perokok berat mencapai 0,5 mg/dl (Farmakologi dan Terapi, 1995).

2.2.3. Farmakodinamik

Nikotin beraktifitas pada *nicotinic acetylcholine reseptor* khususnya pada *ganglion type nicotinic reseptor* dan pada *CNS type nicotinic reseptor*. Pada konsentrasi yang kecil nikotin meningkatkan aktivitas efek dari reseptor-reseptor tersebut (Kusmawan, 2009).

Pada Ganglion

Perubahan dalam tubuh setelah pemberian nikotin sangat rumit dan sulit diramalkan. Hal ini disebabkan kerja nikotin yang sangat luas terhadap ganglion simpatis maupun parasimpatis dan efek bifasiknya terhadap ganglion. Takikardi misalnya dapat terjadi karena perangsangan ganglion simpatis atau penghambatan ganglion parasimpatis, hal yang sebaliknya mendasari terjadinya bradikardi. Perangsangan ganglion terjadi dengan dosis kecil dan disebabkan oleh depolarisasi; dengan dosis yang lebih besar terjadi penghambatan ganglion karena efek depolarisasi persisten (Farmakologi dan Terapi, 1995).

Pada Kelenjar Adrenal

Berikatan pada *ganglion type nicotinic reseptor* adrenal medulla nikotin meningkatkan pengeuaran adrenalin (*epinephrine*), penstimuli hormon. Dengan menempel pada reseptor tersebut sel akan mengalami depolarisasi dan Ca^+ masuk melalui canal Ca^+ . Calcium mencetuskan pengeluaran epineprin (dan norepinephrine) ke dalam aliran darah. Pengeluaran adrenalin akan meningkatkan kerja jantung, aliran darah, dan pernafasan, serta meningkatkan kadar glukosa dalam darah. Pada dosis yang tinggi nikotin menghambat *nicotinic acetylcholine receptor*, hanya sebagai toxicity dan efektif untuk insektisida (Kusmawan, 2009).

Pada CNS (*Central Nervous System*)

Dengan berikatan pada *CNS type nicotinic receptor*, nikotin meningkatkan kadar dopamin di otak. Akan meningkatkan rasa nyaman. Percobaan efek nikotin terhadap hewan coba (mencit putih), menggunakan beberapa batang rokok untuk mendapatkan sari nikotin, percobaan dilakukan dengan cara pemberian oral dan

inhalasi dengan mengkondisikan hewan coba di dalam ruangan yang diberi asap rokok. Ini disebabkan bahwa efek nikotin sebagai penstimuli pengeluaran adrenalin pada medulla adrenal dan menstimuli pengeluaran dopamin pada otak. Nikotin menempel pada *nicotinic acetylcholine receptor* sehingga menstimuli pengeluaran adrenalin (norepinephrine) dengan mengaktifkan pembukaan canal Ca^+ sehingga Ca bisa masuk yang berujung pada stimulasi depolarisasi, inilah awal dari pengeluaran adrenalin. Neurotransmitter tersebut kemudian menempel pada postganglion yang akan menibulkan efek adrenergik berupa meningkatkan *adenil siklase* yang kemudian meningkatkan kerja jantung, aliran darah, dan pernafasan, serta meningkatkan kadar glukosa dalam darah. Ini yang menyebabkan pada mencit menderita takikardi dan sesak nafas.

Karena nikotin mudah masuk atau menembus sawar darah otak maka perangsangan pada saraf otak akan menstimulasi pengeluaran dopamin. Seperti pada neurotransmitter yang lainnya dopamin menempel pada reseptor dopaminergik dan adrenergik. Penempelan tersebut dapat meningkatkan kontraksi dari otot miokard dan dilatasi pembuluh darah. Kematian yang diderita oleh hewan coba menunjukan bahwa nikotin mempunyai efek toksik jika digunakan dosis tinggi (Kusmawan, 2009).

2.2.4. Antipsikotik, Dopamin dan Adiksi Nikotin

Mekanisme Kerja Antipsikotik

Obat antipsikotik yang beredar di pasaran dapat di kelompokkan menjadi dua bagian yaitu anti psikotik generasi pertama (APG I) dan anti psikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan tubero infundibular sehingga dengan cepat

menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa: gangguan ekstrapiroamidal, *tardive dyskinesia*, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual/peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping anti kolinergik seperti mulut kering pandangan kabur gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG I dapat dibagi lagi menjadi potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg di antaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg di antaranya adalah chlorpromazine dan thioridazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur (Luana, 2007).

APG II sering disebut sebagai *Serotonin Dopamine Antagonist* (SDA) atau anti psikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada ke empat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapiroamidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah clozapine, olanzapine, quetiapine dan risperidon, (Luana, 2007).

APG II disamping berafinitas terhadap “*Dopamine D2 Receptors*” juga terhadap “*Serotonin 5 HT2 Receptors*” sehingga efektif juga untuk gejala negatif. Gejala negatif tersebut antara lain: gangguan perasaan (afek tumpul, respon emosi minimal), gangguan hubungan sosial (menarik diri, pasif, apatis), gangguan proses pikir (lambat, terhambat), isi pikiran yang stereotipi dan tidak ada inisiatif, perilaku yang sangat terbatas dan cenderung menyendiri (abulia) (Maslim, 2002).

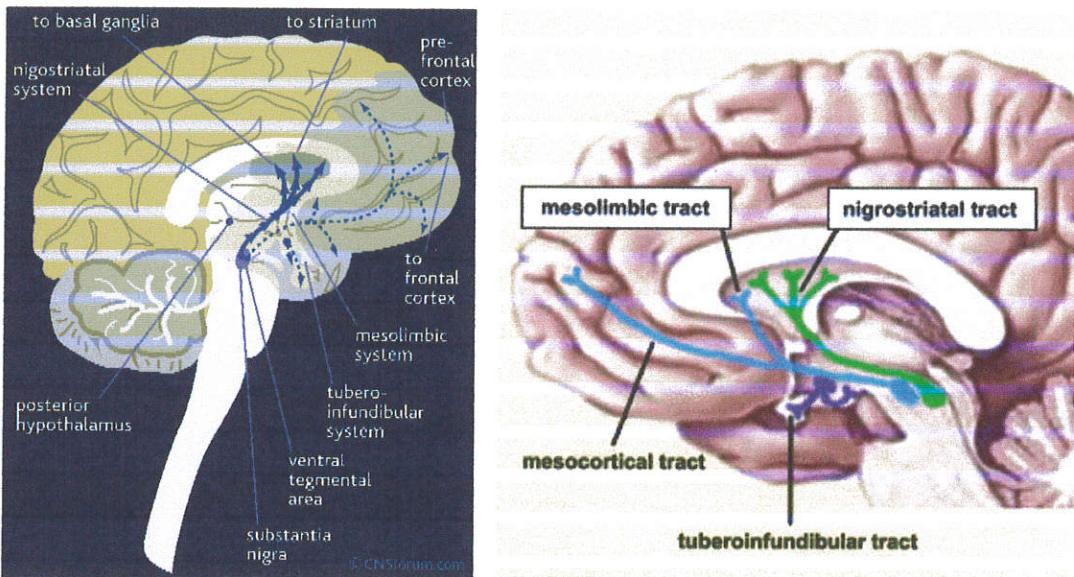
Dopamin, Jalur Dopamin dan Sistem Reward

Para neuroscientis yang meneliti dopamin (zat kimia otak yang secara alami disintesis terutama dalam jaringan saraf dan kelenjar adrenal) semakin gencar menelusuri mekanisme dan jalur-jalur biokimia yang terkait dengan si pengantar *signal* antar saraf sekaligus neurohormon itu. Sebagai neurotransmitter, dopamin mengantarkan pesan dari satu sel saraf ke sel saraf yang lain sedangkan sebagai neurohormon, dopamin bekerja menghambat pelepasan prolaktin dari lobus anterior pituitary (Suwanto, 2007).

Para neurofisiolog, *computer scientist*, psikolog dan ekonom yang berkolaborasi dalam studi interdisiplin di jurnal *Nature* vol. 9, Agustus 2006, mengemukakan hipotesis mengenai sel saraf dopamin otak tengah sebagai pengkode dalam menentukan pengambilan keputusan. Menggunakan monyet macaque (*Macaca fascicularis*) sebagai binatang percobaan, G. Morris et al. melaporkan analisis hasil penelitian mereka yang menunjukkan bahwa sel saraf dopamin dalam perilaku primata membawa sinyal yang berguna untuk mempelajari kemungkinan *reward* dan probabilitas pengambilan keputusan atas adanya *reward* tersebut. Lebih lanjut dikatakan bahwa sel saraf dopamin mengkode aksi yang akan dilakukan ketika suatu *reward* diberikan. Peran utama dopamin sebagai pusat *reward reinforcement* dan motivasi perilaku adalah daya pikat utama molekul ini sehingga membuat para ilmuwan tertarik untuk bergabung dalam studi interdisiplin untuk mempelajari lebih dalam mengenai jalur-jalur dopamine (Suwanto, 2007).

Lima sistem atau jalur penting dopaminergik telah diketahui pada otak, tiga diantaranya berperan dalam skizofrenia, yaitu :

Gambar 2. Jalur Dopamin



Jalur Dopamin Mesolimbik, Jalur Dopamin Mesokortikal, Jalur Dopamin Nigrostriatal, Jalur Dopamin Tuberoinfundibular, Jalur Dopamin Insertohipotalamus.

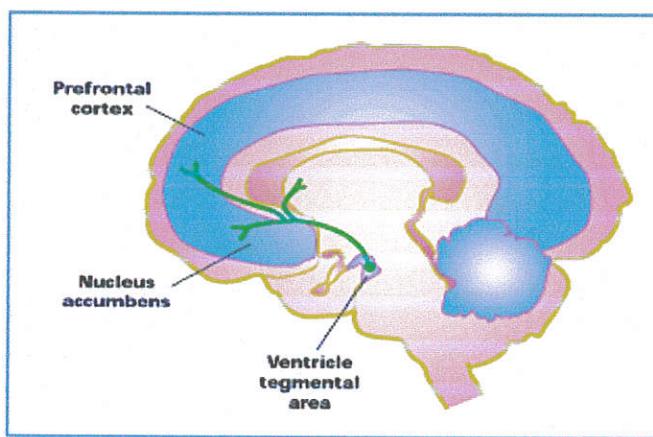
Sumber: Slaughter, 2002

1. Jalur Dopamin Mesolimbik (Liza, 2010)

- Hipotesis terjadinya gejala positif
- Memproyeksikan badan sel dopaminergik ke bagian *Ventral Tegmentum Area* (VTA) di batang otak kemudian ke *nucleus accumbens* di daerah limbik.
- Jalur ini penting pada emosional, perilaku khususnya halusinasi pendengaran, waham, gangguan pikiran.
- Zat psikoaktif seperti amfetamin, kokain dapat menyebabkan peningkatan dopamin pada jalur ini sehingga menyebabkan gejala positif dan menimbulkan psikosis paranoid jika pemberian zat ini dilakukan secara berulang.
- Antipsikotik bekerja melalui blokade reseptor dopamin khususnya reseptor dopamin D2 sehingga gejala positif dapat menurun atau menghilang

- f. Hipotesis hiperaktif jalur dopamin mesolimbik, hal ini menyebabkan gejala positif meningkat → skizofrenia, psikosis yang disebabkan zat, mania, depresi/demensia.
- g. Hiperaktif mesolimbik ini berperan dalam agresivitas, hostilitas penderita terutama bila terjadi penyimpangan kontrol serotonergik dari dopamin.
- h. Nukleus akumben adalah bagian dari sistem limbik yang peranan pada perilaku seperti *pleasurable sensation, powerful euphoria* pada individu yang memiliki waham, halusinasi serta pada penggunaan zat.
- i. Juga mempunyai peranan *pleasure reward, reinforcing behavior*, pada penyalahgunaan zat menimbulkan ketergantungan karena terjadi interaksi di jalur ini.

Gambar 3. *Jalur Dopamin Mesolimbik – Mesokortikal*



Jalur dopamin mesolimbik: memproyeksikan badan sel dopaminergik ke bagian *Ventral Tegmentum Area* (VTA) di batang otak kemudian ke *nucleus accumbens* (NAc) di daerah limbik. Jalur dopamin mesokortikal : dimulai dari daerah *Ventral Tegmentum Area* (VTA) ke daerah serebral korteks khususnya korteks limbik.

Sumber: Deric, 2007

2. Jalur Dopamin Mesokortikal (Liza, 2010)

- a. Jalur ini dimulai dari daerah *Ventral Tegmentum Area* (VTA) ke daerah serebral korteks khususnya korteks limbik. Peranan jalur dopamin

mesokortikal adalah sebagai mediasi dari gejala negatif dan kognitif skizofrenia.

- b. Gejala negatif dan kognitif disebabkan turunnya dopamin di jalur mesokortikal terutama daerah dorsolateral korteks prefrontal.
- c. *Deficit behavioral* yang dinyatakan dalam suatu gejala negatif berupa penurunan aktivitas motorik, aktivitas yang berlebihan dari sistem glutamat yang bersifat eksitotoksik pada sistem saraf (*burn out*) yang kemudian berlanjut menjadi suatu proses degenerasi di jalur dopamin mesokortikal. Hal ini akan memperberat gejala negatif dan meningkatkan defisit yang terjadi pada skizofrenia.
- d. Meningkatnya dopamin memperbaiki gejala negatif dan kognitif.
- e. Obat antipsikotik generasi kedua, dapat bekerja secara selektif, menyebabkan dopamin di mesolimbik menurun sedangkan dopamin di mesokortikal meningkat.

3. Jalur Dopamin Nigrostriatal (Liza, 2010)

- a. Berjalan dari substansi nigra pada batang otak ke daerah basal ganglia atau striatum.
- b. Bagian dari ekstrapiramidal, berfungsi pengontrol gerakan motorik.
- c. Penurunan dopamin pada jalur dopamin nigrostriatal dapat menyebabkan gangguan pergerakan seperti pada Parkinson (rigiditas, akinesia, bradikinesia (pergerakan berkurang/melambat) dan tremor).
- d. Penurunan dopamin di daerah basal ganglia menyebabkan akatisia (*a type of restlessness*) dan distonia (twisting movement/pergerakan kaku) khususnya pada wajah dan leher.

- e. Gangguan pergerakan juga dapat terjadi pada blokade reseptor D2 oleh obat seperti antipsikotik generasi pertama.
 - f. Hiperaktivitas/peningkatan dopamin pada nigrostriatal mendasari terjadinya gangguan pergerakan hiperkinetik seperti *chorea, diskinesia dan tics*.
 - g. Terjadinya blokade yang lama pada reseptor D2 -> *tardive diskinesia*
4. Jalur Dopamin Tuberoinfundibular (Liza, 2010)
- a. Dimulai dari hypothalamus ke hipofisis anterior (*anterior pituitary*)
 - b. Dalam keadaan normal tuberoinfundibular dipengaruhi oleh inhibisi dan pelepasan prolaktin
 - c. Penurunan aktivitas prolaktin setelah melahirkan berhubungan dengan peningkatan prolaktin pada ASI.
 - d. Peningkatan prolaktin antara lain terjadinya karena lesi atau pemakaian obat antipsikotik.
 - e. Manifestasi klinik peningkatan prolaktin → Galaktore (sekresi ASI), amenorea, disfungsi seksual, terjadi selama atau setelah pemberian obat antipsikotik.
5. Sistem kelima –alur insertohipotalamus- membentuk hubungan didalam hipotalamus dan dengan nucleus septum lateralis. Fungsinya belum diketahui (Suwanto, 2009).

Secara sederhana, *reward* adalah segala sesuatu dimana makhluk hidup akan berusaha melakukan kerja untuk mendapatkannya. Contohnya: makanan dan seks. Fenomenanya dinamakan *Brain Stimulation Reward* (BSR). Hal yang menarik dalam eksperimen BSR ialah bahwa *reward* itu sendiri tidak akan memberikan rasa kepuasan. Penelitian BSR digalakkan untuk menghantarkan

pemahaman mengenai bagaimana otak secara keseluruhan mengatur dirinya sendiri untuk membentuk sebuah perilaku. Terkait dengan ini, sel saraf dopamin akan diaktivasi ketika suatu rangsangan *reward* muncul. Dopamin dipercaya oleh para ilmuwan sebagai zat kimia yang ikut bertanggung jawab menentukan perilaku pengambilan keputusan oleh otak. Ketika suatu rangsangan *reward* yang sama muncul kembali, ada sebuah keterulangan perilaku untuk merespon. Hal ini menyebabkan penelitian dopamin dianggap sebagai salah satu kunci dalam mengungkapkan proses *learning and memory* (Suwanto, 2009).

Menelusuri fungsi dopamin selanjutnya, molekul ini berperan dalam banyak perilaku manusia dalam kehidupan. Mulai dari kecanduan, psikosis, kegelisahan, perubahan mood sampai perilaku abnormal akibat ketidakseimbangan kadar dopamin dalam otak. Begitu pula mekanisme kecanduan yang diberitakan oleh Eric J. Nestler dalam *Jurnal Nature Neuroscience* bulan Oktober 2005. Mekanisme kecanduan terkait erat dengan jalur mesolimbik dopamin yang meliputi dopaminergik sel saraf di *Ventral Tegmental Area* (VTA) serta daerah *limbic forebrain*, terutama *nucleus accumbens* (NAc). Jalur VTA-NAc ini adalah jalur terpenting dalam efek akut sistem *reward* dalam semua jenis adiksi obat (Sarah, 2007).

Beberapa jenis obat dan senyawa yang menyebabkan adiksi diantaranya ialah amfetamin, kokain, opiat, alkohol dan nikotin. Senyawa seperti kokain misalnya, dapat menyebabkan beberapa ribu kali peningkatan kadar dopamin dalam otak. Hal ini akan menyebabkan kecanduan dan perasaan ingin mendapatkan ‘pengalaman rasa’ yang sama. Gangguan pada ketersediaan dopamin maupun jumlah reseptor dopamin akan dapat menyebabkan abnormalitas perilaku dan aktifitas gerak (Sarah, 2007).

Beberapa area otak yang terkait dengan jalur VTA-NAc juga essensial dalam mekanisme *reward* dan perubahan *reward* secara kronik dalam kaitannya dengan adiksi. Area yang dimaksud adalah amygdala, hippocampus, hipotalamus, dan beberapa wilayah di korteks frontal. Beberapa area ini adalah bagian penting dari sistem penyimpanan memori di otak. Hal ini menghantarkan kepada pemahaman bahwa aspek-aspek penting dalam mekanisme adiksi sangat terkait dengan memori (Sarah, 2007).

Pembentukan sebuah sel saraf baru dipercaya merupakan hal yang esensial dalam pembentukan sebuah memori baru. Penemuan selanjutnya untuk memperkuat bukti bahwa penggunaan obat-obat tertentu secara kronik dapat mereduksi neurogenesis masih dinantikan. Penemuan tersebut akan berguna untuk menjawab pertanyaan mengenai mekanisme abnormalitas perilaku yang menyimpang dan ingatan yang berkurang dari banyak kasus kecanduan (Sarah, 2007).

Dopamin dan Nikotin

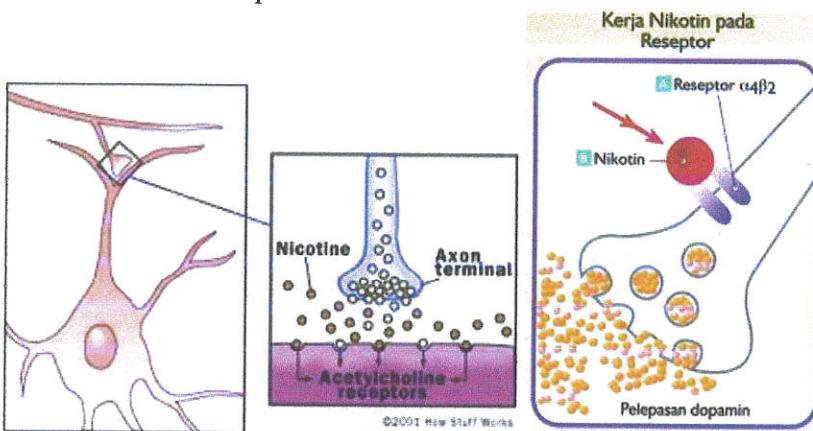
Pemberian obat antipsikosis tipikal (generasi pertama) akan memblokade dopamin pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik (jalur dopamin mesolimbik) dan sistem ekstrapiramidal (jalur dopamin nigrostriatal). Antipsikotik tipikal yang bekerja pada sistem limbik menyebabkan blokade pada reseptor dopamin D2 sehingga gejala positif skizofrenia berkurang atau menghilang, namun tidak dengan gejala negatifnya. Antipsikotik tipikal yang bekerja pada sistem ekstrapiramidal menyebabkan penurunan dopamine di jalur dopamin nigrostriatal yang menyebabkan gangguan pergerakan seperti pada Parkinson (rigiditas, akinesia, bradikinesia (pergerakan berkurang/melambat) dan tremor). Penurunan dopamine di

daerah basal ganglia menyebabkan akatisia (*a type of restlessness*) dan distonia (*twisting movement/pergerakan kaku*) khususnya pada wajah dan leher (Liza, 2010).

Pemberian obat antipsikosis atipikal (generasi kedua) disamping berafinitas terhadap reseptor dopamin D2 juga terhadap reseptor serotonin 5 HT 2 pada ke empat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat antipsikotik atipikal selain bekerja pada jalur dopamin mesolimbik juga bekerja pada jalur dopamin mesokortikal sehingga menyebabkan dopamin di mesolimbik menurun sedangkan dopamin di mesokortikal meningkat. Meningkatnya dopamin memperbaiki gejala negatif dan fungsi kognitif (Liza, 2010).

Nikotin sendiri bekerja secara sentral di otak dengan mempengaruhi neuron dopaminergik. Dengan menempelnya nikotin pada reseptor **alfa-4 beta-2** di presinaps akan mempengaruhi neuron dopaminergik untuk mengeluarkan dopamin dalam jumlah yang besar ke dalam celah sinaps untuk selanjutnya menempel pada reseptor dopamin di neuron pasca sinaps (Hillary, 2007).

Gambar 4. Nikotin dan Dopamin



Nikotin menempel pada reseptor **alfa-4 beta-2** di presinaps yang akan mempengaruhi neuron dopaminergik untuk mengeluarkan dopamine dalam jumlah yang banyak.

Sumber: Hillary, 2007

Peningkatan pelepasan dopamine akibat konsumsi psikostimulan seperti amfetamin, kokain dan nikotin dapat memberikan dampak pada pasien skizofrenia di ketiga jalur dopamin (Liza, 2010):

1. Jalur dopamin mesolimbik

- a. Peningkatan dopamin pada jalur ini akan menimbulkan gejala positif pasien skizofrenia bertambah dan menimbulkan psikosis paranoid jika pemberian zat ini dilakukan secara berulang.
- b. Nukleus akumben adalah bagian dari sistem limbik yang berperan dalam perilaku, peningkatan dopamin pada daerah ini menyebabkan *pleasurable sensation* dan *powerful euphoria*. Sehingga pasien akan merasakan kenikmatan dan rasa nyaman.
- c. Nukleus akumben juga mempunyai peranan dalam *pleasure reward* dan *reinforcing behavior*, sehingga peningkatan dopamin dapat menimbulkan efek ketergantungan akibat interaksi di jalur ini.

2. Jalur dopamin mesokortikal

Gejala negatif dan kognitif disebabkan turunnya dopamin di jalur mesokortikal terutama daerah dorsolateral korteks prefrontal. Peningkatan dopamin dapat memperbaiki gejala negatif dan fungsi kognitif.

3. Jalur dopamine nigrostriatal

Peningkatan dopamine pada jalur dopamin nigrostriatal dapat mengurangi gangguan pergerakan seperti pada Parkinson (rigiditas, akinesia, bradikinesia (pergerakan berkurang/melambat) dan tremor), akatisia (*a type of restlessness*) dan distonia (*twisting movement*/pergerakan kaku) khususnya pada wajah dan leher.

Hal-hal itulah yang menyebabkan ketergantungan pasien skizofrenia pada rokok makin tinggi mengingat efek/manfaat 'semu' rokok pada penyakitnya. Rokok membuat gejala negatif skizofrenia berkurang akibat asupan nikotin yang memacu peningkatan dopamin. Selain itu, rokok pun mampu meningkatkan daya pikir, serta mengurangi gejala parkinson (kaku, gemetar, jalan seperti robot, muka topeng) akibat pemberian obat antipsikotik. Namun, angka kematian pasien skizofrenia akibat penyakit yang berhubungan dengan rokok (jantung/pembuluh darah dan sistem pernapasan) juga dilaporkan sangat tinggi. (Agnes, 2010).

Laporan penting tentang akibat merokok terhadap kesehatan dikeluarkan oleh *The Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health* di Amerika Serikat pada tahun 1964 bahwa merokok menyebabkan penyakit kanker paru-paru, bronkitis, serta berbagai penyakit lainnya baik pada laki-laki maupun wanita. Diketahui juga bahwa kanker paru-paru adalah penyebab utama kematian akibat kanker pada manusia. Merokok juga dihubungkan dengan kanker mulut, tenggorokan, pankreas, ginjal, dan lain-lain (Romli, 2006).

Dari penelitian menunjukkan bahwa rokok adalah (Hawari 2006):

- a. Pintu pertama ke narkotika (NAZA)
- b. Rokok merupakan pembunuh nomor 3 setelah jantung koroner dan kanker
- c. Satu batang rokok umur memendek 12 menit
- d. 10.000 orang per hari mati karena merokok (dunia)
- e. 57.000 orang per tahun mati karena merokok (Indonesia)
- f. Kenaikan konsumsi rokok di Indonesia tertinggi di dunia (44%)

Berdasarkan fakta tersebut, perlunya upaya berhenti merokok pada pasien skizofrenia.

BAB III

EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPSIKOTIK

PASIEN SKIZOFRENIA DITINJAU DARI

AGAMA ISLAM

III.1. Skizofrenia Menurut Islam

Tahun 1906, Eugen Bleuler, seorang psikiater memperkenalkan istilah "skizofrenia", gangguan jiwa yang perjalanannya menahun. Serangan hilang timbul, dapat berhenti atau kembali pada taraf perkembangan tertentu, tetapi tidak mungkin terjadi kesembuhan yang bersifat "*restitutio ad integrum*" (kesembuhan sempurna). Penderita skizofrenia biasanya menjalani pemakaian obat-obatan selama waktu tertentu, bahkan seumur hidup. Skizofrenia ditandai dengan terdapatnya gangguan pada daya nilai realita, yang dapat dibuktikan dengan adanya tingkah laku yang kacau, persepsi yang salah, proses pikir yang terganggu, disertai alam perasaan yang terganggu. Biasanya fungsi intelektual dan pekerjaan dapat dipertahankan, walaupun gangguan tersebut bersifat kronik. Keluarga dan teman-temannya memperhatikan yang bersangkutan telah berubah, tidak berfungsi sebagaimana biasanya, misalnya dalam aktivitas pekerjaan, sosial dan pribadi (Irene, 2010).

Gila adalah sebuah kata yang di gunakan oleh masyarakat awam untuk mengungkapkan sebuah kondisi tidak berfungsi dengan baiknya cara interaksi seseorang terhadap orang yang lainnya. Dengan bahasa psikologis, seseorang yang dinyatakan "gila" oleh masyarakat awam, adalah seseorang yang tidak sama tingkah lakunya dengan masyarakat secara mayoritas. Gila secara ilmiah dikatakan sebagai penyakit mental yang disebut juga gangguan mental, penyakit jiwa, atau gangguan

jiwa, adalah gangguan yang mengenai satu atau lebih fungsi mental. Penyakit mental adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan panca indera). Penyakit mental ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita (dan keluarganya). Selain itu ada anggapan keliru di masyarakat bahwa penderita gangguan jiwa hanya mereka yang menghuni rumah sakit jiwa atau orang sakit jiwa yang berkeliaran di jalanan. Padahal gangguan jiwa bisa dialami oleh siapa saja, disadari atau tidak. Orang yang tampaknya sehat secara fisik, bukan tidak mungkin sebenarnya menderita gangguan jiwa, dalam kadar yang paling ringan seperti depresi (Arrumaisha, 2008).

Menurut Islam, orang gila (*majnun*) berakar kata '*jannat*', artinya menutupi. Dia masih mempunyai akal, tetapi akalnya sudah tidak berfungsi atau tertutupi oleh kemauannya yang tidak terkawal dan hawa nafsunya yang sungguh aneh. Orang seperti ini tidak dianggap 'gila' oleh Rasulullah SAW, melainkan sedang ditimpak penyakit (musibah). Justru yang disebut '*majnun*' oleh Rasulullah SAW adalah orang takabur, sompong, biadab, yang perbuatannya merugikan orang lain, manakala kebaikannya tidak memberi manfaat sedikit pun. Orang gila yang terkena gangguan saraf hanyalah orang yang menderita '*mubtala*' (musibah), orang yang sedang sakit. Orang sakit perlu dikasihani, dibantu dan diobati (Asrofudin, 2010).

Terdapat kisah ketika Nabi Muhammad SAW berjalan melalui sekelompok sahabat yang sedang berkumpul. Baginda bertanya, "Mengapa kamu berkumpul disini?" Sahabat menjawab, "Ya Rasulullah, ini ada orang gila sedang mengamuk. Sebab itu kami berkumpul disini." Nabi Muhammad bersabda "Orang ini bukan gila. Ia sedang dapat musibah. Tahukah kamu, siapakah orang gila yang sebenarnya (*al-majnun haqqal majnun?*)" Para Sahabat menjawab, "Tidak ya Rasulullah." Baginda menjelaskan, "Orang gila ialah orang yang berjalan dengan takabur, yang

memandang orang dengan pandangan yang merendahkan, yang membusungkan dada, berharap akan surga Allah SWT sambil berbuat maksiat, yang kejahatannya membuat orang tidak aman dan kebaikannya tidak pernah diharapkan. Itulah orang gila yang sebenarnya. Adapun orang ini, dia hanya sedang mendapat musibah saja."

(Asrofudin, 2010).

Allah SWT mencela orang yang tidak menggunakan akalnya. Misalnya celaan Allah terhadap ahli neraka yang tidak menggunakan akalnya (Yazid, 2004). Allah SWT berfirman dalam Al-Quran mengenai pentingnya manusia menggunakan akalnya:

وَقَالُوا لَوْكَنَا نَسْمَعُ أَوْ نَعْقِلُ مَا كَانَ فِي أَصْحَابِ السَّعِيرِ
10

Artinya :

"Dan mereka berkata: 'Sekiranya kami mendengarkan atau memikirkan (peringatan itu) niscaya tidaklah kami termasuk penghuni-penghuni neraka yang menyala-nyala.'" [QS. Al-Mulk (67): 10]

Islam memuji orang-orang yang menggunakan akalnya dalam memahami dan mengikuti kebenaran (Yazid, 2004). Allah SWT berfirman:

وَالَّذِينَ أَجْتَنَبُوا الظَّغْرُوتَ أَن يَعْبُدُوهَا وَأَنَا بُوًا إِلَى اللَّهِ لَهُمُ الْبُشْرَىٰ فَبَشِّرْ عِبَادَ
الَّذِينَ
17
يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَسْعَونَ أَحْسَنَهُ أَوْ لَتِيكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأَوْ لَتِيكَ هُمْ أُولَوْا
الْأَلْبَيِ
18

Artinya :

"Dan orang-orang yang menjauhi thaghut (yaitu) tidak menyembahnya dan kembali kepada Allah, bagi mereka berita gembira; sebab itu sampaikanlah berita itu kepada hamba-hamba-Ku, yang mendengarkan perkataan lalu mengikuti apa yang paling baik di antaranya. Mereka itulah orang-orang yang telah diberi Allah petunjuk dan mereka itulah orang-orang yang mempunyai akal." [QS. Az-Zumar (39): 17-18]

Kepribadian (*Asy-Syakhsiyah*) menurut Islam yaitu dalam diri manusia memiliki pola fikir (*Aqliyyah*) dan pola sikap (*Nafsiyyah*). *Aqliyah* (Pola Fikir) adalah mengaitkan fakta (*waqi'*) dan pemahaman sebelumnya (*ma'lumat assabiqah*) di dalam otak melalui panca indera. Proses berfikir bertujuan untuk menghasilkan sebuah pemahaman. Pemahaman akan mempengaruhi tingkah laku manusia. (Raden Mas Bejo, 2007).

Allah SWT telah memberitahukan bahwa manusia diciptakan memiliki potensi untuk memilih jalan hidupnya, saat peniupan ruh. Allah SWT berfirman:

وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّنَهَا ۚ ۗ فَأَلْمَهُهَا بِجُورِهَا وَتَقْوَنَهَا ۚ ۘ قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّنَهَا ۖ ۚ وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّنَهَا ۖ ۚ

Artinya:

“Dan jiwa serta penyempurnaannya; Maka Allah mengilhamkan kepada jiwa itu (jalan) kefasikan dan ketakwaanny; Sesungguhnya beruntunglah orang yang mensucikan jiwa itu; Dan sesungguhnya merugilah orang yang mengotorinya.” [QS. Asy-Syams (91): 7-10]

Ketika potensi dasar manusia tersebut bertemu dengan kebebasan berkehendak dan berbuat yang diberikan oleh Allah, maka akan terjadi enam kemungkinan kondisi kehidupan manusia sebagai pemanfaatan potensi dan kebebasannya itu, yaitu (Ummukhanza, 2007):

1. Mukmin

Mukmin adalah orang yang mempercayai, meyakini bahwa Allah adalah Tuhan-Nya, Pencipta, dan Yang Maha Benar, sehingga segala petunjuk yang Ia berikan kepada manusia diyakini kebenarannya. Keyakinan tersebut menimbulkan konsekuensi manusia untuk menaati segala aturan-Nya. Mukmin adalah orang yang selalu konsisten antara tiga fenomena aktivitas kehidupannya, yaitu keyakinan, ucapan, dan perbuatan. Ciri-ciri seorang mukmin dijelaskan dalam Al-Quran :

قَدْ أَفْلَحَ الْمُؤْمِنُونَ ١) الَّذِينَ هُمْ فِي صَلَاةٍ هُمْ خَشِعُونَ ٢) وَالَّذِينَ هُمْ عَنِ اللَّغْوِ
 مُعْرِضُونَ ٣) وَالَّذِينَ هُمْ لِلرِّزْكَوْةِ فَيَعْلُوْنَ ٤) وَالَّذِينَ هُمْ لِقُرُوْجِهِمْ
 حَفِظُونَ ٥) إِلَّا عَلَى أَزْوَاجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكُتْ أَيْمَانُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ مَلُومِينَ ٦)
 فَمَنِ ابْتَغَى وَرَاءَ ذَلِكَ فَأُولَئِكَ هُمُ الْعَادُونَ ٧) وَالَّذِينَ هُمْ لَا مَنْتَهِيْهِمْ وَعَهْدِهِمْ
 رَعُونَ ٨) وَالَّذِينَ هُمْ عَلَى صَلَاةِهِمْ يَحْفَظُونَ ٩)

Artinya:

"Sesungguhnya beruntunglah orang-orang yang beriman, (yaitu) orang-orang yang khusuk dalam salatnya, dan orang-orang yang menjauhkan diri dari (perbuatan dan perkataan) yang tiada berguna, dan orang-orang yang menunaikan zakat, dan orang yang menjaga kemaluannya; kecuali terhadap istri-istri mereka dan atau budak yang mereka miliki, maka sesungguhnya mereka dalam hal ini tiadalah tercela; barangsiapa yang mencari yang dibalik itu, maka mereka itulah orang-orang yang melampaui batas; dan orang-orang yang memelihara amanat-amanat (yang dipikulnya) dan janjinya; dan orang-orang yang memelihara shalatnya." [QS. Al-Mukminun (23): 1-9]

2. Kafir

Kafir adalah orang yang mengingkari, atau tidak mengakui ada-Nya Allah dengan berbagai konsekuensinya. Fenomena kehidupan orang kafir adalah keras kepala, merasa dirinya sendiri yang benar dan orang lain salah. Ia tidak mau mendengar, tidak mau menerima pendapat orang lain, tidak mau menerima saran, dan tidak mau menghargai orang lain. Orang kafir bagaikan orang yang bisu, tuli, buta, dan mati perasaanya. Apa yang ia inginkan dan yang ia butuhkan. Allah SWT memberikan siksa yang amat berat bagi orang kafir sesuai firmanNya dalam Al-Quran:

إِنَّ الَّذِينَ كَفَرُوا سَوَاءٌ عَلَيْهِمْ أَنْذَرْنَاهُمْ أَمْ نُنذِرُهُمْ لَا يُؤْمِنُونَ ٦) خَتَمَ اللَّهُ عَلَىٰ
 قُلُوبِهِمْ وَعَلَىٰ سَمْعِهِمْ وَعَلَىٰ أَبْصَرِهِمْ غَشْوَةٌ وَلَهُمْ عَذَابٌ عَظِيمٌ ٧)

Artinya:

“Sesungguhnya orang-orang kafir, sama saja bagi mereka, kamu beri peringatan atau tidak kamu beri peringatan, mereka tidak akan beriman. Allah telah mengunci mata hati dan pendengaran mereka, dan penglihatan mereka ditutup. Dan bagi mereka siksa yang amat berat.” [QS. Al-Baqarah (2): 6-7]

3. Munafik

Orang munafik adalah orang yang fenomena kehidupan lahirnya seperti orang beriman, tapi batin, hati atau keyakinan kafir. Orang yang berpura-pura mukmin, sekalipun sebenarnya dia adalah kafir. Fenomena lahir seperti orang beriman tersebut sengaja dibuat ketika berinteraksi sosial untuk mengelabui orang lain, dan untuk memperoleh keuntungan pribadi. Rasulullah SAW. menyebutkan bahwa tanda-tanda orang munafik ada tiga macam, yaitu:

1. Apabila berkata, ia berdusta.
2. Apabila berjanji, ia mengingkari.
3. Apabila diberi amanah, ia khianat.

Orang munafik berbeda dengan orang kafir. Bila orang kafir tampak jelas kekafirannya, sehingga orang beriman dapat bersikap yang pasti menghadapi orang kafir, tetapi menghadapi orang munafik justru terkadang keliru karena orang munafik secara lahir menunjukkan sikap seperti orang beriman.

4. Fasik

Menurut bahasa: *alfisqu = alkhuruj* (keluar)

Menurut *syara* : keluar dari keta'atan kepada Allah

Kefasikan ada dua macam:

- a) Kefasikan yang membuatnya keluar dari agama, yakni kufur, karena itu orang kafir juga disebut orang fasik. Allah SWT menjelaskan dalam Al-Quran mengenai siksa neraka jahannam bagi orang fasik :

وَأَمَّا الَّذِينَ فَسَقُوا فَمَا بَدَأُوهُمْ النَّارُ كُلَّمَا أَرَادُوا أَن يَخْرُجُوا مِنْهَا أُعِيدُوا فِيهَا وَقِيلَ لَهُمْ
 ذُوقُوا عَذَابَ النَّارِ الَّذِي كُنْتُمْ بِهِ تُكَذِّبُونَ

٢٠

Artinya:

“Dan adapun orang-orang yang fasik maka tempat mereka adalah jahannam. Setiap kali mereka hendak keluar daripadanya, mereka dikembalikan ke dalamnya dan dikatakan kepada mereka: “Rasakanlah siksa neraka yang dahulu kamu mendustakannya.” [QS As-Sajadah (32): 20]

- b) Kefasikan yang tidak membuat seorang keluar dari agama sehingga orang-orang fasik dari kamu muslimin disebut *al-'ashi* (pelaku maksiat), dan kefasikannya itu tidak mengeluarkannya dari Islam. Allah SWT berfirman mengenai hukuman bagi orang fasik:

وَالَّذِينَ يَرْمُونَ الْمُحْصَنَاتِ ثُمَّ لَمْ يَأْتُوا بِأَرْبَعَةِ شَهَادَاتٍ فَاجْلِدُوهُمْ ثَمَنِينَ جَلْدًا وَلَا نَقْبِلُوا لَهُمْ شَهَادَةً
 أَبْدَأُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْفَسِيقُونَ

٤

Artinya:

“Dan orang-orang yang menuduh wanita-wanita yang baik-baik dan mereka tidak mendatangkan empat orang saksi, maka deralah mereka delapan puluh kali dera, dan janganlah kamu terima kesaksian mereka buat selamalamnya. Dan mereka itulah orang-orang yang fasik.” [QS An-Nuur (24): 4]

5. Zalim

Zalim adalah lawan dari adil. Zalim artinya meletakkan sesuatu tidak pada tempatnya atau melakukan sesuatu yang tidak semestinya. Seorang kafir menolak Sunnatullah dengan hati dan perbuatannya, sedangkan seorang Muslim yang bertindak berlawanan dengan Sunnatullah dikatakan zalim, walaupun ia masih tetap seorang Muslim. Namun kebiasaan berperilaku zalim akan merusak mentalnya, karena dengan perilaku ini ia telah merendahkan atau meremehkan Sunnatullah yang pasti menimbulkan akibat negatif bagi dirinya dan lingkungannya. Pada akhirnya jika pen-zalim tidak segera taubat maka ia akan menjadi kufur juga akhirnya. Oleh karena itu

sikap zalim dibenci oleh Allah, hal ini sesuai dengan penjelasan di dalam Al-Quran:

وَكَبَّنَا عَلَيْهِمْ فِيهَا أَنَّ النَّفْسَ بِالنَّفْسِ وَالْعَيْنَ بِالْعَيْنِ
وَالْأَذْنَ بِالْأَذْنِ وَالسِّنَ بِالسِّنِ وَالجُرُوحَ فِصَاصٌ فَمَنْ تَصَدَّقَ بِهِ
فَهُوَ كَفَّارٌ لَهُ وَمَنْ لَمْ يَحْكُمْ بِمَا أَنزَلَ اللَّهُ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ

Artinya:

“Dan Kami telah tetapkan terhadap mereka di dalamnya (At-Taurat) bahwasanya jiwa (dibalas) dengan jiwa, mata dengan mata, hidung dengan hidung, telinga dengan telinga, gigi dengan gigi, dan luka (pun) ada kisasnya. Barangsiapa yang melepaskan (hak kisas)nya, maka melepaskan hak itu (menjadi) penebus dosa baginya. Barangsiapa tidak memutuskan perkara menurut apa yang diturunkan Allah, maka mereka itu adalah orang-orang yang zalim.” [QS. Al-Maidah (5): 45]

6. Musyrik

Musyrik adalah orang yang melakukan dosa syirik (berasal dari kata *syarikah*: persekutuan) yaitu mempersekuatuan atau membuat tandingan hukum atau ajaran lain selain dari ajaran/hukum Allah SWT. Kemosyrikan secara personal dilaksanakan dengan mengikuti ajaran2 selain ajaran Allah secara sadar dan sukarela (membenarkan ajaran syirik dalam qalbu, menjalankannya dalam tindakan dan berusaha menegakkan atau menjaga ajaran syirik tersebut). Kemosyrikan secara sosial/komunal (jama'ah atau bangsa). Allah SWT berfirman mengenai larangan mempersekuatuanNya:

۲۱ مُنِينَ إِلَيْهِ وَأَنْقُوهُ وَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَلَا تَكُونُوا مِنَ الْمُشْرِكِينَ
۲۲ مِنَ الَّذِينَ فَرَّقُوا دِينَهُمْ وَكَانُوا شِيعًا كُلُّ حِزْبٍ بِمَا لَدَيْهِمْ فَرِحُونَ

Artinya:

“Janganlah kamu termasuk orang-orang yang mempersekuatuan Allah yaitu orang-orang yang memecah-belah din mereka dan mereka menjadi beberapa golongan. Tiap-tiap golongan merasa bangga dengan apa yang ada pada golongan mereka.” [QS. Ar-Rum (30): 31-32]

Kata ‘Aql (akal) dalam bahasa Arab mempunyai beberapa arti (Yazid, 2004), di antaranya: *Ad-diyah* (denda), *al-hikmah* (kebijakan), *husnut tasharruf* (tindakan yang baik atau tepat). Secara terminologi, ‘aql digunakan untuk dua pengertian:

1. Aksioma-aksioma rasional dan pengetahuan-pengetahuan dasar yang ada pada setiap manusia.
2. Kesiapan bawaan yang bersifat instinktif dan kemampuan yang matang.

Akal merupakan ‘ardh atau bagian dari indera yang ada dalam diri manusia yang bisa ada dan bisa hilang. Akal adalah insting yang diciptakan Allah SWT kemudian diberi muatan tertentu berupa kesiapan dan kemampuan yang dapat melahirkan sejumlah aktivitas pemikiran yang berguna bagi kehidupan manusia yang telah dimuliakan Allah SWT, sesuai dengan penjelasan di dalam Al-Quran :

وَلَقَدْ كَرَمَنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنْ أَلْطَبِّتِ
وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا


Artinya :

“Dan sesungguhnya telah Kami muliakan anak-anak Adam, Kami angkut mereka di daratan dan di lautan, Kami beri mereka rezeki dari yang baik-baik dan Kami lebihkan mereka dengan kelebihan yang sempurna atas kebanyakan makhluk yang telah Kami ciptakan.” [QS. Al-Israa’ (17): 70]

Syari’at Islam memberikan nilai dan urgensi yang amat tinggi terhadap akal manusia. Dan itu dapat dilihat pada beberapa point berikut (Yazid, 2004):

1. Allah hanya menyampaikan kalam-Nya kepada orang yang berakal, karena hanya mereka yang dapat memahami agama dan syariat-Nya. Allah SWT berfirman mengenai hal tersebut :

وَوَهَبْنَا لَهُ أَهْلَهُ، وَمِثْلَهُمْ مَعَهُمْ رَحْمَةٌ مِنَّا وَذُكْرَىٰ لِأُولَئِكَ الْأَلْبَيِ


Artinya :

“...Dan merupakan peringatan bagi orang-orang yang mempunyai akal.”
[QS. Shaad (38): 43]

2. Akal merupakan syarat yang harus ada dalam diri manusia untuk dapat menerima taklif (beban kewajiban) dari Allah SWT. Hukum-hukum syari’at tidak berlaku bagi mereka yang tidak menerima taklif. Dan di antara yang tidak menerima taklif itu adalah orang gila karena kehilangan akalnya.

Rasulullah SAW bersabda:

مُرْفَعُ الْقَلْمَمْ عَنْ شَلَّامٍ عَنِ الصَّبِيِّ حَتَّى يَبْلُغَ كَعْنَ النَّائِمِ
حَتَّى يَسْتَيْقِظَ وَعَنِ الْمَجْنُونِ حَتَّى يَقْبِقَ (رجاه أبو داود رابع ماجه)

Artinya:

“Pena (catatan pahala dan dosa) diangkat (dibebaskan) dari tiga golongan; orang yang tidur sampai bangun, anak kecil sampai bermimpi, orang gila sampai ia kembali sadar (berakal).” (H.R. Abu Dawud)

Dengan demikian, menurut agama Islam, orang gila (skizofrenia) hanyalah orang yang sedang terkena “mubtala” (musibah) sakit yang sepatutnya untuk dikasihani dan diobati. Sedangkan orang gila yang sesungguhnya adalah orang yang memiliki akal namun tak mau menggunakan akalnya yaitu orang yang berjalan dengan takbur, yang memandang orang dengan pandangan yang merendahkan, yang membungkung dada, berharap akan surga Allah SWT sambil berbuat maksiat, yang kejahatannya membuat orang tidak aman dan kebaikannya tidak pernah diharapkan. Itulah orang gila yang sebenarnya.

III.2. Pandangan Ulama Terhadap Nikotin

Daun dari tanaman tembakau, *Nicotiana tabacum*, adalah elemen utama untuk membuat sebatang rokok. Sebatang rokok biasanya mengandung 8-20 mg nikotin, walaupun tentu saja, sangat bergantung pada *merk* rokok tersebut. Tubuh kita menyerap 1 mg nikotin untuk satu batang rokok yang dihisap. (Yessi, 2008)

Hal yang biasa ditemukan pada penderita skizofrenia adalah adiksi nikotin, dikatakan 3 kali populasi umum (Meta, 2009). Ketergantungan pasien skizofrenia pada rokok makin tinggi mengingat efek/manfaat 'semu' rokok pada penyakitnya. Rokok membuat gejala negatif skizofrenia berkurang akibat asupan nikotin yang memacu peningkatan serotonin dan dopamin. Selain itu, rokok pun mampu meningkatkan daya pikir, serta mengurangi gejala parkinsonisme (kaku, gemetar, jalan seperti robot, muka topeng) akibat pemberian obat antipsikotik (Agnes, 2002).

Rokok, dulu makruh, kini haram. Sepintas, ini mungkin terasa aneh. Hal ini disebabkan kita masih sering mencampuradukkan antara pengertian syariah dan fiqih. Syariah adalah hukum yang diwahyukan oleh Allah SWT, sebagaimana tercantum dalam Al-Quran dan Sunnah. Apa yang telah ditetapkan 14 abad yang lalu berupa hukum Syariah itu, tetap berlaku hingga kini bahkan sampai akhir jaman nanti, tidak berubah. Lain halnya dengan Fiqih. Fiqih adalah hukum Islam yang dideduksi dari syariah untuk menjawab situasi-situasi spesifik yang tidak secara langsung ditetapkan oleh hukum syariah. Penetapan hukum berdasarkan deduksi ini dapat saja berubah tergantung pada situasi dan kondisi dimana hukum itu diterapkan. Kedua istilah yang sebenarnya tidak sama ini, hingga kini masih sering dipukul rata saja dengan sebutan, hukum Islam (Romli, 2006).

Budaya merokok termasuk gelaja yang relatif baru di dunia Islam. Tak lama setelah Chirstopher Columbus dan penjelajah-penjelajah Spanyol lainnya mendapati

kebiasaan bangsa Aztec ini pada tahun 1500, rokok kemudian tersebar dengan cepatnya ke semenanjung Siberia dan daerah Mediterania. Dunia Islam, pada saat itu berada di bawah kekhilafahan Ustmaniyah yang berpusat di Turki. Setelah diketahui adanya sebagian orang Islam yang mulai terpengaruh dan mengikuti kebiasaan merokok, maka dipandang perlu oleh penguasa Islam saat itu untuk menetapkan hukum tentang merokok. Pendekatan yang digunakan untuk menetapkan hukum merokok, adalah dengan melihat akibat yang nampak ditimbulkan oleh kebiasaan ini. Diketahui bahwa merokok menyebabkan bau nafas yang kurang sedap. Fakta ini kemudian dianalogkan dengan gejala serupa yang dijumpai pada masa Rasulullah SAW, yaitu larangan mendatangi masjid bagi orang-orang yang habis makan bawang putih/bawang merah mentah, karena bau tak sedap yang ditimbulkannya. Diriwayatkan dari Ibnu Umar RA, bahwasanya Nabi SAW bersabda pada waktu perang Khaibar (Romli, 2006):

مَنْ أَكَلَ مِنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ يَعْنِي الثُّومَ فَلَا يَقْرَبَ بَنَ مَسْجِدَنَا

Artinya :

“Barangsiapa yang memakan tanaman ini, yakni bawang putih, maka janganlah sekali-kali ia mendekati masjid kami.” Dalam riwayat Muslim, “Jangan sekali-kali mendatangi masjid kami.” (HR. Bukhari dan Muslim)

Sebagaimana kita ketahui, di penghujung shalat setiap orang memberikan salam, yang bisa bertemu muka satu dengan yang lainnya. Dapat dibayangkan, betapa tidak nyamannya bila ucapan salam ke kanan-kiri itu menebarkan "wangi" bawang mentah. Berdasarkan analogi tersebut, para ulama Islam saat itu berpendapat bahwa merokok hukumnya makruh (tercela). Demikianlah hukum merokok yang sampai saat ini kita pahami, makruh. Lima ratus tahun berselang, fakta-fakta medis

menunjukkan bahwa rokok tidak sekedar menyebabkan bau nafas tak sedap, tetapi juga berakibat negatif secara lebih luas pada kesehatan manusia. Namun demikian, rupanya perlu waktu hingga 350 tahun untuk mengumpulkan bukti-bukti ilmiah yang cukup untuk meyakinkan dugaan-dugaan itu. Kenaikan jumlah kematian akibat kanker paru-paru yang diamati pada awal abad XX telah menggelitik dimulainya penelitian-penelitian ilmiah tentang hubungan antara merokok dan kesehatan. Sejalan dengan peningkatan pesat penggunaan tembakau, penelitian pun lebih dikembangkan, khususnya pada tahun-tahun 1950-an dan 1960-an (Romli, 2006).

Laporan penting tentang akibat merokok terhadap kesehatan dikeluarkan oleh *The Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health* di Amerika Serikat pada tahun 1964. Dua tahun sebelumnya *The Royal College of Physician of London* di Inggris telah pula mengeluarkan suatu laporan penelitian penting yang mengungkapkan bahwa merokok menyebabkan penyakit kanker paru-paru, bronkitis, serta berbagai penyakit lainnya. Hingga tahun 1985 sudah lebih dari 30.000 *paper* tentang rokok dan kesehatan dipublikasikan. Sekarang ini tanpa ada keraguan sedikitpun disimpulkan bahwa merokok menyebabkan kanker paru-paru baik pada laki-laki maupun wanita. Diketahui juga bahwa kanker paru-paru adalah penyebab utama kematian akibat kanker pada manusia. Merokok juga dihubungkan dengan kanker mulut, tenggoroka, pankreas, ginjal, dan lain-lain. (Romli, 2006).

Bukti-bukti ilmiah tentang pengaruh negatif rokok terhadap kesehatan yang telah diringkaskan di atas mengharuskan kita untuk meninjau kembali status hukum makruh merokok yang selama ini kita ketahui. Rokok menyebabkan kanker dan kanker menyebabkan kematian, maka merokok menyebabkan kematian (Romli, 2006). Hukum tentang perbuatan semacam ini secara terang dijelaskan dalam syariat Islam, antara lain ayat Al-Quran :

قُلْ تَعَاوَنُوا أَتُلِمَّ مَا حَرَمَ رَبُّكُمْ عَلَيْكُمْ أَلَا تَشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ
 إِحْسَنَا وَلَا تَقْتُلُوا أُولَئِكُمْ مِنْ أَمْلَاقِنَّنْزَفُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلَا تَقْرِبُوا
 الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَرَ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفَسَ الَّتِي حَرَمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ
 ذَلِكُمْ وَصَنْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ 101

Artinya:

Katakanlah: "Marilah kubacakan apa yang diharamkan atas kamu oleh Tuhanmu yaitu: janganlah kamu mempersekuatkan sesuatu dengan Dia, berbuat baiklah terhadap kedua orang ibu bapa, dan janganlah kamu membunuh anak-anak kamu karena takut kemiskinan, Kami akan memberi rezeki kepadamu dan kepada mereka, dan janganlah kamu mendekati perbuatan-perbuatan yang keji, baik yang nampak di antaranya maupun yang tersembunyi, dan janganlah kamu membunuh jiwa yang diharamkan Allah (membunuhnya) melainkan dengan sesuatu (sebab) yang benar". Demikian itu yang diperintahkan kepadamu supaya kamu memahami(nya)." (QS. Al-An'am (6): 151).

1. Tubuh kita pada dasarnya adalah amanah dari Allah SWT yang harus dijaga.

Mengkonsumsi barang-barang yang bersifat mengganggu fungsi raga dan akal (*intoxicant*) hukumnya haram, misalnya alkohol, ganja dan sebangsanya.

Perhatikan firman Allah SWT mengenai khamr:

يَتَأَيَّهَا الَّذِينَ عَامَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَمُ رِجْسٌ مِنْ

عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ 90

Artinya:

"Hai orang-orang yang beriman, sesungguhnya khamr, judi, berkorban untuk berhala dan mengundi nasib adalah kekejian, termasuk perbuatan setan. Jauhilah perbuatan-perbuatan itu agar kamu sukses" (QS. Al-Maidah (5): 90).

Kemudian dijelaskan lebih lanjut dalam sebuah hadist mengenai khamr, dimana Nabi Muhammad SAW bersabda :

(**حَدِيثُ ابْنِ عَمَّارٍ** حَصَّى اللَّهُ عَنْهُمَا قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ كُلُّ مُنْكِرٍ خَمْرٌ وَكُلُّ مُنْكِرٍ حَرَامٌ) (رواية)

البخاري و مسلم)

Artinya:

Hadits diriwayatkan dari Ibnu Umar RA, berkata: "Setiap yang mengganggu fungsi akal (intoxicant) adalah khamr dan setiap khamr adalah haram".(HR. al-Bukhari dan Muslim)

2. Merokok hampir selalu menyebabkan gangguan pada orang lain. Asap rokok yang langsung diisapnya berakibat negatif tidak saja pada dirinya sendiri, tapi juga orang lain di sekitarnya. Asap rokok yang berasal dari ujung puntung maupun yang dikeluarkan kembali dari mulut dan hidung si perokok, menjadi "jatah" orang-orang disekelilingnya. Ini yang disebut *passive smoking* atau *sidestream smoking* yang berakibat sama saja dengan *mainstream smoking*. Berbuat sesuatu yang dapat menimbulkan bahaya (mudharat) bagi diri sendiri apalagi orang lain, adalah hal yang terlarang menurut syariat. Sebagaimana sabda Nabi Muhammad SAW agar tidak melakukan kerusakan :

(عَنْ ابْنِ عَبَّاسٍ قَالَ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ لَا ضَرَرَ وَلَا ضَرَارٌ) (رواية ابن ماجه و احمد)

Artinya:

Dari ibn ‘Abbas, ia berkata, Rasulullah SAW bersabda: "*Tidak boleh membahayakan diri sendiri dan tidak boleh member bahaya (mudharat) kepada orang lain*" (HR Ibn Majah dan Ahmad)

3. Harta yang dimiliki tidaklah pantas untuk dibelanjakan untuk hal-hal yang tidak bermanfaat, misalnya dengan membakarnya menjadi abu dan asap rokok. Perhatikan ayat-ayat Alquran sebagai berikut mengenai larangan bersikap boros:



وَعَادِيْتَ ذَا الْقُرْبَىْ حَقّهُ وَالْمِسْكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَلَا تُبَذِّرْ تَبَذِّرًا



إِنَّ الْمُبَذِّرِيْنَ كَانُوا إِخْرَوْنَ الشَّيْطَنَ وَكَانَ الشَّيْطَنُ لِرَبِّهِ كُفُورًا



Artinya:

"Dan berikanlah kepada keluarga-keluarga yang dekat akan haknya, kepada orang miskin dan orang yang dalam perjalanan dan janganlah kamu menghambur-hamburkan (hartamu) secara boros. Sesungguhnya pemboros-pemboros itu adalah saudara-saudara syaitan dan syaitan itu adalah sangat ingkar kepada Tuhanmu." (QS. Al-Isra (17): 26-27)

- Demikian juga (rokok diharamkan) karena termasuk sesuatu yang buruk (*khabaits*), sedangkan Allah SWT (ketika menerangkan sifat Nabi Muhammad SAW) berfirman:

الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأَمِيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَيِثَ وَيَضْعُ عَنْهُمْ إِصْرَهُمْ وَالْأَغْلَالَ الَّتِي كَانَتْ عَلَيْهِمْ فَالَّذِينَ ءاْمَنُوا بِهِ وَعَزَّرُوهُ وَنَصَرُوهُ وَاتَّبَعُوا النُّورَ الَّذِي



أَنْزَلْتَ مَعَهُ أُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ

Artinya:

"(Yaitu) orang-orang yang mengikuti Rasul, Nabi yang ummi yang (namanya) mereka dapat tertulis di dalam Taurat dan Injil yang ada di sisi mereka, yang menyuruh mereka mengerjakan yang ma'ruf dan melarang mereka dari mengerjakan yang mungkar dan menghalalkan bagi mereka segala yang baik dan mengharamkan bagi mereka segala yang buruk dan membuang dari mereka beban-beban dan belenggu-belenggu yang ada pada mereka. Maka orang-orang yang beriman kepadanya, memuliakannya, menolongnya dan mengikuti cahaya yang terang yang diturunkan kepadanya (Al Quran), mereka itulah orang-orang yang beruntung." (QS. Al A'raf (7) : 157)

Dunia kedokteran telah membuktikan bahwa mengkonsumsi barang ini dapat membahayakan, jika membahayakan maka hukumnya haram. *The*

Royal College of Physician of London di Inggris telah mengeluarkan suatu laporan penelitian penting yang mengungkapkan bahwa merokok menyebabkan penyakit kanker paru-paru, bronkitis, serta berbagai penyakit lainnya. Tanpa ada keraguan sedikitpun disimpulkan bahwa merokok menyebabkan kanker paru-paru baik pada laki-laki maupun wanita yang merupakan penyebab utama kematian akibat kanker pada manusia. Merokok juga dihubungkan dengan kanker mulut, tenggorokan, pankreas, ginjal, dan lain-lain. Berdasarkan fakta tersebut, dampak merokok sangat merugikan bagi siapa saja yang menghisapnya. Sehingga perlu upaya berhenti merokok bagi setiap lapisan masyarakat pada umumnya dan bagi setiap pasien skizofrenia pada khususnya. Dasar biologis atau interaksi fisiologis/farmakologis rokok dengan gejala skizofrenia, memang membuat pasien sukar berhenti merokok. Tapi mengingat dampaknya yang berat, pasien perlu ditawarkan untuk berhenti merokok. Adapun pasien skizofrenia, orang seperti ini tidak dianggap 'gila' oleh Rasulullah SAW, melainkan sedang ditimpa penyakit (musibah). Hukum penggunaan nikotin adalah haram bagi mereka yang sehat akalnya dikarenakan kesesuaianya dengan sifat khamr yang merusak akal, larangan dalam bersikap boros, larangan menggunakan sesuatu yang buruk (*khabaits*) dan larangan membahayakan diri serta orang lain. Akal merupakan syarat yang harus ada dalam diri manusia untuk dapat menerima *taklif* (beban kewajiban) dari Allah SWT. Hukum-hukum syari'at tidak berlaku bagi mereka yang tidak menerima taklif. Diantara yang tidak menerima *taklif* itu adalah orang gila karena kehilangan akalnya. Pasien skizofrenia, tidak menanggung dosa akibat penggunaan nikotin dalam rokok. Hal tersebut dikarenakan tidak berlaku

taklif baginya akibat hilangnya akal, hal tersebut akan berbeda hukumnya jika seseorang yang sehat akalnya menggunakan nikotin dalam rokok.

BAB IV

KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM MENGENAI

EFEK NIKOTIN PADA PEMBERIAN ANTIPISIKOTIK

PASIEN SKIZOFRENIA

Dalam bidang kedokteran nikotin penting untuk dibahas karena sifatnya yang adiktif karena akan menimbulkan adiksi (ketagihan) dan dependensi (ketergantungan). Oleh karena itu nikotin (rokok) termasuk dalam golongan NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif), rokok pun dapat menimbulkan banyak penyakit yang berhubungan dengan jantung dan pembuluh darah sehingga dapat merusak bukan hanya secara fisik tetapi juga psikis bahkan dapat menyebabkan kematian. Kecenderungan pasien skizofrenia untuk merokok perlu dicegah karena dibandingkan dengan manfaatnya, ternyata lebih banyak kerugian yang di dapat oleh pasien skizofrenia.

Dalam agama Islam, manusia merupakan makhluk Allah yang paling mulia karena manusia berbeda dengan makhluk ciptaan Allah yang lainnya yakni memiliki akal, sehingga Islam memerintahkan pemeliharaan akal dan melarang apapun yang membuatnya rusak dan fungsinya berkurang. Penyalahgunaan nikotin yang dikonsumsi sebagai rokok menurut Islam hukumnya haram dikonsumsi, karena kesesuaian sifatnya yang serupa dengan *khamr* yang telah tegas dan jelas diharamkan dalam Al-Quran dan sunah Rasulullah SAW oleh karena sifatnya yang merusak fungsi akal, melemahkan dan membahayakan fisik.

Kedokteran dan Islam sejalan bahwa penyalahgunaan nikotin dilarang, karena dapat merusak fisik, psikis, sosial dan spiritual sehingga mengganggu kesehatan serta

merubah tingkah laku, pola hidup dan pola pikir bagi penggunanya.

Kedokteran dan Islam sejalan bahwa skizofrenia merupakan penyakit yang hendaknya dapat di terapi secara holistik sehingga membantu dalam upaya pemulihan gangguan psikis yang dialami oleh pasien dan nikotin bukanlah obat yang dapat digunakan dalam terapi skizofrenia.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosis, ditandai dengan adanya gangguan pada daya nilai realita, yang dibuktikan dengan tingkah laku yang kacau, persepsi yang salah, proses pikir yang terganggu, disertai alam perasaan yang terganggu. Biasanya fungsi intelektual dan pekerjaan dapat dipertahankan. Teori psikodinamika memandang skizofrenia sebagai suatu respon regresif terhadap frustasi dan konflik yang melanda seseorang dalam lingkungan. Pandangan psikodinamik lebih mementingkan adanya hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus. Hambatan dalam membatasi stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama masa kanak-kanak dan mengakibatkan stres dalam hubungan interpersonal.
2. Penatalaksanaan skizofrenia meliputi:
 - a. Terapi medis (dengan menggunakan obat antipsikotik, ECT maupun obat lain seperti litium atau benzodiazepin)
 - b. Terapi terhadap komplikasi medik
 - c. Rehabilitasi (terapi psikososial : terapi perilaku dan terapi berorientasi keluarga)

Untuk mencapai kesembuhannya diperlukan suatu proses yang membutuhkan waktu dan usaha berkelanjutan baik dari pasien maupun kerjasama dan dukungan dari orang-orang disekitar pasien seperti dokter, psikiater, anggota

keluarga, tokoh agama dan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan penyembuhan fisik dan mental pasien.

3. Sekitar 90% penderita skizofrenia telah merokok sebelum menderita gangguan jiwa. Ketergantungan pasien skizofrenia pada rokok sangat tinggi mengingat efek/manfaat 'semu' rokok pada penyakitnya. Rokok membuat gejala negatif skizofrenia berkurang akibat asupan nikotin yang memacu peningkatan dopamin. Selain itu, rokok pun mampu meningkatkan daya pikir, serta mengurangi gejala parkinson (kaku, gemetar, jalan seperti robot, muka topeng) akibat pemberian obat antipsikotik. Selain itu, untuk meningkatkan rasa nikmat atau semangat pada penderita skizofrenia, asupan nikotin pun terus ditingkatkan. Sebaliknya, jika penderita skizofrenia berhenti merokok, akan terjadi peningkatan gejala-gejala psikiatrik. Konsekuensi lain adalah, nikotin membuat kadar obat dalam darah cepat menurun. Untuk mencapai efek terapi sama, maka dosis obat perlu ditingkatkan (dosisnya mencapai dua kali lebih besar dibandingkan yang bukan perokok). Bukan hanya itu, angka kematian pasien skizofrenia akibat penyakit yang berhubungan dengan rokok (jantung/pembuluh darah dan sistem pernapasan) juga sangat tinggi.
4. Hukum penggunaan nikotin dalam ajaran Islam di dalam Al-Quran dan hadits dengan tegas adalah haram bagi mereka yang sehat akalnya dikarenakan kesesuaianya dengan sifat khamr yang merusak akal, larangan dalam bersikap boros, larangan menggunakan sesuatu yang buruk (*khabaits*) dan larangan membahayakan diri serta orang lain. Akal merupakan syarat yang harus ada dalam diri manusia untuk dapat menerima *taklif* (beban kewajiban) dari Allah SWT. Hukum-hukum syari'at tidak berlaku bagi mereka yang tidak menerima taklif. Diantara yang tidak menerima *taklif* itu adalah orang

gila karena kehilangan akalnya. Pasien skizofrenia, tidak menanggung dosa akibat penggunaan nikotin dalam rokok. Hal tersebut dikarenakan tidak berlaku *taklif* baginya akibat hilangnya akal, hal tersebut akan berbeda hukumnya jika seseorang yang sehat akalnya menggunakan nikotin dalam rokok.

5.2. Saran

1. Bagi orang tua di sarankan agar mampu memberikan pola asuh yang baik, perhatian yang cukup, komunikasi yang hangat serta pengetahuan dan pendidikan agama yang baik bagi anak-anaknya sedini mungkin agar terbentuk kepribadian yang matang dan kuat sehingga terbebas dari gangguan jiwa dan penyalahgunaan nikotin (rokok).
2. Bagi dokter dan ahli medis, terhadap pasien dengan skizofrenia hendaknya di terapi secara holistik meliputi terapi medis, psikis, sosial dan spiritual untuk memulihkan gangguan mental pasien skizofrenia dan mengawasi mereka agar tidak terjebak dalam penyalahgunaan nikotin (rokok) yang akan memperlama proses pemulihan.
3. Bagi para remaja hendaknya lebih aktif berpartisipasi dalam kegiatan yang positif dan menghindari untuk menggunakan rokok karena rokok merupakan gerbang bagi penyalahgunaan zat-zat adiktif terlarang lainnya, dan hampir sebagian besar pasien gangguan jiwa awalnya merupakan perokok berat.
4. Bagi masyarakat diharapkan untuk lebih menggalakkan peran serta masyarakat dalam mencegah/menanggulangi kebiasaan merokok di

lingkungan masing-masing baik secara swadaya maupun swadana untuk menciptakan lingkungan bebas NAZA.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Qur'an dan Terjemahnya (1999). Departemen Agama Republik Indonesia, PT. karya Toha Putra, Semarang
- Admin (2010). Hukum Merokok Haram. Tersedia di <http://www.almanhaj.or.id/content/2614/slash/0> (diakses tanggal 15 Juli 2010).
- Andrey (2009). Skizofrenia. Tersedia di <http://yumizone.wordpress.com/2009/01/10/skizofrenia/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Arrumaisha (2008). Persepsi Masyarakat Tentang Kegilaan dan Dampaknya Bagi 'Orang Gila' Persepsi Masyarakat Tentang Kegilaan dan Dampaknya Bagi 'Orang Gila'. Tersedia di <http://arrumaishapsi06.multiply.com/journal/item/20/20> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Asrofudin (2010). Bahaya Penyakit Takabur. Tersedia di <http://www.canboyz.co.cc/2010/04/bahaya-penyakit-takabur.html> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Cordite (2009). Tobacco. Tersedia di <http://corditecountryshownotes.wordpress.com/2009/10/20/tobacco/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ III) (2001). Skizofrenia, (I ed.). Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.
- Deric (2007). Susceptibility and Resistance to Social. Tersedia di <http://mindblog.dericbownds.net/2007/11/susceptibility-and-resistance-to-social.html> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Fadil (2010). Skizofrenia. Tersedia di <http://fadilthegoldenboy.blogspot.com/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Harris, Kong, Allensworth, Martin, Fredman, Tregellas, Sullivan, Zerbe (2004). Effects of Nicotine on Cognitive Deficits in Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 29: 1378-1985
- Hawari D (2006). Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol & Zat Adiktif), edisi kedua. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hillary (2007). Mengapa Orang Ketergantungan Nikotin? Tersedia di <http://hil4ry.wordpress.com/2007/09/09/mengapa-orang-ketergantungan-nikotin/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Hughes (1986). Schizophrenia: What about Substance abuse? Tersedia di <http://www.webmd.com/schizophrenia/guide/substance-abuse-schizophrenia> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Imaduddin M. (1993). Kuliah Tauhid, cetakan 2. Pustaka-Perpustakaan Salman ITB, Bandung.

- Irene (2010). Skizofrenia. Tersedia di <http://benderahitam.wordpress.com/5-kunci-pengokoh-jiwa-dalam-program-islam-therapy/orang-yang-taat-beragama-pengidap-skizofrenia/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Kaplan, Saddock, Grebb (1997). Skizofrenia. Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Binarupa Aksara , Jakarta, Indonesia.
- Kusmawan (2009). Efek Nikotin. Tersedia di <http://cousbravo.blogspot.com/2009/08/efek-nikotin.html> (diakses tanggal 07 Juli 2010)
- Lande (2010). Nicotine Addiction. Tersedia di <http://emedicine.medscape.com/article/287555-overview> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Liza (2010), Skizofrenia. Tersedia di <http://www.scribd.com/doc/16502542/resume-about-Skizofrenia-by-dr-Liza> (diakses tanggal 17 Juli 2010)
- Luana (2007). Skizofrenia dan Merokok pada Simposium Sehari Kesehatan Jiwa dalam Rangka menyambut Kesehatan Jiwa Sedunia. Tersedia di <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=1197&tbl=cakrawala> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Newhouse (2010). Nicotine: Not All Bad. Tersedia di <http://www.schizophrenia.com/nicotine.benefits.htm> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Maramis (2005). Skizofrenia. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. hal. 215-235. edisi 7. Surabaya.
- Marzuki M (2003). Islam Untuk Disiplin Ilmu Psikologi. Departemen Agama RI, Jakarta.
- Maslim (2002). Obat Antipsikosis. Penggunaan Kllnis Obat Psikotropik. hal. 14-22. ed 2. Jakarta.
- Mujib (2001). Nuansa-Nuansa Psikologi Islami, Penerbit: RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Raden M (2007). Asy-Syakhsiyah Al-Islamiyyah (Kepribadian Islam) bagian 1. Tersedia di http://CyberMQ_com%20%20Forum%20Diskusi.mht (diakses tanggal 31 Maret 2009).
- Ridwan (2010). Strategi Pengendalian Rokok. Tersedia di <http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2010/02/06/strategi-pengendalian-rokok/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Romli (2006). Hukum Merokok Haram. Tersedia di <http://www.lintasberita.com/go/10208> (diakses tanggal 15 Juli 2010).
- Sarah (2007). Dopamin: Tabir Cinta dan Perilaku Manusia di Masa Depan. Tersedia di <http://www.beraitiptek.com/zberita-beraitiptek-2007-01-17-Dopamin-Tabir-Cinta-dan-Perilaku-Manusia-di-Masa-Depan.shtml> (diakses tanggal 07 Juli 2010).

- Slaughter (2002). The Dopamine Pathways in Schizophrenia. Tersedia di http://www.cnsforum.com/imagebank/item/Neuro_path_DA_SCH/default.aspx (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Stahl (2007). Beyond the Dopamine. Tersedia di <http://www.cnsspectrums.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=1037> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Suwanto (2009). Skizofrenia dan Dopamine. Tersedia di <http://pojokperawatanjiwa.blogspot.com/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Ganiswarna (2005). Nikotin. Farmakologi dan Terapi. Edisi 4. Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Yanuar (2009). Mengenal Lebih Dekat Nikotin. Tersedia di <http://health.groups.yahoo.com/group/bedahfkunsri/message/508> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Yazid (2004). Bagaimana menyesuaikan akal. Tersedia di <http://www.penjelasanaqidahislam.co.cc/2009/09/bagaimana-cara-menyesuaikan-akal-dengan.html> (diakses tanggal 07 Juli 2010).
- Yessi (2008). Dibalik Nikotin. Tersedia di <http://myhealthblogging.com/general/> (diakses tanggal 07 Juli 2010).